

RAPPORT

2020

OVERSIKT OVER SYSTEMATISKE OVERSIKTER

Tiltak for barn og unge
med atferdsvansker
eller som har begått
kriminelle handlinger

Utgitt av	Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester
Tittel	Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter
English title	Interventions for children and youth with behavioral problems or criminal behavior: an overview of reviews
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Rigmor C Berg, <i>avdelingsdirektør, Folkehelseinstituttet</i> Trine Bjerke Johansen, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Patricia Sofia Jacobsen Jardim, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Louise Forsetlund, <i>forsker, Folkehelseinstituttet</i> Lien Nguyen, <i>søkespesialist, Folkehelseinstituttet</i>
ISBN	978-82-8406-065-1
Publikasjonstype	Systematisk oversikt
Antall sider	71 (112 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Emneord(MeSH)	Child, Adolescent, Minors, Young Adult, Conduct Disorder, Problem Behavior, Criminal Behavior
Sitering	Berg RC, Johansen TB, Jardim PSJ, Forsetlund L, Nguyen L. Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter. [Interventions for children and youth with behavioral problems or criminal behavior: an overview of reviews] Rapport –2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
METODE	18
Endring fra prosjektplanen	19
Inklusjonskriterier	19
Litteratursøk	22
Utvelging av studier	22
Vurdering av inkluderte oversikter	23
Dataekstraksjon	23
Analyser	23
Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen	24
Etikk	24
Kostnadseffektivitet	25
RESULTATER	26
Resultater av litteratursøket og utvelgelse	26
Beskrivelse av inkluderte oversikter	27
Effekter av forebyggende tiltak for barn og unge med atferdsvansker	30
Effekter av tiltak for barn og unge som har begått kriminelle handlinger	47
DISKUSJON	56
Hovedfunn	56
Kvaliteten på forskningsresultatene	58
Styrker og svakheter	59
Hvor generaliserbare er resultatene?	60
Overensstemmelse med andre oversikter	61
Resultatenes betydning for praksis	62
Kunnskapshull	64

KONKLUSJON	65
REFERANSER	66
VEDLEGG	71
Vedlegg 1: Søkestrategi	71
Vedlegg 2: Ekskluderte studier	79
Vedlegg 3: Tabell over inkluderte oversikter med primærstudier	83
Vedlegg 4: Risiko for skjevheter	92
Vedlegg 5: Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene	94
Vedlegg 6: Tiltak inkludert i oversiktene	100

Hovedbudskap

Atferdsvansker, også kalt atferdsproblemer, hos barn og unge er vanskelig for det enkelte barn, familien og samfunnet for øvrig. Vi undersøkte virkningene av ulike tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger. Vi utførte en kunnskapsoppsummering over åtte systematiske oversikter. De ga resultater for 74 ulike tiltak for omtrent 50 000 barn og unge under 18 år.

Resultatene viser at det er sannsynlig at:

- psykososiale tiltak som involverer foreldre gir en reduksjon i atferdsvansker hos barn
- psykososiale multisystemiske tiltak (dvs. at innsatsene rettes mot flere sosiale systemer, f.eks. foreldre og barn) gir en reduksjon i atferdsvansker hos tenåringer
- funksjonell familieterapi gir en reduksjon i atferdsvansker hos unge som har atferdsvansker og rusmisbruk
- foreldreveiledning gir en reduksjon i atferdsvansker hos barn
- familiebaserte tiltak gir en reduksjon i antisosial atferd, slik som lovbrudd, hos unge som har begått alvorlige lovbrudd

Også andre tiltak virker lovende, slik som funksjonell familieterapi når det gjelder forbygging av nye lovovertridelser hos unge. Men vi er noe usikre på virkningene av disse tiltakene.

For praksisfeltet og beslutningstakere er det viktig å merke seg den vedvarende positive virkningen av familiebaserte tiltak. Det gjelder særlig foreldreveiledning, slik at de gjennom å gjøre endringer i egen oppdragerpraksis kan veilede barna til endringer i atferd.

Tittel:

Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte

relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Bufdir

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet juni, 2019

Eksterne fagfeller:

Truls Tømmerås, forsker, Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge

Sammendrag

Innledning

Barne- og ungdomsårene er preget av store følelsesmessige- og sosiale endringer. Det er særlig i disse årene at atferdsvansker, også kalt atferdsproblemer (og lignende), kan oppstå. Det fins ikke én allment akseptert definisjon for atferdsvansker, men refererer til vedvarende opposisjonell, aggressiv og/eller destruktiv eksternaliserende atferd som er tydelig utenfor atferd som vurderes som sosialt akseptabelt. Det er vanskelig å anslå andelen barn og unge med atferdsvansker, men studier estimerer at ca. 5-10 % av barn og unge i Norge har atferdsvansker, inkludert alvorlig atferdsproblematikk som lovbrudd. Selv milde atferdsvansker kan utgjøre en stor utfordring for det enkelte barn, familier, skolekamerater, lærere og samfunnet for øvrig. Oppfølgingsstudier viser at tidlige atferdsvansker hos barn utgjør en risikofaktor for mange psykiske, fysiske og sosiale problemer blant ungdom og voksne. Det synes derfor viktig med tidlig innsats, for eksempel i hjemmet, for å forhindre videre uheldig utvikling av atferdsvansker.

Målet med denne kunnskapsoppsummeringen var å få en oversikt over virkningene av ulike tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger.

Metode

Vi skulle besvare to spørsmål: 1) Hva er effekten av tiltak for barn og unge (alder 3-18 år) som er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker? 2) Hva er effekten av sekundær- og tertiærforebyggende tiltak for barn og unge (alder 8-25 år) som har begått kriminelle handlinger? Vi besluttet å utføre en systematisk oversikt over oversikter. For å identifisere systematiske oversikter søkte en søkspesialist i åtte internasjonale litteraturdatabaser i juni 2019, inkludert OVID-basene MEDLINE, EMBASE og PsycINFO. Vi søkte også i den norske IN SUM-databasen og manuelt i referanselistene til relevante oversikter over oversikter samt i de inkluderte oversiktene. To medarbeidere utførte uavhengig av hverandre utvelgelse av relevante studier, først tittel og sammendrag og deretter fulltekster, i henhold til inklusjonskriteriene. Vi benyttet en sjekkliste for metodisk kvalitetsvurdering av systematiske oversikter og inkluderte kun de oversiktene som hadde moderat eller høy metodisk kvalitet. En forsker trakk ut data og resultater fra oversiktene og en annen forsker sjekket at data var korrekt og komplett hentet ut. Fra de inkluderte oversiktene sorterte og sammenstilte vi deretter data i tekst og laget tabeller der det var relevant. Vi vurderte til slutt den samlede dokumentasjonen for hvert av hovedutfallsmålene ved hjelp av GRADE verktøyet (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). Gradering går ut på å vurdere hvilken

tillit vi har til resultatene som blir presentert i studiene. Vi benyttet standarddefinisjonene for å vurdere grad av tillit til resultatene: Høy kvalitet= Vi har stor tillit til at effekttestimatet ligger nær den sanne effekten. Middels kvalitet= Vi har middels tillit til effekttestimatet, dvs. tiltaket er *trolig* som estimert men kan være vesentlig ulikt. Lav kvalitet= Vi har begrenset tillit til effekttestimatet, dvs. effekten er *muligens* som estimert men kan være vesentlig ulikt. Svært lav kvalitet= Vi har svært liten tillit til at effekttestimatet ligger nær den sanne effekten, dvs. det er usikkert hvorvidt tiltaket har effekt.

Resultat

Vi inkluderte og rapporterer data fra åtte systematiske oversikter. Oversiktene var publisert mellom 2015 og 2019. Fem av oversiktene hadde moderat metodisk kvalitet mens tre hadde høy metodisk kvalitet. Oversiktene inkluderte fra 14 til 170 primærstudier hver, og vi oppsummerte totalt 319 unike primærstudier med 74 ulike tiltak gitt til om lag 50 000 studiedeltakere. Barna og ungdommene i oversiktene var mellom 1,5 og 18 år og hadde ulike atferdsvansker (hovedsakelig beskrevet som atferdsvansker, eksternaliserende problemer, atferdsforstyrrelser, atferdsproblemer). Noen hadde begått lovbrudd. Mens fire av oversiktene omhandlet tiltak for barn og unge med atferdsvansker, omhandlet de fire andre tiltak for unge som hadde begått lovbrudd. Vi fant ingen systematiske oversikter på institusjonsområdet som oppfylte inklusjonskriteriene. Kun én av oversiktene spesifiserte hvorvidt de omhandlet sekundær- eller tertiærforebyggende tiltak, og skillet mellom de ulike nivåene av forebygging var generelt utydelig i oversiktene, men alle omhandlet tidlig intervensjon eller behandling av atferdsvansker.

Effekter av tiltak for barn og unge med atferdsvansker

Fire oversikter, med 241 relevante primærstudier, undersøkte effekten av 59 ulike tiltak (med ca. 30 000 deltakere) for barn og unge med atferdsvansker. Sammenlignet med kontroll viste resultatene at:

- foreldreveiledning fører muligens til en reduksjon i atferdsvansker hos barn (multisystemiske tiltak og ikke-multisystemiske tiltak. Multisystemisk= innsatsene rettes mot flere sosiale systemer, f.eks. foreldre og barn)
- effekten av psykososiale tiltak (gitt kun til barn eller kun til tenåringer) er uklar når det gjelder atferdsvansker hos barn og tenåringer
- psykososiale tiltak (multisystemiske eller gitt kun til foreldre) fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos barn
- psykososiale multisystemiske tiltak fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos tenåringer
- funksjonell familieterapi fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos unge som har atferdsvansker og rusmisbruk
- effekten av funksjonell familieterapi er uklar når det gjelder nye lovovertridelser hos unge med atferdsvansker
- foreldreveiledning fører trolig til en moderat reduksjon i atferdsvansker hos barn

Effekter av tiltak for barn og unge som har begått kriminelle handlinger

Fire oversikter, med 80 relevante primærstudier, oppsummerte 15 ulike tiltak for å forebygge ytterligere kriminelle handlinger hos ungdom i alderen 10-18 år. Alt i alt var

det ca. 21 000 ungdommer inkludert i studiene. Sammenlignet med kontroll viste resultatene at:

- familiebaserte tiltak fører trolig til en reduksjon i antisosial atferd, slik som arrestasjoner og lovbrudd, hos unge som har begått alvorlige lovbrudd
- effekten av ulike tiltak med mål om å behandle unge med ulovlig seksuell atferd er uklar når det gjelder reduksjon i antall nye lovbrudd hos unge som har begått seksuallovbrudd
- ulike tiltak for å bedre psykososial fungering hos unge fører muligens til en moderat bedring i psykososial fungering, slik som aggresjon, hos unge (gutter) som har begått seksuallovbrudd
- politibaserte avledende tiltak (police-initiated diversion) fører muligens til en liten reduksjon i antall nye lovbrudd hos unge som har begått lovbrudd

Diskusjon

Det fins mye forskning om effektene av et høyt antall tiltak av både multisystemisk og ikke-multisystemisk karakter for å begrense atferdsvansker hos barn og unge. Forskningen viser i all hovedsak at mange ulike sekundær- og tertiærforebyggende tiltak fører til en reduksjon i atferdsvansker, inkludert kriminelle handlinger, hos barn og unge.

For de fleste av utfallsmålene i denne kunnskapsoppsummeringen er vi sikker på *retningen* på effekten, nemlig at mange av disse tiltakene gir en reduksjon i atferdsvansker hos barn og unge. Vi er mindre sikre på størrelsen på effekten. Det fins best dokumentasjon for at tiltak som er familiebaserte, og da særlig innbefattet foreldreveiledning, reduserer atferdsvansker hos både barn og unge. Resultatene viser tydelig at både multisystemiske og ikke-multisystemiske psykososiale tiltak – f.eks. veiledning i atferdshåndtering, Parent-Child Interaction Therapy, multisystemisk terapi, De utrolige årene, Trippel P – trolig gir en vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos barn og unge. I familier der barn og unge har atferdsvansker støtter disse resultatene dermed bruk av foreldreveiledning, f.eks. når det gjelder atferdshåndtering. Det kan være at slike tiltak er effektive fordi de bedrer samspillet mellom foreldre og barn. Praksisfeltet bør videre være oppmerksom på at effekten er større for foreldreveiledning som er indikativ (rettet mot høyrisikogrupper) enn selektiv (rettet mot risikogrupper). Med hensyn til spesifikke teknikker som bør være en del av foreldreveiledning viser dokumentasjonen at spesifikk ros, generell positiv tilbakemelding samt logiske konsekvenser som en disiplinerende praksis fører til større effekter enn andre teknikker. Gitt resultatene, det brede spektrum av deltakere, geografiske steder og miljøer mener vi det er det sannsynlig at resultatene er overførbare til mange forskjellige kontekster, inkludert Norge.

Konklusjon

Det fins ingen vidunderkur som alltid vil redusere og fjerne atferdsvansker hos barn og unge, men denne oppsummeringen viser at det fins et knippe tiltak som synes å begrense atferdsvansker. For praksisfeltet og beslutningstakere er det viktig å merke seg den vedvarende positive effekten av familiebaserte tiltak, og da særlig innbefattet foreldreveiledning, slik at de gjennom å gjøre endringer i egen oppdragerpraksis kan veilede barna til endringer i atferd.

Key messages

Behavioral problems (other terms include conduct problems) in children and adolescents are difficult not only for the child, but also for their families and community. We examined the effects of interventions for children and adolescents with behavioral problems or criminal behavior. We conducted an overview of reviews and identified eight systematic reviews. These systematic reviews reported on 74 distinct interventions and included about 50,000 children and adolescents younger than 18 years. The results show that it is likely that:

- psychosocial interventions involving parents reduce behavioral problems in children
- psychosocial multisystemic interventions (interventions that involve multiple target groups, e.g. parents and children) reduce behavioral problems in adolescents
- functional family therapy reduces behavioral problems in adolescents with behavioral problems and substance abuse
- parenting programs reduce behavioral problems in children
- family-based interventions reduce antisocial behavior in adolescents with a history of serious offences

We also identified other promising interventions, such as functional family therapy in preventing recidivism among juveniles. However, we are somewhat unsure of the exact effects of these interventions.

For practitioners and policy makers, it is important to note the sustained positive effects of family-based interventions. In particular, parenting programs that help parents change their parenting behavior, can in turn help children adapt positive behavior changes.

Title:

Interventions for children and youth with behavioral problems or criminal behavior: an overview of reviews

Type of publication:

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Institute of Public Health

Updated:

Last search for studies:
June, 2019

Internal peer review:

Hege Kornør, department director, Norwegian Institute of Public Health

External peer review:

Truls Tømmerås, researcher, Norwegian Center for Child Behavioral Development

Executive summary (English)

Background

Childhood and adolescence are characterized by substantial emotional and social changes. It is during these developmental years that behavioral problems most commonly develop. There is not one agreed definition of child behavioral problems, but it refers to persistent oppositional, aggressive and/or destructive behavior considered outside socially acceptable behavior and norms for that developmental age. It is difficult to estimate the proportion of children with behavioral problems. Yet, studies estimate that approximately 5-10% of children and adolescents in Norway have behavioral problems. These estimates include serious behavioral problems such as delinquency. Even minor behavioral problems can pose a considerable challenge for the child, families, peers, teachers, and society in general. Prospective studies show that behavioral problems in early childhood is a risk factor for a range of mental, physical and social problems in adolescence and adulthood. Therefore, early efforts such as family-based interventions may be key in preventing further behavioral problems.

Objective

The aim of this overview of reviews was to assess the effects of interventions for children and adolescents with behavioral problems or criminal behavior.

Method

We aimed to answer the following two questions: 1) What are the effects of interventions for children and adolescents (3-18 years) at risk of developing serious behavioral problems? 2) What are the effects of secondary and tertiary interventions for juveniles (12-24 years)? We conducted a systematic overview of reviews. To identify systematic reviews, a search specialist searched eight international databases in June 2019, including MEDLINE, EMBASE and PsycINFO. We also searched the Norwegian IN-SUM database and manually screened reference lists of relevant systematic reviews and the included systematic reviews. Two researchers independently screened all titles and abstracts from the literature search, and thereafter the full texts, for eligibility according to the inclusion criteria. We used a checklist for methodological quality assessment of systematic reviews and we only included studies with moderate- or high methodological quality. One researcher extracted data from the reviews and a second researcher checked the correctness and completeness of the extracted data. From the included studies we sorted and combined data in text and created tables when relevant. We assessed our certainty in the evidence for the outcomes using the GRADE methodology

(Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). We graded the certainty of the evidence as high, moderate, low, or very low. High certainty= We are very confident (certain) that the true effect lies close to that of the estimate of the effect. Moderate certainty= We are moderately confident in the effect estimate: the true effect is *probably* close to the estimated effect. Low certainty= Our confidence in the effect estimate is limited: the true effect *may* be markedly different from the estimated effect. Very low certainty = We have very little confidence in the effect estimate: it is *unclear* whether the intervention has an effect.

Results

We included and reported data from eight systematic reviews. The reviews were published between 2015 and 2019. Five of the reviews had moderate methodological quality, while three had high methodological quality. The reviews included between 14 and 170 primary studies each. In total, we summarized 319 primary studies with 74 different interventions given to approximately 50,000 study participants. The children and adolescents in these reviews were between 1.5 and 18 years and had various behavioural problems (largely described as behavioral problems, externalizing problems, conduct disorder). Some were juveniles. Four reviews included interventions for children and youth with behavioral problems and the remaining four concerned juveniles. There were no eligible systematic reviews with interventions in an institutional setting. Only one of the included reviews specified whether the interventions regarded secondary- or tertiary prevention, and the boundaries between the various levels of prevention were generally unclear, but all concerned early intervention or treatment for behavioural problems.

Effects of interventions for children and adolescents with behavioral problems

Four reviews, with 241 relevant primary studies, investigated the effects of 59 interventions (with approximately 30,000 participants) for children and adolescents with behavioral problems. Compared to control, the results show that:

- parenting programs may reduce behavioral problems in children (multisystemic and non-multisystemic interventions. Multisystemic= interventions that involve multiple target groups, e.g. parents and children)
- the effects of psychosocial interventions (targeting only children, or only adolescents) on behavioral problems in children and adolescents are unclear
- psychosocial interventions (multisystemic or targeting only parents) probably reduce behavioral problems in children
- psychosocial multisystemic interventions probably reduce behavioral problems in adolescents
- functional family therapy probably reduces behavioral problems in adolescents with behavioral problems and substance abuse
- it is unclear whether functional family therapy reduces re-offending in juveniles with behavioral problems
- parenting programs probably reduce behavioral problems in children

Effects of interventions for juveniles

Four reviews with 80 relevant primary studies summarized 15 interventions aimed at preventing re-offending in juveniles aged 10-18 years. Overall, about 21,000 juveniles were included in the studies. Compared to control, the results show that:

- family-based interventions probably reduce antisocial behaviors, such as arrests and serious offences, in adolescents who have committed serious criminal offences
- the effects of interventions aimed at treating sexually offending behavior are unclear with regard to re-offending in youth who have committed sexual offences
- interventions aimed at improving psychosocial functioning may improve psychosocial functioning, such as aggression, in young males who have committed sexual offences
- police-initiated diversion may reduce re-offending in male juveniles

Discussion

There is extensive research on the effects of both multisystemic and non-multisystemic interventions to reduce behavioral problems in children and adolescents. Overall, research shows that numerous secondary- and tertiary prevention interventions reduce behavioral problems, including delinquency, in children and adolescents.

For the majority of the outcomes in this review we are certain about the *direction* of effect; i.e. that many of the interventions reduce behavioral problems in children and adolescents. We are less certain about the size of the effects. The strongest evidence is for family-based interventions, especially parenting programs. The results clearly show that both multisystemic and non-multisystemic psychosocial interventions – such as behavioral therapy, Parent-Child Interaction Therapy, multisystemic therapy, the Incredible Years, and Triple P – probably lead to sustained reductions in behavioral problems in children and adolescents. For families with children and adolescents who have behavioral problems, these results support the use of parenting programs, and particularly behavioral therapy. It is possible that such interventions are effective because of improved parent-child interactions. Practitioners should take note of the stronger effects of indicated parenting programs (for high-risk groups) compared to selective programs (for risk groups). With regard to specific techniques that should be a part of parenting programs, the evidence shows there are stronger program effects with positive reinforcement, praise in particular, and natural/logical consequences compared to other techniques. Given the results, the diversity of participants and geographical locations, we consider the results to be transferable to multiple settings, including Norway.

Conclusion

There is no magic bullet for behavioral problems in children and adolescents. However, this systematic review shows there is a set of interventions that appear effective in reducing behavioral problems. For policy makers, stakeholders, and practitioners, it is important to note the sustained positive effects of family-based interventions. In particular, parenting programs that help parents change their parenting behavior, can in turn help children adapt positive behavioral changes.

Forord

Fagmiljø for velferdstjenesteforskning i område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet, fikk i april 2019 i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) å utføre en systematisk kunnskapsoppsummering (også kalt systematisk oversikt) om effekten av tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger.

Kunnskapsoppsummeringen er relevant for et bredt publikum av praktikere og personell i velferdstjenestene og andre profesjoner som er interessert i tiltak som angår barn og unge.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Bidragssyterne

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Rigmor C Berg
- Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: forskere Louise Forsetlund, Patricia Jacobsen Jardim, Trine Bjerke Johansen, og bibliotekar Lien Nguyen.

Takk til ekstern fagfelle Truls Tømmerås og intern fagfelle Hege Kornør som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen. En stor takk også til kollega Hilde H. Holte for bistand med vurdering av referanser og Chris Rose for bistand med tolkning av metaanalyser.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Kåre Birger Hagen
fagdirektør

Rigmor C Berg
avdelingsdirektør
prosjektleder

Innledning

Barne- og ungdomsårene er viktige år. I denne perioden utvikler man mange normer, verdier, atferder og interesser som man tar med seg inn i voksenlivet. Samtidig går barn og unge gjennom stor følelsesmessig- og sosial utvikling, løsrivelse fra foreldre og identitetssøken etter selvstendighet og autonomi. Det er særlig i disse årene at atferdsvansker og konfliktnivå med andre kan oppstå og være problematiske (1;2).

Atferdsvansker hos barn og unge

Innledningsvis er det viktig å understreke at det fins få klare definisjoner eller én allment akseptert definisjon for atferdsvansker. Det fins heller ingen absolutt skillelinje mellom normalatferd, normale oppdragelses- eller disiplinproblemer, atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser som gjelder barn og unge. Men generelt sett kjennetegnes atferdsvansker, ofte også kalt atferdsproblemer eller atferdsforstyrrelser (ulike forskere benytter ulike termer), hos barn og unge ved vedvarende opposisjonell, aggressiv og/eller destruktiv atferd som er tydelig utenfor det som vurderes som sosialt akseptabelt (1-3).

Atferdsvansker refererer ikke til en diagnostisk kategori (men kan inkludere en diagnose), men til eksternaliserende atferd som kan variere fra lette avvik i atferd til omfattende og alvorlige avvik, med sammenfallende kjennetegn at atferden varer over tid og bryter med eksisterende sosiale normer, verdier, regler og forventninger. For å betegnes som atferdsvansker må de i tillegg ha negative konsekvenser for andre samt føre til at barnets utvikling, læring og positivt sosialt samspill med andre barn og voksne blir hindret og forsinket (1;4). Eksempler på atferdsvansker er overdreven sutring, hyling, skriking, ødeleggelse, hærverk, trusler, vold, rusing, skoleskulk og stjeling. Uten hjelp vil mange barn med alvorlige atferdsvansker fortsette å ha problemer som ungdommer. Blant unge kan atferdsvansker gi seg utslag i alvorlig atferdsproblematikk, som tyveri, hærverk, rusmisbruk, vold og annen kriminalitet (1-5).

Andel barn og unge med atferdsvansker

Det er utfordrende å anslå andelen av barn og unge med atferdsvansker. Dette skyldes at det ikke fins én allment akseptert definisjon for atferdsvansker, at ulike begreper benyttes, og at hva som oppleves som atferdsvansker er noe kulturelt betinget (6). Videre viser de fleste barn og unge noen former for atferdsvansker i visse perioder. Det er en del av deres normale utvikling, og kan forstås som forsøk på å etablere selvstendighet, mestre utfordringer, teste grenser og utvikle sosiale ferdigheter (7). Dermed viser pre-

valensundersøkelser at andelen barn og unge med atferdsvansker varierer noe fra studie til studie (8). Studier fra Europa og Nord-Amerika har funnet at andelen barn med atferdsvansker er 1-3 % blant jenter og 2-5 % blant gutter, og at andelen øker i pubertetsalderen (9). I Norge er det estimert at atferdsvansker rammer om lag 5-10 % av barn og unge, og omtrent halvparten av de som har atferdsvansker som barn har fortsatt vansker i ungdomsårene (10). Flere gutter enn jenter har atferdsvansker. En beregning fra 2013 kom fram til at prevalensen av diagnostiserbare atferdsforstyrrelser blant norske barn og unge under 18 år er 1,7 % for alvorlig atferdsforstyrrelse og 1,8 % for opposisjonell atferdsforstyrrelse. Forskerne mente også det er grunnlag for å hevde at symptomer på atferdsproblemer er langt mer utbredt enn diagnostiserbare atferdsforstyrrelser (3).

Når det gjelder forekomsten av atferdsproblematikk blant unge som har begått lovbrudd fant en nylig systematisk oversikt at særlig atferdsvansker men også antisosial personlighetsforstyrrelser er svært utbredt i denne gruppen, med en andel på henholdsvis 66 % og 62 %. Forekomsten av atferdsvansker, antisosial personlighetsforstyrrelse og andre eksternaliserende- i tillegg til internaliserende vansker synes å være mer utbredt blant gutter enn jenter som begår lovbrudd (11). De fleste barn og unge i Norge har ikke atferdsvansker som gir seg utslag i lovbrudd. Ifølge tall fra Statistisk Sentralbyrå (12) er det nedgang i forbrytelser blant unge. Det siste tiåret er det totale antallet straffedommer mot unge under 18 år redusert fra ca. 1200 til ca. 400 dommer årlig. Unntaket er seksuallovbrudd, der trenden er motsatt. Fra 2015 til 2018 økte andelen straffede 15-17 åringer med seksuallovbrudd fra 0,2 til 0,5 per 1000 innbyggere. Denne andelen er lik andelen for 18-20 åringer, og er høyere enn noen andre aldersgrupper (12).

Konsekvenser av atferdsvansker hos barn og unge

Atferdsvansker rammer en betydelig andel barn og unge over lengre tid, og de utgjør en stor utfordring for det enkelte barn, familien og samfunnet for øvrig. Atferdsvansker skaper konfliktfylte relasjoner til jevnaldrende, foreldre/foresatte, lærere eller autoriteter. Barn og unge med vedvarende atferdsvansker opplever i stor grad også andre tilleggsproblemer, slik som å bli utstøtt av andre barn og unge som ikke har slike vansker (13). Oppfølgingsstudier der man har fulgt opp barn fra de er små til de har blitt voksne viser at barn og unge med atferdsvansker har økt risiko for avbrutt skolegang, psykiske problemer, kriminalitet, (rus)misbruk, frafall fra arbeidslivet, relasjonelle vansker og sykелighet (komorbiditet) (13-19). En ny norsk oppfølgingsstudie viser i tillegg at eksternaliserende vansker som hyperaktivitet og atferdsvansker har sammenheng med elevenes psykiske helse, skoleprestasjoner og frafall fra skolen (20).

Som nevnt over så rammer atferdsvansker hos barn og unge ikke bare de selv, men fører også til negative konsekvenser for andre nære personer, som søsken, foreldre, lærere, venner og andre jevnaldrende. I en nylig utført norsk forekomststudie fant forskerne at ca. 20 % av ungdommer i alderen 12-16 år har opplevd en eller flere seksuelle krenkelser fra jevnaldrende. Slike krenkelser skyter fart i løpet av ungdomsskoletiden, og det er jenter som er spesielt utsatt (21). Andre studier viser at så mange som 80-90 % av skolebarn oppgir at de har blitt slått eller sparket av andre barn (22). Barn med

atferdsvansker har ofte et mer negativt forhold til lærere (16). Ca. 10 % av lærere i USA oppgir at de er blitt fysisk truet av en elev og 8 % er blitt utsatt for fysisk vold av en elev (23). Lærere som jobber med barn og unge med atferdsvansker rapporterer også høyere stressnivå, sykefravær, utbrenthet og skifte av jobb (24).

Risikofaktorer og tiltak for å begrense atferdsvansker hos barn og unge

Forskning peker på mange forskjellige risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker, og det er ikke påvist at én faktor alene forårsaker atferdsvansker (3). Noen risikofaktorer for atferdsvansker inntreffer før fødselen og blant disse inngår mors rusmisbruk, psykiske problemer og feilernæring. Også faktorer fra barns første leveår, slik som hyperaktivitet, sen motorisk utvikling og nevrologiske problemer har blitt knyttet til utviklingen av atferdsvansker (25;26). Andre faktorer som har vist seg å øke risikoen for atferdsvansker er faktorer i barnets miljø (kontekstuelle faktorer), slik som fravær av gode jevnalderrelasjoner, foreldres rusmisbruk og psykiske helse, familiestørrelse, skilsmisse, foreldres parforhold og sosioøkonomiske faktorer, som lønn og utdanning (25;27). Selv om identifisering av mulige årsaker til utviklingen av atferdsvansker er utfordrende er oppmerksomhet på slike faktorer viktig for forståelse av variasjoner i forekomst, barnas utviklingsforløp og ikke minst utviklingen av egnede hjelpetiltak. Forebyggende hjelpetiltak tar sikte på å unngå utvikling av uønskete (problem)tilstander og er ofte spesifisert relativt til tre stadier i problem-forløpet: primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging (ofte også kalt universell, selektiv og indikert forebygging). Innsatsene settes inn før problemet oppstår (primærforebygging), når problemet har oppstått (sekundærforebygging) eller etter at problemet har fått en negativ utvikling, for slik å begrense en forverring av situasjonen (tertiærforebygging). Enkelte bruker begrepet sekundærforebygging synonymt med tidlig intervensjon/innsats og begrepet tertiærforebygging om behandling av et problem/lidelser generelt (se forebygging.no/ordbok).

Tidlige eksternaliserende atferdsvansker hos barn ser ut til å være en risikofaktor for mange psykiske, fysiske og sosiale problemer blant ungdom og voksne. Det synes derfor viktig med tidlig innsats, for eksempel i hjemmet og på skolen, for å forebygge og forhindre videre uheldig utvikling. En beskyttelsesfaktor kan være barns sosiale kompetanse og gode relasjoner med voksne. Forskning viser blant annet at gode relasjoner mellom voksne og barn i barnehagen er assosiert med færre atferdsvansker og andre utfall som bedre språklig fungering (28). Det fins en rekke tidlige innsatser og metoder for å forebygge og redusere atferdsvansker hos barn og unge. Mange av tiltakene er omfattende og krever en koordinering av tiltak på flere forskjellige arenaer – i familien, barnehage/skole og andre instanser, som barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (3). Dette har sammenheng med at utviklingen av problematferd gjerne ses på som multifaktoriell, dvs. knyttet til flere miljøfaktorer. Multifaktorielle, også kalt multisystemiske, tiltak innebærer at innsatsene rettes mot flere 'systemer', slik som individet, familien og/eller skole (se www.forebygging.no). Et mye benyttet multisystemisk tiltak er multisystemisk terapi, som tilbys familier med ungdom i alderen 12-18 år med alvorlige atferdsvansker, slik som rus, kriminalitet, konflikter hjemme o.l. (29). Andre forebyggings- og behandlingstiltak retter innsatsen først og fremst mot foreldrene, slik

at de gjennom å gjøre endringer i egen oppdragerpraksis kan veilede barna til endringer i atferd. Dette gjelder for eksempel tiltaket Parent Management Training Oregon og Tidlig intervensjon for barn i risiko. I småbarnsprogrammet De utrolige årene (The Incredible Years) lærer barn 3-12 år ny atferd i grupper som et supplement til foreldreveiledning. Et annet kjent tiltak er Aggression Replacement Training, et manualbasert program som gis i grupper av jevnaldrende for å bedre sinnekontroll (30).

Som tidligere nevnt er atferdsvansker dels sosialt definert – de eksisterer ikke uavhengig av sosiokulturelle verdier og normer. Fordi normene og reglene for hva som er akseptabel atferd varierer, varierer også toleransen for hvilken atferd som forstås som problematisk (6). Standardiserte måleinstrumenter og observasjonsmetoder for å måle atferdsvansker er likevel utviklet og benyttet i mange land. Eksempler på noen av de mest vanlige er Child behavior checklist, Conner's parent rating scale, Eyberg child behavior inventory og Strengths and difficulties questionnaire (31).

Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?

Ved å spisse forebyggingsinnsatsen og hjelpe barn med atferdsvansker øker man sjansene for å redusere problemenes omfang og senere negative konsekvenser, slik som rusmisbruk, frafall fra skole og arbeidsliv, psykiske problemer og kriminalitet (32). Beslutninger om hvordan man bør spisse forebygging av atferdsvansker og kriminalitet hos barn og unge må være fundert i solid kunnskap fra forskning på hvilke tiltak som har dokumentert effekt. Det er derfor viktig å få en oversikt over virkningene av ulike tiltak som kan begrense atferdsproblemer, både når det gjelder sekundærforebygging og tertiærforebygging. En oversikt over eksisterende forskning vil kunne gi et kunnskapsbasert utgangspunkt for fremtidig forebyggingsarbeid blant barn og unge med atferdsvansker. En kunnskapsoppsummering vil også vise på hvilke områder pålitelig kunnskap finnes og avdekke eventuelle behov for forskningsinnsats.

Metode

Problemstillingene var: Hva er effekten av tiltak for barn og unge (alder 3-18 år) som er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker? Hva er effekten av sekundær- og tertiærforebyggende tiltak for barn og unge (alder 8-25 år) som har begått kriminelle handlinger? Vi utførte denne systematiske oversikten basert på metodeboken «Slik oppsummerer vi forskning» fra Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet. Metodeboken bygger igjen på internasjonale veiledere for utarbeidelse av systematiske oversikter, særlig Cochrane Handbook (33). Prosjektplanen for denne kunnskapsoppsummeringen (en oversikt over oversikter) er tilgjengelig på vår hjemmeside (www.fhi.no).

Vi spesifiserte i prosjektplanen at formatet på kunnskapsoppsummeringen var betinget av den eksisterende forskningen som vi identifiserte. Vi skulle først søke etter systematiske oversikter. Hvis vi identifiserte relevante systematiske oversikter skulle vi utføre en oversikt over oversikter. Hvis vi derimot ikke identifiserte relevante systematiske oversikter skulle vi søke etter primærstudier. Søket etter systematiske oversikter identifiserte flere relevante systematiske oversikter. Vi beskriver fremgangsmåten for oppsummeringen av oversiktene nedenfor og viser til prosjektplanen for detaljer om hvordan vi ville ha gått fram hvis vi ikke hadde identifisert systematiske oversikter.

Kunnskapsoppsummeringer av typen 'oversikter over oversikter' utføres ofte når det fins flere systematiske oversikter om lignende eller beslektede problemstillinger. Målet er å systematisk bringe sammen, vurdere og syntetisere resultatene fra relaterte systematiske oversikter. Slike oversikter bruker en grovskåren tilnærming – «lumping» i motsetning til «splitting». En slik grovskåren tilnærming byr på noen utfordringer, da man slår sammen store mengder data, som nødvendigvis vil være noe heterogene. Det kan være vanskelig å være konsekvent i systematiseringen av store mengder heterogene data og presentere dette i et tilgjengelig format som er relevant og nyttig for sluttbrukere. Oversikter over oversikter gir likvel større spillerom for generaliserbarhet i forskningsresultatene og anvendbarhet for beslutningstakere. De er særlig nyttige når forskningsspørsmålet angår effekten av to eller flere tiltak for samme tilstand eller problem (33), slik som atferdsvansker hos barn og unge. De gir en bred inngang for beslutningstakere ved at de oppsummerer omfattende problemstillinger, og samtidig viser til mer detaljert materiale som inngår i de inkluderte oversiktene og primærstudiene disse bygger på.

Som anbefalt i Cochrane håndboken (33) var oppdragsgiver involvert helt fra starten i utarbeidelsen av kunnskapsoppsummeringen, for å sikre at den var relevant og meningsfull for de som sluttbruker.

Endring fra prosjektplanen

Vi spesifiserte i prosjektplanen at studier med blandete tiltak – multisystemiske og ikke-multisystemiske tiltak – ville bli inkludert når minst halvparten av tiltakene var multisystemiske eller resultatene var rapportert separat. Med multisystemiske menes at tiltaket er rettet mot to eller flere 'nivå/systemer' som kan være individet, foreldre, familien, skole/barnehage, vennemiljø/vennegruppe, nærmiljø (se www.forebygging.no). Det viste seg at flere systematiske oversikter hadde en blanding av både multisystemiske og ikke-multisystemiske tiltak. Vi utarbeidet derfor en liste over alle tiltakene inkludert i oversiktene og vi gikk gjennom oversiktene, samt annen informasjon når dette var nødvendig, for å kategorisere tiltakene som multisystemiske eller ikke-multisystemiske. Det var i flere tilfeller vanskelig å avgjøre i hvilken grad tiltakene var multisystemiske: I noen tilfeller vurderte ulike oversiktsforfattere tiltakene ulikt ihht. hvorvidt de var multisystemiske. Det samme tiltaket ble i noen studier ansett som ikke-multisystemisk mens det i andre studier hadde en eller flere tilleggskomponenter slik at det ble ansett som multisystemisk. I konsultasjon med oppdragsgiver besluttet vi derfor å inkludere oversiktene også når multisystemiske tiltak ikke utgjorde minst halvparten av tiltakene i oversiktene, rapportere resultatene fra oversiktene som helhet (dvs. ikke kun rapportere primærstudier med multisystemiske tiltak fra oversiktene), og særskilt omtale informasjon og resultater om tiltak som var multisystemiske.

Inklusjonskriterier

Vi skulle besvare to hovedspørsmål, ett om effekten av tiltak for barn og unge med atferdsvansker generelt og ett om barn og unge med kriminelle handlinger spesielt. De to spørsmålene hadde ulike inklusjonskriterier, som var spesifisert av oppdragsgiver.

Inklusjonskriterier for spørsmål 1 (atferdsvansker)

Spørsmålet var: Hva er effekten av tiltak for barn og unge (alder 3-18 år) som er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker? Med atferdsvansker menes her aggressiv, destruktiv, opposisjonell atferd som bryter med eksisterende regler, normer og forventninger, og vedvarer over tid (se beskrivelse i innledningen). Vi vurderte dermed atferdsvansker som andre norske forskere (3;4) og så på atferdsvansker som eksternaliserende atferd som betegnes som problematisk og normbrytende. Slike atferdsvansker kan være innenfor eller utenfor diagnostisk område.

Vi delte noen av inklusjonskriteriene, pga. at ulike kriterier gjaldt for ulike aldersgrupper, som var spesifisert av oppdragsgiver. Vi oppgir disse i tabellen under.

Inklusjonskriterier:

Studiedesign	Systematiske oversikter. For å møte kriteriene for systematiske oversikter må oversikten ha en oppgitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier, og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene. Oversiktene måtte være publisert år 2015 eller senere, der søket var utført i 2013 eller senere
---------------------	--

Populasjon	- Barn og unge i alderen 3-10 år, OG - Bor hjemme, dvs. i en familie med minst én forelder eller foresatt, inkludert fosterfamilier, OG - Har atferdsvansker som omhandler i) aggressiv, destruktiv, dårlige sosiale ferdigheter og/eller opposisjonell atferd, og/eller ii) bruk av alkohol eller illegale rusmidler og eller iii) begått kriminelle handlinger, inkludert men ikke begrenset til vold, tyveri, salg av illegale rusmidler, hæverk - For barn og unge alder 10-18 år: Står i fare for å begå (ytterligere) kriminelle handlinger (kan være implisitt)
Tiltak	- Har til hensikt å forebygge, bremse, begrense eller hindre videreutvikling av atferdsvansker - Har varighet på minst 4 måneder
Utfall Barn 3-10 år	Primærutfall: aggressiv/voldelig atferd (mot f.eks. foreldre, andre barn, barnehageansatte/lærere), kriminelle handlinger, bruk av illegale rusmidler Sekundærutfall: barnehage, skolegang, bruk av alkohol, sosiale ferdigheter, og lignende utfall. Relevante måleinstrumenter var Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-report (YSR), men andre kunne også være benyttet
Utfall Barn og unge alder 10-18 år	Primærutfall: aggressiv/voldelig atferd (mot f.eks. foreldre, lærere, andre barn/unge), kriminelle handlinger, bruk av illegale rusmidler Sekundærutfall: skolegang, arbeid eller opplæring eller deltakelse i dagtilbud, bolig, bruk av alkohol, sosiale ferdigheter
Sammenligning	Standard, ingen tiltak (kan være venteliste), annet aktivt tiltak
Kontekst	Land i Nord-Amerika og Europa, Australia, New Zealand
Oppfølgingstid	Oppfølgingen må være minst 4 måneder etter tiltaket ble igangsatt
Språk	Vi inkluderte studier på alle språk, men publikasjoner på språk som hverken prosjektmedarbeiderne eller nære kolleger ved FHI behersket ble ikke inkludert. Hvis identifisert ville de blitt lagt i en liste (med referanse) og presentert i et vedlegg til rapporten
Annet	Hvis det var en blandet populasjon (f.eks. oversikten inkluderte barn og unge på også annen alder) inkluderte vi studien når minst halvparten av studiedeltakerne møtte inklusjonskriteriene eller resultatene var rapportert separat

Eksklusjonskriterier

Vi hadde følgende eksklusjonskriterier for hovedspørsmål 1 (atferdsvansker):

Studiedesign	Ikke-empiriske studier, kvalitative studier, studier uten kvantitative data om effekt av tiltak
Populasjon	- Barn og unge som ikke bor hjemme. Det inkluderer de som bor på institusjon, er hjemløse, er i fengsel/ungdomsanstalt, og lignende - Barn og unge som har begått kriminelle handlinger i affekt - Barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, slik som depresjon, PTSD, osv. - Særskilte sub-grupper av barn og unge, f.eks. de med nedsett kognitive funksjoner, transpersoner, minoritetsgrupper

Tiltak	• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler å begrense/hindre mobbing • Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler å begrense/hindre alkoholbruk eller rusmiddelbruk • Tiltak som kun/nesten utelukkende er psykoterapeutiske tiltak basert på psykoanalyse og lignende • Tiltak som kun/nesten utelukkende er farmakologiske
Annet	Systematiske oversikter som har som inklusjonskriterium at studiene må være fra områder av verden som ikke omfatter Norge, slik som studier fra lav- og middelinntektsland

Inklusjonskriterier for spørsmål 2 (kriminalitet)

Hva er effekten av sekundær- og tertiærforebyggende tiltak for barn og unge (alder 8-25 år) som har begått kriminelle handlinger? Vi viser inklusjonskriteriene i tabellen nedenfor.

Studiedesign	Systematiske oversikter. For å møte kriteriene for systematiske oversikter må oversikten ha en oppgitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier, og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene. Oversiktene måtte være publisert år 2015 eller senere, der søket var utført i 2013 eller senere
Populasjon	• Barn og unge i alderen 12-24 år, OG • Har begått en eller flere kriminelle handlinger, inkludert men ikke begrenset til vold, tyveri, hærverk, salg av illegale rusmidler, salg av sex (prostituasjon), OG • Står i fare for å begå ytterligere kriminelle handlinger (kan være implisitt)
Tiltak	• Har til hensikt å bremse eller hindre nye kriminelle handlinger utført av ungdom • Har varighet på minst 4 måneder
Sammenligning	Standard, ingen tiltak (kan være venteliste), annet aktivt tiltak
Utfall	Primærutfall: kriminelle handlinger Sekundærutfall: skolegang, arbeid eller opplæring eller deltakelse i dagtilbud, bolig, bruk av alkohol, bruk av illegale rusmidler, sosiale ferdigheter
Kontekst	Land i Nord-Amerika og Europa, Australia, New Zealand
Oppfølgingstid	Minst 3 måneder etter tiltaket er avsluttet. Vi inkluderte studier når det ble oppgitt at lengre oppfølging pågår eller vil bli utført
Språk	Vi inkluderte i utgangspunktet studier på alle språk, men publikasjoner på språk som hverken prosjektmedarbeiderne eller kolleger ved FHI behersket ville ikke blitt inkludert. Hvis identifisert ville de blitt lagt i en liste (med referanse) og presentert i et vedlegg til rapporten
Annet	Hvis det var en blandet populasjon (f.eks. barn og unge utenfor ønsket aldersgruppe) inkluderte vi studien når minst halvparten av studiedeltakerne møtte inklusjonskriteriene eller resultatene var rapportert separat

Eksklusjonskriterier

Eksklusjonskriteriene for hovedspørsmål 2 (kriminalitet) var:

Studiedesign	Ikke-empiriske studier, kvalitative studier
Populasjon	• Barn og unge som har begått kriminelle handlinger i affekt • Barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, slik som depresjon, PTSD, osv. • Særskilte sub-grupper av barn og unge, f.eks. de med nedsett kognitive funksjoner, transpersoner, minoritetsgrupper
Tiltak	• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler mobbing • Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler å redusere rusmiddelbruk • Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler vold i nære relasjoner • Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler rehabilitering i fengsel eller ungdomsanstalt (f.eks. bootcamp, scared straight) • Tiltak som kun/nesten utelukkende er psykoterapeutiske tiltak basert på psykoanalyse og lignende • Tiltak som kun/nesten utelukkende er farmakologiske
Annet	Systematiske oversikter som har som inklusjonskriterium at studiene må være fra områder av verden som ikke omfatter Norge, slik som studier fra lav- og middelinntektsland

Litteratursøk

Bibliotekar Lien Nguyen utarbeidet en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utførte søkene. Bibliotekar Elisabeth Hafstad fagfellevurderte søkestrategien. Søket ble avsluttet i juni 2019 og inkluderte søk i følgende databaser:

- MEDLINE, EMBASE og PsycINFO (OVID)
- Cochrane Library (CDSR, DARE, CENTRAL, HTA og protokoller) (Wiley)
- CINAHL (Ebsco)
- Sociological Abstracts og Social Services Abstracts (ProQuest)
- Epistemonikos

Søkestrategien med antall treff i hver database er oppgitt i vedlegg 1. Vi søkte også i den norske IN SUM-databasen: Database for systematiske oversikter om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse og velferd (<https://insum.r-bup.no/no>). Til slutt søkte vi manuelt i referanselistene til relevante oversikter over oversikter samt i de inkluderte systematiske oversiktene.

Utvelging av studier

Vi importerte referansene identifisert gjennom litteratursøket til EndNote og slettet duplikater. Vi importerte deretter referansene til det elektroniske verktøyet Rayyan (34). To medarbeidere (Berg/Holte/Nguyen) utførte utvelgelsen av relevante oversikter (identifisering) uavhengig av hverandre i henhold til inklusjonskriteriene. Vi gikk først gjennom alle titlene og sammendragene fra litteratursøket. De oversiktene som

syntes relevante bestilte vi i fulltekst og to forskere (Berg/Jardim/Johansen) vurderte disse uavhengig av hverandre i henhold til inklusjonskriteriene. Uenigheter i vurderingene løste vi ved diskusjon og ny inspeksjon av publikasjonene. Hvis de to forskerne ikke hadde oppnådd enighet, ville en tredje forsker avgjort inklusjon.

I de tilfellene hvor relevante systematiske oversikter så ut til å overlappe hverandre (samme spørsmål, mange av de samme inkluderte enkeltstudier), benyttet vi den mest oppdaterte oversikten (se nedenfor).

Vurdering av inkluderte oversikter

I henhold til inklusjonskriteriene skulle vi kun inkludere systematiske oversikter med moderat eller høy metodisk kvalitet. Derfor inngikk metodisk kvalitetsvurdering som en del av inklusjonsvurderingen. Vi benyttet område for helstjenester (FHI) sin sjekkliste for metodisk kvalitetsvurdering av systematiske oversikter (tilgjengelig på FHIs nettsider). To forskere (Berg/Forsetlund/Jardim/Johansen), utførte kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene uavhengig av hverandre. Deretter diskuterte vi vurderingene og ble enige om en samlet vurdering. Uenigheter i vurderingen ble løst ved diskusjon og ny inspeksjon av oversikten, i noen tilfeller i samråd med en tredje forsker.

Dataekstraksjon

Vi trakk ut data og resultater fra de inkluderte systematiske oversiktene. En forsker hentet ut data (Berg/Forsetlund/Jardim/Johansen) og en annen dobbeltsjekket uthentingen (Berg/Jardim/Johansen). Vi hentet ut følgende data fra de inkluderte systematiske oversiktene: tittel, forfattere o.l. detaljer om publikasjonen, formålet med oppsummeringen, tidsperioden for søket, antall inkluderte studier og deltakere, studiedesign, metodisk kvalitet, populasjon og kontekst, tiltak, sammenligning(er), utfall, resultater (beskrivende sammenstilling eller metaanalyse). Slike data om primærstudiene ble hentet fra tabeller, tekst og vedlegg i de systematiske oversiktene slik at informasjonen skulle være så komplett som mulig.

Analyser

Fra de inkluderte oversiktene sorterte og samlet vi alle resultatene som var relevante for vår problemstilling. Deretter sammenstilte vi data i tekst og lagde tabeller der det var relevant. I de tilfellene der det var mulig grupperte vi resultatene etter alder (ihht. oppdragsgivers ønske). Dette var betinget av aldersinndelingen i de oversiktene som vi inkluderte.

Vi oppsummerte resultatene i henhold til kriteriene i området for helstjenester (FHI) sin metodehåndbok (tilgjengelig på FHIs nettsider). Vi benyttet også metodene foreslått i nyere forskning om oversikter over oversikter (35;36) samt rapportere ihht. «Preferred Reporting Items for Overviews of systematic reviews including harms checklist» (se EQUATOR network).

Vurdering av kvaliteten på dokumentasjonen

Gradering går ut på å vurdere hvilken tillit vi har til resultatene som blir presentert i studiene ut ifra den tilgjengelige dokumentasjonen. Dvs. vi utfører en vurdering av hvor nært 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene de estimerte resultatene er. Vi vurderte den samlede dokumentasjonen for hvert av hovedutfallsmålene ved hjelp av GRADE verktøyet (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation), se www.gradeworkinggroup.org.

Vi brukte studiedesign som utgangspunkt og vurderte så ifølge fem kriterier: metodisk studiekvalitet (risk of bias), grad av konsistens/overensstemmelse (consistency), sparsomme data/presisjon av data (precision), direkthet (directness) og formidlingsskjevhet (publication bias). Vi vurderte ikke oppgradering pga. at oversiktene i all hovedsak inkluderte randomiserte kontrollerte studier (RCTer). Flere beskrivelser av hvordan man bruker GRADE til å vurdere tilliten til resultatene finnes i Guyatt og medarbeidere (37).

Vi graderte alle relevante utfallsmål fra de inkluderte systematiske oversiktene. I de tilfellene de inkluderte systematiske oversiktene inneholdt GRADE-vurderinger videreformidlet vi disse, med mindre vi oppdaget at disse var problematiske eller feilaktige. Da utførte vi egne GRADE-vurderinger for hovedutfallsmålene. Slik informasjon om GRADE-vurderingene gir vi nedenfor for hver av de inkluderte studiene.

Vi benyttet standarddefinisjonene for å vurdere grad av tillit til resultatene (38):

- Høy kvalitet= Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.
- Middels kvalitet= Vi har middels tillit til effektestimatet: effektestimatet ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimatet kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker uttrykket *trolig* for å uttrykke vår tillit til resultatet.
- Lav kvalitet= Vi har begrenset tillit til effektestimatet: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet. Vi bruker uttrykket *muligens* for å uttrykke vår tillit til resultatet.
- Svært lav kvalitet= Vi har svært liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten. Vi bruker uttrykket *uklart/usikkert* for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Etikk

Betraktninger om etiske problemstillinger var ikke en del av denne kunnskapsoppsummeringen.

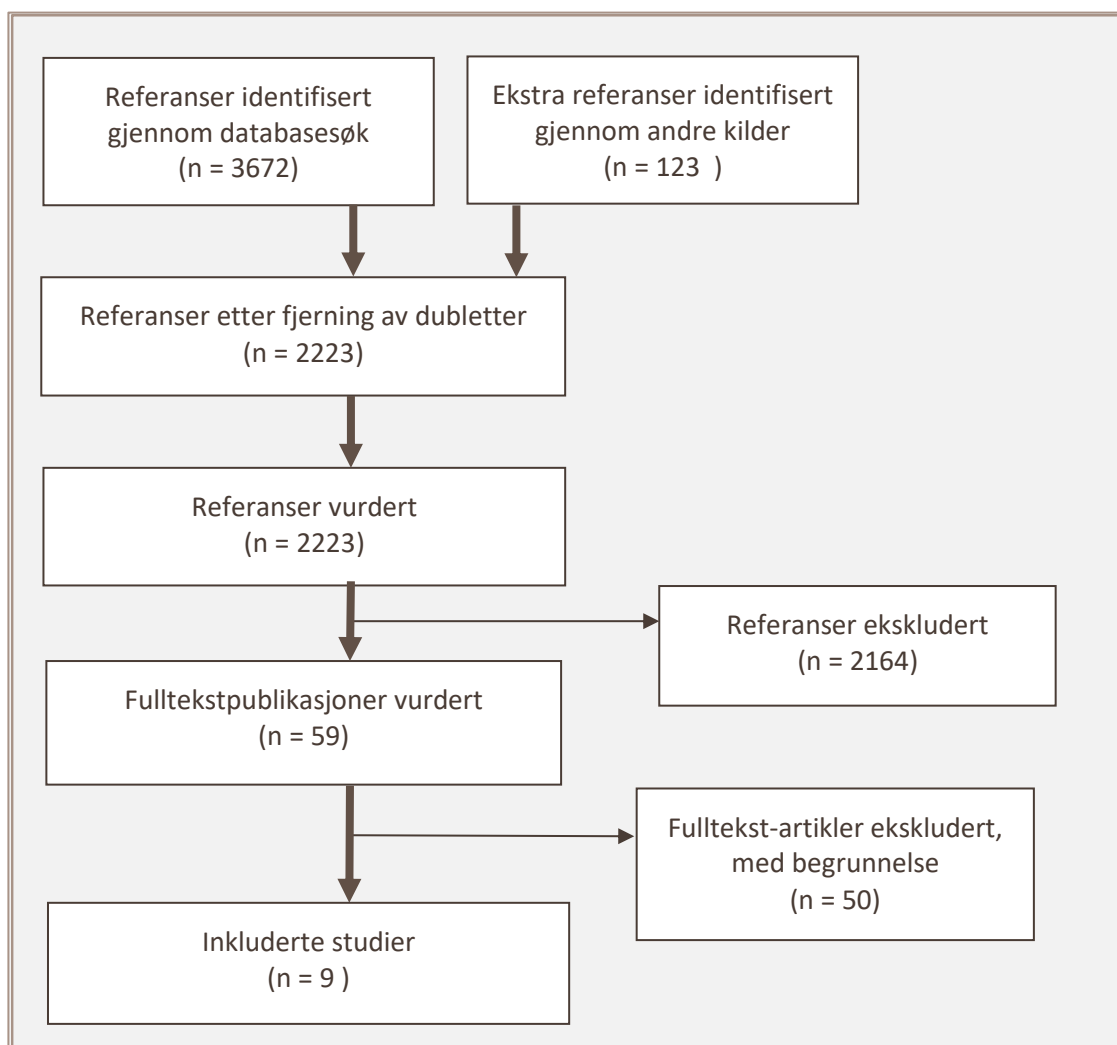
Kostnadseffektivitet

Vurderinger om kostnadseffektivitet var ikke en del av denne kunnskapsoppsummeringen.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse

Søket resulterte i 2100 referanser etter at vi fjernet duplikater (Figur 1). Søket i IN SUM- databasen ga 123 unike treff (etter sjekk av overlapp med søk i andre databaser) og søk i referanselister ga null unike treff. Vi vurderte 59 oversikter i fulltekst og ekskluderte 43. Disse er oppført i vedlegg 2, og begrunnelse for eksklusjon er gitt. Det var 16 systematiske oversikter som samsvarte med våre innledende inklusjonskriterier, men av disse hadde syv oversikter lav metodisk kvalitet og ble derfor ekskludert (se vedlegg 2). Ni systematiske oversikter møtte alle våre inklusjonskriterier.



Figur 1. Flytdiagram over søkeresultater og håndtering av referanser

Forklaring angående terminologi

Som beskrevet tidligere har oversikter over oversikter en grovskåren tilnærming da de vanligvis slår sammen store mengder data som nødvendigvis er noe heterogene. Spesielt for denne oversikten over oversikter er det viktig å merke seg at atferdsvansker hos barn og unge er en *samlebetegnelse* for atferd som favner flere aspekter: atferdsvansker hos barn og unge kan variere fra lette avvik til omfattende og alvorlige avvik, og kan være innenfor eller utenfor diagnostisk område. Ulike forskere benytter følgelig ulike begreper og ulike indikasjoner for atferdsvansker, både når det gjelder populasjonen og utfallet. I oversiktene vi inkluderer beskrives barna og ungdommene som: having externalizing behavior problems, exhibiting disruptive behaviors, having behavioral problems, juveniles, delinquents. Utfallene (atferdsvansker, lovbrudd, antisosial atferd, psykososial fungering) måles med ulike instrumenter, slik som Child behavior checklist, Eyberg child behavior inventory, Strengths and difficulties questionnaire, Disruptive behavior disorders rating scale. Det fins ingen overordnet taksonomi eller én allment akseptert definisjon eller begrep for atferdsvansker, og ulike terminologi benyttes i forskningslitteraturen. For å unngå å forvirre leserne benytter vi derfor termen 'atferdsvansker' i resultatkapitlet, men for å være transparent gjengir vi også oversiktsforfatterne sine engelske termer.

Vurdering av overlapp mellom de inkluderte systematiske oversiktene

Vi identifiserte ni systematiske oversikter som vurderte effekter av tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger (31;39-46). Til tross for disse sammenfallende perspektivene var det liten grad av overlapp mellom de inkluderte primærstudiene i disse systematiske oversiktene (vedlegg 3).

Av totalt 413 primærstudier i de ni systematiske oversiktene var det kun 19 % av primærstudiene som var inkludert i to eller flere oversikter. Det var med andre ord 335 unike primærstudier oppsummert i disse ni systematiske oversiktene. Det var ett unntak når det gjelder overlapp av primærstudier. I oversikten av van Aar (47), som evaluerte effekten av foreldretiltak for atferdsvansker blant barn, var det kun to av de 40 inkluderte studiene som ikke var inkludert i en eller flere av de andre oversiktene. De fleste av van Aars inkluderte primærstudier var inkludert i oversikten av Leijten og kolleger (48), som også omhandlet foreldretiltak for atferdsvansker blant barn. Vi valgte derfor ikke å trekke ut og analysere data fra oversikten av van Aar, men i diskusjonen gjengir vi hovedtrekkene i resultatene og tar med noen elementer fra denne oversikten.

Inkluderte studier

Vi inkluderte og rapporterer data fra åtte systematiske oversikter (31;39-45). Fullstendig henvisning til oversiktene fins i referanselisten.

Oversiktene var publisert mellom 2015 og 2019 (tabell 1). Det var én Cambell-oversikt (45), én 300-siders rapport fra Agency for Healthcare Research and Quality (40) og

seks oversikter var publisert i relevante tidsskrifter: Child Psychiatry and Human Development (31), Journal of Consulting and Clinical Psychology (39), Family Process (42), Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (41), Aggression and Violent Behavior(44), Journal of Abnormal Child Psychology(43).

Fire av oversiktene omhandlet tiltak for barn og unge som hadde atferdsvansker (31;40-42), mens de andre fire omhandlet tiltak for unge som hadde begått lovbrudd (39;43-45) (tabell 1). Vi fant ingen systematiske oversikter på institusjonsområdet som oppfylte kriteriene for inklusjon. Gitt at inklusjonskriteriene spesifiserte at barna og ungdommene måtte ha enten atferdsvansker eller ha begått kriminelle handlinger, måtte tiltakene være enten sekundær- eller tertiærforebyggende (problemet har oppstått og målet er tidlig innsats eller 'behandling' av problemet). Det var imidlertid kun én av oversiktene, Leijten og kolleger (41), som spesifiserte hvorvidt de omhandlet sekundærforebyggende- og/eller tertiærforebyggende tiltak, og skillet mellom de ulike nivåene av forebygging var ikke tydelig i oversiktene.

Tabell 1: Beskrivelse av formålet i de inkluderte systematiske oversiktene (N=8)

Systematisk oversikt	Formål
Buchanan-Pascall 2018	Evaluere effektene av gruppebasert foreldreveiledning hos barn med eksternaliserende og/eller internaliserende atferdsvansker
Dopp 2017	Evaluere effektene av familiebaserte tiltak på atferdsvansker (anti-social behavior) hos unge som har begått alvorlige lovbrudd
Epstein 2015	Evaluere effektene av psykososiale og farmakologiske tiltak hos barn med atferdsvansker
Hartnett 2017	Evaluere effektene av Funksjonell familieterapi (Functional Family Therapy) på atferdsvansker og rusmisbruk hos unge
Leijten 2019	Evaluere hvilke teknikker i foreldreveiledninger (programmer) som bidrar til at atferdsvansker hos barn og unge reduseres
ter Beek 2018 a	Evaluere effektene av ulike tiltak for tilbakefall hos unge som har begått seksuallovbrudd
ter Beek 2018 b	Evaluere effektene av ulike tiltak for psykososial fungering hos unge som har begått seksuallovbrudd
Wilson 2018	Evaluere effektene av politibaserte tiltak (police-initiated diversion) som et alternativ for fengsel for unge med kriminell atferd

Som vist i tabell 2 var de åtte inkluderte oversiktene publisert i løpet av de siste fem årene og søkene var utført i perioden 2014 til 2018. Oversiktene inkluderte fra 14 til 170 primærstudier hver, og vi oppsummerer totalt 319 unike primærstudier (40 studier var inkludert i to eller flere oversikter og 16 studier var ikke relevante for vår problemstilling).

Fire av oversiktene omhandlet tiltak for å begrense videreutvikling av atferdsvansker eller problematferd hos barn og unge (forskerne benyttet ulike betegnelser; se nedenfor), mens de andre fire omhandlet tiltak for å begrense ytterligere kriminell atferd

blant unge som hadde begått lovbrudd. Bortsett fra i én oversikt (41) var det ikke skilt mellom sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Videre var det ulike tilnærminger til tiltak i de åtte oversiktene: To av oversiktene fokuserte på foreldreveiledning, to tok for seg familiebaserte tiltak, to vurderte ulike typer tiltak for unge som hadde begått seksuallovbrudd, én omhandlet psykososiale tiltak, og den siste oversikten vurderte politibaserte avledende tiltak.

Prosjektplanen spesifiserte at atferdsvansker hos barn og unge kunne være innenfor eller utenfor diagnostisk område, så lenge det omfattet eksternaliserende atferd som var betegnet som problematisk og normbrytende. Barna og ungdommene i oversiktene, alt i alt omtrent 50 000 i alderen 1,5 til 18 år, hadde ulike atferdsvansker, hovedsakelig beskrevet som atferdsvansker, eksternaliserende problemer og atferdsforstyrrelser. Noen hadde begått lovbrudd. Vi gir flere detaljer om populasjonene i hver oversikt nedenfor.

I henhold til prosjektplanen inkluderte vi kun systematiske oversikter av moderat og høy metodisk kvalitet. Fem av oversiktene hadde moderat metodisk kvalitet mens tre hadde høy metodisk kvalitet. Vi viser vår vurdering av oversiktenes metodiske kvalitet i vedlegg 4. For en detaljert beskrivelse av hver av de åtte systematiske oversiktene, se vedlegg 5.

Tabell 2: Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene (N=8)

Systematisk oversikt	Søke-dato	Antall inkluderte studier	Tiltak	Metodisk kvalitet
Buchanan-Pascall 2018	Okt. 2016	21 ¹	Gruppebaserte tiltak for foreldre (noen tiltak var også gitt til andre, slik som barn, lærere) med barn med eksternaliserende og/eller internaliserende atferdsvansker	Moderat
Dopp 2017	Januar 2014	28	Familiebaserte tiltak for unge som har begått alvorlig kriminalitet	Moderat
Epstein 2015	Juni 2014	84 ²	Psykososiale tiltak for barn og unge med atferdsvansker	Høy
Hartnett 2017	April 2015	14	Funksjonell familieterapi for barn og unge med atferdsvansker	Moderat
Leijten 2019	Januar 2015	170	Foreldreveiledning som bidrar til at barn og unges atferdsvansker reduseres	Høy
ter Beek 2018 a	Feb. 2016	14	Tiltak for unge som har begått seksuallovbrudd	Moderat
ter Beek 2018 b	April 2017	23	Tiltak for unge som har begått seksuallovbrudd	Moderat
Wilson 2018	Januar 2017	19	Politibaserte avledende tiltak (police-initiated diversion) for unge med kriminell atferd	Høy

Forklaring: 1= Tre av studiene omhandlet barn med internaliserende problemer, og vi oppsummerer ikke disse tre studiene i vår oversikt. 2= 13 av studiene omhandlet farmakologiske tiltak og vi oppsummerer ikke disse 13 studiene i vår oversikt. Dette ihht inklusjonskriteriene.

Vi hadde som utgangspunkt for denne oppsummeringen å undersøke to spørsmål: effekter av tiltak for barn og unge med atferdsvansker, og effekter av tiltak for barn og unge som har begått kriminelle handlinger. Det var fire oversikter som undersøkte det første spørsmålet og fire oversikter som undersøkte det andre, med svært liten grad av overlapp (kun fire primærstudier). Videre i dette resultatkapitlet rapporterer vi derfor på disse to spørsmålene hver for seg, med karakteristika og resultater for oversiktene som svarer på det respektive spørsmålet.

Effekter av forebyggende tiltak for barn og unge med atferdsvansker

Fire oversikter, med 241 relevante primærstudier, undersøkte ulike tiltak for barn og unge med atferdsvansker (tabell 3). Til tross for at alle fire oversiktene omhandlet tiltak for å begrense atferdsvansker hadde oversiktene ulike tilnærminger og det var liten grad av overlapp mellom dem mht. populasjon og tiltak. Kun én av oversiktene beskrev hvorvidt tiltakene var sekundær- eller primærforebyggende og de andre tre så ut til å inkludere tiltak på begge nivå. Alle fire målte effekt av tiltakene (59 ulike tiltak) på ulike typer atferdsvansker hos barn og unge, og én målte i tillegg lovovertridelser. For hver oversikt rapporterer vi alle utfallsmålene som er relevante for vår problemstilling (atferdsvansker, nye lovovertridelser). Det var totalt 29 769 barn og unge i alderen 1,5 til 18 år inkludert. Alle hadde atferdsvansker og noen hadde begått lovbrudd.

Tabell 3: Kort beskrivelse av de systematiske oversiktene om atferdsvansker (n=4)

Systematisk oversikt	Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Buchanan-Pascall 2018	Foreldre til barn med eksteraliserende og/eller internaliserende atferdsvansker	Gruppebasert veiledning for foreldre (noen tiltak var også gitt til andre, slik som barn, lærere)	Ingen tiltak eller annet tiltak	Atferdsvansker
Epstein 2015	Barn under 18 år	Psykososiale tiltak for enten kun barn, kun foreldre eller multisystemisk	Vanlig praksis, annet tiltak eller venteliste	Atferdsvansker
Hartnett 2017	Ungdom med atferdsvansker og rusmisbruk	Funksjonell familieterapi for barn og foreldre/ omsorgsperson	Ingen tiltak, vanlig praksis eller annet tiltak	Atferdsvansker og lovovertridelser

Leijten 2019	Foreldre til barn med atferdsvansker	Individuelle og gruppebaserte veiledning for foreldre	Ingen tiltak eller annet tiltak	Atferdsvansker
--------------	--------------------------------------	---	---------------------------------	----------------

Nedenfor gir vi detaljer fra hver oversikt som undersøkte effekten av ulike tiltak for barn og unge med atferdsvansker.

Gruppebasert foreldreveiledning (Buchanan-Pascall 2018)

Oversikten av Buchanan-Pascall og kolleger (31) hadde som mål å evaluere effektene av gruppebasert foreldreveiledning på eksternaliserende og/eller internaliserende atferdsvansker hos barn (tabell 4, vedlegg 5). Veiledningen kunne rette seg mot kun foreldre, parallelt med tiltak for barn eller som del av et bredere multisystemisk tiltak.

Tabell 4: Kort beskrivelse av PICO i oversikten om gruppebasert foreldreveiledning (Buchanan-Pascall 2018)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Foreldre til barn med eksternaliserende og/eller internaliserende atferdsvansker	Gruppebasert veiledning for foreldre (noen av tiltakene var også gitt til lærere og/eller barn)	Ingen tiltak eller annet tiltak	Atferdsvansker, målt med validerte måleinstrumenter

Oversikten inkluderte 21 studier, alle RCTer, publisert i perioden 2007-2015. (Tre av disse studiene, alle fra Australia, omhandlet barn med internaliserende vansker – f.eks. angst og depresjon – som vi ikke omtaler her pga. de faller utenfor problemstillingen). Oversiktsforfatterne vurderte at ni studier hadde høy risiko for systematiske skjevheter, 11 hadde uklar risiko for systematiske skjevheter og tre studier hadde lav risiko for systematiske skjevheter.

Det var totalt 2197 deltakere i studiene. Studiene var utført i Australia, Belgia, Irland, Kina, Nederland, Norge, Romania, Storbritannia, Sverige og USA. Ti av de 21 studiene var fra Europa, inkludert én fra Norge. De fleste av primærstudiene inkluderte barn 4-12 år som var diagnostiserte med eller hadde subterskelverdier for eksternaliserende atferdsvansker (f.eks. ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse, atferdsforstyrrelse). For å bli inkludert i oversikten måtte deltakerene ha «externalizing behavior problems such as aggression, conduct problems or oppositional behavior» (de kunne også ha internaliserte problemer) og tiltakene måtte være «aimed at ameliorating child externalizing and/or internalizing problems in children». Det står også «interventions to treat child externalizing and/or internalizing problems». Det synes derfor som at tiltakene kunne være både sekundær- og tertiærforebyggende (tidlig intervensjon og behandling), men dette var ikke spesifisert i oversikten.

Det var totalt 11 ulike tiltak vurdert i studiene. Tiltakene var gruppebaserte veiledninger (opplæringer) for foreldre rettet mot barn 4-12 år og var ledet av en terapeut

etter en forhåndsbestemt plan eller manual. Tiltakene – som kunne rette seg mot kun foreldre, parallelt med tiltak for barna eller som del av et multisystemisk tiltak – var: Trippel P, Tuning into Kids, Parent Management Training, Anger Coping Training (parent-child parallel group program), Parents Plus Children's Program, Take Action Program, Behavioral Parent Training, No Worries! Program (cognitive-focused), Standard Group Based Cognitive-Behavioral Parent Program, Do as I do program for parents, 1-2-3 Magic parenting program. Vår vurdering var at fem av disse tiltakene er multisystemiske (vedlegg 6). På tvers av studiene deltok foreldre i 3-28 gruppebaserte veiledningssesjoner, som varte fra 1 til 2,5 timer. Oppfølgingen var fra rett etter endt tiltak til 1 år, men de fleste av studiene målte effekten etter 6 måneder og/eller 1 år.

Resultater

Oversiktsforfatterne utførte en metaanalyse med 16 studier for å undersøke effekten av gruppebasert foreldreveiledning på atferdsvansker hos barna (child externalizing problems). Atferdsvansker hos barn var en samlebetegnelse og målt med ulike instrumenter, slik som Child behavior checklist, Eyberg child behavior inventory, Strengths and difficulties questionnaire, Disruptive behavior disorders rating scale. Det var foreldrene som fylte ut skjema/rapporterte om sine barn.

For å undersøke effekten av foreldreveiledning kalkulerte forskerne standardisert gjennomsnittsforskjell mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen med Hedges' g . Hedges' g resultater tolkes slik: $g < 0,5$ indikerer at det er en liten effekt, $g = 0,5-0,8$ indikerer at det er en moderat effekt og $g > 0,8$ indikerer at det er en stor effekt av tiltaket som vurderes. Resultatet av metaanalysen viste at det var en statistisk, men liten, forskjell i atferdsvansker mellom foreldreveiledning og kontroll (ingen tiltak eller annet aktivt tiltak), i favør av foreldreveiledning: $g = -0,38$ (95 % KI $-0,56$ til $-0,19$). Gruppebasert foreldreveiledning, sammenlignet med kontroll, førte med andre ord til en reduksjon i atferdsvansker hos barna.

Det var relativt stor spredning (heterogenitet) i resultatene mellom studiene i metaanalysen ($I^2=61,8\%$). Oversiktsforfatterne undersøkte hva som kunne være mulige forklaringer på heterogeniteten: systematiske skjevheter i studiene, varighet (i timer) på veiledningen, og mottaker av veiledningen (bare foreldre vs. foreldre pluss lærer og/eller barn). Hverken varighet på veiledningen eller hvem som fikk veiledningen utgjorde noen forskjell på effekten. Men effekten var noe større i godt utførte studier (de med lav risiko for systematiske skjevheter). Det er verdt å merke seg at det ikke var forskjell i effekt når veiledningen var gitt kun til foreldrene og når også lærere og/eller barn var delaktig i tiltakene (dvs. det var ingen forskjell i effekt mellom multisystemiske tiltak og ikke-multisystemiske tiltak).

Buchanan-Pascall og kolleger vurderte ikke tilliten til dokumentasjonen. Vi benyttet derfor informasjon fra oversikten til å utføre en GRADE-vurdering (tabell 5).

Tabell 5: Effekter av gruppebasert foreldreveiledning for å redusere atferdsvansker hos barn, sammenlignet med ingen tiltak eller annet tiltak

Populasjon: Barn 4-12 år					
Kontekst: Australia, Belgia, Kina, Irland, Nederland, Norge, Romania, Storbritannia, Sverige, USA					
Tiltak: Gruppebasert foreldreveiledning (i noen tilfeller også med lærere og/eller barn)					
Sammenligning: Ingen tiltak eller annet tiltak					
Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Atferdsvansker	Kan ikke beregne absolutt effekt basert på tilgjengelig data		-0,38 (-0,56 til -0,19)	1717 (16 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie					
1 Nedgradert 1 pga risiko for systematiske skjevheter					
2 Nedgradert 1 pga heterogenitet og mangelfull presisjon					

Samlet sett viste resultatene at gruppebasert foreldreveiledning, sammenlignet med kontroll, muligens fører til en liten reduksjon i atferdsvansker hos barn. Det var ingen forskjell i effekt på atferdsvansker hos barna avhengig av om det var multisystemiske tiltak eller ikke-multisystemiske tiltak.

Psykososiale tiltak (Epstein 2015)

Epstein og kollegers systematiske oversikt (40) hadde som mål å undersøke effektene av psykososiale og farmakologiske tiltak hos barn og unge med atferdsvansker (tabell 6, vedlegg 5).

Tabell 6: Kort beskrivelse av PICO i oversikten om psykososiale tiltak (Epstein 2015)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Barn under 18 år med atferdsvansker	Psykososiale tiltak for enten kun barn, kun foreldre eller multisystemisk tiltak	Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste	Atferdsvansker

Oversikten hadde 84 inkluderte studier, nesten alle var RCTer (86 %), publisert i perioden 1994-2014. (13 studier omhandlet farmakologiske tiltak som vi ikke oppsummerer her pga. at de faller utenfor problemstillingen – se nedenfor). Oversiktsforfatterne vurderte at risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte RCTene generelt sett var moderat, mens de fleste av de andre primærstudiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter.

Oversikten hadde 7175 barn i alderen 1,5 år til 18 år med enten atferdsvansker eller diagnostiserte atferdsforstyrrelser (disruptive behavior). For å bli inkludert i oversikten måtte studiene omhandle barn «exhibiting disruptive behaviors as a primary problem (e.g., conduct disorder, oppositional defiant disorder, and intermittent explosive disorder)... or were being treated for disruptive behaviors». Tiltakene skulle være

«psychosocial and/or pharmacologic treatment for children with disruptive behavior disorders». Det synes derfor som at tiltakene kunne være både sekundær- og tertiærforebyggende (tidlig intervensjon og behandling), men stadie i problem-forløpet for atferdsvansker var ikke spesifisert i oversikten. Majoriteten av deltakerne var gutter (72 %). Det var flest studier fra USA, men det var også 11 studier fra Australia, fem hver fra Nederland og Storbritannia, fire hver fra Canada og Norge, tre hver fra Tyskland og Sverige, to hver fra Irland og Israel, og en fra Puerto Rico.

Det var 66 ulike psykososiale tiltak vurdert i oversikten og de fleste av disse var multisystemiske (59 %). Alle multisystemiske tiltak i denne oversikten inkluderte foreldre (dvs. tiltakene var gitt til barn og foreldre). Ikke-multisystemiske tiltak var rettet mot kun barn (2 studier) eller kun foreldre (25 studier). Eksempler på de psykososiale tiltakene er De utrolige årene (12 studier), Trippel P (5 studier), foreldre-barn interaksjonsterapi (Parent-Child Interaction Therapy) (7 studier), multisystemisk terapi (5 studier) og kort strategisk familieterapi (3 studier). Andre tiltak var veiledning/ opplæring i atferdshåndtering (behavioral management training), sosiale ferdigheter, kognitiv atferdsterapi, funksjonelle atferdstiltak (functional behavioral interventions), foreldreveiledning, opplæring i dialektisk atferdsterapi, psykoterapi, og læringsbaserte håndteringsmetoder (contingency management methods).

Epstein og kollegers oversikt er svært omfattende, med mange detaljer beskrevet i en 300-siders rapport. Oversiktsforfatterne tok for seg seks problemstillinger/spørsmål. Disse var: 1) effekten av psykososiale tiltak, 2) effekten av farmakologiske tiltak, 3) effekten av psykososiale tiltak versus farmakologiske tiltak, 4) effekten av psykososiale tiltak plus farmakologiske tiltak, 5) skader/bivirkninger av tiltakene (vurdert i spørsmål 1-4), 6) forskjell i effekt av tiltakene (vurdert i spørsmål 1-4) avhengig av karakteristika ved barna og tiltakene. Problemstilling 1 og 6 er relevante for vår oversikt. Problemstilling 2 er ikke relevant for vår oversikt og for problemstilling 3-5 fant forskerne ingen studier som kunne svare på problemstillingene. Nedenfor gjengir vi derfor resultatene for to problemstillinger: effektene av psykososiale tiltak, og ulikheter i effektene av psykososiale tiltak avhengig av karakteristika ved deltakerne og tiltakene.

Resultater

For å vurdere effekt av tiltakene benyttet oversiktsforfatterne nettverksmetaanalyse. Det er en sammenligning av flere tiltak, der ikke alle tiltakene er direkte sammenlignet i forsøk. Ideen er at man kan bruke data fra direkte sammenligninger mellom tiltakene og slå dem sammen til indirekte sammenligninger. Det er også verdt å merke seg at forskerne benyttet Bayesiansk analyse. I motsetning til den mer tradisjonelle frekventist-tilnærmingen anvender Bayesiansk statistikk sannsynligheter på alle steg i beregningene. Det oppgis et troverdighetsintervall (TI, ikke konfidensintervall), som er et intervall som med en gitt sannsynlighet omslutter riktig verdi (vanligvis 95 % troverdighet). Et troverdighetsintervall er vanligvis bredere enn et konfidensintervall (84). Oversiktsforfatterne forklarer at effektestimaterne de oppgir kan tolkes som den forventede endringen i utfallet for tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, i standardavvik (negative verdier er reduksjon i utfallet. Her: reduksjon i atferdsvansker hos barn). Et resultat som er -1 er derfor en forventet reduksjon i utfallet med ett standardavvik med tiltaket.

Det overordnede resultatet i oversikten av Epstein og kolleger var at alle tiltakene (multisystemiske, tiltak kun for foreldre, tiltak kun for barn) ga reduksjon i barns atferdsvansker (disruptive behavior) sammenlignet med kontroll. Den største effekten var for multisystemiske tiltak og tiltak gitt kun til foreldre. Sannsynligheten for en viss effekt av tiltakene for ulike aldersgrupper (at effekten er over en terskelverdi) oppsummerte oversiktsforfatterne i en tabell, som vi gjengir nedenfor (tabell 7).

Tabell 7: Posterior sannsynlighet for at resultatet av tiltaket er over standardverdi (tre instrumenter), etter aldersgruppe

Instru- ment	Alder	Kun barn	Kun foreldre	Multi- systemisk	Kontroll
ECBI, Intensity subscale	Førskolebarn	0,34	0,16	0,17	0,95
	Barn i skolealder	0,66	0,46	0,47	0,95
	Tenåringer	0,56	0,36	0,37	0,95
ECBI, Problem subscale	Førskolebarn	0,62	0,40	0,42	1
	Barn i skolealder	0,82	0,77	0,77	1
	Tenåringer	0,78	0,66	0,68	1
CBCL, Externali- zing	Førskolebarn	0,30	0,19	0,19	1
	Barn i skolealder	0,59	0,36	0,37	1
	Tenåringer	0,48	0,31	0,31	1

ECBI= Eyberg Child Behavior Inventory; CBCL= Child Behavior Checklist. Standard terskelverdi: ECBI, Intensity=127, ECBI Problem=11, CBCL, Externalizing=60

Resultatene i oppsummeringstabellen viser at både multisystemiske tiltak og tiltak gitt kun til foreldre har høyeste sannsynlighet (43 %) for å være det beste tiltaket (definert som å ha den største effekten), etterfulgt av tiltak gitt kun til barn (14 %). Det vil si at 95 % av barn i skolealder tilfeldig fordelt til kontroll, 66 % av barn i skolealder tilfeldig fordelt til tiltak gitt kun til foreldre og 47 % av barn i skolealder tilfeldig fordelt til et multisystemisk tiltak forble over den kliniske terskelverdien på Eyberg Child Behavior Inventory sub-skala etter å ha mottatt tiltaket. Det indikerer at multisystemiske tiltak er mer effektive enn kontroll. Mønsteret var det samme for de andre aldersgruppene og utfallsmålene (tabell 7).

Nedenfor gjengir vi resultatene for de to problemstillingene i oversikten som er relevante for vår oppsummering.

Effektene av psykososiale tiltak for å redusere atferdsvansker hos barn under 18 år.

Det var 66 studier som bidro til å svare på spørsmålet, hvorav 59 var RCTer, og det var 7175 deltakere i studiene. Omtrent halvparten av studiene var fra USA (n=25), resten var fra Australia (n=11), Canada (n=4), Irland (n=2), Israel (n=2), Nederland (n=5), Norge (n=4), Puerto Rico (n=1), Storbritannia (n=5), Sverige (n=3), og Tyskland (n=3). Forskerne delte resultatene i alderskategorier: førskolealder, skolealder, tenårene. De

kategoriserte videre tiltak som å være kun gitt til barn, kun til foreldre, multisystemiske tiltak (alle multisystemiske tiltak involverte foreldre). Utfallet, 'disruptive behavior', var en samlebetegnelse og hovedsakelig målt med Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) Intensity scale, ECBI Problem scale, eller Child Behavior Checklist Externalizing scale. 'Disruptive behavior' er beskrevet som «behaviors such as temper tantrums, interpersonal aggression, defiance, and persistent impairment» (40). Måten forstyrrende atferd er målt på betyr at det er foreldre som fyller ut skjema/ rapporterer om sine barn. For å undersøke spørsmålet om effektene av psykososiale tiltak benyttet forskerne Bayesiansk multivariat nettverksmetaanalyse (se over). Metaanalysen viste at effekten for multisystemiske tiltak og tiltak gitt kun til foreldre var lik, med en reduksjon (median standardavvik) i atferdsvansker på -1,2 (95 % TI -1,6 til -0,9). Effekten for tiltak rettet kun til barn var -1,0 (95 % TI -1,6 til -0,4).

Oversiktsforfatterne oppgir videre at effektene var nokså like på tvers av alder. Det var noe større effekt av tiltak for førskolebarn enn for barn i skolealder: reduksjon (median standardavvik) i atferdsvansker var -0,4 (95 % TI -0,6 til -0,3). Det var også noe større effekt av tiltak for tenåringer enn for barn i skolealder: reduksjon (median standardavvik) i atferdsvansker var -0,1 (95 % TI -0,5 til 0,2).

Epstein og kolleger vurderte tilliten til dokumentasjonen. Vurdering av tillit til dokumentasjonen for Bayesianske resultater er noe ulikt vurdering av tillit til dokumentasjonen for frekventistiske resultater. Det er imidlertid de samme elementene som benyttes i vurderingen (risiko for systematiske skjevheter, konsistens, presisjon, relevans/direkthet og risiko for publikasjonsskjevhet) og de samme standarddefinisjonene (høy, middels, lav, svært lav). Vi gjengir oversiktsforfatternes GRADE-vurdering i tabell 8-10. Det er en tabell hver for førskolebarn, barn i skolealder og tenåringer.

Tabell 8: Effekter av psykososiale tiltak for å redusere atferdsvansker hos førskolebarn, sammenlignet med standard tiltak, annet tiltak eller venteliste

Populasjon: Førskolebarn Kontekst: Australia, Canada, Irland, Israel, Nederland, Storbritannia, USA Tiltak: Psykososiale tiltak Sammenligning: Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste			
Utfall	Type tiltak	Tillit (GRADE)	Kommentar
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Tiltak kun for barn	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹	Ingen studier
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Tiltak kun for foreldre	⊕⊕⊕○ MIDDELS ²	14 studier (13 RCTer), n=1617. Konsistent bedre med foreldretiltakene sammenlignet med venteliste eller vanlig praksis. Forskjeller i effekt mellom modifiserte versjoner av samme tiltak var ikke signifikant. Utfall var målt med validerte skjema til foreldrene
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Multi-systemisk	⊕⊕⊕○ MIDDELS ²	9 RCTer, n=401. Konsistent bedre med multisystemisk tiltakene sammenlignet med venteliste eller vanlig praksis. Forskjeller i effekt mellom modifiserte versjoner av samme tiltak var ikke signifikant. Utfall var målt med validerte skjema til foreldrene
RCT: Randomisert kontrollert studie			
¹ Ingen studier ² Nedgradert 1 pga. risiko for systematiske skjevheter			

Samlet sett viste resultatene at effekten av psykososiale tiltak gitt kun til barn, hos førskolebarn, er ukjent (ingen studier). Resultatene viste også at psykososiale tiltak gitt kun til foreldre og multisystemiske tiltak trolig fører til en reduksjon i atferdsvansker hos førskolebarn.

Tabell 9: Effekter av psykososiale tiltak for å redusere atferdsvansker hos barn i skolealder, sammenlignet med standard tiltak, annet tiltak eller venteliste

Populasjon: Barn i skolealder

Kontekst: Australia, Canada, Irland, Italia, Nederland, Norge, Puerto Rico, Storbritannia, Sverige, USA

Tiltak: Psykososiale tiltak

Sammenligning: Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste

Utfall	Type tiltak	Tillit (GRADE)	Kommentar
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Tiltak kun for barn	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹	1 RCT, n=97
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Tiltak kun for foreldre	⊕⊕⊕○ MIDDELS ²	11 studier (8 RCTer). Konsistent bedre med foreldretiltakene sammenlignet med kontroll. Forskjeller i effekt mellom modifiserte versjoner av samme tiltak var ikke signifikant. Utfall var målt med skjema til foreldrene
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Multi-systemisk	⊕⊕○○ LAV ^{2,3}	17 studier (16 RCTer). Konsistent bedring fra baseline til oppfølging for tiltaksgruppen, men ikke alltid statistisk forskjell mellom gruppene

KI: konfidensintervall; SD: Standardisert forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie

1 Kun 1 studie med få deltakere og noe risiko for systematiske skjevheter

2 Nedgradert 1 pga. risiko for systematiske skjevheter

3 Nedgradert 1 pga. heterogenitet

Oppsummert viste resultatene at effekten av psykososiale tiltak gitt kun til barn, hos barn i skolealder, er uklar. Resultatene viste at psykososiale tiltak gitt kun til foreldre trolig fører til en reduksjon i atferdsvansker hos barn i skolealder. Resultatene viste også at psykososiale multisystemiske tiltak muligens fører til en reduksjon i atferdsvansker hos barn i skolealder.

Tabell 10: Effekter av psykososiale tiltak for å redusere atferdsvansker hos tenåringer, sammenlignet med standard tiltak, annet tiltak eller venteliste

Populasjon: Tenåringer Kontekst: Israel, Nederland, Storbritannia, Sverige, Tyskland, USA Tiltak: Psykososiale tiltak Sammenligning: Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste			
Utfall	Type tiltak	Tillit (GRADE)	Kommentar
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Tiltak kun for barn	⊕○○○ SVÆRT LAV ¹	1 RCT, n=93
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Tiltak kun for foreldre	⊕○○○ SVÆRT LAV ²	Ingen studier
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Multi-systemisk	⊕⊕⊕○ MIDDELS ³	13 studier (12 RCTer). Konsistent bedre med de multisystemiske tiltakene sammenlignet med kontroll. Forskjeller i effekt mellom modifiserte versjoner av samme tiltak var ikke signifikant. Utfall var målt med skjema til foreldrene
KI: konfidensintervall; SD: Standardisert forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie 1 Kun 1 studie med få deltakere og høy risiko for systematiske skjevheter 2 Ingen studier 3 Nedgradert 1 pga. risiko for systematiske skjevheter			

Oppsummert viste resultatene at effekten av psykososiale tiltak gitt kun til tenåringer og tiltak gitt kun til foreldre, hos tenåringer, er uklar. Resultatene viste også at psykososiale multisystemiske tiltak trolig fører til en reduksjon i atferdsvansker hos tenåringer.

Ulikheter i effekt avhengig av karakteristika ved deltakerne og tiltakene

Når det gjelder vurdering av ulikheter i effekt av psykososiale tiltak avhengig av karakteristika ved deltakerne (barna og familien deres) og tiltakene så utførte oversiktsforfatterne ingen statistiske analyser; de rapporterte resultatene narrativt.

Tolv studier hadde analysert effekten av psykososiale tiltak og vurdert om det var ulikheter i effekten (på utfallet disruptive behavior) avhengig av sosiodemografiske karakteristika ved barna og deres familie. Det var fem studier som omhandlet førskolebarn. Tre av disse omhandlet tiltaket De utrolige årene og de viste ulike resultater. For eksempel viste en studie at lav sosioøkonomisk status, kjønn og alder ikke hadde noen betydning for effekten, mens en annen studie fant at slike faktorer modererte effekten. Mens en studie om effekten av Positiv Parenting Program fant at sosiodemografiske variabler ikke modererte effekten, fant en annen studie om effekten av Parent-Child Interaction Therapy at de gjorde det. Det var likedan med de fire studiene med barn i skolealder; det var ulike resultater på tvers av studiene. To av studiene fant ingen sosiodemografiske variabler som modererte effekten, mens en annen fant at nabolaget til deltakerne påvirket effekten og en annen at barn med yngre mødre hadde bedre effekt av

tiltaket. Også studiene med tenåringer hadde ulike resultater. Overordnet kan det dermed se ut til at de sosiodemografiske karakteristika ved barna og deres familie kan spille en rolle for effekten av tiltakene, men resultatene varierer, så eventuelt hvilke faktorer som er (mest) viktige er uklart. Oversiktsforfatterne bedømte at resultatene fra seks studier, som hadde vurdert ulikhet i effekt avhenging av alvorlighetsgrad av atferdsvanskene eller atferdsforstyrrelser (disruptive behavior) hos barna, indikerte at effekten av tiltakene var mindre for barn med større atferdsvansker. Vi nevner til slutt at resultatene fra fire studier indikerte at effekten av psykososiale tiltak, sammenlignet med kontroll, var større når deltakerne (stort sett foreldrene til barna) deltok på flere samlinger. Dvs., det kan se ut til at det er en dose-respons effekt av tiltakene.

Funksjonell familieterapi (Hartnett 2017)

Oversikten av Hartnett og kolleger (42) hadde som mål å finne ut hva var effektene av det multisystemiske tiltaket funksjonell familieterapi (Functional Family Therapy, FFT) på atferdsvansker og lovovertridelser hos ungdom (tabell 11, vedlegg 5).

Tabell 11: Kort beskrivelse av PICO i oversikten om funksjonell familieterapi (Hartnett 2017)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Ungdom med atferdsvansker og/eller rusmisbruk	Funksjonell familieterapi for barn og foreldre/omsorgsperson	Ingen tiltak, vanlig praksis, annet tiltak	Atferdsvansker og lovovertridelser

Oversikten inkluderte 14 kontrollerte studier, halvparten var RCTer, publisert i perioden 1973-2016 (de fleste var publisert i løpet av de siste 20 årene). Oversiktsforfatterne vurderte at de syv RCTene hadde lav risiko for systematiske skjevheter, mens det var noe høyere risiko for skjevheter i de syv andre studiene (kontrollerte studier uten randomisering).

Det var totalt 1691 deltakere i studiene, hovedsakelig foreldre til ungdommer under 18 år (gjennomsnittlig ca. 15 år) med atferdsvansker og/eller rusmisbruk. For å bli inkludert i oversikten måtte studiene omhandle «adolescents with behavioral and/or substance misuse». Det var mangelfull informasjon om deltakerne, men det så ut til at de fleste ungdommene var gutter, 12 av 14 studier var fra USA og de andre var fra Storbritannia og Irland.

Det var kun ett tiltak vurdert i denne oversikten: Funksjonell familieterapi. Dette er et program som er gitt til familier, for å begrense eller behandle atferdsvansker og rusmisbruk hos ungdom («treatment of adolescent behavioral problems and substance misuse»). Tiltaket har tre faser: engasjement og motivasjon, atferdsendring og til sist overføring av endringene til flere områder enn de opprinnelige problemområdene. Det er et multisystemisk tiltak, med foreldre og barn som mottakere av informasjon og veiledning (se vedlegg 6). Det er ikke beskrevet hvor mange timer funksjonell familieterapi som gis i studiene. Heller ikke metode for måling av utfall er spesifisert, bortsett

fra at kriminelle handlinger (nye lovovertrедelser) begått av den mindreårige er selvrapporterte. Oppfølgingstiden varierer fra rett etter tiltaket (to studier) til 3 år.

Resultater

Oversiktsforfatterne utførte seks ulike metaanalyser: tre for RCTene og tre for ikke-RCTene. Det var to utfall: atferdsvansker og nye lovovertrедelser. Vi gjengir resultatene fra hver av metaanalysene nedenfor. Forskerne kalkulerte standardisert gjennomsnittsforskjell mellom gruppene med Cohens d . Cohens d resultater tolkes slik: $d = 0,20$ – $0,49$ indikerer at det er en liten effekt, $d = 0,50$ – $0,79$ indikerer at det er en moderat effekt og $d > 0,8$ indikerer at det er en stor effekt av tiltaket som vurderes sammenlignet med kontrollgruppen (42).

Hartnett og kolleger vurderte ikke tilliten til dokumentasjonen for noen av analysene. Vi benyttet derfor informasjon fra oversikten til å utføre GRADE-vurderinger for hver av de seks metaanalysene.

Funksjonell familieterapi vs. ingen tiltak eller venteliste

De tre RCTene som sammenlignet funksjonell familieterapi med ingen tiltak eller venteliste hadde lav risiko for systematiske skjevheter og det var totalt 165 deltakere i studiene. Utfallsmålet var atferdsvansker og oppfølgingen var fra rett etter endt tiltak til 1,5 år. Utfallet atferdsvansker ble målt som lovovertrедelser og andre atferdsvansker. Resultatet av metanalysen for RCTene viste en litt bedre effekt på atferdsvansker hos ungdommene sammenlignet med kontroll: 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. Vår GRADE-vurdering av dokumentasjonen er vist i tabell 11.

Det var to ikke-RCTer som sammenlignet funksjonell familieterapi med ingen tiltak/venteliste. Begge studiene var fra USA, med til sammen 548 deltakere. Studiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Utfallsmålet var nye lovovertrедelser. Oppfølgingen var fra 1,5 år til 3 år. Resultatet av metaanalysen viste at det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt lovovertrедelser: Cohens $d=0,90$ (95 % KI -0,25 til 2,06). Dvs. at resultatet viste muligheten for at det kunne være bedre både med FFT og med ingen tiltak. Vi utførte en GRADE-vurdering for dokumentasjonsgrunnlaget (tabell 12).

Tabell 12: Effekter av funksjonell familieterapi på å redusere atferdsvansker hos unge, sammenlignet med ingen tiltak/venteliste

Populasjon: Unge under 18 år som har atferdsvansker og/eller rusmisbruk

Kontekst: Irland, USA

Tiltak: Funksjonell familieterapi

Sammenligning: Ingen tiltak eller venteliste

Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltaker (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Atferds-vansker	Kan ikke beregne abso-lutt effekt basert på til-gjengelig data		0,48 (0,15 til 0,82)	165 (3 RCTer)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ²
Nye lov-overtredelser	Kan ikke beregne abso-lutt effekt basert på til-gjengelig data		0,9 (-0,25 til 2,06)	548 (2 ikke-RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,2,3

KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie

1 Nedgradert 1 pga. mangelfull konsistens

2 Nedgradert 1 pga. mangelfull presisjon

3 Nedgradert 1 pga. risiko for systematiske skjevheter

Oppsummert viste resultatene av RCTene at funksjonell familieterapi, sammenlignet med ingen tiltak, trolig gir en liten reduksjon i atferdsvansker hos unge som har atferdsvansker og rusmisbruk. Resultatene fra ikke-RCTene viste at det er usikkert hvorvidt funksjonell familieterapi fører til noen forskjell i antall nye lovovertridelser sammenlignet med ingen tiltak, hos unge med atferdsvansker.

Funksjonell familieterapi vs. vanlig praksis

Det var tre RCTer som sammenlignet effekten av funksjonell familieterapi med vanlig praksis, på atferdsvansker. De tre studiene hadde 250 deltakere, og de hadde lav risiko for systematiske skjevheter. Utfallsmålet var atferdsvansker (en samlebetegnelse, og målt som lovovertridelser, risiko for lovovertridelser, og alkoholmisbruk og rusmisbruk). Oppfølgingen var fra rett etter endt tiltak til 1,5 år. Vanlig praksis i disse tre studiene var oppfølging for hjemløse ungdommer, prøveløslatelse og tett oppfølging av en saksbehandler samt møte med offeret for kriminelle handlinger begått av ungdommene. Resultatet av metaanalysen viste at det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene i effekt på atferdsvansker: Cohens $d = 0,20$ (95 % KI -0,05 til 0,45). Dvs. at resultatet viste muligheten for bedre effekt på atferdsvansker for både FFT og for vanlig praksis. Vi benyttet informasjon fra oversikten til å utføre en GRADE-vurdering (tabell 13).

Også to ikke-RCTer, begge fra USA, med til sammen 130 deltakere sammenlignet funksjonell familieterapi med vanlig praksis. Begge studiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Utfallsmålet i disse to studiene var nye lovovertridelser. Oppfølgingen var fra 1,5 år til 2 år. Resultatet av metaanalysen viste at det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt lovovertridelser: Cohens $d = 0,08$ (95 % KI -1,10 til 1,27). Dvs. resultatet viste muligheten for bedre effekt både med funksjonell

familieterapi og med vanlig praksis. Vår GRADE-vurdering for denne sammenligningen er vist i tabell 13.

Tabell 13: Effekter av funksjonell familieterapi for å redusere atferdsvansker hos unge, sammenlignet med vanlig praksis

Populasjon: Unge under 18 år som har atferdsvansker og/eller rusmisbruk

Kontekst: Storbritannia, USA

Tiltak: Funksjonell familieterapi

Sammenligning: Vanlig praksis

Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltaker (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Atferds-vansker	Kan ikke beregne abso-lutt effekt basert på til-gjengelig data		0,20 (-0,05 til 0,45)	250 (3 RCT)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
Nye lov-overtredelser	Kan ikke beregne abso-lutt effekt basert på til-gjengelig data		0,08 (-1,10 til 1,27)	130 (2 ikke-RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV ^{1,2,3}

KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie

1 Nedgradert 1 pga. mangelfull konsistens

2 Nedgradert 1 pga. mangelfull presisjon

3 Nedgradert 1 pga. risiko for systematiske skjevheter

Oppsummert viste resultatene at funksjonell familieterapi muligens ikke fører til noen forskjell i effekt sammenlignet med vanlig praksis på atferdsvansker hos unge. Det er usikkert hvorvidt funksjonell familieterapi fører til noen forskjell i antall nye lovovertrедelser sammenlignet med vanlig praksis, hos unge med atferdsvansker.

Funksjonell familieterapi vs. annet aktivt tiltak

Fem RCTer sammenlignet effekten av funksjonell familieterapi med et annet aktivt tiltak. Alle RCTene var fra USA, de hadde til sammen 406 deltakere, og studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter. Utfallsmålet var atferdsvansker (en samlebetegnelse, og målt som atferdsvansker, lovovertrедelser, hvordan familien fungerte, og alkoholmisbruk og rusmisbruk). Oppfølgingen var fra rett etter endt tiltak til 1,5 år. Kontrolltiltakene (sammenligningene) var ulike terapier gitt i grupper, kognitiv atferdsterapi samt familieterapi. Resultatene av metaanalysen viste at det var en liten positiv effekt av funksjonell familieterapi på atferdsvansker, sammenlignet med andre aktive tiltak: 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. Vi utførte en GRADE-vurdering for dokumentasjonsgrunnlaget for denne sammenligningen (tabell 14).

Det var tre ikke-RCTer som sammenlignet funksjonell familieterapi med et annet aktivt tiltak. Studiene var fra USA, og hadde til sammen 175 deltakere. De hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Utfallsmålet var atferdsvansker (en samlebetegnelse, og målt

som nye lovovertrедelser, risiko for lovovertrедelser og andre atferdsvansker). Oppfølgingen var fra rett etter endt tiltak til 1,8 år. Kontrolltiltaket var ulike psykologisk-baserte oppfølginger (beskrevet som: in-house 24-hour therapeutic community treatment and mentoring, individual therapy or mentoring, and referral to specialist mental health services). Resultatet av metaanalysen viste at det var en moderat positiv effekt av funksjonell familieterapi på atferdsvansker, sammenlignet med andre aktive tiltak: Cohens $d = 0,75$ (95 % KI 0,46 til 1,04). Dvs. at de som mottok funksjonell familieterapi hadde bedre resultat enn ca. 77 % av de som mottok et annet aktivt tiltak. Vi utførte en GRADE-vurdering for dokumentasjonen for denne sammenligningen (tabell 14).

Tabell 14: Effekter av funksjonell familieterapi for å redusere atferdsvansker hos unge, sammenlignet med annet aktivt tiltak

Populasjon: Unge under 18 år som har atferdsvansker og/eller rusmisbruk

Kontekst: USA

Tiltak: Funksjonell familieterapi

Sammenligning: Annet aktivt tiltak

Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltakere (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Atferds-vansker	Kan ikke beregne abso-lutt effekt basert på til-gjengelig data		0,35 (0,08 til 0,61)	406 (5 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ¹
Atferds-vansker	Kan ikke beregne abso-lutt effekt basert på til-gjengelig data		0,75 (0,46 til 1,04)	175 (3 ikke-RCT)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,2,3

KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie

1 Nedgradert 1 pga. mangelfull presisjon

2 Nedgradert 1 pga. risiko for systematiske skjevheter

3 Nedgradert 1 pga. mangelfull konsistens

Oppsummert viste resultatene at funksjonell familieterapi trolig fører til en liten bedring på atferdsvansker hos unge, sammenlignet med andre aktive tiltak. Også resultatet av ikke-RCTene indikerer at funksjonell familieterapi fører til en bedring på atferdsvansker hos unge, men her er kunnskapgrunnlaget for tynt til å kunne konkludere.

Foreldreveiledning (Leijten 2019)

Leijten og kolleger (41) undersøkte effekten av foreldreveiledning og hvilke teknikker i slike veiledninger som evt. bidrar til en reduksjon i atferdsvansker (disruptive behavior) hos barn (tabell 15, vedlegg 5). Veiledningen var basert på prinsipper fra sosial læringsteori og kunne rette seg mot kun foreldre, men også parallelt med tiltak for barn og/eller lærere.

Tabell 15: Kort beskrivelse av PICO i oversikten om foreldreveiledning (Leijten 2019)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
------------	--------	---------------	--------

Foreldre til barn 2-12 år	Individuell og gruppebasert foreldreveiledning (noen av tiltakene var også gitt til lærere, barn)	Intet tiltak, vanlig tiltak eller annet tiltak	Atferdsvansker
------------------------------	---	--	----------------

Oversikten hadde totalt 170 inkluderte studier. Alle er RCTer, publisert mellom 1980 og 2018. Oversiktsforfatterne oppgir ikke en detaljert oversikt over risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte primærstudiene, men de skriver at studiene hadde lav risiko når det kom til blinding av utfallsvurderer, fullstendighet av data, frafall og rapportering av utfallsmålene.

I denne oversikten var det 18 706 foreldre til barn i alderen 2-12 år. Disse barna hadde atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser (disruptive behavior), inkludert ADHD. For å bli inkludert måtte studiene omhandle «behavioral parenting programs for reducing disruptive child behavior». Omtrent en tredjedel av studiene var fra Europa, inkludert seks fra Norge og fem fra Sverige. I tillegg var ca. 35 % av studiene fra USA og 24 % var fra Australia.

Tiltakene – totalt 46 ulike – var individuell og gruppebasert veiledning for hovedsakelig foreldre. Noen av tiltakene var også gitt til barn og/eller lærere. Forskerne delte tiltakene inn i universelle (rettet mot alle, «universal prevention»), selektive (rettet mot risikogrupper, «selective prevention»), indikative (rettet mot høyrisikogrupper, «indicated prevention») og behandlende tiltak («treatment ... the program targeted families who were referred or self-referred to outpatient clinics»). Alle tiltakene var basert på sosial læringsteori og majoriteten omhandlet forskjellige typer foreldrepraksiser, eller teknikker, for å redusere atferdsvansker hos barn. Disse var komplekse tiltak som favnet kunnskaper, holdninger og ferdigheter. Det var fire multisystemiske tiltak presentert i studiene: Family Therapy Research Project, Helping the Non-compliant Child, Project Support, Strengthening Washington DC. Det var stor variasjon i hvor mange timer veiledning som var gitt i de ulike studiene. Også oppfølgingen varierte, og 42 % av studiene hadde minst to oppfølgingstidspunkt der oppfølgingen var minst seks måneder etter endt tiltak (vi beskriver resultater nærmere nedenfor). Oversiktsforfatterne beskriver ikke de ulike instrumentene primærstudiene benyttet for å måle utfallsmålet – disruptive behavior – men skriver at det var foreldrene som rapporterte om egne barn.

Resultater

Oversiktsforfatterne utførte én hovedanalyse om effekten av foreldreveiledning. I denne metaanalysen undersøkte forskerne effekten av foreldreveiledning (og om det var noen typer og teknikker/bestanddeler i programmene som ga bedre resultater) ved å kalkulere standardisert gjennomsnittsforskjell mellom gruppene med Cohens *d*.

I metaanalysen (med flere nivåer=multi-level) for effekten av foreldreveiledning, sammenlignet med kontroll, inngikk det 154 studier. Barna i disse studiene (n=16 131) hadde atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser (disruptive behavior), inkludert ADHD. De fleste av studiene (62 %) var indikative tiltak, dvs. rettet mot barn med høyt symptomnivå på atferdsvansker. Omtrent én tredjedel (58 studier= 37 %) var universelle

eller selektivt forebyggende tiltak, dvs. rettet mot barn flest eller de med kjent og forhøyet risiko for atferdsvansker. Én studie hadde en blanding av behandlende og universelle tiltak. Resultatet av metaanalysen viste at det var en signifikant bedre effekt av foreldreveiledning, sammenlignet med kontroll, mht. atferdsvansker hos barna: Cohens $d = -0,47$ (95 % KI -0,55 til -0,40).

Videre analyser viste også at effekten av foreldreveiledning var ulik for ulike typer foreldreveiledning. Tiltakene var inndelt i universelle (rettet mot alle), selektive (rettet mot risikogrupper), indikative (rettet mot høyrisikogrupper) og behandlende tiltak. Selektive og indikative tiltak er begge en type sekundærforebyggende tiltak. Vi omtaler kort resultatene for de universelle tiltakene pga. at de sammenlignes med resultatene for de selektive, indikative og behandlende tiltakene. Effekten for hver av de ulike typene av tiltak – selektive, indikative, behandlende – untatt universelle, var statistisk signifikant bedre enn for kontrollgruppen (intet tiltak eller annet tiltak). Effekten var større jo mer individrettet tiltaket var: Effekten for universelle tiltak var Cohens $d = -0,21$ (8 studier, 95 % KI -0,52 til 0,10), for selektive tiltak var Cohens $d = -0,27$ (50 studier, 95 % KI -0,36 til -0,17), for indikative tiltak var Cohens $d = -0,55$ (50 studier, 95 % KI -0,70 til -0,39) og for behandlende tiltak var Cohens $d = -0,69$ (45 studier, 95 % KI -0,84 til -0,54). Forskjellen mellom universelle og selektive tiltak var statistisk signifikant forskjellig fra indikative og behandlende tiltak.

Foreldreveiledning kan bestå av en eller flere ulike praksiser/teknikker, eller bestanddeler. Når det gjelder analysene for teknikker av foreldreveiledning, så ble 26 ulike teknikker vurdert opp mot hverandre. Resultatene viste at foreldreveiledning som benyttet en av følgende tre type teknikker førte til at barn hadde statistisk signifikant mindre atferdsvansker enn veiledning som ikke hadde noen av disse teknikkene: positiv tilbakemelding som en generell praksis ($\beta = -0,28$, 95% KI -0,61 til -0,15), ros som en spesifikk del av positiv tilbakemelding ($\beta = -0,22$, 95% KI -0,43 til -0,02) og bruk av naturlige eller logiske konsekvenser som en disiplinerende praksis ($\beta = -0,21$, 95% KI -0,38 til -0,05). Hver av disse tre teknikkene ga signifikant større effekter enn andre teknikker for indikative og behandlende tiltak, men ikke for universelle og selektive tiltak.

Oversiktsforfatterne undersøkte også 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 $d = -0,31$. Oversiktsforfatterne forklarte også at ingen av de 26 teknikkene var mer eller mindre effektive på lang- eller kort sikt (dvs. stabile).

Oversiktsforfatterne vurderte ikke tilliten til dokumentasjonen. Vi benyttet derfor informasjon fra oversikten til å utføre en GRADE-vurdering (tabell 16).

Tabell 16: Effekter av foreldreveiledning for å redusere atferdsvansker hos barn, sammenlignet med ingen tiltak eller annet tiltak

Populasjon: Barn 2-12 år som har atferdsvansker eller atferdsforstyrrelser					
Kontekst: Europa, USA, Australia					
Tiltak: Foreldreveiledning					
Sammenligning: Ingen tiltak eller annet tiltak					
Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltakere (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Atferdsvansker (disruptive behavior)	Kan ikke beregne absolutt effekt basert på tilgjengelig data		-0,47 (-0,55 til -0,40)	16,131 (154 RCTer)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ¹
KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie					
1 Nedgradert 1 pga. usikkerhet angående risiko for systematiske skjevheter og konsistens					

Oppsummert viste resultatene at foreldreveiledning trolig fører til en moderat bedring på atferdsvansker (disruptive behavior) hos barn, sammenlignet med ingen tiltak eller annet tiltak, på både kort- og lang sikt.

Effekter av tiltak for barn og unge som har begått kriminelle handlinger

Det var fire oversikter som oppsummerte ulike sekundær- og tertiærforebyggende tiltak for ungdom som har begått kriminelle handlinger (tabell 17). Til tross for at alle fire omhandlet tiltak for overveiende å begrense kriminelle handlinger hos ungdom, hadde oversiktene ulike tilnærminger og det var svært liten grad av overlapp mellom dem. Én fokuserte på tiltak rettet hovedsakelig mot foreldre (39) og en annen undersøkte kun effekten av politibaserte avledende tiltak (police-initiated diversion) (45). De to siste oversiktene, som var utført av den samme forskergruppen, undersøkte begge effektene av ethvert type tiltak som hadde til hensikt å begrense ytterligere kriminalitet hos unge som har begått seksuallovbrudd (43;44). Disse to oversiktene inkluderte henholdsvis 14 og 23 primærstudier, med kun tre felles primærstudier, på grunn av at de målte ulike utfallsmål. Den ene målte effekten på ytterlige lovbrudd mens den andre målte psykososial fungering (en samlebetegnelse for ulike utfallsmål: se nedenfor). For hver oversikt rapporterer vi alle utfallsmålene som er relevante for vår problemstilling (antisosial atferd, lovbrudd, psykososial fungering). Alt i alt var det 80 relevante primærstudier i disse fire oversiktene (kun fire primærstudier var inkludert i mer enn én oversikt), med 15 ulike tiltak og 21 240 barn og unge i alderen 10-18 år.

Tabell 17: Kort beskrivelse av de systematiske oversiktene om kriminalitet (n=4)

Systematisk oversikt	Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Dopp 2017	Unge som har begått alvorlig kriminalitet	Familiebaserte tiltak	Vanlig praksis, annet tiltak eller ingen tiltak	Antisosial atferd

ter Beek 2018a	Unge som har begått seksuallovbrudd	Alle	Annet tiltak eller ingen tiltak	Lovbrudd
ter Beek 2018b	Unge som har begått seksuallovbrudd	Alle	Annet tiltak, venteliste eller ingen tiltak	Psykososial fungering
Wilson 2018	Unge som har begått kriminelle handlinger	Politbaserte avledende tiltak	Vanlig praksis	Lovbrudd

Familiebaserte tiltak (Dopp 2017)

Dopp og kolleger (39) undersøkte effekten av familiebaserte tiltak på antisosial atferd hos unge som har begått alvorlige lovbrudd (tabell 18, vedlegg 5).

Tabell 18: Kort beskrivelse av PICO i oversikten om familibaserte tiltak (Dopp 2017)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Unge som har begått alvorlig kriminalitet	Familiebaserte tiltak	Ingen tiltak eller annet tiltak	Antisosial atferd

Dopp og kollegers oversikt inkluderte 28 studier, hvorav 19 var RCTer. Studiene var publisert i perioden 1990-2015, men de fleste (67 %) var publisert i årene 2004-2013. Oversiktsforfatterne vurderte risiko for systematiske skjevheter i primærstudiene, men gir ikke resultatene av vurderingen for hver studie, kun at risiko for skjevheter ikke var en signifikant moderator på effektstørrelsen.

Det var totalt 5564 unge under 18 år inkludert i oversikten. Gjennomsnittlig alder ved start av tiltaket var 15 år. De fleste av ungdommene i disse studiene var hvite og omtrent tre fjerdedeler av deltakerne var gutter, men to studier inkluderte kun jenter. Alle ungdommene hadde begått alvorlige kriminelle handlinger, slik som seksuallovbrudd og grove voldshandlinger. Majoriteten av studiene var fra USA (75 %), og det var to studier fra Storbritannia, to fra Norge og én hver fra Canada, Nederland og Sverige. Det var et inklusjonskriterium at ungdommene var «serious juvenile offenders who had a history of serious antisocial behavior». Antisosial atferd var beskrevet som «behavior problems, arrests, incarceration) and secondary outcomes (e.g., other psychological problems, family functioning, peer relations».

Fem ulike tiltak var vurdert i studiene. Alle var familiebaserte og hadde som mål å begrense alvorlig antisosial atferd hos ungdommene ved å skape positive endringer i ungdommens familie og sosiale omgangskrets. Det så ut til at oversiktsforfatterne betraktet disse som tertiærforebyggende tiltak ('behandling'), men det var ikke spesifisert, utover at de skriver at tiltakene skulle være «family-based treatments for serious juvenile offenders». Tiltakene var multisystemisk terapi (71 %), Treatment Foster Care Oregon, som tidligere gikk under navnet Multidimensional treatment foster care (14 %), funksjonell familieveiledning (11 %), og så var det én studie som omhandlet kort strategisk familieveiledning og en som omhandlet intensiv hjemmebasert familieveiledning. Alle

tiltakene i denne oversikten er vurdert å være multisystemiske. Tiltakene varte i gjennomsnitt ca. 26 uker med ca. 51 timer veiledning/ opplæring. Oppfølgingen var gjennomsnittlig 2,5 år etter at tiltaket var avsluttet. Oversiktsforfatterne oppgir ikke de ulike instrumentene benyttet for å måle utfallsmålet – antisosial atferd. Antisosial atferd var en samlebetegnelse for ulike atferdsvansker, lovbrudd, arrestasjoner, fengsling o.l.

Resultater

Oversiktsforfatterne utførte én hovedanalyse, med alle 28 studiene i en metaanalyse (med flere nivåer=multi-level), for å undersøke effekten av familiebaserte tiltak på antisosial atferd hos ungdommene. Forskerne kalkulerte standardisert gjennomsnittsforskjell mellom gruppene med Cohens *d*. Resultatet av metaanalysen 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 en 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.

Det var betydelig spredning (heterogenitet) i effekten, som varierte både på tvers av studiene og mellom ulike utfallsmål i hver studie. Forskerne undersøkte hva som kunne være mulige forklaringer. De fant at det var ingen forskjell i effekt (mellom tiltaket og kontroll) avhengig av hvor studiene var utført (USA vs. andre land), type studie (RCT vs. ikke-RCT), risiko for systematiske skjevheter, eller tid til oppfølging. Derimot fant de at effekten av familiebasert tiltak var størst for utfallet rusmisbruk og minst for relasjoner til jevnaldrende. De fant også at effekten var større for ungdom som hadde begått flere kriminelle handlinger (enn for ungdom som hadde begått færre) og at særlig multisystemisk terapi, Treatment Foster Care Oregon og funksjonell familieveiledning hadde størst effekt på antisosial atferd. (Ytterligere analyser viste at effekten ikke var påvirket av publikasjonsskjevhet eller karakteristika ved studiene, slik som utvalgsstørrelse).

Oversiktsforfatterne vurderte ikke tilliten til dokumentasjonen. Vi benyttet derfor informasjon fra oversikten til å utføre en GRADE-vurdering (tabell 19).

Tabell 19: Effekter av familiebaserte tiltak for å redusere antisosial atferd hos unge, sammenlignet med vanlig praksis (eller ingen tiltak eller annet tiltak)

Populasjon: Unge under 18 år					
Kontekst: USA, Storbritannia, Norge, Canada, Nederland, Sverige					
Tiltak: Familiebaserte tiltak					
Sammenligning: Vanlig praksis (eller ingen tiltak eller annet tiltak)					
Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltakere (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Antisosial atferd	Kan ikke beregne absolutt effekt basert på tilgjengelig data		0,24 (0,11 til 0,37)	5564 (28: 19 RCT)	⊕⊕⊕○ MIDDELS ¹
KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie					
1 Nedgradert 1 pga. 9 av 28 studier er ikke RCTer					

Oppsummert viste resultatene at familiebaserte tiltak trolig gir en liten reduksjon i antisosial atferd (f.eks. arrestasjoner, lovbrudd), hos unge som har begått alvorlige lovbrudd.

Ulike tiltak mot tilbakefall til kriminalitet (ter Beek 2018a)

Oversikten av ter Beek og kolleger (43) undersøkte effekten av ulike tiltak mot tilbakefall til kriminalitet hos unge som har begått seksuallovbrudd (tabell 20, vedlegg 5).

Tabell 20: Kort beskrivelse av PICO i oversikten om tiltak mot tilbakefall til kriminalitet (ter Beek 2018a)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Unge som har begått seksuallovbrudd	Alle	Annet tiltak eller ingen tiltak	Tilbakefall til lovbrudd

Denne oversikten av ter Beek og kolleger (43) inkluderte 14 studier, hvorav tre var RCTer og resten kontrollerte ikke-RCTer. Studiene var publisert i årene 1990-2016, og de fleste var publisert etter år 2000. Oversiktsforfatterne vurderte at to studier hadde høy metodisk kvalitet, seks hadde moderat og de siste seks hadde lav metodisk kvalitet.

Det var nesten 3000 ungdommer med i disse studiene (N=2972). Nesten alle (99 %) var gutter i alderen 12-18 år og de fleste var hvite. Oversiktsforfatterne oppgir ikke i hvilke land studiene er utført men referansene til primærstudiene viser at det er minst én studie fra Nederland, én fra Canada og tre fra USA. For å bli inkludert i oversikten måtte tiltakene være «aimed at treating sexually offending behavior» og utvalgene måtte «exclusively contain juveniles». Det ser dermed ut til at oversiktsforfatterne betraktet tiltakene som tertiærforebyggende ('behandling'), men dette er ikke spesifisert.

Oversikten tok med ethvert tiltak som har som formål å behandle unge med ulovlig seksuell atferd. Nesten halvparten (6 av 14 studier) så ut til å omhandle multisystemiske tiltak, totalt tre ulike tiltak: multisystemisk terapi (3 studier), SAFE-T (2 studier) og funksjonell familierapi (1 studie). De andre studiene vurderte ulike versjoner av kognitiv terapi rettet mot individet (ungdom).

Resultater

Det var én hovedanalyse i denne oversikten. Denne metaanalysen (med flere nivåer=multi-level) tok med 13 av studiene for å undersøke effekten av ulike tiltak på tilbakefall til lovbrudd hos ungdom. Tilbakefall, dvs. nye lovbrudd, var målt som arrestasjoner og domfellelse. Forskerne kalkulerte standardisert gjennomsnittsforskjell mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen med Cohens d . Resultatet av metaanalysen viste en litt bedre effekt på tilbakefall til lovbrudd, sammenlignet med kontroll: Cohens $d=0,37$ ($p<0,00$, KI ikke oppgitt). Det vil si at tiltakene førte til ca. 20 % reduksjon i tilbakefall av lovbrudd, sammenlignet med kontroll (som hovedsakelig var annet (standard) tiltak). Men, når forskerne kontrollerte for publikasjonsskjevhet var effekten ikke lenger signifikant: Cohens $d=0,15$ ($p<0,17$, KI ikke oppgitt). Det indikerer at studier med mindre positive resultater muligens ikke er publisert, og den estimerte effekten med $d=0,37$ kan derfor vise en overestimering av den sanne effekten. Det var dessuten stor heterogenitet i effektene på tvers av studiene. Flere mulige forklaringer ble derfor undersøkt. Forskerne fant at effekten var størst når en spesiell statistisk analyse var benyttet i primærstudiene, og var ikke forskjellig avhengig av tid til oppfølging, karakteristika ved ungdommene, karakteristika ved tiltakene, eller type tilbakefall.

Oversiktsforfatterne vurderte ikke tilliten til dokumentasjonen. Vi benyttet derfor informasjon fra oversikten til å utføre en GRADE-vurdering (tabell 21).

Tabell 21: Effekter av ulike tiltak for å behandle unge med ulovlig seksuell atferd, sammenlignet med ingen tiltak eller annet tiltak

Populasjon: Unge under 18 år (nesten bare gutter)

Kontekst: Ikke oppgitt

Tiltak: Ulike tiltak for å behandle unge med ulovlig seksuell atferd

Sammenligning: Ingen tiltak eller annet tiltak

Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltakere (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Tilbakefall til lovbrudd	Kan ikke beregne absolutt effekt basert på tilgjengelig data		0,37 (p <0,00)	1726 (13: 3 RCTer)	⊕○○○ SVÆRT LAV 1,2,3

KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie

1 Nedgradert 1 pga. mange studier ikke RCTer

2 Nedgradert 1 pga. risiko for systematiske skjevheter

3 Nedgradert 1 pga. risiko for publikasjonsskjevhet

Oppsummert viste resultatet at det er usikkert hvorvidt ulike tiltak for å behandle unge med ulovlig seksuell atferd gir en reduksjon i tilbakefall til lovbrudd hos unge som har begått seksuallovbrudd.

Ulike tiltak for psykososial fungering (ter Beek 2018b)

Hensikten med oversikten av ter Beek og kolleger (44) var å evaluere effektene av ulike tiltak på psykososial fungering hos unge som har begått seksuallovbrudd (tabell 22, vedlegg 5). Denne oversikten ligner den vi beskriver over, utført av samme forskergruppe, men nå undersøker forskerne effekten på psykososial fungering, ikke på tilbakefall til lovbrudd.

Tabell 22: Kort beskrivelse av av PICO i oversikten om tiltak for psykososial fungering (ter Beek 2018b)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Unge som har begått seksuallovbrudd	Alle	Annet tiltak, venteliste eller ingen tiltak	Psykososial fungering

ter Beek og kolleger (44) inkluderte 23 kontrollerte studier (3 RCTer) publisert i årene 1986-2017. De vurderte at åtte hadde høy metodisk kvalitet, 12 hadde moderat og tre studier hadde lav metodisk kvalitet.

Det var totalt 1342 ungdommer (99 % gutter) i alderen 12-18 år i studiene. Alle hadde begått seksuallovbrudd. Oversiktsforfatterne hadde som inklusjonskriterium at «the study sample had to exclusively contain juveniles with harmful sexual behavior». De fleste av studiene var fra Nord-Amerika, mens resten var fra Europa. Majoriteten av studiene som rapporterer etnisitet oppgir et flertall av hvite ungdommer.

Alle typer tiltak med hensikt å bedre psykososial fungering hos unge som hadde begått alvorlige seksuallovbrudd kunne bli inkludert i oversikten. Likevel var de fleste tiltakene ulike versjoner av individuell kognitiv terapi, men det var også to ulike multisystemiske tiltak inkludert (brukt i 4 av 23 studier). Disse var funksjonell familieterapi (n=1) og multisystemisk terapi for personer som har begått seksuelle overgrep (n=3). Utfallet forskerne var interessert i var psykososial fungering. Dette er en samlebetegnelse og forskerne spesifiserte ni typer psykososial fungering (som kunne måles med ulike instrumenter): generell psykososial fungering, regelbrudd og aggresjon, impuls-kontroll, sosiale ferdigheter og -håndtering, empati, (negative) følelser og selvbilde, kognitive forvrengninger og kunnskaper om seksualitet, atypisk seksuell opphisselse, fungering i familien. Oversiktsforfatterne kodet oppfølgingstiden og hvordan utfallsmålene var målt (f.eks. Child behavior checklist og Youth behavior self-report). Disse kodene ble så tatt med i analysene (se nedenfor).

Resultater

Det var én hovedanalyse i denne oversikten. Metaanalysen (med flere nivåer=multi-level) tok med alle 23 studiene for å undersøke effekten av ulike tiltak på psykososial fungering hos unge. Forskerne kalkulerte standardisert gjennomsnittsforskjell mellom

tiltaksgruppen og kontrollgruppen med Cohens *d*. Resultatet av metaanalysen 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.

Forskerne fant at det var variasjon i effekten på tvers av studiene og de utførte derfor analyser for å undersøke dette nærmere. De fant at ulike faktorer modererte effekten. Effekten var mindre for utfallene atypisk seksuell opphisselse og empati sammenlignet med andre utfall. Det var ikke forskjeller i effektstørrelse når det gjaldt utfallene generell psykososial fungering, regelbrudd og aggresjon, impuls kontroll, sosiale ferdigheter og –håndtering, (negative) følelser og selvbylde, kognitive forvrengninger og kunnskaper om seksualitet, fungering i familien. Effekten var mindre for studier av høy metodisk kvalitet (enn studier av lavere metodisk kvalitet). Effektene var større for utfall som var målt av profesjonelle (sammenlignet med bl.a. ungdoms selv-rapportering), for unge som hadde sammensatte atferdsvansker (sammenlignet med bl.a. unge som kun hadde problemer med seksuell atferd) og for unge som hadde begått lovbrudd mot unge på sin egen alder. Det var ingen forskjeller i effekt avhengig av type tiltak (kognitiv atferd, atferd, kognitiv, kontekstuell), hvordan tiltaket ble gitt (individuell, gruppe, familie, mix), eller hvor studiene var utført (USA, Europa).

Oversiktsforfatterne vurderte ikke tillit til dokumentasjonen. Vi benyttet derfor informasjon fra oversikten til å utføre en GRADE-vurdering (tabell 23).

Tabell 23: Effekter av ulike tiltak for å bedre psykososial fungering hos unge som har begått seksuallovbrudd, sammenlignet med ingen tiltak eller annet tiltak

Populasjon: Unge gutter 12-18 år som har begått seksuallovbrudd

Kontekst: Europa, Nord-Amerika

Tiltak: Ulike tiltak for å bedre psykososial fungering

Sammenligning: Ingen tiltak eller annet tiltak

Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		SMD (95 % KI)	Antall deltakere (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Psykososial fungering	Kan ikke beregne absolutt effekt basert på tilgjengelig data		0,60 (0,45 til 0,74)	1342 (23: 3 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ¹

KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie

1 Nedgradert 2 pga. 20 av 23 studier er ikke RCTer

Oppsummert viste resultatene at ulike tiltak for å bedre psykososial fungering hos unge muligens gir en moderat bedring i psykososial fungering (f.eks. regelbrudd, aggresjon) hos unge (gutter) som har begått seksuallovbrudd.

Politibaserte avledende tiltak (Wilson 2018)

Den siste oversikten vi presenterer her hadde til hensikt å evaluere effekten av politibaserte avledende tiltak som var alternativer til fengsling/straff for unge med kriminell atferd (police-initiated diversion) (45) (tabell 24, vedlegg 5).

Tabell 24: Kort beskrivelse av PICO i oversikten om politibaserte tiltak (Wilson 2018)

Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Utfall
Unge som har begått kriminelle handlinger	Politibaserte avledende tiltak	Vanlig praksis	Lovovertrедelser

Wilson og kolleger vurderte 19 studier, de fleste RCTer (det var 6 kontrollerte ikke-RCTer). Studiene var publisert i årene 1979-2015. Oversiktsforfatterne vurderte at alle studiene hadde lav risiko for systematiske skjevheter.

Det var 11 362 unge i alderen 10-17 år i studiene. Oversiktsforfatterne hadde som inklusjonskriterium at deltakerne var «apprehended, arrested, or otherwise referred to the juvenile justice system». Alle deltakerne hadde begått kriminelle handlinger og det var flest gutter. Majoriteten av studiene var utført i USA (n=11) mens de resterende var utført i Canada (n=4), Australia (n=2) og Storbritannia (n=2).

Politibaserte avledende tiltak er en samlebetegnelse for ulike tiltak som har til hensikt å avlede den mindreårige fra å fortsette med kriminelle handlinger. Oversiktsforfatterne beskrev tiltakene som «police-initiated diversion for youth to prevent future delinquent behavior». Det kan i så måte synes som at det er en type sekundær- eller tertiærforebyggende tiltak. Det tilbys som et alternativ til fengsling og straff. Målet er, som navnet indikerer, å avlede den mindreårige fra å fortsette med kriminelle handlinger og dermed å unngå at ungdommen skal ende opp i rettssystemet (igjen). Den enkleste formen for politibaserte avledende tiltak er møter/samtaler, ledet av en politibetjent med den mindreårige og hans/hennes foreldre tilstede. I samtalen, som varer en til to timer, forklarer en politibetjent de rettslige og sosial konsekvensene som vil følge hvis ungdommen begår ytterligere kriminalitet. Det kan diskuteres om dette er et multisystemisk tiltak eller ikke. Det var 31 ulike former for avledende tiltak: 13 var standard møter/samtaler ledet av en politibetjent med den mindreårige og dens foreldre tilstede (traditional caution), 14 var samtaler med en politibetjent pluss henvisning til andre tjenester (caution plus) og fire var samtaler med en politibetjent pluss andre tiltak og tjenester eller bruk av et skjema med spesifikke spørsmål for å strukturere samtalen når også offeret var tilstede (restorative cautioning). Tjue-en av tiltakene involverte henvisning til andre tjenester, hovedsakelig sosialtjenester eller psykisk helsevern. Kontrolltiltaket var vanlig praksis (anmeldelse og rettslig oppfølging) i alle studiene, bortsett fra i en studie som hadde prøveløslatelse som sammenligning.

Resultater

Det var én hovedanalyse i denne oversikten. Denne metaanalysen inkluderte alle 19 studiene og undersøkte effekten på lovovertrедelser. Effekten var estimert som odds ratio (OR). Den kombinerte effekten på tvers av hovedutfallene i studiene var OR= 0,77

(95 % KI 0,63 til 0,95). Effekten på lovovertrædelser er dermed relativt liten. Hvis en antar at 50 % av ungdommene som får standard straffefølgelse begår nye lovbrudd, så indikerer en OR på 0,77 at 44 % av de som mottar politibaserte avledende tiltak vil begå nye lovbrudd. Oversiktsforfatterne fant ikke at det var noen statistiske signifikante forskjeller i effekt avhenging av type studie, risiko for systematiske skjevheter i studiene, ulike typer avledende tiltak, eller hvor studiene var utført.

Oversiktsforfatterne vurderte ikke tilliten til dokumentasjonen. Vi benyttet derfor informasjon fra oversikten til å utføre en GRADE-vurdering (tabell 25).

Tabell 25: Effekter av politibaserte avledende tiltak for å hindre nye lovovertrædelser hos unge som har begått kriminalitet, sammenlignet med vanlig praksis

Populasjon: Unge gutter 12-17 år som har begått kriminalitet					
Kontekst: USA, Canada, Australia, Storbritannia					
Tiltak: Politibaserte avledende tiltak					
Sammenligning: Vanlig praksis					
Utfall	Illustrativ komparativ risiko * (95% KI)		OR (95 % KI)	Antall deltakere (Studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med tiltak			
Nye lovover-tredelser	Kan ikke beregne abso-lutt effekt basert på til-gjengelig data		0,77 (0,63 til 0,95)	~11,000 (19: 13 RCTer)	⊕⊕○○ LAV ^{1,2}
KI: konfidensintervall; SMD: Standardisert gjennomsnittlig forskjell; RCT: Randomisert kontrollert studie					
1 Nedgradert 1 pga. 6 av 19 studier er ikke RCTer					
2 Nedgradert 1 pga. manglende direktehet (gamle studier, kun to fra Europa)					

Oppsummert viste resultatene at politibaserte avledende tiltak muligens gir en litt bedre effekt enn kontroll på nye lovbrudd hos unge som har begått kriminelle handlinger.

Diskusjon

Hovedfunn

I denne systematiske kunnskapsoppsummeringen skulle vi undersøke effekten av tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger. Vi inkluderte og analyserte åtte systematiske kunnskapsoppsummeringer av høy og moderat metodisk kvalitet i vår oversikt over oversikter. Disse oversiktene beskriver resultatene fra over 300 primærstudier – de fleste RCTer – med evaluering av 74 ulike tiltak og totalt ca. 50 000 deltakere. Det fins med andre ord mye oppsummert forskning og tilsvarende mye primærforskning om effekten av et høyt antall tiltak av både multisystemisk og ikke-multisystemisk karakter. Forskningen viser i all hovedsak at mange ulike sekundær- og tertiærforebyggende tiltak fører til en reduksjon i atferdsvansker, inkludert kriminelle handlinger, hos barn og unge.

Vi fant ingen systematiske oversikter på institusjonsområdet som oppfylte kriteriene for inklusjon, men det betyr ikke at det ikke fins primærstudier på dette området.

Tiltak for barn og unge med atferdsvansker

For den første problemstillingen, om atferdsvansker, var det fire oversikter (med 241 relevante primærstudier), som omhandlet henholdsvis effekten av foreldreveiledning, psykososiale tiltak og funksjonell familierapi. Alt i alt var 59 ulike tiltak vurdert (betegnet som sekundær- og tertiærforebyggende tiltak / tidlig tiltak og behandling).

Effekten av foreldreveiledning på atferdsvansker

Samlet viser de to oversiktene som omhandlet effekten av foreldreveiledning, sammenlignet med ingen tiltak eller annet aktivt tiltak, at gruppebasert foreldreveiledning muligens fører til en liten reduksjon i atferdsvansker hos barn 4-12 år (31) og trolig en moderat bedring på atferdsvansker hos barn 2-12 år, både på kort- og på lang sikt (41).

Det ser ikke ut til at det er betydelig forskjell i effekt på atferdsvansker hos barna avhengig av om det er multisystemiske tiltak eller ikke-multisystemiske tiltak som gis. Begge typene av tiltak gir omtrent samme reduksjon i atferdsvansker hos barn. Til gjengjeld ser det ut til å være større effekt på barns atferdsvansker jo mer *individrettet* tiltaket er. Effekten er størst for behandlende tiltak, deretter indikative tiltak, deretter selektive tiltak. Videre indikerer resultatene at varighet på veiledningen ikke ser ut til å ha betydning for effekten. Resultatene tyder også på at foreldreveiledninger som inne-

holder teknikkene generell positiv tilbakemelding, spesifikk ros og logiske konsekvenser som en disiplinerende praksis fører til større effekter enn andre teknikker for indikativ- og behandlende foreldreveiledning. Som nevnt viser resultatene i tillegg at effekten av foreldreveiledning vedvarer over tid. Dette støttes av den systematiske oversikten av van Aar (46). Oversikten møtte alle våre inklusjonskriterier, men overlappet med våre andre inkluderte oversikter og vi rapporterte den derfor ikke i denne oppsummeringen. Van Aar inkluderte 40 RCTer og undersøkte hvorvidt foreldreveiledning førte til vedvarende forbedringer i atferdsvansker hos barn. Resultatene viste at bedringen vedvarte i minst tre år etter at foreldrene fikk veiledning.

Effekten av psykososiale tiltak på atferdsvansker

Når det gjelder psykososiale tiltak viser resultatene at både multisystemiske tiltak og tiltak kun gitt til foreldre reduserer atferdsvansker hos barn og unge, i like stor grad (40). Spesifikt fører multisystemiske tiltak og tiltak gitt kun til foreldre trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos *førskolebarn*, tiltak gitt kun til foreldre fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos barn i *skolealder* og multisystemiske tiltak fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos *tenåringer*. Kunnskapsgrunnlaget viser også at psykososiale multisystemiske tiltak muligens fører til en reduksjon i atferdsvansker hos barn i skolealder. Kunnskapsgrunnlaget er for usikkert til å konkludere når det gjelder effekten av psykososiale tiltak hos førskolebarn og barn i skolealder, når slike tiltak kun er gitt til barna (det fins få studier, som har lav metodisk kvalitet). Tilsvarende er det usikker effekt av psykososiale tiltak på atferdsvansker hos tenåringer, når slike tiltak er kun gitt til tenåringer eller kun til foreldre.

Effekten av funksjonell familieterapi på atferdsvansker

Kunnskapsgrunnlaget for funksjonell familieterapi, som er et multisystemisk tiltak, viser at funksjonell familieterapi, sammenlignet med ingen tiltak og andre aktive tiltak, trolig gir en liten reduksjon i atferdsvansker hos ungdommer under 18 år som har atferdsvansker og rusmisbruk. Atferdsvanskene inkluderer her lovovertridelser. Men kunnskapsgrunnlaget om effekten av funksjonell familieterapi på nettopp loveovertridelser er for lite til å kunne konkludere (42).

Tiltak for unge som har begått kriminelle handlinger

For den andre problemstillingen vi skulle belyse, om effekten av tiltak for barn og unge som har begått kriminelle handlinger, var det fire oversikter (med 80 relevante primærstudier), som omhandlet effekten av familiebaserte tiltak, politibaserte avledende tiltak og andre tiltak. Alt i alt var 15 ulike sekundær- og tertiærforebyggende tiltak (tidlig tiltak og behandling) vurdert.

Effekten av multisystemiske familiebaserte tiltak på antisosial atferd (f.eks. lovbrudd)

Samlet viser resultatene at multisystemiske familiebaserte tiltak, sammenlignet med kontroll, trolig gir en vedvarende liten reduksjon i antisosial atferd, slik som lovbrudd, hos ungdommer under 18 år som allerede har begått alvorlige lovbrudd (39). Resultatene indikerer at effekten er størst med multisystemisk terapi, Treatment Foster Care Oregon og funksjonell familieveiledning. Varigheten på disse tiltakene var ca. 50 timer i

gjennomsnitt. Det ser også ut til at effekten av familiebaserte tiltak er størst på rusmisbruk, og for ungdommer som har begått flere kriminelle handlinger. Det er også verd å merke seg at effekten ser ut til å være nokså lik i ulike kontekster, slik som i USA og i Europa.

Effekten av ulike tiltak for unge (gutter) som har begått seksuallovbrudd

Resultatene viser at effekten av ulike tiltak for unge som har begått seksuallovbrudd, sammenlignet med ingen tiltak eller annet aktivt tiltak, muligens gir en moderat bedring i psykososial fungering (f.eks. regelbrudd og aggresjon), hos unge gutter i alderen 12-18 år (44). Det er imidlertid usikkert hvorvidt ulike tiltak for unge som har begått seksuallovbrudd gir en reduksjon i tilbakefall til lovbrudd (43). Tiltakene for unge som har begått seksuallovbrudd er her hovedsakelig ulike versjoner av individuell kognitiv terapi, men også multisystemiske tiltak som funksjonell familieterapi og multisystemisk terapi for personer som har begått seksuelle overgrep. Disse resultatene, som viser at effekten er usikker, støtter dermed resultatene i oversikten av Hartnett og kolleger (42).

Kunnskapsgrunnlaget om tiltak for unge som har begått seksuallovbrudd indikerer at det ikke er forskjell i effekt med ulike typer tiltak eller ulike kontekstuelle settinger. Kunnskapsgrunnlaget indikerer videre at effekten er størst for unge som har sammensatte atferdsvansker (ikke bare problemer med seksuell atferd) og for unge som har begått lovbrudd mot jevnaldrende (44).

Effekten av politibaserte avledende tiltak

Resultatene for politibaserte avledende tiltak viser at slike tiltak, sammenlignet med vanlig praksis, muligens reduserer antall nye lovbrudd hos unge i alderen 10-17 år som har begått kriminelle handlinger. Politibaserte avledende tiltak kan ta mange former – f.eks. samtaler ledet av en politibetjent med den mindreårige og hans/hennes foreldre tilstede, samtaler med en politibetjent pluss henvisning til andre tjenester – men det ser ikke ut til at det er forskjell i effekt med ulike former for avledende tiltak eller hvor de gjennomføres. Dette er relativt enkle, og trolig billige, tiltak som kunne la seg implementere i ulike kontekster. Det må likevel understrekes at politibaserte avledende tiltak ikke fins i Norge og studiene som har undersøkt slike tiltak er utført i Australia, Canada, USA og Storbritannia.

Kvaliteten på forskningsresultatene

I denne kunnskapsoppsummeringen inkluderte vi kun resultater fra systematiske oversikter av høy og moderat metodisk kvalitet, noe som betyr at resultatene i oversiktene generelt er til å stole på. Det er imidlertid viktig å merke seg at selv om en systematisk oversikt er metodisk godt utført, så kan de inkluderte primærstudiene ha varierende metodisk kvalitet. Dette har vi tatt hensyn til i vår oversikt, gjennom vår vurdering av tillit til resultatene, ved hjelp av GRADE verktøyet.

Vi har hovedsakelig middels og lav tillit til de estimerte effektene – henholdsvis åtte og fem av totalt 21 GRADE-vurderinger. Det vil si at vi enten vurderer at den estimerte effekten sannsynligvis ligger nær den reelle effekten av tiltakene, eller (for lav tillit) at vi har begrenset tillit til effektestimatet og vurderer at den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet. Selv om vi ikke utelukker at den virkelige effekten (størrelsen) kan være ulik den som er estimert i dette kunnskapsgrunnlaget, så er vi for de fleste av utfallsmålene sikker på *retningen* på effekten, nemlig at mange av disse tiltakene gir bedring i, og delvis fjerner, atferdsvansker hos barn og unge. Det er viktig å understreke at når vi har liten tillit til effekten, så betyr det ikke at tiltaket ikke har effekt. Tiltaket kan ha effekt, men den tilgjengelige dokumentasjonen er for begrenset til å anslå slike effekter med høy grad av sikkerhet.

Det må også nevnes at det var åtte effektestimater som vi vurderte som svært usikre. Dvs., vi vet ikke hvorvidt estimatet for effekten ligger nær den sanne effekten – effekten av tiltaket kan være bedre, tilsvarende eller dårligere. Grovt sett kan vi oppsummere tillit til effektestimatene slik:

Vi har høyest (middels) tillit til effektestimatene med hensyn til at:

- foreldreveiledning reduserer atferdsvansker hos barn
- psykososiale tiltak (multisystemiske, gitt til foreldre) reduserer atferdsvansker hos barn og unge
- funksjonell familieterapi reduserer atferdsvansker hos unge
- familiebaserte tiltak reduserer antisosial atferd (f.eks. arrestasjoner og lovbrudd) hos unge

Vi har noe tillit (lav) til effektestimatene når det gjelder at:

- foreldreveiledning redusere atferdsvansker hos barn
- tiltak bedrer psykososial fungering hos unge som har begått seksuallovbrudd
- politibaserte avledende tiltak hindrer nye lovovertrедelser hos unge

Vi er usikker (har svært liten tillit) når det gjelder hvorvidt:

- psykososiale tiltak gitt kun til barn/unge reduserer atferdsvansker hos barn/unge
- funksjonell familieterapi redusere nye lovovertrедelser hos unge
- tiltak for å hindre tilbakefall til lovbrudd hindrer tilbakefall hos unge

Styrker og svakheter

Mulige styrker og begrensninger ved oversikter over oversikter

Oversikter over oversikter er særlig nyttige når forskningsspørsmålet angår effekten av ett eller flere tiltak for samme tilstand eller problem, slik som atferdsvansker hos barn og unge. Slike overordnede oversikter gir en bred inngang for beslutningstakere ved at de oppsummerer omfattende problemstillinger, og samtidig leder leserne til mer detaljert materiale som inngår i inkluderte oversikter og primærstudier disse bygger på.

En begrensning ved oversikter over systematiske oversikter er imidlertid at analysene er basert på allerede oppsummert forskning, med en grovskåren tilnærming. Resultatene er ofte begrenset til dokumentasjon som er tilgjengelig i publiserte systematiske oversikter, med oversiktsforfatterens vurderinger av relevante populasjoner, tiltak og kontrolltiltak. En særlig utfordring i denne oversikten over oversikter var at ulike oversiktsforfattere i noen tilfeller vurderte de samme tiltakene ulikt mht. hvorvidt de var multisystemiske. I enkelte tilfeller skyltes dette at tiltakene kunne ha tilleggskomponenter som gjorde at det ble ansett som multisystemisk. Videre utelot oversiktsforfatterne beskrivelse av nivå av forebygging (om det var sekundær- eller tertiærforebyggende tiltak) og de benyttet samlebetegnelser for atferdsvansker, for både populasjonen og utfallet, som favnet flere aspekter og dermed er heterogene.

Det må nevnes at det er en begrensning ved systematiske oversikter generelt at de kan bli utdaterte etter hvert som nye studier blir publisert. Likevel må det fremheves at vi i denne oversikten over oversikter kun inkluderte systematiske oversikter av høy og moderat metodisk kvalitet med litteratursøk fra senest 2013, og disse inkluderte hele 319 unike primærstudier, så denne oversikten representerer en analyse av de mest oppdaterte, pålitelige oppsummerte resultatene for effekten av tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger.

Mulige skjevheter i oppsummeringsprosessen

Vi har for foreliggende oversikt over oversikter ikke hentet informasjon eller data fra noen av primærstudiene som er inkludert i oversiktene. Dette betyr at kvaliteten på vårt arbeid er avhengig av at vi har tillit til at forfatterne har hentet ut all relevant informasjon på en fornuftig måte. Selv om vi vurderte de inkluderte oversiktene til å være av høy og moderat metodisk kvalitet, kan det være rapporteringsfeil eller begrenset informasjon i oversiktene.

Hvor generaliserbare er resultatene?

Opplevelsen av, eller hva som betraktes som atferdsvansker, varierer på tvers av kulturer (6). Kontekstene i denne oversikten er varierte, med studier som foregår i en rekke ulike geografiske områder. Hva som betraktes som atferdsvansker i disse landene kan dermed være forskjellig fra hvordan det er i Norge. Det store flertallet av primærstudiene er imidlertid gjennomført i Nord-Amerika, Australia og Europa. Dette er land som sosiokulturelt er nokså like Norge. Det var totalt ca. 15 primærstudier fra Norge og ca. 11 fra Sverige. Det store antallet studiedeltakere – omtrent 50 000 – som inngår i de åtte inkluderte systematiske oversiktene indikerer at resultatene er generaliserbare til en bredere kontekst. Videre viste analysene i to av oversiktene – Dopp (39) og ter Beek (44) – at det ikke var forskjell i effekt avhengig av hvor studiene var utført, slik som USA versus land i Europa. Med slike studieresultater og det brede spektrum av deltakere, geografiske steder og miljøer er det sannsynlig at resultatene fra denne oversikten over systematiske oversikter er overførbare til mange forskjellige kontekster, inkludert Norge.

Overensstemmelse med andre oversikter

Vi identifiserte tre oversikter over oversikter som hadde vurdert en lignende problemstilling som oss. Farrington og kolleger (49) inkluderte oversikter som undersøkte effekt av tiltak for å forebygge antisosial atferd hos barn og unge. Utfallene var kriminalitet, vold, aggresjon og mobbing. De inkluderte 50 oversikter: fem generelle, 11 som omhandlet individbaserte tiltak, ni som omhandlet familiebaserte tiltak og 25 som tok for seg skolebaserte tiltak. Oversiktsforfatterne skriver at det så ut til at alle typer tiltak har positiv effekt. Oversikten av Minglebach og kolleger (50) var noe smalere da den kun tok for seg foreldrebaserte tiltak for å begrense eksternaliserende atferdsvansker hos barn. Den inkluderte likevel 26 oversikter og konkluderte med at tiltakene ga en vedvarende reduksjon i atferdsvansker (standardisert gjennomsnittlig effekt var 0,45). Likeledes fant oversikten av Weisman og kolleger (51), med 31 oversikter om funksjonell familieterapi, at det var god effekt av tiltaket på tilbakefall til kriminalitet og rusmisbruk. Det kan også være at enkelte finner en tilgrensende oversikt interessant. Denne oversikten over 13 metaanalyser om tiltak for sinne og aggresjon – stort sett hos barn og unge – konkluderte med at det er stor variasjon i effekt og derfor vanskelig å dra sikre slutninger (52).

For de fleste av de åtte oversiktene vi inkluderte kan vi kommentere på i hvilken grad deres resultater stemmer med andre lignende oversikter (men som ikke er inkludert her, hovedsakelig pga. at de er ikke-systematiske oversikter eller har lav metodisk kvalitet). Når det gjelder effekten av foreldreveiledning for barn med atferdsvansker er resultatene i oversiktene av Buchanan-Pascall og kolleger (31) og Leijten og kolleger (41) i overensstemmelse med minst fem andre oversikter som har sammenfattet studier publisert tidligere enn 2005 (53-57). Graden av, eller størrelsen på, effekten på atferdsvansker var riktignok noe ulik i disse oversiktene, noe som kan skyldes at enkelte vurderte effekten av enten individuelle- eller gruppebaserte foreldreveiledninger og noen inkluderte bare barn med diagnostiserte atferdsforstyrrelser. En nylig kartleggingsundersøkelse av Wesseltoft-Rao, Holt og Helland (58) om gruppetiltak for foreldre finner også at slik veiledning kan støtte barns utvikling og bidra til å styrke mødre og fedre i foreldrerollen. De mest hyppig rapporterte gruppetiltakene omtalt i kartleggingsundersøkelsen er flere av de samme som i våre inkluderte oversikter, slik som De utrolige årene og Parent Management Training Oregon. Vi nevner også at oversikten av Tan og Fajardo (59) fant solid dokumentasjon for at multisystemisk terapi gir reduksjon i antisosial atferd, inkludert kriminell atferd, hos unge.

Svært mange av tiltakene i våre inkluderte oversikter, særlig de i Buchanan-Pascall og kolleger (31), Epstein og kolleger (40), Hartnett og kolleger (42), Leijten og kolleger (41) og Dopp og kolleger (39), var familiebaserte tiltak. For eksempel, funksjonell familieterapi viste i Hartnett og kollegers oversikt (42) positiv effekt, sammenlignet med ingen tiltak og andre alternative tiltak. Oversiktsforfatterne skriver at dette resultatet er i tråd med flere andre oversikter – de nevner fire spesielt – som har inkludert funksjonell familieterapi. En nylig publisert oversikt av Tully og Hunt (60) undersøkte effekten av *kortvarige* foreldretiltak. Alle de ni inkluderte studiene i denne oversikten viste

signifikant bedring på eksternaliserende problemer hos barna og på foreldrenes mest-ringsfølelse. Dette funnet stemmer overens med resultatene i Buchanan-Pascall og kol-legers oversikt (31) som viste at varighet på veiledningen ikke så ut til å påvirke effek-ten.

Også når det gjelder oversikter om effektene av tiltak for unge som har begått krimi-nalle handlinger fins det funn som støtter funnene i våre inkluderte systematiske over-sikter. Først, politibaserte avledende tiltak er ikke i bruk i Norge, men viser lovende re-sultater, både i den systematiske oversikten av Wilson, Brennan og Olaghere som vi oppsummerte her (45) og tidligere oversikter som undersøkte effekten av lignende type tiltak (61-63). En oversikt av lav metodisk kvalitet om tiltak for ungdommer som hadde begått seksuelle overgrep støtter våre funn. Den inkluderte ti studier og konclu-derte med at multisystemisk terapi trolig reduserer risiko for ytterligere overgrep. En oversikt av Osei og kolleger (65) fant at gruppebaserte tiltak (Group Care) trolig har litt bedre effekt enn Treatment Foster Care med hensyn til kriminalitet hos unge. Videre viser en oversikt med 39 studier at tiltak som er atferdsorientert og fokuserer på forel-dreveiledning har effekt når det gjelder å hindre ytterligere kriminalitet hos unge (66).

Resultatenes betydning for praksis

Selv om vi er noe usikre på den nøyaktige størrelsen på reduksjon i atferdsvansker – inkludert alvorlig atferdsproblematikk, som tyveri, vold og annen kriminalitet – så viser resultatene likevel at flere ulike typer tiltak gir reduksjon i atferdsvansker hos barn og unge.

Det fins best dokumentasjon for at tiltak som er *familiebaserte*, og da særlig innbefattet veiledning for foreldrene, reduserer atferdsvansker hos både barn og unge. Resultatene viser tydelig at psykososiale tiltak og foreldreveiledning – f.eks. veiledning i atferds-håndtering (behavioral management training), funksjonelle atferdstiltak (functional be-havioral interventions) – trolig fører til en vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos barn. I disse tiltakene rettes innsatsen først og fremst mot foreldrene, slik at de gjen-nom å gjøre endringer i egen oppdragerpraksis kan veilede barna til endringer i atferd. Det er mulig at slik veiledning bedrer samspillet mellom foreldre og barn som på sin side fører til positive endringer hos barn. Dette gjelder for eksempel tiltaket Parent Ma-nagement Training Oregon. Likeledes viser resultatene at psykososiale multisystemiske tiltak – f.eks. Parent-Child Interaction Therapy, multisystemisk terapi, De utrolige årene, Trippel P – trolig gir en vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos barn og unge. I familier der barn og unge har atferdsvansker støtter disse resultatene dermed bruk av foreldreveiledning – f.eks. veiledning i atferdshåndtering – og multisystemiske tiltak, slik som Parent-Child Interaction Therapy, multisystemisk terapi, De utrolige årene og Trippel P. Resultatene i vår kunnskapsoppsummering viser at effekten er ved-varende god for både foreldreveiledning og multisystemiske tiltak som innbefatter foreldreveiledning. For praksisfeltet og beslutningstakere er det også viktig å merke seg at våre funn ikke tyder på at i familier der barn/unge har atferdsvansker vil det være hen-siktsmessig med innsats kun rettet mot barna eller skolen.

Praksisfeltet bør videre være oppmerksom på at effekten er bedre for foreldreveiledning som er individrettet (behandlende, indikativt) enn selektivt. Med hensyn til spesifikke teknikker som bør være en del av foreldreveiledning viser dokumentasjonen at spesifikk ros, generell positiv tilbakemelding samt logiske konsekvenser som en disiplinerende praksis har bedre effekt enn andre teknikker, slik som monitorering og å ignorere. Vi har ikke systematisk vurdert hvorvidt gruppebaserte eller individuelle foreldreveiledninger gir bedre resultater mht. atferdsvansker hos barn. Vi minner om at Buchanan-Pascall og kolleger (31) fant at gruppeveiledning for foreldre med all sannsynlighet fører til en reduksjon i atferdsvansker hos barn. Leijten og kolleger (41) og Epstein og kolleger (40), som også undersøkte effekten av foreldreveiledning, vurderte effekten av både gruppebaserte og individuelle foreldreveiledninger, men ikke hvorvidt det er forskjell mellom disse. Studier som har sammenlignet gruppebasert versus individbasert foreldreveiledning finner motstridende resultater (56;67-71). Det er fordeler og ulemper ved begge formene. For eksempel gir veiledning i grupper tilgang til sosial støtte mens individuell veiledning gir større mulighet for individuell tilpasning iht. hvert barns behov og foreldres mestringnivå (72). At det ikke ser ut til å være gevinster med å gi lengre heller enn kortere tiltak (31) har både praktiske og økonomiske implikasjoner for praksisfeltet og beslutningstakere.

I familier der ungdommene (under 18 år) sliter med atferdsvansker og rusmisbruk støtter forskningen særlig bruk av funksjonell familieterapi. Funksjonell familieterapi, og andre typer familiebaserte tiltak slik som multisystemisk terapi og Treatment Foster Care Oregon, har også god effekt i familier der ungdommene har begått kriminalitet. Effekten viser seg i ungdommenes bedre psykososiale fungering og redusert risiko for å begå lovbrudd. Multisystemisk terapi benyttes mye i Norge og våre resultater støtter utvidet bruk. Tiltaket tilbys familier med ungdom i alderen 12-18 med alvorlige atferdsvansker, slik som rus, kriminalitet, konflikter hjemme o.l. (29). En nylig utført kunnskapsoppsummering fra Sverige om effektene av Treatment Foster Care Oregon, konkluderte med at tiltaket trolig reduserer ungdommenes kriminelle atferd, i tillegg til muligens å redusere rusmisbruk og symptomer på psykisk uhelse (73). Selv om andre typer tiltak, som politibaserte avledende tiltak, kan ha god effekt, fremstår godt foreldreskap som avgjørende for å bistå barn og unge med atferdsvansker. Nylig publisert oppsummert forskning viser at foreldreskap som blir kategorisert som autoritativ er assosiert med trivsel hos barn, mens autoritær eller forsømmende foreldreskap er assosiert med mistrivsel (74). Flere faktorer bidrar til å forklare effekten av familiebaserte tiltak, inkludert fokuset på viktige risikofaktorer på flere nivå i barn- og unges psykososiale nærmiljø (39). Ved å spisse innsatsen rettet mot barn og unge med atferdsvansker mot familiebaserte tiltak vil man øke sjansene for å redusere problemenes omfang og senere negative konsekvenser. I tillegg til å ha positiv praktisk betydning dokumenterer kost-nytte analyser fra bl.a. Washington State Institute for Public Policy at det fins økonomiske fordeler ved familiebaserte tiltak. Nylig publiserte analyser viser at for hver (amerikansk) dollar brukt så unngås betydelige utgifter: For Treatment Foster Care Oregon er innsparingen \$1,70, for multisystemisk terapi er det \$1,74, og for funksjonell familieterapi \$6,51 (75). De økonomiske besparelsene med multisystemisk terapi er enda høyere når det gjelder ungdom som har begått særlig alvorlig kriminalitet (\$5,04) (76) eller seksuallovbrudd (\$48,81) (77).

Relatert til karakteristika ved undommene så kan det se ut til at effekten av familiebaserte tiltak som funksjonell familieterapi ikke er like stor for alle ungdommer. Resultatene i vår oppsummering tyder på at slike tiltak fungerer bedre for unge som har begått alvorlig kriminalitet eller flere typer kriminalitet. Det kan være at unge med mindre alvorlige atferdsvansker kan ha bedre nytte av mindre intensive tiltak. Dette er funn som er fremhevet også i andre oversikter (78) og som reflekterer modellen for risiko-behov-motsvar (risk-needs-responsivity model) (79). Til slutt er det verd å nevne at effektene for unge lovbyggere så ut til å være best for familiebaserte tiltak som vektla ferdigheter med hensyn til bl.a. generell fungering, fungering i familien, aggresjon, impuls kontroll og sosiale ferdigheter.

Kunnskapshull

Denne brede kunnskapsoppsummeringen gir svar på mange spørsmål, men noen spørsmål gjenstår. Med hensyn til foreldreveiledning er det uklart om veiledning i grupper eller individuelt gir bedre resultater. Buchanan-Pascall og kolleger (31) skriver at noen studier finner at individuell veiledning er bedre, andre at gruppebasert veiledning er bedre, mens andre igjen ikke finner noen forskjell i effekt mellom gruppebasert og individbasert veiledning. Ingen av våre inkluderte systematiske oversikter undersøkte effekten av digitale tiltak, men andre oversikter indikerer at slike tiltak kan være effektive for å begrense atferdsvansker hos barn og unge (80;81). Det er videre uklart hvor mye veiledning ('dose') som vil være nødvendig for å gi en effekt og hvorvidt alvorlighetsgrad av atferdsvansker hos barna har betydning for effekten. Oversikten av Buchanan-Pascall og kolleger (31) fant ikke at effekten av foreldreveiledning var påvirket av hvor mange timer veiledning foreldrene fikk. Dette er i overensstemmelse med andre lignende kunnskapsoppsummeringer (82;83).

Resultater fra flere oversikter, slik som van Aar og kolleger (47) og Leijten og kolleger (41) viser at effekten av foreldreveiledning på barns atferdsvansker ikke avtar, men vedvarer over flere år. Imidlertid er det variasjon mellom veiledningene når det gjelder effekt over tid, og det er uklart når og hvorfor effekten er vedvarende positiv i noen tilfeller men ikke i andre. Flere typer familiebaserte tiltak – særlig Parent-Child Interaction Therapy, multisystemisk terapi, De utrolige årene, Trippel P, Treatment Foster Care Oregon – hadde positiv effekt, men en rangering av effekten av disse fins ikke i noen systematiske oversikter. Ingen av oversiktene oppga resultater som direkte sammenlignet disse tiltakene og det er derfor uklart hva den relative størrelsesorden av effekten er mellom disse tiltakene. Til slutt nevner vi at kunnskapsgrunnlaget om effekten av funksjonell familieterapi på lovovertrедelser er begrenset og det ville være nyttig med ytterligere forskning på dette feltet. Vi fant ingen systematiske oversikter på institusjonsområdet.

Konklusjon

Det fins ingen vidunderkur eller et knippe metoder som alltid vil redusere og fjerne atferdsvansker hos barn og unge. Denne brede systematiske oversikten gir likevel solid dokumentasjon for at flere ulike tiltak synes å være effektive med hensyn til å redusere atferdsvansker hos barn og unge. Det fins best dokumentasjon for at tiltak som er familiebaserte, og da særlig innbefattet foreldreveiledning, gir vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos både barn og unge. For praksisfeltet og beslutningstakere er det viktig å merke seg den positive effekten av tiltak som retter innsatsen først og fremst mot foreldrene, slik at de gjennom å gjøre endringer i egen oppdragerpraksis kan veilede barna til endringer i atferd. Mer forskning om hvilke spesifikke typer tiltak, format og dose er mest effektiv ville være nyttig.

Referanser

1. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom MJD. Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Developmental Psychopathology* 2000;12(3):467-88.
2. Bernard A, Martinelli A, Ackermann K, Saure D, Freitag CM. Association of trauma, posttraumatic stress disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2018;91:153-69.
3. Skogen JC, Torvik FA. Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. Rapport FHI 2013,4.
4. Ogden T. Elevatferd og læringsmiljø: læreres erfaringer med og syn på elevatferd og læringsmiljø i grunnskolen. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet; 1998.
5. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child development* 1999;70(5):1181-96.
6. Ogden T. Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen. Oslo; Gyldendal Akademisk; 2001.
7. Kjøbli J. Atferdsvansker hos barn. [Lest 15. aug. 2019]. Tilgjengelig fra: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Atferdsvansker-hos-barn/>
8. Zeiner P, Magnussen F. Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>
9. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2004;45(3):609-21.
10. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Ulike metoder for håndtering av atferdsvansker. [Lest 03. aug. 2019]. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/
11. Livanou M, Furtado V, Winsper C, Silvester A, Singh SP. Prevalence of mental disorders and symptoms among incarcerated youth: a meta-analysis of 30 studies. *International Journal of Forensic Mental Health* 2019;18(4):400-14.
12. Statistisk sentralbyrå. Sjeldnere dom og fengsel til ungdom. [Lest 10. aug. 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sjeldnere-dom-og-fengsel-til-ungdom>
13. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ* 2009;338:a2981.
14. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva P, Stanton W. Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology* 1996;8(2):399-424.

15. Lahey BB, Loeber R, Burke JD, Applegate BJ. Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(3):389.
16. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 2005;46(8):837-49.
17. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(7):709-17.
18. Zeitlin H. Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. *Drug Alcohol Depend* 1999;55(3):225-34.
19. Shaw DS, Gilliom M, Ingoldsby EM, Nagin DS. Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology* 2003;39(2):189.
20. Sagatun Å, Heyerdahl S, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems in the 10 th grade and non-completion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study. *BMC public Health* 2014;14(16):1-13.
21. Hafstad GS, Augusti E-M. Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år. Oslo: NKVTS; 4/2019.
22. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001;285(16):2094-100.
23. Musu-Gillette L, De Brey C, McFarland J, Hussar W, Sonnenberg W, Wilkinson-Flicker S. Status and Trends in the Education of Racial and Ethnic Groups 2017. NCES 2017-051. 2017. Tilgjengelig fra: <http://nces.ed.gov/pubsearch>.
24. Friedman-Krauss AH, Raver CC, Neuspiel JM, Kinsel J. Development. Child behavior problems, teacher executive functions, and teacher stress in Head Start classrooms. *Early education and development* 2014;25(5):681-702.
25. Nordahl T, Sørli M, Manger T, Tveit A. Et helhetlig syn på atferdsvansker hos barn. [Lest 10. aug. 2019]. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2014/10/et-helhetlig-syn-pa-atferdsvansker-hos-barn/>
26. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva P, Stanton W. Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology* 1996;8:399-424.
27. Beck JE, Shaw DS. The influence of perinatal complications and environmental adversity on boys' antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005;46(1):35-46.
28. Brandlistuen RE, Helland SS, Evensen LA, Schjølberg S, Tambs K, Aase H, et al. Sårbare barn i barnehagen-betydningen av kvalitet. Rapport FHI; 2015.
29. Fyhn O. Dressur eller humanisme?: En gjennomgang av «De Utrolige Årene»-et program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn. *Scandinavian Psychologist* 2017;4.
30. Backe-Hansen AE, Gundersen T, Føleide MH, Winsvold A. Forskningsoversikt om alvorlige atferdsvansker blant barn og unge. Norsk forskningsråd. [Lest 03. aug. 2019]. Tilgjengelig fra: <https://evalueringsportalen.no/evaluating/atferdssenteret-norsk-senter-for-studier-av-problematferd-og-innovativ-praksis>
31. 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. *Child Psychiatry Hum Dev* 2018;49(2):244-67.
32. Forgatch MS, Patterson GR, Degarmo DS, Beldavs ZG. Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology* 2009;21(2):637-60.

33. Higgins JP, et al. Cochrane handbook for assessing risk of bias in randomised trials. 2011;343.
34. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. 2016;5(1):210.
35. Ballard M, Montgomery P. Risk of bias in overviews of reviews: a scoping review of methodological guidance and four-item checklist. *Research Synthesis Methods* 2018;8(1):92-108.
36. Hunt H, Pollock A, Campbell P, Estcourt L, Brunton G. An introduction to overviews of reviews: planning a relevant research question and objective for an overview. 2018;7(1):39.
37. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94.
38. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. 2011;64(4):401-6.
39. Dopp AR, Borduin CM, White MH, Kuppens S. Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2017;85(4):335-54.
40. Epstein R, Fonnesbeck C, Williamson E, Kuhn T, Lindegren ML, Rizzone K, et al. Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents 2015;154. Tilgjengelig fra: <http://www.epistemonikos.org/documents/ea7c564da9415e7ab8583f802552264557266a55>
41. Leijten P, Gardner F, Melendez-Torres GJ, van Aar J, Hutchings J, Schulz S, et al. Meta-Analyses: Key Parenting Program Components for Disruptive Child Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58(2):180-90.
42. Hartnett D, Carr A, Hamilton E, O'Reilly G. The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioral and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis. *Fam Process* 2017;56(3):607-19.
43. 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. *J Abnorm Child Psychol* 2018;46(3):543-56.
44. ter Beek E, Kuiper CHZ, van der Rijken REA, Spruit A, Stams GJJM, Hendriks J. Treatment effect on psychosocial functioning of juveniles with harmful sexual behavior: A multilevel meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior* 2018;39:116-28.
45. Wilson DB, Brennan I, Olaghere A. Police-initiated diversion for youth to prevent future delinquent behavior: a systematic review. *Campbell Collaboration* 2018;14(1):1-88.
46. van Aar J, Leijten P, de Castro BO, Overbeek G. Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Child Psychology Review* 2017;51:153-63.
47. van Aar J, Leijten P, Orobio de Castro B, Overbeek G. Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Clin Psychol Rev* 2017;51:153-63.
48. Leijten P, Gardner F, Melendez-Torres G, van Aar J, Hutchings J, Schulz S, et al. Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. 2019;58(2):180-90.
49. Farrington DP, Gaffney H, Lösel F, Ttofi M. Behavior V. Systematic reviews of the effectiveness of developmental prevention programs in reducing delinquency, aggression, and bullying. *Aggression and Violent Behavior* 2017;33:91-106.
50. Mingebach T, Kamp-Becker I, Christiansen H, Weber L. Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLoS ONE* 2018;13(9):e0202855.

51. Weisman CB, Montgomery P. Functional Family Therapy (FFT) for Behavior Disordered Youth Aged 10-18: An Overview of Reviews. *Research on Social Work Practice* 2019;29(3):333-46.
52. Hyoeun LA, DiGiuseppe R. Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Curr Opin Psychol* 2018;19:65-74.
53. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy CM. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev* 2006;26(1):86-104
54. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36(4):567-89.
55. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S, et al. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2009;3(1):7.
56. Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev* 2014;34(4):337-57.
57. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8(1):1-239.
58. Wesseltoft-Rao N, Helland MS. «Gruppetiltak for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer.» Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017.
59. Tan JX, Fajardo MLR. Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10-17 with severe antisocial behaviour and emotional disorders: systematic review. *London J Prim Care* 2017;9(6):95-103.
60. Tully LA, Hunt C. Brief parenting interventions for children at risk of externalizing behavior problems: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies* 2016;25(3):705-19.
61. Wong JS, Bouchard J, Gravel J, Bouchard M, Morselli C. Can at-risk youth be diverted from crime? A meta-analysis of restorative diversion programs. *Criminal Justice and Behavior* 2016;43(10):1310-29.
62. Wilson HA, Hoge RD. The effect of youth diversion programs on recidivism: A meta-analytic review. *Criminal Justice and Behavior* 2013;40(5):497-518.
63. Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Guckenburg S. Formal system processing of juveniles: Effects on delinquency. *Campbell Systematic Reviews* 2010;6(1):1-88.
64. Dopp AR, Borduin CM, Rothman DB, Letourneau EJ. Evidence-Based Treatments for Youths Who Engage in Illegal Sexual Behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2017;46(5):631-45.
65. Osei GK, Gorey KM, Hernandez Jozefowicz DM. Delinquency and crime prevention: Overview of research comparing treatment foster care and group care. *Child & Youth Care Forum* 2016;45(1):33-46.
66. de Vries SL, Hoeve M, Assink M, Stams GJ, Asscher JJ. Practitioner review: Effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency--recommendations for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(2):108-21.
67. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy CM. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev* 2006;26(1):86-104.
68. Niec LN, Barnett ML, Prewett MS, Shanley Chatham JR. Group parent-child interaction therapy: A randomized control trial for the treatment of conduct problems in young children. *J Consult Clin Psych* 2016;84(8):682-698.
69. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour

- disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 1995;36(7):1141-59.
70. Pevsner R. Group parent training versus individual family therapy: An outcome study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1982;13(2):119-22.
 71. Webster-Stratton C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J Consult Clin Psychol* 52:666-678
 72. Cox PD, Vinogradov S, Yalom ID. Group therapy. In: Hales RE, Yudofsky S, Gabbard G (eds) *The American psychiatric publishing textbook of psychiatry*, 5th edn. American Psychiatric Publishing, Arlington; 2008.
 73. SBU. Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. Stockholm: SBU; 2018. 279.
 74. Blaasvær N, Ames HMR. Sammenhenger mellom foreldrepraksiser og barns trivsel: en systematisk kartleggingsoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019.
 75. Washington State Institute for Public Policy. Benefit-cost results. Olympia, WA: Author. [Lest 20. aug. 2019]. Tilgjengelig fra: http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/WsippBenefitCost_AllPrograms
 76. Dopp AR, Borduin CM, Wagner DV, Sawyer AM. The economic impact of multisystemic therapy through midlife: A cost-benefit analysis with serious juvenile offenders and their siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014;82(4):694-705.
 77. Borduin CM, Dopp AR. Economic impact of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Family Psychology* 2015;29(5):687.
 78. Dowden C, Andrews DA. Does family intervention work for delinquents? Results of a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice* 2003;45(3):327-42.
 79. Brogan L, Haney-Caron E, NeMoyer A, DeMatteo D. Applying the Risk-Needs-Responsivity (RNR) model to juvenile justice. *Criminal Justice Review* 2015;40(3):277-302.
 80. Baumel A, Pawar A, Kane JM, Correll CU. Digital Parent Training for Children with Disruptive Behaviors: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(8):740-9.
 81. Baumel A, Pawar A, Mathur N, Kane JM, Correll CU. Technology-Assisted Parent Training Programs for Children and Adolescents With Disruptive Behaviors: A Systematic Review. *J Clin Psychiatry* 2017;78(8):e957-e69.
 82. Comer JS, Chow C, Chan PT, Cooper-Vince C, Wilson LAS. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: A meta-analytic examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(1):26-36.
 83. Weeland J, Chhangur RR, van der Giessen D, Matthys W, de Castro BO, Overbeek G. Intervention Effectiveness of The Incredible Years: New Insights Into Sociodemographic and Intervention-Based Moderators. *Behav Therapy* 2017;48(1):1-18.
 84. Aalen O. O. Hvorfor bruke bayesiansk tankegang? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1354

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkestrategi

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to June 20, 2019

Dato: 21.06.2019

Treff: 525

- 1 exp Child/ 1834346
- 2 Adolescent/ 1939543
- 3 Minors/ 2507
- 4 Young Adult/ 749895
- 5 or/1-4 3229663
- 6 Conduct Disorder/ 3221
- 7 Problem Behavior/ 1538
- 8 "Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders"/ 2716
- 9 Antisocial Personality Disorder/ 9255
- 10 Criminal Behavior/ 238
- 11 or/6-10 15680
- 12 5 and 11 10176
- 13 Juvenile Delinquency/ 8386
- 14 Child Behavior Disorders/ 19949
- 15 12 or 13 or 14 35794
- 16 (adolescen* or child* or boys or daycare cent* or day care cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescent* or pre-pubescent* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or school-child* or school-child* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or teens or teenage* or teen-age* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or (young adj (adult* or people* or person? or men or women)) or ((early or emerging) adj adulthood*).ti,ab,kf. or minor?.ti. 1924743
- 17 (((antisocial or anti-social or criminal or delinquen* or deviant or deviant or disability* or disorder* or disruptive or dysfunctional or problem*) adj2 behavio*) or (conduct adj (disorder* or problem*)) or (externali?ing adj (behavio* or disorder*)) or oppositional defiant disorder*).ti,ab,kf. 52126
- 18 16 and 17 32915

- 19 ((adolescen* or child* or boys or daycare cent* or day care cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescent* or pre-pubescent* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or school-child* or school-child* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or teens or teenage* or teen-age* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or (young adj (adult* or people* or person? or men or women)) or young or ((early or emerging) adj adulthood*)) adj1 (offend* or re-offend* or offence* or offense* or crime*)).ti,ab,kf. 1658
- 20 15 or 18 or 19 55503
- 21 Meta-Analysis/ 102076
- 22 Meta-Analysis as Topic/ 17009
- 23 Systematic Reviews as Topic/ 2335
- 24 Systematic Review.pt. 108501
- 25 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,kf. 259061
- 26 Review.pt. and (pubmed or medline).ab. 120824
- 27 or/21-26 328692
- 28 20 and 27 1252
- 29 exp animals/ not humans.sh. 4591187
- 30 (news or editorial or comment).pt. 1306264
- 31 28 not (29 or 30) 1245
- 32 limit 31 to yr="2015-current" 525
- 33 remove duplicates from 32 525

Database: [OVID] PsycINFO 1806 to June Week 2 2019

Dato: 21.06.2019

Treff: 529

- 1 ("100" or "160" or "180" or "200" or "320").ag. [note: Childhood, Preschool Age, School Age, Adolescence, Young Adulthood] 1109609
- 2 conduct disorder/ 4246
- 3 behavior problems/ 28142
- 4 behavior disorders/ 9163
- 5 disruptive behavior disorders/ 702
- 6 oppositional defiant disorder/ 1590
- 7 antisocial behavior/ 9488
- 8 criminal behavior/ 8740
- 9 externalization/ 3618
- 10 or/2-9 60113
- 11 1 and 10 36735
- 12 juvenile delinquency/ 16981
- 13 predelinquent youth/ 204

- 14 11 or 12 or 13 51664
- 15 (adolescen* or child* or boys or daycare cent* or day care cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescent* or pre-pubescent* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or school-child* or school-child* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or teens or teenage* or teen-age* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or (young adj (adult* or people* or person? or men or women)) or ((early or emerging) adj adulthood*)).ti,ab,id. or minor?.ti. 992344
- 16 (((antisocial or anti-social or criminal or delinquen* or deviant or deviant or disability* or disorder* or disruptive or dysfunctional or problem*) adj2 behavio*) or (conduct adj (disorder* or problem*)) or (externali?ing adj (behavio* or disorder*)) or oppositional defiant disorder*).ti,ab,id. 94773
- 17 15 and 16 62148
- 18 ((adolescen* or child* or boys or daycare cent* or day care cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescent* or pre-pubescent* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or school-child* or school-child* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or teens or teenage* or teen-age* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or (young adj (adult* or people* or person? or men or women)) or young or ((early or emerging) adj adulthood*)) adj1 (offend* or re-offend* or offence* or offense* or crime*).ti,ab,id. 5929
- 19 14 or 17 or 18 86804
- 20 ("0830" or "1200").md. [note: Systematic Review; Meta Analysis] 38545
- 21 "Systematic Review"/ 63
- 22 Meta Analysis/ 4432
- 23 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,id. 57646
- 24 review.ti,ab. and (pubmed or medline).ab. 15963
- 25 or/20-24 66660
- 26 19 and 25 1422
- 27 limit 26 to yr="2015-current" 529
- 28 remove duplicates from 27 529

Database: (OVID) Embase 1974 to 2019 June 20

Dato: 21.06.2019

Treff: 331

- 1 *child/ 84209
- 2 *preschool child/2415
- 3 *school child/ 4445

4 *adolescent/ 26942
 5 *"minor (person)"/ 160
 6 *young adult/ 2763
 7 or/1-6 111619
 8 *conduct disorder/ 1808
 9 *problem behavior/ 1143
 10 *behavior disorder/ 20530
 11 *disruptive behavior/ 673
 12 *oppositional defiant disorder/ 523
 13 *antisocial behavior/ 2270
 14 *criminal behavior/ 3589
 15 *delinquency/ 1273
 16 or/8-15 30930
 17 7 and 16 524
 18 *juvenile delinquency/ 4795
 19 17 or 18 5313
 20 (adolescen* or child* or boys or daycare cent* or day care cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescent* or pre-pubescent* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or school-child* or school-child* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or teens or teenage* or teen-age* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or (young adj (adult* or people* or person? or men or women)) or ((early or emerging) adj adulthood*)).ti,ab,kw. or minor?.ti. 2352451
 21 (((antisocial or anti-social or criminal or delinquen* or deviant or deviant or disability* or disorder* or disruptive or dysfunctional or problem*) adj2 behavio*) or (conduct adj (disorder* or problem*)) or (externalizing adj (behavio* or disorder*)) or oppositional defiant disorder*).ti,ab,kw. 67272
 22 20 and 21 41098
 23 ((adolescen* or child* or boys or daycare cent* or day care cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescent* or pre-pubescent* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or school-child* or school-child* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or teens or teenage* or teen-age* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or (young adj (adult* or people* or person? or men or women)) or young or ((early or emerging) adj adulthood*)) adj1 (offend* or re-offend* or offence* or offense* or crime*).ti,ab,kw. 2087
 24 19 or 22 or 23 45817
 25 meta analysis/ 164948
 26 "systematic review"/ 208629
 27 "meta analysis (topic)"/ 40140
 28 "systematic review (topic)"/ 23776

- 29 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,kw. 333483
- 30 Review.pt. and (pubmed or medline).ab. 104982
- 31 or/25-30 473104
- 32 24 and 31 1377
- 33 (exp animals/ or exp invertebrate/ or animal experiment/ or animal model/ or animal tissue/ or animal cell/ or nonhuman/) not (human/ or normal human/ or human cell/) 6222092
- 34 (news or editorial or comment).pt. 616780
- 35 32 not (33 or 34) 1371
- 36 limit 35 to yr="2015-current" 613
- 37 limit 36 to embase 337
- 38 remove duplicates from 37 331

Database: Cochrane Library [CDSR] (Wiley)

Dato: 21.06.2019

Treff: 2

- #1 [mh child] 1170
- #2 [mh adolescent] 99786
- #3 [mh minors] 8
- #4 [mh "young adult"] 218
- #5 (13-#4-#4) 100563
- #6 [mh ^"conduct disorder"] 257
- #7 [mh ^"problem behavior"] 276
- #8 [mh ^"Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders"] 286
- #9 [mh ^"Antisocial Personality Disorder"] 219
- #10 [mh ^"Criminal Behavior"] 2
- #11 (3-#10-#10) 907
- #12 #5 and #11 283
- #13 [mh ^"Juvenile Delinquency"] 238
- #14 [mh ^"Child Behavior Disorders"] 827
- #15 #12 or #13 or #14 1268
- #16 (adolescen* or child* or boys or daycare NEXT cent* or day NEXT care NEXT cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or pre-adolescen* or pre NEXT adolescen* or preteen* or pre NEXT teen* or pre-school* or pre NEXT school* or prepubescen* or pre NEXT pubescen* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre NEXT pubert* or pupil? or schoolage* or school NEXT age* or schoolboy* or schoolchild* or schooler* or schoolgirl* or school NEXT student* or teens or teenage* or teen NEXT age* or toddler* or underage* or under NEXT age* or youngster* or youth? or (young NEXT (adult* or people* or person? or men or women)) or ((early or emerging) NEXT adulthood*)):ti,ab or minor?:ti 155234
- #17 (((antisocial or anti NEXT social or criminal or delinquen* or deviant or disabilit* or disorder* or disruptive or dysfunctional or problem*) NEAR/2 behavio*) or

(conduct NEXT (disorder* or problem*)) or (externalizing NEXT (behavior* or disorder*)) or oppositional NEXT defiant NEXT disorder*):ti,ab
6721

#18 #16 and #17 3988

#19 ((adolescen* or child* or boys or daycare NEXT cent* or day NEXT care NEXT cent* or girls or juvenile? or kids or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre NEXT adolescen* or preteen* or pre NEXT teen* or preschool* or pre NEXT school* or prepubescen* or pre NEXT pubescen* or pubescen* or puberal or pubert* or prepubert* or pre NEXT pubert* or pupil? or schoolage* or school NEXT age* or schoolboy* or schoolchild* or schooler* or schoolgirl* or school NEXT student* or teens or teenage* or teen NEXT age* or toddler* or underage* or under NEXT age* or youngster* or youth? or (young NEXT (adult* or people* or person? or men or women)) or young) NEAR/1 (offend* or re NEXT offend* or offence* or offense* or crime*)):ti,ab 156

#20 #15 or #18 pr #19 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Jun 2019, in Cochrane Reviews 2

Database: Epistemonikos

Dato: 21.06.2019

Treff: 690 [etter dublettsletting av søk 1 og søk 2]

Søk 1: 200 Systematic review; 2 Structured summary; 1 Broad synthesis

[Title/Abstract:] child* OR adolescen* OR boys OR "daycare centers" OR "daycare centres" OR "day care centers" OR "day care centres" OR girls OR juvenile* OR kids OR kindergarten* OR minors OR offspring* OR pediatric* OR paediatric* OR preadolescen* OR pre-adolescen* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR pubescen* OR puberal OR pubert* OR prepubert* OR pre-pubert* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR school-student* OR teens OR teenage* OR teen-age* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "young men" OR "young women" OR "early adulthood" OR "emerging adulthood"

AND

[Title/Abstract] "antisocial behavior" OR "antisocial behaviors" OR "antisocial behaviour" OR "antisocial behaviours" OR "anti-social behavior" OR "anti-social behaviors" OR "anti-social behaviour" OR "anti-social behaviours" OR "criminal behavior" OR "criminal behaviors" OR "criminal behaviour" OR "criminal behaviours" OR delinquen* OR "deviant behavior" OR "deviant behaviors" OR "deviant behaviour" OR "deviant behaviours" OR "behavioral disability" OR "behavioral disabilities" OR "behavioural disability" OR "behavioural disabilities" OR "behavioral disorder" OR "behavioral disorders" OR "behavioural disorder" OR "behavioural disorders" OR "disruptive behavior" OR "disruptive behaviors" OR "disruptive behaviour" OR "disruptive behaviours" OR "dysfunctional behavior"

OR "dysfunctional behaviors" OR "dysfunctional behaviour" OR "dysfunctional behaviours"

[Filters applied: Publication year: 2015-2019]

Søk 2: 583 Systematic review; 1 Structured summary; 6 Broad synthesis

[Title/Abstract:] child* OR adolescen* OR boys OR "daycare centers" OR "daycare centres" OR "day care centers" OR "day care centres" OR girls OR juvenile* OR kids OR kindergarten* OR minors OR offspring* OR pediatric* OR paediatric* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR preteen* OR pre-teen* OR preschool* OR pre-school* OR prepubescen* OR pre-pubescen* OR pubescen* OR puberal OR pubert* OR prepubert* OR pre-pubert* OR schoolage* OR school-age* OR schoolchild* OR school-child* OR schooler* OR school-student* OR teens OR teenage* OR teen-age* OR toddler* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "young men" OR "young women" OR "early adulthood" OR "emerging adulthood"

AND

[Title/Abstract]"behavioral problem" OR "behavioral problems" OR "behavioural problem" OR "behavioural problems" OR "behavior problem" OR "behavior problems" OR "behaviour problem" OR "behaviour problems" OR "problem behavior" OR "problem behaviors" OR "problem behaviour" OR "problem behaviours" OR "conduct disorder" OR "conduct disorders" OR "conduct problem" OR "conduct problems" OR externalizing OR externalising OR "oppositional defiant disorder" OR "oppositional defiant disorders" OR offend* OR re-offend* OR offense* OR offence* OR crime*

[Filters applied: Publication year: 2015-2019]

Database: Web of Science Core Collection [SCI-EXPANDED, SSCI] (Clarivate)

Dato: 21.06.2019

Treff: 1497

- # 1 TOPIC: (adolescenc* or child* or "boys" or daycare-cent* or day-care-cent* or "girls" or juvenile? or "kids" or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescenc* or pre-adolescenc* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescen* or pre-pubescen* or pubescen* or "puberal" or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or schoolchild* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or "teens" or teenager* or teen-ager* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or young-adult* or young-people* or young-person? or young-men or young-women or early-adulthood* or emerging-adulthood* or "minors") 532,994
- # 2 TOPIC: (((("antisocial" or "anti-social" or "criminal" or delinquen* or "deviant" or disabilit* or disorder* or "disruptive" or "dysfunctional" or problem*) NEAR/1 behavio*) or conduct-disorder* or conduct-problem* or externali\$ing-behavio* or externali\$ing-disorder* or oppositional-defiant-disorder*) 21,143
- # 3 #2 AND #1 14,264

- # 4 TOPIC: ((adolescen* or child* or "boys" or daycare-cent* or day-care-cent* or "girls" or juvenile? or "kids" or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescen* or pre-pubescen* or pubescen* or "puberal" or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or schoolchild* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or "teens" or teenager* or teen-ager* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or young-adult* or young-people* or young-person? or young-men or young-women or "young" or "minors" or early-adulthood* or emerging-adulthood*) NEAR/0 (offend* or re-offend* or offence* or offense* or crime*)) 520
- # 5 #4 OR #3 14,620
- # 6 TOPIC: (((systematic* NEAR/1 (overview or review* or search*)) or meta-anal* or metaanal* or meta-regression* or meta-review* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* NEAR/1 synth*) or synthesis-review*)) 447,410
- # 7 #6 AND #5 [Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI Timespan=2015-2019] 1,497

Database: Sociological Abstracts & Social Services Abstracts (ProQuest)

Dato: 21.06.2019

Treff: 98

- S1 ((MAINSUBJECT.EXACT("Children") OR MAINSUBJECT.EXACT("Preschool Children") OR MAINSUBJECT.EXACT("Adolescents") OR MAINSUBJECT.EXACT("Young Adults") OR MAINSUBJECT.EXACT("Youth")) AND (MAINSUBJECT.EXACT("Deviant Behavior") OR MAINSUBJECT.EXACT("Behavior Problems")))) OR MAINSUBJECT.EXACT("Juvenile Delinquency") OR MAINSUBJECT.EXACT("Juvenile Offenders") 16,330
- S2 TI,AB(adolescen* or child* or "boys" or daycare-cent* or day-care-cent* or "girls" or juvenile? or "kids" or kindergarten* or pediatric* or paediatric* or preadolescen* or pre-adolescen* or preteen* or pre-teen* or preschool* or pre-school* or prepubescen* or pre-pubescen* or pubescen* or "puberal" or pubert* or prepubert* or pre-pubert* or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolboy* or schoolchild* or schooler* or schoolgirl* or school-student* or "teens" or teenage* or teen-age* or toddler* or underage* or under-age* or youngster* or youth? or young-adult* or young-people* or young-person? or young-men or young-women or "minors" early-adulthood* or emerging-adulthood) AND TI,AB(("antisocial" or "anti-social" or "criminal" or delinquen* or "deviant" or disabilit* or disorder* or "disruptive" or "dysfunctional" or problem*) NEAR/1 behavio*) or conduct-disorder* or conduct-problem* or externalizing or externalizing or oppositional-defiant-disorder* or offend* or re-offend* or offence* or offense* or crime*) 30,042
- S3 TI,AB,SU((systematic* NEAR/2 (review* OR overview OR search*)) OR meta-anal* OR metaanal* OR meta-regression* OR meta-review* OR umbrella-review* OR "overview of reviews" OR "review of reviews" OR (evidence* NEAR/1 synth*) OR synthesis-review*) 6,269

S4	S1 AND S3	[Limit date: 2015.01.01-2019-06.21]	48
S5	S2 AND S3	[Limit date: 2015.01.01-2019-06.21]	86
S6	s4 or s5		98

Vedlegg 2: Ekskluderte studier

43 oversikter ble ekskludert etter fulltekstlesing:

Studier (n=43)	Begrunnelse
Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;(8):CD003680.	Barn uten atferdsvansker
Barnes TN, Wang F, O'Brien KM. A meta-analytic review of social problem-solving interventions in preschool settings. Inf Child Dev. 2018;27:e2095.	Ikke systematisk oversikt
Baumel A, Pawar A, Mathur N, Kane JM, Correll CU. Technology-assisted parent training programs for children and adolescents with disruptive behaviors: a systematic review. The Journal of clinical psychiatry. 2017;78(8):e957-e969.	Tiltak ikke multi-systemisk
Baumel A, Pawar A, Mathur N, Kane JM, Correll CU. Digital parent training for children with disruptive behaviors: systematic review and meta-analysis of randomized trials. Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology. 2016;26(8):740-749.	Tiltak ikke multi-systemisk
Bouchard J, Wong J. Examining the effects of intensive supervision and aftercare programs for at-risk youth: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2018;62(6):1509-1534.	Ikke systematisk oversikt
Brannstrom L, Kaunitz C, Andershed AK, South S, Smedlund G. Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: a systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2016;27:30-41.	Barn uten atferdsvansker. Tiltak ikke multisystemisk
Bruhn AL, McDaniel SC, Fernando J, Troughton L. Goal-setting interventions for students with behavior problems: a systematic review. Behavioral Disorders. 2016;41(2):107-121.	Ikke systematisk oversikt
Carr A. Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. Journal of Family Therapy. 2018;201:153-213. Doi: 10.1111/1467-6427.12226	Ikke systematisk oversikt
Cox E, Leung R, Baksheev G, Day A, Toubmourou JW, Miller P, et al. Violence prevention and intervention programmes for adolescents in Australia: a systematic review. Australian Psychologist. 2016;51:206-222.	Barn uten atferdsvansker. Land ikke relevant for Norge

de Vries SLA, Hoeve M, Assink M, Geert JJ, Stams M, Asscher JJ. Practitioner review: effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency-recommendations for clinical practice. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> . 2015;56(2):108-121.	Ikke systematisk oversikt
Farrington DP, Gaffney H, Lösel F, Ttofi M. Systematic reviews of the effectiveness of developmental prevention programs in reducing delinquency, aggression, and bullying. <i>Aggression and Violent Behavior</i> . 2017;33:99-106.	Studier for gamle
Filgens T, Rasmussen PS, Andersen D, Jørgensen AMK. Multidimensional family therapy (MDFT) for young people in treatment for nonopioid drug abuse: a systematic review. <i>Campbell Systematic Reviews</i> . 2015;8	Tiltak som omhandler alkohol- og rusmiddelbruk
Fossum S, Handegård BH, Adolfsen F, Vis SA, Wynn R. A meta-analysis of long-term outpatient treatment effects for children and adolescents with conduct problems. <i>J Child Fam Stud</i> . 2016;25:15-29.	Studier for gamle
Gatti U, Grattagliano I, Rocca G. Evidence-based psychosocial treatments of conduct problems in children and adolescents: an overview. <i>Psychiatry, Psychology and Law</i> . 2019;26(2):171-193.	Ikke systematisk oversikt. Studier for gamle
Gortz-Dorten A, Hanisch C, Hautmann C, Döpfner M. Prävention externaler störungen – zum stand der forschung. <i>Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie</i> . 2019;	Ikke systematisk oversikt
Grande-Gosende A, Lopez-Nunez C, Garcia-Fernandez G, Derevensky J, Fernandez-Hermida JR. Systematic review of preventive programs for reducing problem gambling behaviors among young adults. <i>Journal of Gambling Studies</i> . 2019;	Populasjon ikke barn
Gutman L, Schoon I. Preventive interventions for children and adolescents: a review of meta-analytic evidence. <i>European Psychologist</i> . 2015;20(4):231-241.	Ikke systematisk oversikt. Studier for gamle. Barn uten atferdsvansker
Kremer KP, Maynard BR, Polanin JR, Vaughn MG, Sarteschi CM. Effects of after-school programs with at-risk youth on attendance and externalizing behaviors: a systematic review and meta-analysis. <i>J Youth Adolescence</i> . 2015;44:616-636.	Tiltak ikke multi-systemisk
La Valle C. The effectiveness of mentoring youth with externalizing and internalizing behavioral problems on youth outcomes and parenting stress: a meta-analysis. <i>Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning</i> . 2015;23(3):213-227.	Ikke systematisk oversikt. Studier for gamle
Liddle HA. Multidimensional family therapy: evidence base for transdiagnostic treatment outcomes, change mechanisms, and	Ikke systematisk oversikt

implementation in community settings. <i>Fam Proc.</i> 2016;55:558-576.	
Little SG, Akin-Little A, O'Neill K. Group contingency interventions with children--1980-2010: a meta-analysis. <i>Behavior Modification.</i> 2015;39(2):322-341.	Ikke systematisk oversikt. Studier for gamle
Lux JL. Assessing the effectiveness of multisystemic therapy: a meta-analysis (Doktoravhandling). University of Cincinnati. 2016.	Ikke systematisk oversikt
MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J., et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people (review). <i>Cochrane Database of Systematic Reviews.</i> 2018;10:CD009927.	Tiltak ikke multisystemisk
MacDonell KW, Prinz RJ. A review of technology-based youth and family-focused interventions. <i>Clinical Child & Family Psychology Review.</i> 2017;20(2):185-200.	Ikke systematisk oversikt
Maynard BR, Solis MR, Miller VL, Brendel KE. Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. <i>Campbell Systematic Reviews.</i> 2017;5	Barn uten atferdsvansker. Tiltak ikke multisystemisk
Medlow S, Klineberg E, Jarrett C, Steinbeck K. A systematic review of community-based parenting interventions for adolescents with challenging behaviours. <i>Journal of Adolescence.</i> 2016;52:60e71.	Ikke systematisk oversikt
Melendez Torres GJ, Dickson K, Fletcher A, Thomas J, Hinds K, Campbell R., et al. Systematic review and meta-analysis of effects of community-delivered positive youth development interventions on violence outcomes. <i>J Epidemiol Community Health.</i> 2016;70:1171-1177.	Tiltak ikke multisystemisk
Minglebach T, Kamp-Becker I, Christiansen H, Weber L. Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. <i>PLoS ONE.</i> 2018;13(9):e0202855.	Tiltak ikke multisystemisk
Monroe AA. Comparing school- and home-based interventions to school-based treatment for disruptive behavior disorders: a meta-analysis (Doktoravhandling). Tennessee State University. 2015.	Ikke systematisk oversikt
Myers DL. Juvenile transfer to adult court - ongoing search for scientific support. <i>Criminology & Public Policy.</i> 2016;15(3):927-938.	Ikke systematisk oversikt
Piquero AR, Jennings WG, Diamonds B, Farrington DP, Tremblay RE, Welsh BC., et al. A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. <i>J Exp Criminol.</i> 2016;12:229-248.	Ikke systematisk oversikt

Piquero AR, Jennings WG, Farrington DP, Diamond B, Gonzalez JMR. A meta-analysis update on the effectiveness of early self-control improvement programs to improve self-control and reduce delinquency. <i>J Exp Criminol</i> . 2016;12:249-264.	Ikke systematisk oversikt
Rojas LM, Bahamón M, Wagstaff R, Ferre I, Perrino T, Estrada Y., et al. Evidence-based prevention programs targeting youth mental and behavioral health in primary care: a systematic review. <i>Preventive Medicine</i> . 2019;120:85-99.	Ikke systematisk oversikt
Sawyer AM, Borduin CM, Dopp AR. Long-term effects of prevention and treatment on youth antisocial behavior: a meta-analysis. <i>Clinical Psychology Review</i> . 2015;42:130-144.	Ikke systematisk oversikt
Schindler HS, Kholotseva J, Oh SS, Yoshikawa H, Duncan GJ, Magnuson KA, Shonkoff JP. Maximizing the potential of early childhood education to prevent externalizing behavior problems: a meta-analysis. <i>Journal of School Psychology</i> . 2015;53:243-263.	Tiltak ikke multi-systemisk
Snell C, Eguzouwa J. What works with juvenile offenders? I:McShane MD, Cavanaugh M, editors. Santa Barbara: Praeger; 2016. s. 212-227.	Ikke systematisk oversikt
Ulrich F, Petermann F. Behavioral parent trainings for externalizing behavior in preschool- and school-age children. <i>Psychologie in Erziehung und Unterricht</i> . 2015;63(1):3-15.	Ikke systematisk oversikt
Uretsky MC, Hoffman JA. Evidence for group-based foster parent training programs in reducing externalizing child behaviors: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of Public Child Welfare</i> . 2017;11(4-5):464-486.	Ikke systematisk oversikt
van der Pol TM, Hoeve M, Noom MJ, Stams GJJM, Doreleijers TAH, van Domburgh L., et al. Research review: the effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> . 2017;58(5):532-545.	Ikke systematisk oversikt
Weaver RD, Campbell D. Fresh start: a meta-analysis of after-care programs for juvenile offenders. <i>Research on Social Work Practice</i> . 2015;25(2):201-212.	Ikke systematisk oversikt
Wong JS, Bouchard J, Gravel J, Bouchard M, Morselli C. Can at-risk youth be diverted from crime? A meta-analysis of restorative diversion programs. <i>Criminal Justice and Behavior</i> . 2016;43(10):1310-1329.	Ikke systematisk oversikt
Young SC. A failure to self-regulate? A research synthesis of the cognitive-behavioral literature targeting the improvement of self-regulation among school-age males (Doktorgradavhandling). Regent University. 2014.	Tiltak ikke multi-systemisk
Zane SN, Welsh BC, Mears DP. Juvenile transfer and the specific deterrence hypothesis. Systematic review and meta-analysis. <i>Criminology & Public Policy</i> . 2016;15(3):901-925.	Ikke systematisk oversikt. Studier for gamle

Vi vurderte at 7 systematiske oversikter hadde lav metodisk kvalitet (vi kan derfor ikke stole på resultatene) og ekskluderte de:

Oversikt (n=7)

Dopp AR, Borduin CM, Rothman DB, Letourneau EJ. Evidence-based treatments for youths who engage in illegal sexual behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2017;46(5):631-645.

Dopp AR, Borduin CM, Brown CE. Evidence-based treatments for juvenile sexual offenders: review and recommendations. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*. 2015;7(4): 223-236.

McCart MR, Sheidow AJ. Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(5):529-563.

Smedler AC, Hjern A, Wiklund S, Anttila S, Pettersson A. Programs for prevention of externalizing problems in children: limited evidence for effect beyond 6 months post intervention. *Child Youth Care Forum*. 2015;44:251-276.

Tan JX, Fajardo MLR. Efficacy of multisystemic therapy in youths aged 10-17 with severe antisocial behaviour and emotional disorders: systematic review. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2017;9(6):95-103.

Tully LA, Hunt C. Brief parenting interventions for children at risk of externalizing behavior problems: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25(3):705-719.

Weisman CB, Montgomery P. Functional family therapy (FFT) for behavior disordered youth aged 10-18: an overview of reviews. *Research on Social Work Practice*. 2018;29(3):333-346.

For fremgangsmåte i vurdering av oversiktenes metodiske kvalitet, se vedlegg 4.

Vedlegg 3: Tabell over inkluderte oversikter med primærstudier

Av de systematiske oversiktene som møtte inklusjonskriteriene undersøkte vi hvilke primærstudier i disse oversiktene som var inkludert i mer enn én oversikt. Denne sammensetningen vises i tabellen nedenfor.

Tabell over primærstudier som er inkludert i de ni inkluderte systematiske oversiktene som møtte inklusjonskriteriene (X = primærstudien er inkludert i oversikten).

Oversiktene →	Buchanan-Pascall 2018	Dopp 2017	Epstein 2015	Hartnett 2017	Leijten 2019	Ter Beek 2018 a re-cidivism	Ter Beek 2018 b psychoso-	Van Aar 2017	Wilson 2018
↓ Primærstudier									
Abikoff 2015					X				

Abrahamse 2016					X				
Adams 1992					X				
Adamson 2013					X				
Alexander 1973				X					
Anastopoulos 1993					X				
Apsche 2004							X		
Armenteros 2007			X						
Asscher 2013		X	X						
Au 2014					X				
Augimeri 2007			X						
Aultmann-Bettridge 2007		X							
Axberg 2012	X		X		X				
Azevedo 2013					X				
Azrin 2001			X						
Bagner 2010			X		X				
Bagner 2016					X				
Bakermans-Kranenburg 2008					X				
Barkley 2000					X				
Barlow 1998						X			
Barnoski 2004		X							
Barrett 2000			X						
Barton 1985				X					
Bastiaens 2009			X						
Becker 1988							X		
Behan 2001					X				
Bernal 1980					X				
Biehal 2011		X							
Bjørknes 2013					X				
Blader 2009			X						
Bodenmann 2008					X			X	
Borduin 1990						X			
Borduin 1995		X	X						
Borduin 2009		X				X	X		
Boylan 2013			X						
Braet 2009	X				X				
Breitenstein 2012					X			X	

Brestan 1997			X		X				
Brock 2015					X			X	
Butler 2011		X	X						
Byles 1979									X
Cabiya 2008			X						
Celinska 2013				X					
Center for Chil- dren and Fami- lies in the Justice System 2006		X							
Chacko 2009	X				X				
Chamberlain 1990		X							
Chamberlain 1998		X							
Clift 2009							X		
Coard 2007					X				
Connell 1997			X		X				
Connor 2005			X						
Connor 2008			X						
Connor 2010			X						
Costin 2004			X						
Coughlin 2009			X						
Cowan 2009					X			X	
Cummings 2008			X						
Cunningham 2007									X
Dadds 1992					X				
David 2014	X				X				
Day 2012					X				
De Groot 2007	X								
Dell'Agnelo 2009			X						
Dirks-Linhorst 2003		X							
Dittman 2016					X				
Dittmann 2011			X						
Donovan 2000			X						
Drugli 2006			X						
Duncombe 2014	X								
Dunford 1982									X
Eastman 2004							X		
Eisenstadt 1993					X				
Enebrink 2012					X				

Ercan 2003			X						
Erickson 2008		X					X		
Erickson 2009				X					
Eyberg 1995			X		X				
Fabiano 2012					X			X	
Farzadfard 2008					X				
Findling 2000			X						
Flaherty 2010					X				
Forehand 2010					X				
Forehand 2011					X				
Forgatch 1999					X			X	
Foster 2007			X						
Frank 2015					X			X	
Fung 2006	X								
Fung 2014					X				
Gallart 2005					X				
Gardner 2006			X		X				
Gillis 2010						X			
Gordon 1988				X					
Gordon 1995				X					
Gottfredson 2006					X				
Graves 1992							X		
Greaves 2014							X		
Greene 2004			X						
Gross 1995					X			X	
Gross 2003					X			X	
Gross 2009					X				
Guarino-Ghezzi 1998						X	X		
Hahlweg 2008					X				
Hahlweg 2010					X			X	
Haines 2012									X
Hains 1986							X		
Hamilton 1984					X				
Hand 2013	X								
Hanish 2010								X	
Harris 2015					X				
Hartnett 2016				X					
Haslam 2013					X				
Havighurst 2010					X			X	
Havighurst 2013	X		X						
Havighurst 2015	X								
Henderson 1997									X

Henggeler 1992		X							
Henggeler 1997		X							
Henggeler 1999		X							
Henggeler 2006		X							
Henriks 2005						X			
Heran 2005							X		
Herbert 2013					X				
Herman 2011	X								
Hoath 2002					X				
Holly 2000						X			
Holmes 2014	X								
Humayun 2016				X					
Hunter 1990							X		
Hunter 1992							X		
Hutchings 2002			X						
Hutchings 2007			X		X				
Ireland 2003					X				
Jalali 2009					X				
Joachim 2010					X				
Johnson-Erickson 2008						X			
Jones 2009							X		
Jones 2013			X						
Jones 2014					X				
Jouriles 2001			X		X			X	
Jouriles 2009			X		X			X	
Kaplan 1993							X		
Kerr 2009		X							
Kierfeld 2013					X				
Kim 2008					X			X	
Kirby 2014			X		X			X	
Kjobli 2012			X						
Kjøbli & Bjørnebekk 2013					X			X	
Kjøbli & Ogden 2013					X			X	
Kleefman 2011					X			X	
Kleefman 2014					X				
Klein 1986									X
Klein 1997			X						
Kling 2010			X		X				
Knox 1994							X		
Koch 1985									X
Koegl 2008			X						

Kolko 2001			X						
Kolko 2009			X						
Kolko 2010			X						
Lab 1993						X			
Lachman 2017					X				
Larsson 2009	X		X		X				
Lau 2011	X				X				
Lavigne 2008			X		X			X	
Leckey 2018					X				
Leijten 2017					X				
Letorneau 2013		X				X	X		
Letourneau 2009							X		
Leung 2003					X				
Leung 2011					X				
Leung 2012					X				
Leung 2013					X				
Leung 2014					X				
Leung 2015					X				
Leung 2017					X				
Levins 1997		X							
Lipman 2008			X						
Lipsey 1981									X
Little 2012	X				X				
Little 2015									X
Long 1993					X				
Lowell 2011								X	
Loy 2012			X						
MacKenzie 2000					X				
Magen 1994					X			X	
Maguin 1994					X			X	
Malti 2011					X			X	
Markie-Dadds 2006 A con- trolled evaluat.			X		X				
Markie-Dadds 2006 Self-di- rected Triple P			X		X				
Martin 2003					X				
Masi 2014			X						
Mast 2014					X				
Matos 2009					X				
Matsumoto 2007					X				

Matsumoto 2010					X				
Mayfield 2011		X							
McCabe 2009			X		X				
McCabe 2012					X			X	
McCold 2012									X
McGilloway 2012			X		X				
McGrath 2011			X						
Mejia 2015					X			X	
Menting 2015					X				
Morawska 2006					X				
Morawska 2009					X				
Morawska 2011					X				
Morawska 2014					X				
Mullin 1994					X				
Niccols 2009					X			X	
Nicholson 2002					X				
Nickel 2005			X						
Nickel 2006 Bullying girls			X						
Nickel 2006 Influence of family			X						
Nixon 2001			X		X				
Nixon 2003			X		X				
Ogden 2004		X							
Ogden 2007		X							
Ogden 2008			X		X				
Pandina 2009			X						
Parra-Cardona 2017					X				
Patterson 2002					X				
Penzner 2009			X						
Perrin 2013			X						
Perrin 2014					X			X	
Piliero 1994							X		
Plant 2007					X				
Porzig-Drummond 2015					X				
Porzig-Drummond 2014					X				
Posthumus 2012			X						

Pringsheim 2011			X						
Rajwan 2014	X								
Reedtz 2011					X			X	
Regas 1983				X					
Reyes 2006			X						
Rohde 2004			X						
Rushton 2010					X			X	
Salmon 2009					X				
Salmon 2014					X				
Sampaio 2015					X				
Sanders 2000 The Triple-P			X		X				
Sanders 2000 Treatment of			X		X				
Sanders 2004					X				
Sanders 2011					X				
Sanders 2012			X		X				
Sanders 2014					X				
Santisteban 2003			X						
Saxena 2010			X						
Sayal 2016	X				X				
Sayger 1988					X				
Schappin 2013					X				
Schram 1991						X			
Schuck 2000							X		
Schuhmann 1998			X		X				
Scott 2001					X				
Scott 2010 Ef- fectiveness	X				X				
Scott 2010 Ran- domized	X		X		X				
Scott 2014					X			X	
Seida 2012			X						
Sells 2011			X						
Sexton 2010		X		X					
Shapiro 2012			X						
Shechtman 2006			X						
Sheeber 1994					X			X	
Sherman 2000									X
Sigmarsdóttir 2013					X			X	

Sim 2014					X				
Slesnick 2009				X					
Smith 1979									X
Smith 2004									X
Smith-Hollimon 2005				X					
Solís-Cámara 2004					X				
Somech 2012			X		X			X	
Sonuga-Barke 2001					X			X	
Sonuga-Barke 2004					X				
Spaccarelli 1992					X				
Spencer 2006			X						
Spijkers 2013					X			X	
Stallman 2014					X				
Stanger 2011					X				
Stanton 1997				X					
Stattin 2015					X				
Steiner 2003			X						
Stewart-Brown 2004					X			X	
Stolk 2008					X				
Strayhorn 1989					X				
Sundell 2008		X	X						
Sutton 1992					X				
Swift 2009					X				
Taylor 1998					X				
Ter Beek 2017							X		
Thomas 2011					X				
Thomas 2012					X				
Thompson 2009					X			X	
Timmons-Mitchell 2006		X							
Turner 2006					X				
Turner 2007					X				
Valdez 2013		X							
Van de Wiel 2007			X						
Van den Hoofdakker 2007	X				X				
Van der Put 2013			X						

Van Manen 2004			X						
Van Outsem 2009							X		
Waite 2005						X			
Waldron 2001				X					
Waters 2009	X								
Webster-Stratton 1982					X				
Webster-Stratton 1984					X				
Webster-Stratton 1988					X				
Webster-Stratton 1990					X				
Webster-Stratton 1992					X				
Webster-Stratton 1994			X		X				
Webster-Stratton 1997			X		X				
Webster-Stratton 2004			X		X				
Webster-Stratton 2011	X								
Weinrott 1997							X		
Weiss 2013		X	X						
Westrupp 2015					X			X	
Wiggins 2009	X				X				
Williamson 2014					X			X	
Worling 2000						X			
Worling 2010						X			
Zangwill 1983					X				
Özyurt 2015					X				

Vedlegg 4: Risiko for skjevheter

For vurdering av oversiktenes metodiske kvalitet benyttet vi område for helstjenester (FHI) sin sjekkliste for systematiske oversikter. Sjekklisten inneholder 9 spørsmål som alle besvares 'ja', 'uklart/delvis' eller 'nei':

1. Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?
2. Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk?

3. Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, endepunkter)?
4. Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?
5. Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?
6. Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?
7. Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?
8. Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?
9. Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?

Samlet vurdering av hver oversikt (spørsmål 10. Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?) er 'høy', 'moderat' eller 'mangelfull' med følgende til grunn:

- Høy kvalitet: Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
- Middels/moderat kvalitet: Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes.
- Mangelfull: Brukes hvis få eller ingen kriterier i sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres.

Resultat av metodisk vurdering av de inkluderte systematiske oversiktene

Systematisk oversikt	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Buchanan-Pascall 2018	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dopp 2017	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja
Epstein 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Hartnett 2017	Ja	Delvis	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Leijten 2019	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
ter Beek 2018 a	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
ter Beek 2018 b	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
van Aar 2017	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja
Wilson 2018	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja

Vedlegg 5: Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene

Nedenfor er tabeller med beskrivelse av hver av de inkluderte oversiktene, gitt i alfabetisk rekkefølge.

Buchanan-Pascall 2018	Beskrivelse
Populasjon	N=2197 (18–320 deltakere per studie). De fleste studiene inkluderte barn som var diagnostiserte med eller hadde subterskelverdier for eksternaliserende lidelse (f.eks. ADHD, oppositional defiant disorder og conduct disorder (dvs. atferdsforstyrrelser). 6 studier fra Australia, 4 fra USA, 4 fra Storbritannia, 1 hver fra Belgia, Irland, Kina, Nederland, Norge, Romania, Sverige.
Tiltak	Gruppebaserte opplæringstiltak for foreldre rettet mot barn 4-12 år. Tiltaket måtte være ledet av en terapeut etter en forhåndsbestemt plan/manual. Tiltakene kunne rette seg mot kun foreldre, parallelt med tiltak for barna eller som del av et multisystemisk tiltak: Triple P Program, Tuning into Kids, Parent Management Training, Anger Coping Training (parent-child parallel group program), Parents Plus Children's Program, Take Action Program, Behavioral Parent Training, No Worries! Program (cognitive-focused), Standard Group based Cognitive-Behavioral Parent Program, Do as I do program for parents, 1-2-3 Magic parenting program (totalt 11 ulike tiltak).
Sammenligning	Intet tiltak eller annet tiltak.
Utfall	Eksternaliserende og internaliserende atferdsutfall, målt med validerede verktøy.
Antall og type studier inkludert	21. Alle er RCTer (4 klynge-RCTer), publisert 2007-2015
Risiko for systematiske skjevheter	Verktøyet «Cochrane collaboration tool for assessing risk of bias» ble brukt for å vurdere risiko for systematisk skjevhet i følgende fem kriterier: generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling til grupper, vurdering av ufullstendige data, manglende rapportering om utfallsmålene og andre mulige bias. Blinding av personell, deltakere og utfallsvurderer ble ikke vurdert. Den totale vurderingen for risiko for systematiske skjevheter i hver studie var følgende: 9 studier hadde høy risiko for systematiske skjevheter, 11 studier hadde uklar risiko for systematiske skjevheter og 3 studier hadde lav risiko for systematiske skjevheter.

Dopp 2017	Beskrivelse
Populasjon	N=5564 barn og unge i alderen 0-18 år som har begått alvorlig kriminalitet. Gjennomsnittlig alder ved start av tiltaket er 15 år. Majoriteten av deltakerne er gutter (71,8 %) (to studier hadde bare jenter) og majoriteten av de unge er hvite (60 %). 21 studier er fra USA, 2 fra Storbritannia, 2 fra Norge, 1 fra Canada, 1 fra Nederland, 1 fra Sverige.
Tiltak	Det var fem ulike tiltak. Alle tiltakene er familiebaserte tiltak. Majoriteten er multisystemisk terapi (n=19, 71,4 %), Treatment Foster Care – Oregon (n=4, 14,3 %) og funksjonell familieterapi (n=3, 10,7 %). Det var en studie om kort strategisk familieterapi (Brief strategic family therapy) og en om intensiv hjemmebasert familie-veiledning (intensive home-based services). Alle 28 inkluderte studier omhandler multisystemiske tiltak.
Sammenligning	Alternativt tiltak, tiltak som vanlig eller ingen tiltak.
Utfall	Tilfeller av antisosial atferd (atferdsvansker, arrestasjon, fengsling, psykososiale problemer, familiefungering, relasjoner til jevnaldrende, skolefungering).
Antall og type studier inkludert	28 studier. 19 RCTer, 9 ikke-RCTer, publisert mellom 1990-2015
Risiko for systematiske skjevheter	Risiko for systematiske skjevheter ble vurdert ut fra allokeringsmetode (randomisering, matching eller ingen), bruk av intent-to-treat analyse og gjennomsnittlig oppfølgingstid (i år). Disse variablene ble brukt i statistisk analyse for å undersøke en mulig moderator effekt. Ingen av disse variablene var signifikante moderatorer på effektstørrelsen. (Ut over dette er det ikke gitt noen beskrivelser av vurdering av risiko for skjevheter i oversikten).
Epstein 2015	Beskrivelse
Populasjon	N=7175 barn i alderen 18 mnd - 18 år med diagnostiserte atferdsforstyrrelser + barn som ennå ikke hadde fått diagnosen, men som skåret over en klinisk terskel på et validert måleverktøy. Majoriteten av deltakerne er gutter (72 %). Majoriteten av studiene er fra USA (25). Resterende studier er fra Australia (11), Nederland (5), Storbritannia (5), Norge (4), Canada (4), Tyskland (3), Sverige (3), Irland (2), Israel (2), Puerto Rico (1) og ukjent (1).

Tiltak	Psykososiale tiltak. Eksempler på psykososiale tiltak gitt er opplæring i atferdshåndtering (behavioral management training) og sosiale ferdigheter, kognitiv atferdsterapi, funksjonelle atferdstiltak (functional behavioral interventions), foreldreveiledning, opplæring i dialektisk atferdsterapi, psykoterapi, og læringsbaserte håndteringsmetoder (contingency management methods). Av 84 inkluderte studier omhandler 66 psykososiale intervensjoner. 39 av 66 intervensjoner omhandler multisystemiske intervensjoner. De multisystemiske intervensjonene som er omtalt i flere enn 2 studier er: De utrolige årene (12), Trippel P (5), foreldre-barn interaksjonsterapi (Parent-Child Interaction Therapy) (7), multisystemisk terapi (5) og kort strategisk familieterapi (3).
Sammenligning	Standard tiltak, annet tiltak eller venteliste
Utfall	Atferdsutfall, funksjonsutfall (f.eks. rusmisbruk, skoleprestasjoner)
Antall og type studier inkludert	84. 72 er RCTer, 9 er kontrollerte ikke-RCTer eller kohortestudier og det var 3 oversikter, publisert 1994-2014
Risiko for systematiske skjevheter	For å vurdere risiko for systematiske skjevheter i RCTene ble «Cochrane collaboration tool for assessing risk of bias» brukt. Kriteriet blinding ble ikke vurdert. Verktøyet «RTI Item bank» ble brukt for å vurdere risiko for systematisk skjevhet i kohort- og ikke-randomiserte kontrollerte studier. For systematiske oversikter ble verktøyet AMSTAR brukt. «McMaster assesment of Harm tool» ble brukt for å evaluere risiko for systematiske skjevheter mht. mulige skadevirkninger. Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte RCTene vurderes til å være moderat (24 studier vurderes til høy, 39 studier vurderes til moderat, 9 studier vurderes til lav). 8 av 9 kohort- og NRCT-studier vurderes til å være dårlig, på en skala som gikk fra dårlig-tilstrekkelig-god. Risiko for skjevheter ved rapportering av skadevirkninger vurderes også til å være dårlig. De 3 inkluderte systematiske oversiktene hadde alle en god skår.

Hartnett 2017	Beskrivelse
Populasjon	N=1691 foreldre til barn under 18 år med atferdsvansker og rusmisbruk. I 8 av 14 studier som rapporterer alder på barna er gjennomsnittlig alder 15.1 år. I 8 av 14 studier som rapporterer kjønn utgjør gutter majoriteten av deltakerne (63,5%). 12 av 14 studier er fra USA, én studie hver er fra Storbritannia og Irland
Tiltak	Funksjonell familieterapi = Multisystemisk, familiebasert tilnærming. Se vedlegg 6 for flere detaljer om tiltaket.

Sammenligning	Vanlig praksis eller annet tiltak.
Utfall	Atferdsvansker og rusmisbruk.
Antall og type studier inkludert	14. 7 RCTer og 7 kontrollerte ikke-RCTer, publisert 1973-2016
Risiko for systematiske skjevheter	«Cochrane Collaboration Tool for Assessing Risk of Bias» ble brukt for å vurdere risiko for systematiske skjevheter. Blinding av personell og deltakere ble ikke vurdert. I de syv studiene som inneholdt en generering av randomiseringssekvens til gruppene var risikoen for systematiske skjevheter lav. Derimot var det sammensatt høy risiko for de gjenstående syv studiene som ikke hadde randomisering.

Leijten 2019	Beskrivelse
Populasjon	N=18706 foreldre til barn i alderen 2-12 år med atferdsforstyrrelser, inkludert ADHD (behandling) og barn som bodde i risiko-utsatte områder (forebygging). Majoriteten av studiene er fra USA (60). Resterende er fra Australia (40), Storbritannia (16), Nederland (10), Kina (7), Norge (6), Sverige (5), Irland (4), New Zealand (4), Tyskland (3), Sveits (2), Iran (2), Israel (2), Canada (2) og med en studie hver fra Portugal, Belgia, Romania, Island, Guernsey, Mexico, Liberia, Tyrkia og Panama.
Tiltak	Individuelle og gruppebaserte opplæringstiltak for foreldre. Opplæringstiltakene er basert på sosial læringsteori. Majoriteten av tiltakene omhandler ulike typer foreldrepraksiser som skal redusere atferdsvansker hos barn. 4 av 46 tiltak er multisystemiske: Family Therapy Research Project, Helping the Non-compliant Child, Project Support, Strengthening Washington DC.
Sammenligning	Intet tiltak eller annet tiltak.
Utfall	Atferdsforstyrrelser.
Antall og type studier inkludert	170. Alle er RCTer, publisert 1980-2018.
Risiko for systematiske skjevheter	«Cochrane Collaboration Tool for Assessing Risk of Bias» ble brukt for å vurdere risiko for systematiske skjevheter. Totalt hadde de inkluderte studiene en lav risiko for systematiske skjevheter når det kom til følgende kriterier: blinding av utfallsvurderer, ufullstendig data, frafall ved oppfølging og manglende rapportering om utfallsmålene. En detaljert oversikt over risiko for systematiske

skjevheter i de inkluderte studiene er ikke oppgitt i denne systematiske oversikten. Videre nevnes det at eldre studier som var inkludert noen ganger ikke oppga informasjon om fordeling til grupper. Blinding av personell og deltakere var ikke mulig i de inkluderte studiene.

ter Beek 2018 a	Beskrivelse
Populasjon	N=2972 unge gutter (99 %) i alderen 12-18 år som har begått lovbrudd (generelle lovbrudd, seksuallovbrudd). Et flertall av barna er hvite. Ingen beskrivelser av i hvilke land studiene er gjennomført.
Tiltak	Ethvert tiltak som har som formål å redusere tilbakefall til seksuallovbrudd. 6 av 14 studier omhandler multisystemiske tiltak og det ble identifisert i alt 3 unike multisystemiske tiltak: multisystemisk terapi (n=3), SAFE-T (n=2) og funksjonell familieterapi (n=1) (Borduin 1990, Borduin 2009, Johnson Erickson 2008, Letourneau 2013, Worling 2000, Worling 2010). Resterende studier tilbyr ulike versjoner av kognitiv terapi rettet mot individet.
Sammenligning	Unge som har begått seksuallovbrudd, og mottar behandling som vanlig eller ingen behandling.
Utfall	Tilbakefall (alle typer lovbrudd)
Antall og type studier inkludert	14. 3 RCTer og 11 kvasi-eksperimentelle studier, publisert 1990-2016
Risiko for systematiske skjevheter	EPHPP quality assessment tool for kvantitative studier ble brukt til å vurdere risiko for systematiske skjevheter i studiene. Vurdering av primærstudiene viser moderat/svak metodisk kvalitet. (Høy kvalitet: 2 studier. Moderat kvalitet: 6 studier. Lav kvalitet: 6 studier.)

ter Beek 2018 b	Beskrivelse
Populasjon	N=1342 unge gutter (99 %) i alderen 12-18 år som har begått seksuallovbrudd. Majoriteten av studiene er fra Nord-Amerika, mens resterende studier er fra Europa. Majoriteten av studiene som rapporterer etnisitet oppgir et flertall av hvite.
Tiltak	Alle tiltak som skal bedre psykososial fungering hos unge som har begått alvorlige seksuallovbrudd. 4 av 23 studier omhandler multisystemiske tiltak og det ble identifisert i alt 2 unike multisystemiske tiltak: funksjonell familieterapi (n=1) og multisystemisk terapi

	for personer som har begått seksuelle overgrep (MST-PSB) (n=3) (Erickson 2008, Borduin 2009, Letourneau 2009, Letourneau 2013). Resterende studier tilbyr ulike versjoner av kognitiv terapi rettet mot individet.
Sammenligning	Venteliste, ingen tiltak eller annen tiltak.
Utfall	Psykososial fungering (generell sosial fungering, regelbryting og aggresjon, impuls kontroll, sosiale evner og strategier, empati, emosjoner og selvbilde, kognitive forvregninger og seksualkunnskap, atypisk seksuell opphisselse og familiefungering.
Antall og type studier inkludert	23. 3 RCTer, 20 kvasi-eksperimentelle studier, publisert 1986-2017
Risiko for systematiske skjevheter	EPHPP quality assessment tool for kvantitative studier ble brukt til å vurdere metodologisk kvalitet i studiene. Vurdering av primærstudiene viser høy/moderat metodisk kvalitet. (Høy kvalitet: 8 studier. Moderat kvalitet 12 studier. Lav kvalitet 3 studier.)

van Aar 2017	Beskrivelse
Populasjon	Barn i alderen 1-15 år med atferdsvansker
Tiltak	Foreldretiltak
Sammenligning	Tiltak som vanlig, ingen tiltak
Utfall	Atferdsvansker
Antall og type studier inkludert	40 studier. Alle RCTer
Primærstudier inkluderte i vår oversikt over oversikter	0 studier. 38 av 40 primærstudier er inkludert i en eller flere andre oversikter (beskrevet over). Denne oversikten er derfor ikke rapportert i vår oversikt.

Wilson 2018	Beskrivelse
Populasjon	N=11362 barn og unge i alderen 12-17 år som begår kriminelle handlinger. Majoriteten av deltakerne er gutter. Majoriteten av studiene er fra USA (11), mens resterende studier er fra Canada (4), Australia (2) og Storbritannia (2).
Tiltak	Politibaserte avledende tiltak for unge som begår kriminelle handlinger (engelsk: <i>police-initiated diversion</i>). Tiltaket tilbys som et al-

	alternativ til fengsling/straffeforfølgelse. Eksempler på tiltak er møter ledet av en politibetjent med den mindreårige og dens foreldre tilstede, enten gitt alene eller sammen med andre behandlingstilbud. Målet er å avlede den mindreårige fra å fortsette med kriminelle handlinger og å unngå at ungdommen skal ende opp i retts-systemet.
Sammenligning	Annen type tiltak, ingen tiltak.
Utfall	Tilfeller av lovovertridelser/kriminelle handlinger (arrestasjon eller rapporterte tilfeller av kriminelle handlinger fra den mindreårige selv, dens foreldre eller fra skole)
Antall og type studier inkludert	19 studier. 13 RCTer, 6 kvasi-eksperimentelle studier, publisert 1979-2015
Risiko for systematiske skjevheter	Risiko for systematiske skjevheter ble vurdert ut fra kriteriene: utvalgsskjevhet, intervensjonsskjevhet, frafallsskjevhet og rapporteringsskjevhet. Alle inkluderte studier ble vurdert til å være av høy kvalitet med lav risiko for systematiske skjevheter.

Vedlegg 6: Tiltak inkludert i oversiktene

Det viste seg at flere systematiske oversikter hadde en blanding av både multisystemiske og ikke-multisystemiske tiltak, og det var i noen tilfeller var vanskelig å avgjøre i hvilken grad tiltakene var multisystemiske. Det samme tiltaket var i noen studier ikke multisystemisk mens det i andre hadde tilleggselementer/komponenter som gjorde at det var multisystemisk. I noen tilfeller vurderte ulike oversiktsforfattere de samme tiltakene ulikt ihht. hvorvidt de var multisystemiske. I dette vedlegget gir vi lister over hvert tiltak nevnt i oversiktene (n=74), med identifisering av hvorvidt tiltaket er multisystemisk.

Tabellen nedenfor gjengir alle tiltakene gjengitt i oversiktene om barn med **atferdsvansker**, totalt 59 tiltak. Vi gir en kort beskrivelse av tiltakene (i alfabetisk rekkefølge), hva oversiktene sier om det og hvorvidt det er multisystemisk.

Navn på tiltak	Beskrivelse av tiltak	Vurderes i hvilken oversikt?	Multi-systemisk? (Ja/Nei/Uklart)
1-2-3 Magic parenting program	Foreldrebasert tiltak for foreldre til barn med risiko for å utvikle ADHD, samt et parallelt tiltak for lærere. Ref: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cch.12349	Buchanan-Pascal 2018	Ja

Anger Coping Training	Skolebasert gruppetiltak for barn i 1-8 klasse for å redusere impulsivitet og aggresjon ved å endre barnas kognisjon og problemløsningsevner.	Buchanan-Pascall 2018	Nei
	Ref: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03004430500456180?casa_token=jog5YLU-RI-IAAAAA:KWO_kXsjdZPuf61yVJ8KjTY_q407wybNoqig_otbPp5rH1Ac2FhA_y4pAXkITbVvBzwIVeOebvGe		
Barkley Parent Training	Foreldrebasert tiltak for foreldre med barn i alderen 4-13 år med ADHD symptomer. Tiltaket i oversikten gis som foreldretrening i kombinasjon med klasseromsundervisning for barna.	Leijten 2019	Ja
	Ref: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1469-7610.00616?casa_token=IQHfpjDI5Io-AAAAA:K2W5GG_IIZShoxYp6ewH25lri2RgdH3oCj0CeTsdgaZfkB8FBIEoyleDIqPipGxxj4R59wPqbNCfGz0		
Behavioral and problemsolving skills training	Foreldrebasert tiltak for foreldre med barn med aggresiv og sosialt avvikende atferd.	Leijten 2019	Nei
	Ref: researchgate.net/publication/249681232_Parents_in_Groups_Problem_Solving_Versus_Behavioral_Skills_Training		
Behavioral family intervention	Foreldrebasert tiltak for foreldre til førskolebarn 3-6 år med utagerende atferd. Tiltaket er et telefonassistentert selvadministrert foreldreveilednings program.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-013-0397-7		
Behavioral parent training	Foreldrebasert tiltak for foreldre med barn i alderen 4-12 år med ADHD diagnose. Tiltaket gis som gruppebasert trening til foreldre.	Buchanan-Pascall 2018	Nei
	Ref: https://jaacap.org/article/S0890-8567(09)61844-X/fulltext		
Bibliotherapy protocol	Foreldrebasert tiltak for foreldre til barn med ADHD. Foreldre får utdelt et hefte med informasjon om atferdsteknikker rettet mot håndtering av utagerende atferd hos barnet.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089152459390078V?via%3Dihub		
Black Parenting Strengths and Strategies Program	Foreldrebasert gruppetiltak for afroamerikanske foreldre med barn i alderen 5-6 år i USA. Tiltaket tar sikte på å endre foreldre praksis.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://pdfs.semanticscholar.org/990b/fff0f596676e0e9330ea96964062c38c3378.pdf		
Brief parent training	Foreldrebasert tiltak for barn i alderen 3-12 år som viser tegn på eller allerede har utviklet atferdsproblemer. Foreldrene lærer seg viktige foreldreteknikker om	Leijten 2019	Nei

positiv involvering, oppmuntring, problemløsning, disiplin og oppfølging av barna.

Ref: https://www.researchgate.net/publication/255821991_A_Randomized_Effective-ness_Trial_of_Brief_Parent_Training_Six-Month_Follow-Up

CAPAS-enhanced (culturally adapted version of PMTO)	Sammenligner to ulike kulturelle versjoner av Parent Management Training, the Oregon Model (PMTO). Foreldrebaseret tiltak. Ref: https://psycnet.apa.org/record/2016-62045-005	Leijten 2019	Nei
CAPAS (culturally adapted version of PMTO)	Sammenligner to ulike kulturelle versjoner av Parent Management Training, the Oregon Model (PMTO). Foreldrebaseret tiltak. Ref: https://psycnet.apa.org/record/2016-62045-005	Leijten 2019	Nei
Chicago Parent Program	Gruppebasert tiltak for foreldre med forskjellig kulturell bakgrunn. Ref: https://www.researchgate.net/publication/23642510_Efficacy_of_the_Chicago_Parent_Program_with_Low-Income_African_American_and_Latino_Parents_of_Young_Children	Leijten 2019	Nei
Child-/Parent-Directed Interaction	Foreldrebaseret tiltak for foreldre til barn med atferdssvanser. CDI/PDI søker å bedre foreldre-barn samspillet, som skal føre til atferdsendringer hos barnet. En terapeut tar utgangspunkt i forelderen i samspill med barnet. Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27356675	Leijten 2019	Nei
Child's game	Foreldrebaseret tiltak for mødre til spedbarn. Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561587/	Leijten 2019	Nei
Defiant Children	Foreldrebaseret tiltak for barn med atferdsproblemer. Helsepersonell leverer et foreldreprogram over telefon. Ref: http://www.publish.csiro.au/PY/PY09029	Leijten 2019	Nei
Do as I do program for parents (Group CBT program)	Kognitivt atferdsterapeutisk tiltak gitt i gruppe eller individuelt til barn med angstlidelse med separate foreldre- og barnegrupper. Ref: https://www.researchgate.net/publication/5848192_Individual_Versus_Group_Family-Focused_Cognitive-Behaviour_Therapy_for_Childhood_Anxiety_Pilot_Randomized_Controlled_Trial	Buchanan-Pascall 2018	Ja

Coaching Our Acting-out Children	Gruppebasert foreldreprogram for fedre med barn med ADHD. En viktig komponent er at fedrene spiller fotball med barna der de kan praktisere det de har lært	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.researchgate.net/publication/221684301_A_Waitlist-Controlled_Trial_of_Behavioral_Parent_Training_For_Fathers_of_Children_with_ADHD		
Comet	Foreldrebasert veiledningstiltak. Internettbasert, individuelt tiltak for foreldre med barn 3-12 år. Programmet fokuserer på foreldres positive feedback til barnet.	Leijten 2019	Nei
	Ref: http://www.kometprogrammet.se/uploads/files/Internetstudien.pdf		
Early Childhood Parenting Skills	Gruppebasert eller individuelt tiltak for foreldre 18-50 år.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.parinc.com/Products/Pkey/98 https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=119347		
Early Pathways/Parenting Young Children	Hjemmebasert, individuelt og kulturelt tilpasset versjon av tiltakene Early Pathways og Parenting Young Children, for fattige latinamerikanske foreldre og barn under 6 år. Tiltaket består av observasjon av foreldres interaksjon med barnet og påfølgende veiledning av foreldrene.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://pdfs.semanticscholar.org/eb82/89ec930fdd5d1cc5cdaf58b6159c849ab3f5.pdf		
Empowering Parents, Empowering Communities	Et gruppebasert program for foreldre, ledet av foreldre fra lokalsamfunnet som tidligere hadde vært gjennom samme program.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1107		
Family Therapy Research Project	Foreldrebasert tiltak for barn med atferdsvansker. Tiltaket inkluderer også skole og lærer.	Leijten 2019	Ja
	Ref: https://psycnet.apa.org/fulltext/1989-12762-001.pdf		
Functional Family Therapy (funksjonell familieterapi)	Program for behandling av atferdsproblemer og rusmisbruk hos ungdom. Består av tre faser: engasjement og motivasjon, atferdsendring og overføring av endringene til flere områder enn de opprinnelige problemområdene.	Hartnett 2016	Ja
Hands-on Parent Empowerment Program	Gruppebasert tiltak i Hong Kong for nylig innvandrede foreldre med førskolebarn.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://file.scirp.org/pdf/AA-Soci20120300003_49619641.pdf		
Helping the Non-compliant Child	Individuelt tiltak for vanskeligstilte foreldre, forsterket med en smarttelefon-basert kommunikasjon med foreldrene. Barna deltar sammen med foreldrene i timene.	Leijten 2019	Ja

	Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3871925/		
Hitkashrut	Foreldrebasert tiltak for foreldre til barn i alderen 3-5 år med atferdsvansker. Tiltaket skal endre foreldre-barn spillet for slik redusere atferdsproblemer hos barnet ved å fokusere på foreldres selvregulering, kommunikasjonsevner, atferdshåndtering og disiplinære evner.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://guidebook.eif.org.uk/programme/hitkashrut		
Incredible years (De utrolige årene)	Gruppebasert tiltak for foreldre med barn 0-12 år. Separate barnegrupper for 4-8 år og opplæring av lærere.	Buchanan-Pascall 2018	Ja
	Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156159/		
Madres a Madres	Foreldrebasert tiltak for immigrant mødre med barn i alderen 6-12 år. Foreldretiltaket skal styrke foreldre-barn relasjonen og lære positive foreldrestrategier.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1007/s10464-013-9612-4		
New Forest Parenting Programme	Foreldrebasert tiltak for foreldre med barn i alderen 3-11 år med moderate til alvorlige symptomer på ADHD. Foreldre lærer strategier for å håndtere barnets atferdsvansker.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://guidebook.eif.org.uk/programmes/the-new-forest-parenting-programme		
No Worries! Program	Tiltak for foreldre og barn i alderen 7-12 år med angstlidelser. 2 terapeuter deltar på møter med barnet og 1 terapeut deltar på møtene med foreldre.	Buchanan-Pascall 2018	Ja
	Ref: https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/66627/101361_1.pdf?sequence=1		
OSLC protocol CWTB (Oregon Social Learning Center)	Foreldrebasert program for barn med atferdsvansker.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0300443971390103?casa_token=FdgCwg_XpHYAAAAA:RyPAlpE-kUAt2bl6ET1EHxR_66zJ826iM4m_w7j2g63HVtvLiD1zAa1YjdDXxTX1kDnxL4LjSiT_Q		
Parent Management Oregon (PMTO)	Gruppebasert tiltak for foreldre til barn 4-7 år med risiko for å utvikle atferdsvansker. Foreldre skal sammen med en terapeut lære nye foreldrepraksiser som skal bidra å bedre det negative spillet med barnet.	Buchanan-Pascall 2018	Nei
	Ref: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17405620601033194?casa_token=yjTBdA-VISsAAAAA:JIdvx-zAGOJoxHKKMAHiLyL8tRVJjcJhLxcSGu8d_Ylgz-gAKXd13JfL_QZ_Hde-8GlsidKv9mzo		
		Leijten 2019	

Parent training + allied social support/Child Management Training	Gruppebasert/individuell atferdstrening for sosialt isolerte, vanskeligstilte enslige foreldre med barn med atferdsproblemer. Foreldrene kunne peke ut 'allierte' som kunne fungere som støtte i de åtte ukene tiltaket varte (for eks. mor, bror, søster, venn) Ref: https://www.researchgate.net/publication/21562686_Social_Support_and_Treatment_Outcome_in_Behavioral_Family_Therapy_for_Child_Conduct_Problems	Leijten 2019	Nei
Parent training + emotional reminiscing	Foreldrebasert tiltak for barn med atferdsvansker. Foreldre mottar «Parent management training» i tillegg til samtaler rundt tidligere hendelser med barnet. Ref: https://www.researchgate.net/publication/24284379_Can_Emotional_Language_Skills_be-Taught_During_Parent_Training_for_Conduct_Problem_Children	Leijten 2019	Nei
Parent-Administered Treatment	Foreldrebasert tiltak for foreldre til barn i alderen 2-7 år med atferdsvansker. Foreldre mottok manual og audiotape for å iverksette tiltaket til barna. Ref: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374418409533171?journalCode=hcap19	Leijten 2019	Nei
Parenting the Strong Willed Child /Group Curriculum	Foreldrebasert tiltak for foreldre med barn under 6 år. Tiltaket inkluderte biblioterapi gitt i gruppe eller selvstendig. Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20051525	Leijten 2019	Nei
Parenting Through Change	Gruppebasert foreldretiltak med ukentlige individuelle telefonsamtaler for enslige mødre med sønner i 1.-3. klasse Ref: https://www.researchgate.net/publication/12765881_Forgatch_MS_DeGarmo_DS_Parenting_through_change_an_effective_prevention_program_for_single_mothers_J_Consult_Clin_Psychol_67_711-724	Leijten 2019	Nei
Parenting Your Hyperactive Preschooler	Gruppebasert 14 ukers tiltak for foreldre med hyperaktive barn i førskolealder. Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23611079	Leijten 2019	Nei
Parents Make the Difference	Kort foreldrebasert tiltak som veileder foreldre i egen atferd, forelder-barn samspill og barnets kognitive, emosjonelle og atferdsmessige tilfredshet. Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269617/	Leijten 2019	Nei
Parents Plus Children's Program	Gruppebasert tiltak for foreldre med barn 6-11 år for å fremme tillit, læring og positiv atferd i barnet	Buchanan-	Nei

	Ref: https://www.parentsplus.ie/programmes-about/children-6-11-years/	Pascall 2018	
Pathways Triple P	Gruppebasert eller individuelt tiltak for foreldre med barn 4-10 år som risikerer å skade barnet sitt. De skal ha gjennomgått nivå 4 av Triple P først.	Bu- chanan- Pascall 2018	Nei
	Ref: https://www.triplep.net/files/4015/1174/4455/ENG_Pathways_Triple_P_LTR.pdf		
Project Support	Hjemmebasert, individuelt tiltak for mødre i voldelig forhold - etter opphold på krisesenter. To komponenter: Gi mødre og barn emosjonell og instrumentell støtte og mødrene problemløsningsferdigheter; å lære mødrene teknikker for å redusere barnas adferds-problemer.	Leijten 2019	Ja
	Ref: https://www.researchgate.net/publication/11671519_Reducing_conduct_problems_among_children_of_battered_women		
Rational Positive Parent Program	Gruppebasert kognitivt atferdstiltak for foreldre forbedret med en kognitiv atferdskomponent på følelsesregulering	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.researchgate.net/publication/281925831_Efficacy_of_the_rational_positive_parenting_program_for_child_externalizing_behavior Can an emotion-regulation enhanced cognitive-behavioral parent program be more effective than a standard one		
Standard Group based Cognitive-Behavioral Parent Program	Tiltak for foreldre for å fremme positivt foreldreskap.	Bu- chanan- Pascall 2018	Nei
STAR Parenting Program	Foreldrebasert tiltak som skal veilede foreldre i grensetting og jobbe med barnet ut fra STAR prinsippet; STOP, THINK, ASK, RESPOND.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://link.springer.com/article/10.1007/BF02589279		
Strategies to Enhance Positive Parenting	Gruppebasert tiltak for enslige mødre med barn 5-12 år. (STEPP er ment å være en forbedret utgave av Behavioral Parent Training)	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15374410802698388?casa_token=D3ye-BUCnqh0AAAAA:MDSHMyR5LBVYijQvqtzQskBEPpvkst-LWoR_kB88H0mxl-Sm-5rDYS-3SUSjYJ5Ru7fuvkIaDw1jU		
Strengthening Washington DC	Prosjekt i Washington som implementerte et 'evidence-based program', hovedsakelig for afro-amerikanske familier hvor barnet utviser uønsket atferd. Foreldre og	Leijten 2019	Ja

Families Project	barn deltok sammen i møter, målet var å øke 'family skills'. Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/16555144	Uklart hva slags program det var.	
Take Action Program	Gruppebasert tiltak for foreldre og for foreldre pluss barn 4-8 år.	Buchanan-Pascall 2018	Ja
Temperament-based parent-training	Foreldrebasert tiltak som skal veilede foreldre å håndtere barnets sinne. Ref: https://archive.org/details/evaluationof-temp00shee/page/n15	Leijten 2019	Nei
The Si-novuyo Car-ing Families Program for Young Children	Gruppebasert tiltak for foreldre sammensatt av vanlige komponenter fra andre foreldretiltak, men spesielt tilpasset forholdene i Sør-Afrika. Ref: https://www.researchgate.net/publication/319483701_Randomized_controlled_trial_of_a_parenting_program_to_reduce_the_risk_of_child_maltreatment_in_South_Africa	Leijten 2019	Nei
Training Exercises for Parents of Preschoolers	Foreldrebasert tiltak for foreldre til barn med atferdsvansker. Ref: https://jaacap.org/article/S0890-8567(09)60213-6/pdf	Leijten 2019	Nei
Triple P – Positive Parenting Program	Gruppebasert tiltak for foreldre med barn opp til 12 år (nivå 4) og 12-16 for tenåringer, men med mulighet for tiltak på flere nivå for foreldre avhengig av alvorlighetsgrad av atferdsvanskene. Ref: http://www.ijcv.org/index.php/ijcv/article/view/263/pdf_64	Buchanan-Pascall 2018	Nei
Tuning into Kids	Gruppebasert tiltak for foreldre med barn 4-9 år. Tiltaket skal styrke den emosjonelle kontakten mellom foreldre-barn gjennom emosjonell coaching. Ref: https://www.researchgate.net/publication/266086631_An_Emotion-Focused_Early_Intervention_for_Children_with_Emerging_Conduct_Problems	Buchanan-Pascall 2018	Nei
VIPP Sensitive Discipline	Foreldrebasert tiltak for å bedre foreldres observasjons-evner, kunnskap om barneoppdragelse og barns utvikling for å redusere atferdsvansker hos barn. Ref: https://www.researchgate.net/publication/227221941_Early_Parenting_Intervention_Family_Risk_and_First-time_Parenting_Related_to_Intervention_Effectiveness	Leijten 2019	Nei
Computer Assisted Parenting Program	CAPP er et datastyrt utdanningsverktøy for foreldre med fokus på foreldreatferd.	Leijten 2019	Nei

(CAPP)	Ref: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J019v21n04_02?needAccess=true		
Booklet Parenting Program	Foreldrebasert tiltak. Deltakerne i dette programmet mottok et hefte med informasjon om foreldreatferd.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J019v21n04_02?needAccess=true		
Behavioral and problem-solving skills	Foreldrebaserte gruppetiltak for foreldre til barn med atferdsvansker. Tiltaket sammenligner behavioral skills med problem solving skills med hverandre.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.researchgate.net/publication/249681232_Parents_in_Groups_Problem_Solving_Versus_Behavioral_Skills_Training		
I-InTER-ACT	Tilgang til et individuelt webbasert foreldreprogram for barn med hodeskader grunnet mishandling.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24844734		
Eastern Health Board parenting programme	Foreldreprogram for foreldre til barn under 18 mnd.	Leijten 2019	Nei
	Ref: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09515079408254143		

Oppsummert så inkluderte disse fire systematiske oversiktene 294 studier med totalt 59 tiltak. Av disse tiltakene vurderes 11 å være multisystemtiske tiltak rettet mot flere nivåer rundt eller ved barn med atferdsvansker. 47 tiltak er foreldrebaserte tiltak for foreldre til barn med atferdsvansker eller som er i risiko for å utvikle atferdsvansker. Ett tiltak er et skolebasert tiltak rettet mot barn med impulsiv og aggressiv atferd.

Tabellen nedenfor gjengir hver av tiltakene gjengitt i oversiktene om unge som hadde begått **kriminelle handlinger**, totalt 15 tiltak. Vi gir en kort beskrivelse av tiltakene (i alfabetisk rekkefølge), hva oversiktene sier om det og hvorvidt det er multisystemisk.

Navn på tiltak	Beskrivelse av tiltak	Vurderes i hvilken oversikt?	Multi-systemisk? (Ja/Nei/Uklart)
Atferdsterapi	Atferdsterapi søker å få til endring i atferd. Behandlingen gis som individual- og gruppebehandling med spesielle samtaleteknikker.	ter Beek 2018 b	Nei
	Ref: fmr.no/ordbok.87078.no.html		
Caution with referral to other services	I tillegg til «traditional caution» mottar ungdommen henvisning til andre tjenester, tjenester enten innenfor eller utenfor rettsapparatet. Eksempler på	Wilson 2018	Uklart

	slike tjenester kan være program for å endre atferd (behavioral treatment program).		
Funksjonell familieterapi	FFT er en familie-terapeutisk behandling hvor både ungdommen og foreldrene deltar i samtaler med terapeut i et gjensidig endringsarbeid. Ref: bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/Funksjonell_familieterapi_FFTBehandlingstilbud_for_familier_med_ungdom_som_viser_alvorlige_atferdsvansker_eller_som_er_i_risiko_for_a_utvikle_dette_12_18_ar/	ter Beek 2018 a og b, Dopp 2017	Ja
Intensiv hjemmebasert familieveiledning	Intensiv hjemmebasert familieveiledning tilbyr støtte i hjemmet eller på skolen for ungdom i risiko for å bli plassert utenfor hjemmet eller til barn allerede plassert i fosterhjem/beredskapshjem. Ref: http://lincolnfamilies.org/programs-services/family/intensive-home-based-services	Dopp 2017	Ja
Kognitiv atferdsterapi (kognitiv terapi)	Ved KAT bistår terapeuten individet med å forstå sammenhengen mellom tanker og følelser og hvordan det påvirker individets fungering. Ref: https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/8.behandling-og-oppt%C3%B8ling/psykoterapi-ved-psykoser/kognitiv-atferdsterapi	ter Beek 2018 a og b	Nei
Kort strategisk familierapi	KSFT er en kortvarig familiebasert behandling for barn med atferdsvansker. Ref: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737065/	Dopp 2017	Ja
LEGACY (Adventure-based behavior management program)	LEGACY er et atferdsbasert tiltak som søker å endre individets tanker, følelser og atferd gjennom å minske dysfunksjonell atferd og øke funksjonell atferd. Ref: https://www.researchgate.net/publication/43135769_Treating_Juveniles_in_a_Sex_Offender_Program_Using_Adventure-Based_Programming_A_Matched_Group_Design	ter Beek 2018 a	Nei
Multisystemisk terapi	Terapeut tilbyr familiebaserte tjenester i hjemmet, skole eller nabolag.	ter Beek 2018 a, Dopp 2017	Ja
Multi Systemic Therapy-Problem Sexual Behaviour	MST-PSB er en intensiv familiebasert terapi som ser på flere årsaker til barnets alvorlige atferdsvansker på tvers av familien, jevnaldrende, skole og lokalmiljø. Ref: https://www.blueprintsprograms.org/multi-systemic-therapy-problem-sexual-behavior-mst-psb/	ter Beek 2018 b	Ja
Police restorative caution	Samme tiltak som traditional caution. I tillegg vektlegges konsekvensene handlingene har hatt på ofret	Wilson 2018	Uklart

og samfunnet for øvrig. Ofret gis mulighet til å få vite utfallet av tiltaket.

Ref: <https://www2.gov.scot/Publications/2004/06/19497/38776>

Psykoedukasjon	Psykoedukasjon er en behandlingsform hvor pasienten (og noen ganger deres pårørende) får informasjon og undervisning i egen lidelse.	ter Beek 2018 b	Nei
Ref: https://sykehuset-ostfold.no/behandlinger/psykoedukasjon?language=1044&behandling=ADHD%20hos%20voksne,%20DPS%20Sarpsborg			
SAFE-T (Sexual abuse: family education and treatment program)	SAFE-T er et kommunebasert program som tilbyr behandling og langtidsstøtte til unge som har begått seksuallovbrudd og deres familier.	ter Beek 2018 a	Ja
Ref: https://www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=203			
TBASOP (T hunder Bay Adolescent Sex Offender Treatment)	TBASOP er et kommunebasert program som tilbyr kognitiv atferdsterapi til overgripere som er på tvunget behandling.	ter Beek 2018 a	Nei
Ref: http://jd.st.sagepub.com/sage3g/sage-us.war/isw6/articles/ch15reitzel.pdf			
Traditional caution	Tiltak hvor politiet innkaller ungdommen med foreldre til samtale. Under samtalen gir politiet en forklaring på hva de juridiske og sosiale konsekvensene vil være for den mindreårige hvis den fortsetter å begå kriminelle handlinger. Ofre utelates fra samtalen.	Wilson 2018	Uklart
Treatment Foster Care – Oregon (TFCO)	TFCO er et tiltak for familier med ungdom som har utviklet alvorlige problemer på flere arenaer. Ungdommen mottar både individuell terapi og møter foreldrene i familieterapi.	Dopp 2017	Ja
Ref: https://www.nubu.no/TFCO/			

Alt i alt var det fire systematiske oversikter (med 84 primærstudier) som omhandlet unge som hadde begått kriminelle handlinger. Primærstudiene inkluderer i alt 15 tiltak. Av disse tiltakene er syv vurdert til å være multisystemiske tiltak rettet mot flere nivåer rundt eller ved unge med kriminell atferd. Fem av tiltakene er individrettede tiltak for unge med kriminell atferd og tre av tiltakene er uklare mht. om de er multisystemiske eller individrettede tiltak.

Tabellen nedenfor oppsummerer tiltakene (i alfabetisk rekkefølge) som vi vurderte var multisystemiske.

Tiltak	Beskrivelse	Oversikt
--------	-------------	----------

1-2-3 Magic parenting program	Foreldrebasert tiltak for foreldre til barn med risiko for å utvikle ADHD, samt et parallelt tiltak for lærere.	Buchanan-Pascall 2018
	Ref: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cch.12349	
Do as I do program for parents (Group CBT program)	Kognitivt atferdsterapeutisk tiltak gitt i gruppe eller individuelt til barn med angstlidelse med separate foreldre- og barnegrupper.	Buchanan-Pascall 2018
	Ref: https://www.researchgate.net/publication/5848192_Individual_Versus_Group_Family-Focused_Cognitive-Behaviour_Therapy_for_Childhood_Anxiety_Pilot_Randomized_Controlled_Trial	
Family Therapy Research Project	Foreldrebasert tiltak for barn med atferdsvansker. Tiltaket inkluderer også skole og lærer.	Til-Leijten 2019
	Ref: https://psycnet.apa.org/fulltext/1989-12762-001.pdf	
Helping the Non-compliant Child	Individuelt tiltak for vanskeligstilte foreldre, forsterket med en smarttelefon-basert kommunikasjon med foreldrene. Barna deltar sammen med foreldrene i timene.	Leijten 2019
	Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3871925/	
Incre-dible years (Deeparate utrolige årene)	Gruppebasert tiltak for foreldre med barn 0-12 år. Separate barnegrupper for 4-8 år og opplæring av lærere.	Buchanan-Pascall 2018
	Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156159/	
No Worries! Program (cognitively-focused)	Tiltak for foreldre og barn i alderen 7-12 år med angstlidelse. 2 terapeuter deltar på møter med barnet og 1 terapeut deltar på møtene med foreldre.	Buchanan-Pascall 2018
	Ref: https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/66627/101361_1.pdf?sequence=1	
Project Support	Hjemmebasert, individuelt tiltak for mødre i voldelig forhold - etter opphold på krisesenter. To komponenter: Gi mødre og barn emosjonell og instrumentell støtte og mødrene problemløsningsferdigheter; å lære mødrene teknikker for å redusere barnas adferdsproblemer.	Leijten 2019
	Ref: https://www.researchgate.net/publication/11671519_Reducing_conduct_problems_among_children_of_battered_women	
Strengthening Washington DC Families Project	Prosjekt i Washington som implementerte et 'evidence-based program', hovedsakelig for afro-amerikanske familier hvor barnet utviser uønsket atferd. Foreldre og barn deltok sammen i møter, målet var å øke 'family skills'.	Leijten 2019

	Ref: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/16555144	
Take Action Program	Gruppebasert tiltak for foreldre og for foreldre pluss barn 4-8 år.	Buchanan-Pascal 2018
Funksjonell familieterapi	FFT er en familie-terapeutisk behandling hvor både ungdommen og foreldrene deltar i samtaler med terapeut i et gjensidig endringsarbeid.	Ter Beek 2018 a),b), Dopp 2017, Hartnett 2016
	Ref: http://bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/Funksjonell_familieterapi_FFTBehandlingstilbud_for_familier_med_ungdom_som_viser_alvorlige_atferdsvansker_eller_som_er_i_risiko_for_a_utvikle_dette_12_18_ar/	
Intensiv hjemmebasert familieveiledning	Intensiv hjemmebasert familieveiledning tilbyr støtte i hjemmet eller på skolen for ungdom i risiko for å bli plassert utenfor hjemmet eller til barn allerede plassert i fosterhjem/beredskapshjem.	Dopp 2017
	Ref: http://lincolnfamilies.org/programs-services/family/intensive-home-based-services	
Kort strategisk familieterapi	KSFT er en kortvarig familiebasert behandling for barn med atferdsvansker.	Dopp 2017
	Ref: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737065/	
Multisystemisk terapi	Multisystemisk terapi er et tiltak hvor en terapeut tilbyr familiebaserte tjenester i hjemmet, skole eller nabobolag.	Ter Beek 2018a, Dopp 2017
Multi Systemic Therapy-Problem Sexual Behaviour	MST-PSB er en intensiv familiebasert terapi som ser på flere årsaker til barnets alvorlige atferdsvansker på tvers av familien, jevnaldrende, skole og lokalmiljø.	Ter Beek 2018b
	Ref: https://www.blueprintsprograms.org/multisystemic-therapy-problem-sexual-behavior-mst-psb/	
SAFE-T (Sexual abuse: family education and treatment program)	SAFE-T er et kommunebasert program som tilbyr behandling og langtidsstøtte til unge som har begått seksuallovbrudd og deres familier.	Ter Beek 2018a
	Ref: https://www.crimesolutions.gov/ProgramDetails.aspx?ID=203	
Treatment Foster Care – Oregon (TFCO)	TFCO er et tiltak for familier med ungdom som har utviklet alvorlige problemer på flere arenaer. Ungdommen mottar både individuell terapi og møter foreldrene i familieterapi.	Dopp 2017
	Ref: https://www.nubu.no/TFCO/	

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mars 2020

Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no