

MASTEROPPGAVE

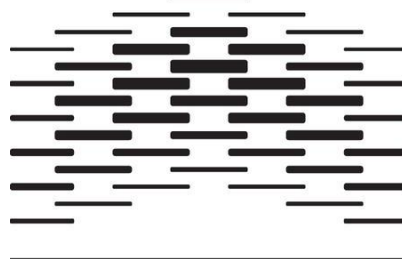
Læring i Komplekse systemer med fordypning i ledelse i komplekse systemer Høsten 2013

Artikkel1: Behandlingseffekt av Multisystemisk terapi (MST):
En systematisk litteraturstudie

Artikkel 2: Behandlingseffekt av Multisystemisk terapi (MST):
En evalueringsstudie

Kirsten Thorstensen

Fakultet for helsefag
Institutt for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Innhold

Tabeller og figurer	iii
Abstract in English covering both articles	1
Sammendrag	3
Norsk barnevernkompetanse og forskning i nyere tid.....	5
Evidensbasert behandling	6
Kriterier og standarder	11
MST.....	13
Metode – søkestrategier	14
Inkluderingsstrategier	14
Søkestrategier	15
Søk i databaser	15
Vurderinger i utvelgelsen	15
Gjennomgang av materialet.....	16
Resultater fra inkluderte studier	17
Diskusjon	25
Avsluttende merknader.....	28
Referanse.....	29
Sammendrag	33
MST.....	36
Målgruppen	38
Metode.....	40
Etisk standard	41
Datamaterialet	41
Registreringer:.....	42
Statistisk behandling	44
Resultater	44
Validitet	51
Feilkilder	54
Diskusjon	56
Avsluttende merknader.....	64
Referanser	65

Tabeller og figurer

Artikkel 1: Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST): en systematisk litteraturstudie

Vedlegg 1: Systematisk oversikt over inkluderte MST-studier

Artikkel 2: Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST): en systematisk
Evalueringsstudie

Tabell 1: Fordeling kjønn (prosent)

Tabell 2: Fordeling av alder (prosent)

Tabell 3: Fordeling av alder ved oppstart (gjennomsnitt)

Tabell 4: Fordeling av kjønn etter alder ved oppstart (prosent)

Tabell 5: Alvorlighetsgrad av atferdsvansker etter kjønn (prosent)

Tabell 6: Alvorlighetsgrad av atferdsvansker etter alder (prosent)

Tabell 7: Hvor stor prosent av jenter/gutter har atferdsvansker etter målingsvariablene

Tabell 8: Hvor stor prosent av aldersgruppene har atferdsvansker etter målingsvariablene

Tabell 9: Behandlingslengde etter alvorlighetsgrad (prosent)

Tabell 10: Gjennomsnittlig behandlingslengde og standardavvik etter kjønn (dager)

Tabell 11: Behandlingslengde etter kjønn (prosent)

Tabell 12: Behandlingslengde etter alder (prosent)

Tabell 13: Fullført behandling etter alvorlighetsgrad av atferdsvansker (prosent)

Tabell 14: Fullført behandling etter kjønn (prosent)

Tabell 15: Fullført behandling etter alder (prosent)

Tabell 16: Resultater av behandlingen (prosent)

Tabell 17: Resultater av behandlingen etter kjønn (prosent av egen kjønnskategori)

Figur 1: Ja, bor hjemme, går på skole/jobb, er lovlydig, er rusfri, er voldsfri målt før og etter
behandling (prosent)

Figur 2: Mangler data/missing for variablene hjemmeboende, skole/jobb, lovlydig, rusfri,
voldsfri målt etter avsluttet behandling (prosent)

Figur 3: Ja, bor hjemme, går på skole/jobb, er lovlydig, er rusfri, er voldsfri målt før og etter
behandling, 6, 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling. Resultater i % og valid %.

Abstract in English covering both articles

Working in Child Welfare with treatment programs, I am repeatedly confronted with the question about if and how the program works, and how to tell.

Not many programs are well documented scientifically and there is a short history for empirical studies in Child Welfare in Norway. The literature in this area is not yet large and it is a lack of available studies, also in an international perspective.

Empirically supported therapies are studied, discussed and developed throughout the last twenty years, whereas the American Psychological Association Division 12 Task Force has a major role.

Multisystemic Therapy (MST) is one of the most studied treatments for children and adolescents with conduct problems. Experiences from this literature may provide some generalized answers and some new questions. Looking into 4 RCT-studies, 1 literature review and 3 meta-analysis, this is confirmed. The effect from MST and other similar family therapies, shows no harm and provide modest effect compared with treatment-as-usual. The picture is complicated as the robustness of criteria of describing the sample and the outcomes is weak.

142 adolescents went through MST-treatment over 6 years and 3 months from the same MST-treatment unit. In average they received the treatment for 3 to 5 months, and most of the participants had server conduct problems. Analyzing this material, the result shows a 50 % improvement. 80 % of the sample gained 80 % of the goals set for 4 of the 5 the treatment outcome. There were differences in the sample that confirmed the questions about robustness of criteria of describing the sample and the outcomes.

Keyword: Empirically supported therapies, MST, randomized trials, delinquency.

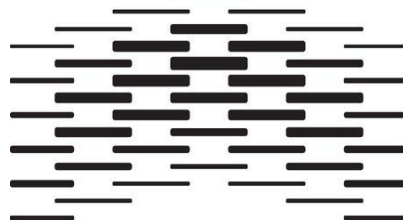
MASTEROPPGAVE

Læring i Komplekse systemer med fordypning i ledelse i komplekse systemer Høsten 2013

Artikkel1: Behandlingseffekt av Multisystemisk terapi (MST):
En systematisk litteraturstudie

Kirsten Thorstensen

Fakultet for helsefag
Institutt for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammendrag

Barnevernets behandlingsinstitusjoner og utredningssentre, som for eksempel barne- og familiesentre hvor jeg jobber, har forskjellige behandlingsprogram. Enten det gjelder utredning eller behandling, ønskes kartlegging og behandlingsprogrammer hvor man kjenner til hvorvidt disse virker for målgruppen. Klientgruppen er kompleks, har sammensatte problemer og lever ofte i en uryddig kontekst. Hva vet vi om behandlingsprogrammene vi bruker og hva vet vi om hvordan de virker? Det er vanskelig å lete opp kunnskap om disse spørsmålene.

Multisystemisk terapi (MST), et behandlingsprogram for ungdom, er en metode hvor flere terapier er kombinert overfor en sammensatt gruppe. Programmet regnes som evidensbasert og det er gjort mye evalueringsforskning på metoden. Denne artikkelen ser på evidensbegrepet og på forskningslitteratur med bakgrunn i MST. Generell kunnskap herfra har gyldighet for andre behandlingsprogrammer og metoder i barnevernet.

Evalueringsforskning viser ingen skadelig effekt, og ellers varierende grad av dokumenterte positive resultater. I studier av forskere uten tilknytning til MST Services, finner man mer sprikende resultater samtidig som man finner at også andre manualbaserte familierapeutiske nærmiljøprogrammer som eksempelvis Brief Strategic Family Therapy (BSFT) eller Functional Family Therapy (FFT) har til dels positive resultater. Med bakgrunn i den empiriske evalueringsforskningen utvikler MST Services behandlingsmetoden til å omfatte flere klientgrupper.

Nøkkelord: Empirisk støttede terapier, MST, RCT-studier, effectiveness, efficacy, atferdsvansker

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Evidensbaserte behandlingsmetoder er siden slutten av 1990-tallet implementert i det norske barnevernet gjennom spesifikke behandlingsprogrammer. Dette skjedde gjennom en prioritert politisk, faglig, og økonomisk styring. Det var et uttalt behov for å finne og ta i bruk behandlingsmetoder med positiv endringseffekt.

Dette var i første omgang Parent Management Training-Oregon (PMTO) og Multisystemisk terapi (heretter MST). Disse er siden etterfulgt av flere evidensbaserte programmer som for eksempel Positive Behavior, Interactions, and Learning Environment in School (PALS) (Biglan & Ogden, 2008). De politiske og barnevernfaglige føringene for å velge MST var å forebygge institusjonsplassering og antisosial utvikling gjennom et nærmiljøbasert arbeid. Strategidokumentet *Et kunnskapsbasert barnevern* fra Barne-, ungdoms- og familie direktoratet definerer kunnskapsbasert barnevern (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2009. s.4) i overensstemmelse med The American Psychologist Association (APA) definisjon av evidensbasert praksis som «..the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences» (Rønnestad, 2009. s. 41).

Det er særlig verdifullt å kunne tilby effektive tjenester som har mulighet til å endre menneskers liv i en positiv utvikling. MST er et evidensbasert behandlingsprogram. Hva vet vi om evidensen for denne behandlingen?

Division 12, en avdeling for klinisk psykologi i APA, nedsatte i 1993 en ekspertgruppe (Task Force) som 2 år senere avga en uttalelse hvor de definerte rammene for videre arbeid med empirisk støttede terapier. De utarbeidet en liste over slike terapier. Evidensbasert behandling, eller empirisk støttet behandling, blir av Chambless & Hollon (1998) definert som «..clearly specified psychological treatments shown to be efficacious in controlled research with a delineated population». Chambless og Hollon tar utgangspunkt i

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

ekspertgruppens retningslinjer i sin diskusjon om kriterier. Chambless har deltatt i oppdateringer av listene i 1996 og 1998.

Denne artikkelen består av en drøfting av kriterier og standarder for evidensbasert behandling og redegjørelse for MST som behandlingsmetode, fulgt av en avgrenset litteraturgjennomgang av forskning på MST ved aktuelle artikler. Jeg diskuterer resultatene av litteraturgjennomgangen i lys av utvalgte kriterier.

Norsk barnevernkompetanse og forskning i nyere tid

Gjennom 1990- tallet behandlet flere stortingsmeldinger og utredninger barnevernets kompetanseutvikling (St.meld. nr. 39 (1995 – 96), 1996; St.meld. nr. 40 (2001 -2002), 2002; NOU 1995: 23, 1995; NOU 2000: 12, 2000). Stortingsmelding nr. 39 kapittel 5, viste til Asplan Analyse (Q-0805,1992) som konkluderte med at barnevernutdanningen ikke ga tilstrekkelig kompetanse til å arbeide med de mange arbeidsoppgavene og funksjonene barneverntjenesten skulle utføre. Kvalitet og kompetanseutvikling ble prioritert ved å høyne nivået i grunnutdanningen ved omlegging til bachelor i 2001, satsing på videreutdanning innen flere områder som rus, etnisitet og flerkulturell kommunikasjon og psykisk helse for å nevne noen. Det har vært en økt satsning på spesialist- og forskningsinstitusjoner. Flere nye kan nevnes som Atferdssenteret; et datterselskap av UniRand, systematisk samarbeid med Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatrien (R-BUP), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Enhet for kognitiv utviklingspsykologi (EKUP) og Noregs forskningsråd som alle driver evaluerings- og forskningsarbeid. Forskningsfaglig råd ble etablert i 2005 i forbindelse med at Barne- ungdoms og familiedirektoratet utarbeidet strategiplaner gjennom Forskning og utvikling i Bufetat (FoU). For barnevernet er dette en betydelig satsing og oppbygging av forskningsfeltet. I strategiplanen (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2009. s. 8 og s. 17) kan man lese at departementet og direktoratet ønsker å bidra til

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

kunnskapsoppbygging, og der det er hensiktsmessig vil samarbeide med Campbell

Collaboration og Nordisk Campbell Center. Campbell Collaboration er en database inspirert av Cochrane Collaboration, som tilbyr en systematisk oversikt over evidensbasert forskning (The Campbell Collaboration, 2012; The Cochrane Collaboration, 2012).

Ungsinn er det statlige senter for beskrivelse og vurdering av forebyggende, helsefremmende og virksomme psykososiale tiltak for barn og unge. Evidensnivåene rangeres fra 4 til 1. Best er nivå 4 - *dokumentert virksomt tiltak*, videre følger nivå 3 - *funksjonelt virksomt*, nivå 2 - *sannsynlig virksomt* og til sist nivå 1 - *potensielt virksomt tiltak* som eksempelvis en ekspertuttalelse eller en ren etterundersøkelse som er utbredt i barnevernsarbeid.

Av dokumenterte virksomme tiltak er randomiserte kontrollgruppedesign (RCT) vurdert som gullstandard. Dette er et randomisert kontrollgruppedesign hvor dokumentasjonsgraden er høyest når forskningen har foregått under naturlige betingelser (effectiveness) med minst en uavhengig forsker og hvor langtidsoppfølging over 3 år er ønskelig, mens randomisert kontrollgruppedesign som demonstrasjonsstudier med optimale betingelser (efficacy) også rangeres i nivå 4 men under effectiveness-studiene (Ungsinn, 2012).

Evidensbasert behandling

Det foregår en løpende diskusjon om hvorvidt behandlinger lar seg validere. Chambless og Hollon (1998) diskuterer forståelse og bruk av kriteriene i en artikkel om definering av empirisk støttede terapier med utgangspunkt i efficacy-studier som er RCT-studier som demonstrasjonsstudier i behandlingsmiljø, med optimale betingelser hvor statistisk signifikante resultatmål er inkludert. I disse studiene kan en tilstrebe høy grad av kontroll hvor det er rimelig å konkludere med at resultatene står i sammenheng med behandlingen, og ikke med for eksempel stor indre forskjell i klientgruppen eller annet.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Drøftinger fra efficacy-studier har relevans for effectiveness-studier som er RCT-studier i klientens eget miljø under naturlige betingelser. Også effectiveness-studiene har krav om kontrollgruppe, randomiserte utvalg og manualbasert behandling slik at behandlingen kan gjentas og sammenlignes og hvor resultatene er målbare.

Etter den første rapporten, 'Task Force' (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) i 1995 fra Division 12 som er en avdeling for klinisk psykologi i APA, har det blitt publisert flere rapporter med lister over empirisk validerte behandlinger. Eksempler på slike behandlinger er kognitiv atferdsterapi og eksponeringsterapi som ofte brukes for å behandle tvang og fobier. Listene er tilgjengelige på deres nettside (Society of Clinical Psychology, udatert). Behandlingene er delt inn i kategoriene *veletablerte behandlinger* og *trolig effektive behandlinger*. Jeg utelater kriterier for enkeltsubjekt-studier, da de ikke er relevante for denne artikkelen om MST. Kriterier for veletablerte behandlinger (Chambless et al. 1998) er at det må foreligge minst 2 gode gruppestudier med RCT som gir resultater som er statistisk signifikant bedre enn medikamentell behandling, psykologisk placebo eller annen behandling, eller likeverdig med allerede veletablerte behandlinger. Videre må det være benyttet behandlingsmanualer i studien, karakteristika hos klientutvalget må være klart spesifisert og behandlingseffekt må være dokumentert av minst to forskjellige forskere eller forskningsteam. Kriterier for trolig effektiv behandling, er at det må foreligge to studier som viser at behandlingen er statistisk signifikant bedre enn en venteliste-kontrollgruppe eller at ett eller flere forsøk oppfyller kriteriene for veletablerte behandlinger, unntatt kravet om å være dokumentert hos flere forskere.

Chambless og Hollon (1998) avgrensner seg mot begrepet empirisk validert behandling i sin artikkel, fordi de i denne sammenhengen mener det første begrepet kan gi inntrykk av en slutført validering som gjør videre forskning overflødig. Begrepene brukes ofte om

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

hverandre sammen med evidensbasert behandling om behandling. Jeg velger å bruke begrepet empirisk støttet behandling videre.

Ollendick og King (2004) poengterer at kategorisystemet var ment til å være et flytende system hvor vurderinger av behandlingsmetoder kunne føre til at metodene flyttet seg i kategorisystemet. En flyt kan få nye terapier og gamle og velkjente som ennå ikke er dokumenterte, inn i evidensvurderingsarbeidet ved å plassere dem i kategorien *eksperimentelle behandlinger* som en tredje kategori i tillegg til kategoriene *veletablerte* og *trolig virksomme*. Ollendick og King fremholder intensjonen om å forske på effekten av et bredt utvalg av psykososiale behandlingsterapier for et begrenset antall vanlige lidelser hos barn, og peker på at forskningen så langt har godkjent behandlinger i all hovedsak fra atferds- og kognitive terapier. Dette utelukker ikke andre terapier, slike terapier er bare ikke vurdert tilstrekkelig eksempelvis fordi det er gjort for få studier eller fordi det mangler gode data. Ollendick og King ser 3 hovedutfordringer. For det første at noen behandlinger gjennom sin dokumenterte effektivitet kan fortrenge eller hindre fremveksten av andre behandlinger. Herunder er det også et problem at terapeuter i sin alminnelighet ikke har tilgang til behandlingsformer som er dokumentert effektive. For det andre kan behandlingsmanualer føre til unødige standardiseringer som begrenser tiltaket. På den annen side kan manualene gjøre behandlingsmetodene tilgjengelige for mange, og de er til syvende og sist ikke annet enn en nøye beskrevet guide som tydeliggjør behandlingen. Det er en utfordring å lage beskrivende og nøyaktige behandlingsmanualer for behandling i klientens eget miljø på en slik måte at terapeuten kan tilpasse det på en sensitiv og fleksibel måte samtidig som manualen sikrer replikasjon. Den tredje utfordringen er overgang fra terapier i avgrensede kontekster til terapier i naturlige og mer komplekse kontekster, og hvordan forske på dette. Det er få slike studier.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Nettopp slik forskning blir beskrevet og drøftet av Higa og Chorpita (2008). De peker på at bare en håndfull empirisk støttede behandlinger for ungdom med psykiske helseproblemer har blitt undersøkt i naturlige omgivelser og nevner 3 hvorav den ene er MST. Barrierer for formidling av empirisk støttet behandling handler om kunnskap om og holdning til, empirisk støttet behandling, og om terapeutens kontekst er slik at den muliggjør orientering mot nye behandlingsformer. I følge Higa og Chorpita (2008) kan de strenge evidenskravene føre til utestenging av interessante behandlingsmetoder som lettere ville ha blitt gjenstand for forskning om de hadde blitt inkludert i en tredje kategori, *mulig effektiv*, uten krav til manualbeskrivelse. Individuelle teknikker utskilt fra større behandlingspakker og kunnskap om karakteristika ved klienten og ved studiet kan matches ved hjelp av statistiske prosedyrer. Ved slik utskillelse vil man enklere kunne prøve ut i hvilken kontekst den avgrensede delen virker best og for hvem denne delen virker best.

Hva er det som skaper endring spør Rosen og Davison (2003) og mener empirisk støttede prinsipper for endring (Empirically Supported Principles of Change, ESP) er et bedre utgangspunkt for både forskning og praksis, enn empirisk støttede terapier (Empirically Supported Therapies, EST). Med utgangspunkt i kunnskap om betingelser og prinsipper for endring vil man opprettholde fokuset på endringsarbeid i psykologien. Kategorilister med ESP vil kunne motvirke mulige negative effekter av EST listene. Negative effekter av EST listene kan for eksempel være at noen behandlinger eller behandlingspakker får et godkjent varemerke og sprer seg i kraft av dette, heller enn i kraft av en eksplisitt forståelse av potensialet for endring som ligger i behandlingsmetoden. Kategorilister med ESP kan holde debatten om verdien av RCT varm, og herunder også debatten om den tvilsomme fordel det er å knytte diagnoser til behandlingsformer.

Bloom, Fisher og Orme (2009) vil ha en fullstendig litteraturgjennomgang av all tilgjengelig forskningslitteratur som grunnlag for vurderinger av behandlingens effektivitet og

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

anvendelighet (Evidence Based Practice, EBP). Deres syn står i motsetning til Chambless et al. (1998) som godkjenner at minst 2 RCT-studier viser evidens for at behandlingen er virksom. Bloom, Fisher og Orme (2009) vektlegger i tillegg terapeutens ansvar for å holde seg informert om beste evidensbaserte praksis, å evaluere eget arbeid kontinuerlig på en systematisk måte hvor de fremholder enkeltsubjekt-studier som det beste, være opptatt av videre utforskning og læring og hele tiden ha klientens beste for øyet.

Oppsummert synes det å være enighet om viktigheten av empirisk støttet forskning for videre utvikling av kunnskap om behandlingsprogrammer. Det synes også å være enighet om kategoriene *veletablerte* og *trolig effektive* og kravet om RCT-studier. Resultatet av denne type forskningsstudier er at relativt få og noe ensartede behandlingsprogrammer har fått plass i Task Force listene av Division 12. For å møte utfordringen med å inkludere flere behandlingsprogrammer foreslås det av Ollendick og King (2004) en tredje kategori *eksperimentell behandling* hvor flyten mellom de tre kategoriene fremmer inkludering av flere programmer. Eller som Higa og Chorpita (2008) foreslår; å inkludere en tredje kategori *mulig effektiv* uten krav til manualbeskrivelse for å imøtekomme behandlingsmetoder hvor individuelle tilpasninger står sentralt. Rosen og Davison (2003) møter diskusjonen om hvorvidt RCT studier og manualbasering kan lede til en lettvent programfokusering, med forslag om *empirisk støttede prinsipper for endring* i stedet for *empirisk støttede terapier*, for slik å holde fokus på det psykologiske endringsarbeidet. Bloom, Fisher og Orme (2009) ser på utvelgelse av behandlingsprogrammer og mener det bør skje gjennom en full litteratur gjennomgang av i høyden 3 år gamle studier, ved avgjørelser om hvilke program som skal brukes. I tillegg skal den enkelte terapeut evaluere eget arbeid kontinuerlig og har ansvar for å holde seg faglig oppdatert til beste for klienten. MST har i sitt behandlingsprogram bygget inn evalueringssystemer. Dette gjelder både i terapeutens eget ukentlige arbeid som legges

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

frem ved bruk av standardiserte skjema for måloppnåelse og analyse, og i vurdering av terapeutens arbeid utenfra gjennom terapeutvurderingssystemet Therapist Adherence (TAM).

Kriterier og standarder

I den evalueringsforskning som utføres er det en gjennomgående diskusjon om kriterier og standarder. Ulike forskere bruker ulike, men lignende kriterier, standarder og analyser. Forskningen kan samlet bli vanskelig å tolke og dermed lite robust. Det er påvist effekt dersom behandlingsgruppen viser signifikant bedre resultat enn gruppen med ingen behandling. Denne effekten står seg imidlertid sterkere dersom den fremkommer i sammenligning med andre behandlinger, og i særdeleshet om den fremkommer i konkurranse med rivaliserende behandlingsmetoder (Chambless & Hollon, 1998).

Et utvalg bør ha en viss størrelse for at resultatene skal kunne generaliseres, ofte angitt som over 50 deltakere (Chambless & Hollon, 1998). For metaanalyser er det ønskelig med en effektstørrelse på .80, hvilket mange metaanalyser ikke oppnår (Bloom, Fisher & Orme, 2009). Det kan være et problem i studier av psykologiske behandlingsmetoder at behandlingsarbeidet gjerne er individuelt, eller det kan være familierapier med begrenset antall. Behandlingstiden er gjerne flere måneder og det tar tid å komme opp i større totalantall. Metaanalyse er brukt som en analysemetode hvor en kan trekke ut en felles effektstørrelse ved bruk av en omregningsnøkkel, ofte av mange mindre empiriske studier som hver for seg er for små til å kunne gi generaliserte konklusjoner. Det har vært en innvending mot metaanalyser fra blant annet av Kazdin & Bass (1989). Gjengitt etter Chambless & Hollon, 1998) at utvalgene som ligger til grunn kan være for små og de referer et gjennomsnitt på 12 behandlede klienter i den enkelte evalueringsundersøkelsen. Dette gir tolkningsproblemer, men det bør ikke føre til at disse studiene utelukkes (Chambless & Hollon, 1998; Bloom, Fisher & Orme, 2009). Metaanalyser aksepteres i stadig større grad og innvendinger som tidligere var relevante har nå mindre kraft. Nyere standarder (APA) øker

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

åpenhet og klarhet i metaanalyse-rapporter og gjør replikerbarheten av resultatene lettere (Baldwin, Christian, Berkeljon, Shadish & Bean, 2012. s. 282).

Når flere utvalgsgrupper skal sammenlignes i en studie, er det viktig med gode utvalgsbeskrivelser. I mange RCT-studier brukes psykiatriske diagnoser som et utvalgskriterium. Når kriteriet er å oppfylle en diagnose, kan det føre til utelukkelse av mange med komorbide tilstander, det vil si lider av en sammensatt dårlig psykisk helse eller atferdsproblematikk, men som absolutt kan være innenfor målgruppen for behandlingen. Det er oftest enklere å behandle en enkelt-lidelse enn en sammensatt. Ved å holde komorbide tilstander utenfor utvalget, kan resultatet bli bedre enn om disse var inkludert. Cutoff-skåringer fra reliable og valide spørreskjema eller intervjuer er gode alternativer, men hvor en bør unngå selvrapporteringskjema som eneste kilde. Fakta-registreringer fra politi domstol, sivile domstoler, skole og lignende er ikke fyllestgjørende, men gir gode sammenligningsdata.

Når flere behandlingsmetoder kombineres, kan det være vanskelig å fastslå effekten fra den enkelte intervensjon. Å kunne lokalisere hva som virker på hvem og sammen med hva, og på hvilken måte er særlig utfordrende å kartlegge i komplekse behandlingsprogrammer som utøves i det virkelige liv som for eksempel MST i en familie og nærmiljøkontekst. Dette påvirker likevel ikke målingen av totaleffekten av behandlingsspakken.

Det er viktig med replikasjon av behandlingsmetodene i forskningen. For å kunne gjenta forsøkene slik at de er sammenlignbare må det være en manualbasert behandling som gir en nøye beskrevet behandlingsprosedyre hvor behandleratferd og intervensjoner er gjengitt. Dette krever skoling og trening av terapeuten, og overvåking gjennom veiledning og målinger av hvor lojalt terapeuten følger programmet (Ollendick & King, 2004; Schoenwald, 2008).

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Langvarig effekt av behandling undersøkes gjennom oppfølgingsstudier av en opprinnelig studie. Disse er i et fåtall og de er vanskelige å tolke. Det er i følge Chambless og Hollon (1998) sterkt ønskelig med kunnskap om hvorvidt effekten er holdbar og hvorvidt ulike behandlinger gir ulik stabilitet over tid. Er frafall fra det opprinnelige utvalget et uttrykk for at det er klienter med dårligst behandlingseffekt som er borte fra oppfølgingsstudiens utvalg? I så fall, er det da slik at gode langsiktige resultater fremviser et overdrevet godt resultat? *Intent-to-treat* analyser, en grundig og mer streng analyse, kan bøte noe på dette problemet (Chambless & Hollon, 1998). *Intent-to-treat* analyser beholder det opprinnelige utvalgsantallet gjennom alle oppfølgingsstudiene, men det skilles ikke mellom de som ikke møter til behandlingsprogrammet og de som dropper ut underveis, og begge gruppene vil være forskjellig fra tilbakefallsgruppen.

Når en behandlingsmetode fremviser ulike forskningsresultater er det viktig å vurdere den samlede forskning, og å vektlegge de forsøk som er mest konservative og der det er brukt gode forskningsdesign. Metaanalyser bør inkluderes, men det bør gjøres en bevisst vurdering av kvaliteten av slike studier.

Effectiveness-studiene styrker den eksterne validiteten av forskningsresultatene. Man kan måle at det virker, ikke nødvendigvis hva som virker i behandlingsspakken. Forskningsresultatet kan tyde på at behandlingen virker i en kompleks kontekst. Det kan være vanskelig å fastslå den eksakte årsak – virkningsrelasjonen. *Efficacy*-studier hjelper til med å fastslå årsakssammenhenger. I en forenklet kontekst i en avgrenset klinikk-behandling vil det være lettere å prøve ut ulike faktorerers innvirkning på resultatet. Dette gjelder særlig i enkeltsubjektstudier. Begge er viktige (Chambless & Hollon, 1998).

MST

MST som behandlingsprogram er utviklet fra å være tilknyttet klinikk til å bli et nærmiljøbasert behandlingsprogram for behandling og forebygging av atferdsvansker,

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

kriminalitet og antisosial utvikling (Sawyer & Borduin, 2011; Schoenwald, Heiblum, Saldana & Henggeler, 2008). De gode resultatene i klinikk førte til ønske om å gjøre behandlingsmetoden tilgjengelig i det virkelige liv, i ungdommens eget miljø, og det ble bygd opp et systematisk sett av rammeverk som skulle gjenskape den empirisk støttede behandlingsmetodikken. MST Services har over flere tiår prøvd ut behandlingsmetoden og forsket på årsak og sammenhenger i antisosial atferd hos ungdom, på hvordan de kan minske gapet mellom teori og praksis, på hvordan man kan implementere terapier fra forskningskontekst til behandling i det virkelige livets kontekst, og på hvordan MST kan implementeres internasjonalt i andre kulturer og kontekster. Den terapeutiske lojalitet til programmet ivaretas blant annet ved skolering av terapeutene, utstrakt bruk av beskrivelser, manualer og terapeutmålinger, som er viktige faktorer for å sikre best mulig resultat for ungdommen og dennes familie (Henggeler et al., 2009; Ogden, Christensen, Sheidow & Holth, 2008; Schoenwald, 2008; Schoenwald et al., 2008).

Den norske MST implementeringen blir overvåket av Atferdssenteret gjennom oppfølgingsevalueringer av saker i inntil 2 år etter inntak til behandling, som del av arbeidet med å sikre at den evidens-baserte praksisen ikke drifter bort (Ogden, Hagen, Askeland & Christensen, 2009).

Metode – søkestrategier

Behandlingseffekt av MST vil bli belyst ved en systematisk litteraturstudie.

Inkluderingsstrategier

Artiklene som er inkludert omhandler evaluering og forskning på MST. Målgruppen her er barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker. Aldersspennet er innenfor 10 til 19 år. Alle studiene gjelder hjemmebaserte tiltak hvor MST-tiltaket inkluderer barnets og familiens omgivelser som skole/arbeid, venner/fritidsaktiviteter og kontakt med politi/forebyggende kriminalitetsinstanser. Oversikten omfatter kun studier med RCT design.

Søkestrategier

Denne artikkelen er ikke ment å gi en full systematisk oversikt over forskningsoppsummeringer av MST, men å gi et representativt overblikk, godt nok til å belyse interessante spørsmål ved de empiriske resultatene av behandlingen.

Søkene er gjort på engelsk. De inkluderte oversiktene er alle engelskspråklige. Det er søkt med stikkordene MST, RCT, randomized trials, systematic review, delinquency, substance abuse, og det er gjort avgrensinger med stikkord som sexual and mental and eating disorders. Avhengig av databasene er det gjort ulike kombinasjoner med stikkordene nevnt over. Søkeresultater hvor allikevel målgruppen var ungdom med hovedvekt av vansker innen psykisk helse, seksuelle atferdsproblemer eller spiseforstyrrelser, ble utelukket.

Søk i databaser

Det er søkt for tidsrommet 2003 til 2013. Jeg har søkt i Cochrane reviews, Campbell collaboration, Medline, ERIC, Bibsys, Cinahl og Google scholar. Treff har vært i overkant av 1000, og blitt redusert ved hjelp av søkeordene og avgrensingsord. Når det fremdeles har vært mer enn 100 treff, har ytterligere begrensing blitt utført ved at tidsspennet ble redusert til de siste 5 år. Databasene har svært ulik mengde treff fra Campbell og Cochrane med under 10, til Google scholar med rundt 500 ved avgrensing.

Vurderinger i utvelgelsen

Ved utvelgning har flere momenter blitt vektlagt. Det har ikke vært et mål å gjennomgå alle studieoversikter som kan være i målgruppen, da det ville bli for omfattende.

Studieoversikt med hovedvekt på atferdsproblemer, ulovlige handlinger og rusproblemer er valgt. Mye forskning er utført av MST-Services eller tilknyttede samarbeidspartnere, og siden slik forskning ikke har høyest skår i evidensvurderingene, er uavhengig forskning også tatt med. Studier som ikke er nærmiljøbaserte er forsøkt lukt bort.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

4 enkeltstudier er med. En norsk og en svensk studie er valgt da de kan ha relevans for hverandre på grunn av like samfunns- og kulturtrekk (Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Sundell et al., 2008). Det er tatt med to studier fra USA hvor forfatterne er tilknyttet MST-Services. Dette er oppfølgingsstudier av samme utvalgs-gruppe: En fra 2005 gjennomsnittlig 13,7 år etter endt behandling og en fra 2011 gjennomsnittlig 21,9 år etter. Disse er interessante på grunn av det lange spennet i oppfølging (Sawyer & Borduin, 2011; Shaeffer & Borduin, 2005).

Litteraturgjennomgangen omfatter 3 metaanalyser og en systematisk oversikt over forskningsoppsummeringer, for å kompensere noe for at utvalget av enkeltstudier er lite.

Artiklene er publisert mellom 2005 og 2012. Den eldste er fra 2005 og som en norsk systematiske oversikt med RCT-studier som inkluderer MST, er den fremdeles interessant. Den ble gjort på oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og derfor relevant i forhold til norsk barnevern (Halvorsen, Jensen, Kvåle & Sagatun, 2005).

En artikkel er en gjenutgivelse i 4. utgave fra 2009 hvor 1. utgave ble publisert i 2003, men som er interessant fordi den er utført uavhengig av både eiere og utøvere av MST (Littell, Campbell, Green & Toews, 2009). Det samme gjelder en metaanalyse utført av forskere fra Australia fra 2009 som analyserer studier fra 1999 opp til 2009 (Wolfenden, Williams & Peat, 2009). Den siste er fra 2012, er amerikansk og den nyeste i denne sammenhengen. Denne artikkelen har en tilleggs-målsetting om å legge frem et lærerikt eksempel på hvordan analysere en metaanalyse, og bidrar slik med interessante kritiske innspill til debatten om evidensbaserte behandlingsprogrammer (Baldwin et al., 2012).

Gjennomgang av materialet

Studiene blir vurdert ved hjelp av en mal med disse elementene: hva er forskningsspørsmålet, hvem deltok, hva er avhengig og uavhengig variabel, hvilke design er brukt, hovedfunn, styrker og svakheter ved studien, og til sist en konklusjon (Vedlegg 1).

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

I omtalen av studiene vil resultater fra denne gjennomgangen bli holdt opp mot 5 utvalgte kriterier og standarder. Det første kriteriet er hvilke andre grupper klientgruppen blir sammenlignet med. Hvilken kontrollgruppe MST-behandlingen blir vurdert i forhold til, har betydning for hvordan man vektlegger resultatet. Det andre kriteriet er klientgruppens størrelse, noe som har stor betydning for hvorvidt man kan trekke generelle konklusjoner. For det tredje beskrivelse av klientenes karakteristika for å kunne vite om studiene egentlige er sammenlignbare. For det fjerde er beskrivelse av behandlingsarbeidet, den konkrete manualbaseringen, viktig fordi denne gir muligheten for replikasjon. For det femte sier tidsaspektet i langtidsstudier noe om stabiliteten av oppnådd virkning, men også noe om hva behandlingen har virket i forhold til, for eksempel registrert kriminalitet, psykisk helse eller andre psykososiale forhold.

Når det gjelder forskningsartiklene med metastudier, er utvalgsstørrelsene og publiseringsskjevhet tatt med som kriterier. Små utvalg vanskeliggjør generalisering. Publiseringsskjevhet opptrer når forskerne utelukker for eksempel upubliserte studier som oppfyller krav til RCT-studier, men som ikke har positive resultater, som altså ville ført til et lavere effektresultat.

Resultater fra inkluderte studier

De aktuelle artiklene er beskrevet i forhold til studiemål, deltakere, uavhengig variabel, avhengig variabel, design, hovedfunn, styrker, svakheter og konklusjon. Denne gjennomgangen ligger i sin helhet i vedlegg 1. Her vil det bli gitt en kort oppsummering av hver artikkel, først av 4 enkeltstudier, dernest av 1 systematiske oversikt og 3 metastudier. I tillegg er studiene vurdert i forhold til 6 utvalgte kriterieområder hentet fra diskusjon om empirisk støttede studier.

1. Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health Volume. 9 (2). 77-83.*

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å se om det amerikanske behandlingsprogrammet MST, ville ha samme behandlingseffekt i Norge som i USA. Ogden og Halliday-Boykins gjorde en RCT-studie hvor kontrollgruppen fikk ordinær oppfølging fra barneverntjenesten (Treatment as usual/TAU) gjennom individuell oppfølging sammen med foreldreveiledning, støtte til fritidsaktiviteter og plassering utenfor hjemmet som var mest brukt. I studien ble det tatt pre- og post-test data ved hjelp av standardiserte intervju skjema og selvrapporing, og resultatene ble målt i forhold til plassering utenfor hjemmet, alvorlige atferdsvansker, internalisert og eksternalisert atferd, sosial kompetanse, familiefunksjoner og tilfredshet med behandlingen. Resultatene viste at MST behandling var signifikant mer effektiv enn ordinær behandling på alle måleområdene kort tid etter behandlingsavslutning. Det ble påvist sammenheng mellom behandlingslojalitet og effekt. Det er en styrke ved studien at den har tydelige inkluderings- og ekskluderingskriterier, men en svakhet at den mangler systematiske datafakta fra politi i forhold til lovbruttende atferd. Det er også en svakhet at det ikke er foretatt noen intent-to-treat analyse, særlig på bakgrunn av at flere ungdommer ikke startet opp, eller falt fra gjennom behandlingstiden.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppe var TAU og utvalgenes størrelse var 62 MST og 38 TAU. Utvalgsbeskrivelsene er utfra standardiserte skjema og selvrapporing med cutoff, kjønn og alder og gjelder ungdom med alvorlig atferdsproblem, rømming, skoleskulk, rusmisbruk, lovbrudd, vold og trusler. Det er ikke gjort intent-to-treat analyse. Studien viser resultateffekter kort etter avslutning av behandling.

2. Sawyer, A.M & Borduin, C.M. (2011). Effects of Multisystemic Therapy Through Midlife: A 21.9 – Year Follow-Up to a Randomized Clinical Trial With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79. (5). 643 – 652.

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å vurdere om en langtidseffekt av MST-behandling vil være ikke å begå nye kriminelle handlinger inn i voksen- og middel-alder. I den opprinnelig RCT-studien fikk kontrollgruppen individuell terapi. 176 ungdommer var

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

inkludert og det ble tatt pre- og posttest data og 4 års oppfølgingsstudie. Studien ble gjort under optimale forhold tilknyttet universitetet under veiledning av en av MST-utviklerne. Denne oppfølgingsstudien hvor 148 deltakere er funnet, er gjort med et gjennomsnitt på 21,9 år etter opprinnelig behandling og har arrestasjons- og fengslingsdata som korresponderer med tidligere data. I tillegg er det innhentet data fra sivile søksmål inklusive familie-saker som måleenhet for livskvalitet. Resultatet viser signifikant lavere tilbakefallsrate for MST-gruppen enn for kontrollgruppen i forhold til ulovlige handlinger. Kontrollgruppen hadde 2 ganger så høy sjans for sivilt søksmål og MST-gruppen hadde 5 ganger lavere frekvens av forseelser. Det ble ikke registrert noen forskjell på økonomiske problemer i de to gruppene. Det er en styrke at resultatmålinger vedrørende livskvalitet som eksempelvis økonomi, bolig, skilsmisser og barnebidrag er utført i tillegg til målinger av arrestasjon og fengsling. Det er også en styrke at utvalgene er relativt store og at aktuell evalueringstudie er foretatt så lenge som gjennomsnittlig 21,9 år etter. Det er en svakhet i forhold til generalisering at den opprinnelige behandlingsstudien var direkte veiledet av Borduin, tilknyttet MST-utviklerne i USA.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppen var individuell terapi (IT) og utvalgets størrelse for MST var 92 første gang, 87 andre gang, 75 tredje gang og for IT 84 første gang, 78 andre gang og 73 tredje gang. Utvalgsbeskrivelse er gjort med data fra politi og rettsvesen og det er beskrevet klare inkluderingskriterier i den opprinnelige studien hvor det ble inkludert ungdommer med alvorlig kriminell atferd i tidlig alder. Individualterapien besto av psykodynamisk, relasjonsorientert og atferdsorientert behandling som fokuserte på individnivå og hadde ukentlige veiledning. Det er gjennomført intent-to-treat analyse og oppfølgingsstudie.

3. Shaeffer, S.M. & Borduin, C.M. (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73 (3). 445 – 453.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å vurdere om en langtidseffekt av MST-behandling er ikke å begå nye kriminelle handlinger. Studien var en opprinnelig RCT-studie hvor kontrollgruppen fikk individuell terapi. 176 ungdommer var inkludert og det ble tatt pre- og posttest data og 4 års oppfølgingsstudie. Studien ble gjort under optimale forhold tilknyttet universitetet og under veiledning av en av MST-utviklerne. Denne oppfølgingsstudien hvor 165 deltakere er funnet, er gjort med et gjennomsnitt på 13,7 år etter opprinnelig behandling og har arrestasjons- og fengslingsdata som korresponderer med tidligere data. Resultatet viser signifikant lavere tilbakefallsrate for MST-gruppen enn for kontrollgruppen i forhold til ulovlige handlinger og viser sammenheng mellom tidlig debut av alvorlige lovbrudd og vedvarende kriminell atferd i voksent liv. Det er en styrke at inkluderingskriteriene er basert på faktaopplysninger fra politi og rettsvesen, og at utvalgene er relativt store. Det er en svakhet i forhold til generalisering at den opprinnelige behandlingsstudien var direkte veiledet av Borduin, tilknyttet MST-utviklerne i USA.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppen var individuell terapi (IT) og utvalgets størrelse for MST var 92 første gang og 75 andre gang, og for IT 84 første gang og 73 andre gang. Utvalgsbeskrivelse er gjort med data fra politi og rettsvesen og det er beskrevet klare inkluderingskriterier i den opprinnelige studien hvor det ble inkludert ungdommer med alvorlig kriminell atferd i tidlig alder. Individualterapien besto av psykodynamisk, relasjonsorientert og atferdsorientert behandling som fokuserte på individnivå og hadde ukentlige veiledning. Det er gjennomført intent-to-treat analyse og oppfølgingsstudie.

4. Sundell, K., Løfholm, C. A., Gustle, L-H., Hansson, K., Olsson, T. & Kadesjø, C. (2008) The transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disorder Youths. *Journal of Family Psychology*. 22(3) 550 – 560.

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å se om det er forskjell i behandlingsresultatene mellom MST og TAU. Sundell og medarbeidere gjorde en RCT-studie hvor kontrollgruppen fikk behandling som vanlig fra barneverntjenesten. 156

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

ungdommer ble fordelt med 79 deltakere til MST og 77 til TAU (barnevernstiltak, psykisk-helsetiltak og både institusjons- og hjemmebaserte tiltak). Henholdsvis 70 % og 61 % fullførte behandlingen i MST- og TAU-gruppen. Pre- og post-test data ble tatt ved hjelp av standardiserte intervju skjema og selvrappoterings og resultatene ble målt i forhold til plassering utenfor hjemmet, andre offentlige hjelpetiltak, alvorlige atferdsvansker, internalisert og eksternalisert atferd, sosial kompetanse, foreldreatferd og mors psykiske helse. Resultatene viser en generell reduksjon av psykiatriske problemer og antisosial atferd og økte sosiale ferdigheter sammen med bedre familierelasjoner på tvers av metodene. Det var ikke var noen signifikant forskjell mellom de to behandlingsgruppene kort tid etter behandlingsavslutning. Det er en styrke at studien har tydelige inklusjonskriterier med blant annet fakta som diagnoser, antall arrestasjoner og antall plasseringer utenfor hjemmet og at det er gjort intent-to-treat analyse særlig med bakgrunn i det store frafallet. Det er en svakhet at studien inneholder mye selvrappoterte og individuelle vurderinger og at det er et relativt stort frafall.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppen var TAU og utvalgets størrelse var ca. 78 i begge grupper. Utvalgsbeskrivelser er gjort ved hjelp av DSM diagnosebeskrivelse, standardiserte skjema og selvrappoterings, kjønn, alder, tidligere arrestasjoner, plassering utenfor hjemmet, rusmisbruk, etnisk tilhørighet, foreldres sosioøkonomiske status i tillegg som konkrete eksklusjonskriterier er beskrevet. Det er gjort intent-to-treat analyse. Studien viser resultateffekter kort etter avslutning av behandling.

5. Halvorsen, A., Jensen, R., Kvåle, G. & Sagatun, S. (2005). *Systematisk oversikt over forskningsoppsummeringer om effekter av ulike hjemmebaserte tiltak i barnevernet*. Kristiansand: UiA.

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å oppsummere og vurdere kritisk empirisk forskning på effekter av hjemmebaserte tiltak overfor barnevernsbarn. Halvorsen og medarbeidere gjorde en systematisk oversiktsstudie av 13 RCT-studier hvorav 10 av dem

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

gjaldt skolebarn/ungdom og i 7 studier er MST et av behandlingsprogrammene.

Kontrollgruppene var lignende behandlingsprogrammer, TAU, ventelister, eller ingen behandling. Den metodiske kvaliteten i de utvalgte studiene ble vurdert etter angitte kriterier. Konklusjonen er at mange hjemmebaserte barnevernstiltak synes å ha positive virkninger, men ofte er grunnlagsmaterialet for lite til at de kan generaliseres. Det er en styrke ved artikkelen at forfatterne har redegjort grundig for søkeprosessen og den er interessant fordi den er en norsk studie. Den sier mer om familie- og foreldreintervensjoner generelt enn om MST spesielt.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppe var TAU, ventelister og ingen-behandling. De 7 studiene ble beskrevet ved utgivelsesår, mål med oversikter, antall og type studier som er inkludert, framgangsmåte, analyse og funn. Oversikten gir lite utvalgsbeskrivelser ved bruk av faktiske data, men gjengir vurderinger som for eksempel at utvalgene er for små til at resultatene kan generaliseres. Familieterapiene er delvis strukturerte og delvis manualbaserte. Spørsmål om publiseringskjevhet er ikke drøftet.

6. Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R., Bean, R. (2012). The Effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 38 (1). 281 – 304.

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å evaluere resultatene av Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Functional Family Therapy (FFT) Multidimensional Family Therapy (MDFT) og MST-behandling av ungdom med lovovertrедelser og rusproblemer samtidig som det fremlegges et lærerikt eksempel på hvordan tolke en metaanalyse. Baldwin og medarbeidere gjorde en metaanalyse av 24 RCT-studier hvor kontrollgruppene fikk TAU, alternativ behandling eller ingen behandling. I studien ble det gjort sammenlignende analyser, effekt av type behandling ble utforsket, identifisering av særlig innflytelsessterke studier, multivariate analyser og det ble undersøkt for publiseringskjevhet. Resultatene viste at de familieterapeutiske behandlingene har en signifikant, men moderat, bedre effekt enn

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

TAU og alternative terapier. Det var for få saker hvor ungdommen ikke fikk behandling til at resultatene for den gruppen er signifikant. Det er en styrke ved artikkelen at forskerne ikke har tilknytning til MST Services og at de analyserer og diskuterer med hensyn på klinisk anvendbarhet og en svakhet at de ikke har redegjort grundig for søkeprosessen og databaser.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppe var TAU, ofte individuelle kognitiv-atferds-terapier, alternative behandlinger som gruppeterapier eller psykoedukasjon og ingen behandling. De 24 studiene ble karakterisert ved utgivelsesår, publisert/upublisert og type behandling. Utvalgenes størrelser varierte mellom 16 og 292 med et gjennomsnitt på 93 med flest studier hvor kun 3 studier har et antall under 50. Utvalgsbeskrivelser på kriminalitet, atferds- og rusproblem, alder og kjønn og etnisk tilhørighet. Studien har klare inkluderingskriterier. Familierapiene er strukturerte og delvis manualbaserte. Forskerne har gjort flere analyser for å identifisere publiseringsskjevhet og tatt med upubliserte studier som ellers oppfyller inkluderingskravene. De har analysert både for å se etter enkeltstudier som vekter for mye, og analysert primær og sekundær effekter for å se hvordan ulike variabler påvirker resultatet.

7. Littell, J. H., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2009). Multisystemic Therapi for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10 – 17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009. 4.utg.

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å legge frem nøytrale anslag over resultater av MST-behandling i forhold til plassering utenfor hjemmet, kriminalitet og lovbrudd, atferdsmessige og psykososiale forhold for ungdommene og familiene. Littell og medarbeidere gjorde en metaanalyse av 8 RCT-studier hvor kontrollgruppene fikk TAU, individualterapi eller ingen behandling. I studien ble det gjort sammenlignende analyser, effekt av type behandling ble utforsket. Resultatene av den strengere intent-to-treat analysen viser ingen signifikant forskjell mellom MST- og TAU-behandling med hensyn på plassering utenfor hjemmet, arrestasjoner eller domfellelse. Det blir uklart hvorvidt MST er bedre enn andre behandlingsmetoder, men MST har ikke skadelig effekt. Det er en styrke ved

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

artikkelen at forskerne ikke har tilknytning til MST Services og at de inkluderer upublisert materiale for å motvirke publiseringsskjevheter.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppe var TAU, individuelle terapier og ingen behandling.

De 8 studiene ble karakterisert ved utgivelsesår, metode, deltakere, behandlingstiltak og resultater. Utvalgenes størrelse var totalt 1275 ungdommer og utvalgene varierte mellom 16 og 409 med et gjennomsnitt på 159. Utvalgsbeskrivelser varierte i den enkelte studie med karakteristika som kriminalitet, atferds- og rusproblem, psykisk helse og familiefungering, alder og kjønn, etnisk tilhørighet og inkluderingskriterier. Det ble gjort justeringer for små utvalg, multivariate analyser og undersøkt for publiseringsskjevheter ved å ta med upubliserte studier som ellers oppfyller kravene til studiene. Resultater hvor også studier av varierende kvalitet inkluderes viser tendens til å favorisere MST. Forskerne har gjort intent-to-treat analyse, og de fleste av studiene hadde oppfølgingsdata som varierte mellom noen måneder og 4 år.

8. Woolfenden, S., Williams, K. J., Peat, J. (2009). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency age 10 – 17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* . utg.2.

Oppsummering: Forskningsspørsmålet var å fastslå hvorvidt familie- og foreldreintervensjoner bedrer ungdommens atferd, foreldreutøvelsen og foreldres psykiske helse, familierelasjoner og om det registreres vedvarende bedret psykososial effekt hos ungdommen. Woolfenden og medarbeidere gjorde en metastudie av 8 RCT-studier av Foreldretrening, Foreldreterapi, Multi-dimensional intervention Foster Care (MTFC) og MST hvor kontrollgruppene fikk TAU, venteliste gruppe eller ingen behandling. Resultatene viste en signifikant reduksjon av plassering utenfor hjemmet i institusjon, reduksjon i risiko for re-arrestasjon og arrestasjoner 1 til 3 år etterpå, men på grunn av sprikende resultater må de tolkes med varsomhet. Studiene viste utilstrekkelig evidens for redusert risiko for fengsling, og ingen signifikant forskjell mellom gruppene ble funnet i forhold til psykososiale effekter

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

som familiefungering eller ungdommens atferd. Det er en styrke ved artikkelen at forskerne ikke har tilknytning til MST Services og at de beskriver tydelige inkluderingskriterier med mest mulig objektive størrelser som standardiserte sjekklister eller diagnoser. Det er en svakhet at inkluderingskriteriene blir sprikende med referanse til ulike rettssystemer og en svakhet at til dels dårlig kvalitet i studiene gir usikker tolkning.

Utvalgte kriterier: Kontrollgruppe var TAU, venteliste eller ingen behandling. Totalt 8 studier er beskrevet ved utgivelsesår, metode, deltakere, behandlingstiltak og resultater. Utvalgenes størrelser varierte mellom 30 og 176 med et gjennomsnitt på 93. Utvalgsbeskrivelser varierte mellom de enkelte studiene med karakteristika som atferds- og psykisk helseproblem, vennerelasjoner, skole-vansker og fremtidig arbeid og relasjonsbeskrivelser fra familien. Forskerne gjorde sammenlignende analyser, analyser av effekt av type behandling, multivariate analyser og de undersøkte for publiseringskjevhet. Familieterapiene er strukturerte og delvis manualbaserte. Studiene hadde ikke inten-to-treat analyser. De fleste av studiene hadde oppfølgingsdata som varierte mellom noen måneder og 4 år.

Diskusjon

Hovedmålet med gjennomgangen av forskningsartiklene var å få en oversikt over hva som sies om behandlingseffekt av MST for ungdom med atferdsproblemer.

Et sammenfallende trekk i alle studiene er at det etterspørres flere studier, og argumenteres for at grunnlaget er for sprikende og utvalget ofte for smått til at funnene kan generaliseres. Ulike utvalgskriterier og beskrivelser kan avspeile ulike oppfatning av hvordan man måler endring og effekt? Diskusjonen videre tar utgangspunkt i de 5 utvalgte kriterieområdene fra diskusjonen om empirisk støttede studier.

I spørsmålet om kontrollgrupper har nesten alle studiene TAU som kontrollgruppe. TAU kan være mange ulike behandlinger. Sundell et al. (2008) tar dette opp som en av flere

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

forklaringshypoteser når deres studie ikke viser signifikant bedre resultat for MST enn for TAU, mens mange amerikanske studier gjør det. Svensk barnevern er i sin alminnelighet nærmiljøbasert med fokus på familien og konteksten rundt ungdommen, til forskjell fra i USA hvor det er vanlig med individuell oppfølging fra en ungdomsdomstol. Hypotesen illustrerer at man kan få ulike resultater utfra hvem man sammenligner med. I oppgaven har forskningsartiklene i liten grad spesifisert TAU behandlingen. Unntaket er Sawyer og Borduin (2011) som redegjør for den individuelle terapien som ble gitt kontrollgruppen i den opprinnelige klinikk-studien.

Statistikken viser at ungdom kan vokse seg ut av atferdsproblemer som kriminalitet uten behandling. Det kan derfor være at behandling A er bedre enn behandling B, men at en ikke vet om behandling A gir bedre livsløp enn uten behandling. Studiene i denne oppgaven har i varierende grad ingen behandling som kontrollgruppe, men har ikke kommentert mulighetene for forskningshypoteser som kan ligge i sammenligning med denne gruppen.

Små utvalgspopulasjoner gir svak generalisering av resultateffektene. Antallet er godt over 50 i alle enkeltstudiene, selv om den svenske undersøkelsen hadde høyt frafall og endte med rundt 50 ungdommer (Sundell et al., 2008). I metaanalyser blir det ofte problematisert at det er for mange små utvalgsgrupper til å kunne generalisere resultatene (Baldwin et al., 2012; Bloom et al., 2009; Littell et al., 2009). Dette er et problem i oversikten fra Halvorsen et al. (2005) over forskningsoppsummeringer, men ikke i særlig grad i de 3 metaanalysene.

Chambless og Hollon (1998) peker på den varierende kvaliteten i studiene som inkluderes i metaanalysene som et vel så stort generaliseringsproblem som antallet i utvalgsgruppene. Spesifikke utvalgsriterier er ikke gjengitt eller de er beskrevet for dårlig, noe som er en av konklusjonene i metaanalysen til Woolfenden og medarbeidere (2009), hvor de etterlyser utviklingen av tydelige og spesifikke inkluderingsriterier også for dem som ikke er registrert i rettssystemet ved bruk av kartleggingsverktøy som er internasjonalt anerkjent.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Forskerne i de 4 enkeltstudiene i denne oppgaven har brukt internasjonalt anerkjente kartleggingsskjema inklusive bruk av diagnoser for å oppnå mest mulig enhetlig utvalgspopulasjon. Jo større utvalg av studier, jo mer sannsynlig er det å finne studier fra sammen behandlingstiltak med overensstemmende utvalgspopulasjon. Økt utbredelse av RCT-studier og andre empiriske studier kan føre til bedre metaanalyser.

På den annen side er det ikke tilstrekkelig med enhetlige og store nok populasjonsutvalg for å kunne trekke generelle konklusjoner om behandlingens effektivitet. Kunnskap om utøvelsen av behandlingen er særlig viktig i sammensatte behandlinger som MST. Ved høy behandlingslojalitet vil gruppene være sammenlignbare, ved lav vil sammenligning være vanskeligere. Et eksempel på dette er den norske studien (Ogden & Halliday-Boykins, 2004) hvor 1 av 4 team fikk dårlige resultater relatert til svak behandlingslojalitet, og derfor ble byttet ut med et nytt behandlingsteam. Begrunnelsen var å opprettholde ekstern validitet. Den svenske studien (Sundell et al., 2008) rapporterer om til dels dårlig behandlingslojalitet av MST-terapeutene, og forklarer høy frafallsprosent og det manglende positive resultatet med dette. Det er funnet sammenheng mellom behandlingslojalitet i forhold til terapiutøvelse og resultateffekt av behandling (Ogden et al., 2009; Schoenwald, 2008; Schoenwald, Chapman, Sheidow & Carter, 2009). Bloom et al. (2009) fremhever enkeltsubjekt studier med klar behandlingsmanual som det fremste designet til å sikre faktisk kunnskap om hva som skjer av terapeutisk utøvelse og sammenhengen med oppnådd behandlingseffekt hos klienten, mens Sawyer og Borduin (2011) viser hvordan behandlingslojalitet utøves i en kompleks MST-behandling.

Bean (i Baldwin et al., 2012) drøfter med bakgrunn i metaanalysen hvordan flere manualbaserte familierapier kan inneholde samme effektive terapi-elementer hvor et forskerspørsmål er i forhold til hvilke type resultater har familierapier størst effekt. Sawyer og Borduin (2011) har i sin studie stilt samme spørsmål. I oppfølgingsstudien nesten 22 år

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

etter opprinnelig behandling har de utvidet data innhenting fra tidligere politi og domstol (Shaeffer & Borduin, 2005), til også å komme fra sivile domstoler. Hensikten var å innhente data som er relevante for livskvalitet i familie- og arbeidslivet.

Avsluttende merknader

Oppsummert viser de 8 artiklene til mye samlet forskning hvor det ikke er funnet skadelige effekter av MST-behandling. Det er funnet varierende grad av positiv behandlingseffekt. Det er også funnet positiv behandlingseffekt hos andre empirisk støttede familieterapi-programmer enn MST. 2 av de 3 metaanalysene har tatt med upubliserte studier som ellers oppfyller inkluderingskriteriene, og slik unngått publiseringskjevhet ved ikke bare å ta med publiserte og kanskje positive studier. Ved å se nærmere på kriterier og standarder for evalueringsstudier med RCT som gullstandard, blir det åpenbart at selv om forskningen bidrar sterkt til fremveksten og utviklingen av empirisk støttede behandlingsmetoder som MST, avdekker den også hvor vanskelig det er å tolke resultatene.

Det er viktig for klientene at utvikles stadig bedre behandlingsmetoder. Det er også viktig at disse er tilgjengelige. Det er et dilemma at grundig forskning over tid, slik MST Services gjør, også har det resultat at hele behandlingspakker blir utviklet hvor det er dyrt å utdanne og holde i gang terapeuter. Kostnadsaspektet kan lett føre til mer utilgjengelig behandling.

Det synes vanskelig å kreve at all evalueringsforskning av empirisk støttede behandlinger skal foregå likt, men det må være riktig å utvikle mer robuste og målbare størrelser og beskrivelser for å sikre et sammenligningsgrunnlag. Atferdsanalyse er et godt utgangspunkt for dette.

Referanse

- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner: Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R., Bean, R. (2012). The Effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 38(1). 281 – 304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
- Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2009). *Et kunnskapsbasert barnevern: Strategi for FoU-arbeidet i Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2009-2012*. Oslo: Departementet. Hentet fra <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Forskning%20og%20utvikling/FoU-strategi%202009-2012>
- Biglan, A., & Ogden, T. (2008). The Evolution of Evidence-based Practices. *European Journal of Behavior Analysis*, 9(1), 81–95. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066513>
- Bloom, M., Fisher, J. & Orme, J. (2009). *Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional* (6 utg.). Boston: Allyn and Bacon.
- Chambless, D.L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L.E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ...Woody, S. R (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3 - 16. Hentet fra <http://www.essentia.fr/blog/wp-content/uploads/2011/09/CHAMBLESS-UPDATE-ON-EMPIRICALLY-1998.pdf>
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(1) 7 - 18. doi:[10.1037/0022-006X.66.1.7](https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7)
- Halvorsen, A., Jensen, R., Kvåle, G. & Sagatun, S. (2005). *Systematisk oversikt over forskningsoppsummeringer om effekter av ulike hjemmebaserte tiltak i barnevernet*. Kristiansand: UiA. Hentet fra <http://ask.bibsys.no/ask/action/show>
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. (2. utg.). New York: The Guilford Press.
- Higa, C. K. & Chorpita, B. F. (2008). Evidence-Based Therapies: Translating Research into Practice. I Higa, C. K. & Chorpita, B. F. *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescent*. 45 - 61. US: Springer.
- Littell, J. H., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2009). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10 – 17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009. (4.utg.). doi:10.1002/14651858.CD004797.
- NOU 1995: 23. (1995). Barnefaglige sakkyndighetsoppgaver: Rolleutforming og kvalitetssikring. Hentet fra

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

<http://www.regjeringen.no/nm/dep/bld/Dokument/nou-ar/1995/nou-1995-23>

NOU 2000:12. (2000). Barnevernet i Norge: Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nm/dep/bld/Dokument/nou-ar/2000/nou-2000-12>

Ogden, T., Christensen, B., Sheidow, A. J. & Holth, P. (2008). Bridging the Gap Between Science and Practice: The Effective Nationwide Transport of MST Programs in Norway. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 17(3), 93 - 109.

Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E. & Christensen, B. (2009). Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth. *Research on Social Work Practice*. 19(5). 582 - 591. doi:10.1177/1049731509335530

Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health Volume*. 9(2). 77-83. Doi:10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x

Ollendick, T. H. & King, N. J. (2004). Empirically Supported Treatments for Children and Adolescents: Advances Toward Evidence-Based Practice. I Barrett, P., M. & Ollendick, T. H. (Red.), *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. 3 – 25. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.

Rosen, G. M. & Davison, G. C. (2003). Psychology Should List Empirically Supported Principles of Change (ESPs) and Not Credential Trademarked Therapies or Other Treatment Packages. *Behavior Modification*. 27(3), 300 – 312. doi:10.1177/0145445503253829

Rønnestad, M. H. (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. 39 - 63. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Sawyer, A.M & Borduin, C.M. (2011). Effects of Multisystemic Therapy Through Midlife: A 21.9 – Year Follow-Up to a Randomized Clinical Trial With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79(5). 643 – 652. doi:10.1037/a0024862

Schoenwald, S. K. (2008). Toward Evidence-Based Transport of Evidence-Based Treatments: MST as an Example. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 17(3). 69 - 91. [doi:10.1080/15470650802071671](https://doi.org/10.1080/15470650802071671)

Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J. & Carter, R. E. (2009). Long-Term Youth Criminal Outcomes in MST Transport: The Impact of Therapist Adherence and Organizational Climate and Structure. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 38(1). 91 - 105. Hentet fra <http://10.1080/15374410802575388>

Schoenwald, S. K., Heiblum, N., Saldana, L., Henggeler, S. W. (2008). The International

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Implementation of Multisystemic Therapy. *Evaluation & the Health Professions*. 31(2). doi:[10.1177/0163278708315925](https://doi.org/10.1177/0163278708315925)

Shaeffer, S.M. & Borduin, C.M. (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(3). 445 – 453. doi:10.1037/0022-006X.73.3.445

Society of Clinical Psychology (udatert). Hentet fra <http://www.psychologicaltreatments.org>

Society of Clinical Psychology, Division 12 of the American Psychological Association (udatert). Hentet fra <http://www.div12.org/empirically-supported-treatments/>

St.meld. nr. 39 (1995 – 1996). (1996). *Om barnevernet*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nr/dep/bld/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19951996/st-meld-nr-39_1995-96

St.meld. nr. 40 (2001 – 2002). (2002). *Om barne og ungdomsvernet*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nr/dep/bld/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/2001-2002/stmeld-nr-40-2001-2002>

Sundell, K., Løfholm, C. A., Gustle, L-H., Hansson, K., Olsson, T. & Kadesjø, C. (2008) The transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disorder Youths. *Journal of Family Psychology*. 22(3) 550 – 560. doi:10.1037/a0012790

The Campbell Collaboration Library of Systematic Reviews. (udatert). *The Campbell Library*. Hentet fra <http://www.campbellcollaboration.org/Library>

The Cochrane Collaboration. (udatert). *Cochrane Reviews*. Hentet fra <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>

Ungsinn. (udatert). *Klassifisering: tabeller for evidensnivå og dokumentasjonsgrad*. Hentet fra <http://ungsinn.uit.no>

Woolfenden, S., Williams, K. J. Peat, J. (2009). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency age 10 – 17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (utg.2). doi:10.1002/14651858.CD003015.

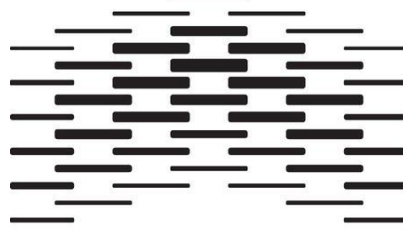
MASTEROPPGAVE

Læring i Komplekse systemer med fordypning i ledelse i komplekse systemer Høsten 2013

Artikkel 2: Behandlingseffekt av Multisystemisk terapi (MST):
En evalueringsstudie

Kirsten Thorstensen

Fakultet for helsefag
Avdeling for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammendrag

142 ungdommer mottok i løpet av 6 år og 3 måneder MST-behandling fra samme MST-enhet. MST er en metode for familie- og nærmiljøbasert behandling av unge med atferdsvansker. Det brukes empirisk baserte tilnæringsmåter som atferdsterapi, kognitiv terapi, strukturell og strategisk familieterapi sammen med intervensjoner i familie, vennemiljø og skole. Ungdommene har sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vansker som inkluderer problemer innen kriminalitet, rusmiddelmisbruk og regelbrudd hjemme og på skole, med en slik alvorlighetsgrad at de står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet eller er i ferd med å utvikle slik risiko.

80 % av ungdommene gjennomførte behandlingen og hadde en måloppnåelse ved avslutning på gjennomsnittlig 80 % når det gjelder å gå på skole eller jobb, være lovlige og rusfrie og ikke bruke vold. Ungdommene hadde en gjennomsnittlig forbedring i atferd innenfor måleområdene på 51 %.

Ved hjelp av statistiske analyser av materialet fremkommer ulike forskjeller i utvalget. Det er stor likhet mellom kjønn, men ulikheter etter alder både med hensyn til grad av atferdsvanske før behandling og fullføring av behandlingen. Ungdommene som fullfører behandlingen viser liten forskjell i oppnådd resultat uavhengig av ulikheter før behandling.

Gjennomgang av materialet viser at det kan være vanskelig å finne gode inkluderingsbeskrivelser og målevariabler. Det er sentralt for forskning å ha kontroll på utvalget, handlinger eller behandling som utvalget utsettes for, og måleenhetene for å kunne sammenligne.

Nøkkelord: Atferdsvansker, MST, evalueringsstudie, validitet, inkluderings- og målekriterier

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

På 1990-tallet var det en økt offentlig oppmerksomhet på gruppen atferdsvanskelig ungdom med krav om kontroll utøvd av barnevernet. Ungdomsgjenger og kriminalitet preget tidvis nyhetsbildet. Gjennom historien finner vi lignende samfunnsdebatter angående barn. Ved forrige århundreskifte gjaldt det fattigdom og kriminalitet og på 1950- og 60-tallet unge gutters ordensforstyrrelser og ugifte jenters promiskuitet. Samfunnsfenomenene utfordret datidens normer og de ble diskutert i forhold til straff hvor tiltakene ble plassert i institusjon. På 1960 tallet ble det til da strengeste tiltaket prøvd ut på Berg arbeidsskole hvor ungdommene gjennom domstol og barnevern ble dømt til rehabiliteringsopphold. Berg arbeidsskole ble etter få år avviklet med en påfølgende diskusjon mellom sosialdepartement og justisdepartement om hvor ansvaret for atferdsvanskelige og kriminelle ungdommer skulle ligge (Bødal, 1969; Dahl, 1992; Ericsson, 1996).

Ved heving av den kriminelle lavalder i 1990, ble ansvaret plassert i barnevernet. Institusjonene vokste frem i stor fart, men resultatene uteble. Tvert i mot ble det registrert en betydelig negativ smitte effekt mellom ungdom med alvorlige atferdsvansker (Andreassen, 2003). Som en følge av dette fikk Noregs forskningsråd i 1997: « i oppgave frå Barne- og familiedepartementet å arrangere ein konferanse om nasjonal og internasjonal forskning omkring årsaksforhold, behandlingsmetodar og resultat av ulike tenestar og tiltak for barn og unge som er spesielt vanskelege og utagerande» (St.meld. nr. 40. 2001-2002. s.136). Konferansen førte til at evidensbaserte behandlingsprogrammer med klart beskrevet teoretisk fundament og som fokuserte på barnet i dets kontekst som hjemme-, skole- og nærmiljøarenaer med tilhørende evaluerings-forskning, ble innkjøpt fra USA og implementert som et sentralt tilbud.

Atferdsvanskelig ungdom har vært en utfordring for samfunnet de siste 150 år. En oppfatning som har dominert innen kriminologien er at alvorlige atferdsvansker, kriminalitet eller avvik har sin årsak i sosiokulturelle og økonomiske forhold (se for eksempel Cohen,

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

1979; Finstad & Høigård, 1997). «Empirisk litteratur støtter sterkt at kriminell atferd er multideterminert av gjensidig samspill mellom trekk ved individet og viktige sosiale systemer» (Andreassen, 2003, s. 242). På 1970 og 80-tallet var fokus på tidligdebutantenes ulike miljøfaktorer (Ericsson, Lundby & Rudberg, 1985; Blagg & Smith, 1989), mens det gjennom siste ti-år har vært et individualisert fokus på manglende prososiale ferdigheter, karakterisert ved aggressiv atferd og nevropsykologiske dysfunksjoner som ADHD og andre diagnoser (Andreassen, 2003). Svært ofte har ungdommen også psykososiale vansker. Dette kan være individuelle psykiske vansker eller diagnoser, det kan være det klima ungdommen lever i hjemme med foreldre som selv har psykososiale vansker, eller det kan være ødeleggende vennemiljø. Hos ungdommen gir dette seg uttrykk som angst, depresjon, lavt selvbilde, irritabilitet og hissighet, impulsivitet og uro, usosial atferd og dårlig evne til problemløsning for å nevne noe av det mest vanlige (NOU 2012: 5, 2012).

Kriminologisk forskning peker på to grupper innenfor ungdom med atferdsvansker og kriminalitet. Individuer med tidlig debut er mest risikoutsatt for å ende som voksne kriminelle, og individer med sen debut vokser det av seg (Kvavsgaard, 1985).

Behandling virker best på ungdom med tidlig debut av problematferd og alvorlig og vedvarende problematikk. Institusjonsbehandling virker negativt når problematferden ser ut til å være aldersrelatert med autoritetsopprør og spenningssøking. Dette settes i sammenheng med stemplings- og smitteeffekter (Andreassen, 2003; Becker, 1963). Resultatene i en systematisk gjennomgang av forskning på det formelle straffesystemets virkning på ungdomskriminelle fra Campbell Collaboration (Petrosino, Turpin-Petrosino & Guckenburg, 2010), viser at all formell straff gir negative resultater unntatt for førstegangskriminelle. Petrosino et. al. finner også at resultatene for dem som fikk andre intensive behandlingstiltak ikke var klart positive og de stiller spørsmål om stempelingseffekter og negativ identifikasjon.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

De spør også om effektmålene er gode nok, da enkelte av programmene antas å ha positive resultater (Petrosino et al., 2010).

Bronfenbrenners økologiske miljømodell fikk en sentral plass i utviklingen av behandlingstilbudet på 1980-tallet (Bø, 1989). Individet ble sett i en kontekst med flere nivå i samfunnsstrukturen. Innenfor det komplekse systemet var relasjoner, roller og aktiviteter viktige. Fokus ble flyttet fra individ til system.

I multisystemisk terapi (MST), et statlig prioritert behandlingsprogram i barneverntjenesten, er tilnærmingen multisystemisk. Heller enn en lineær forståelse legges det vekt på kompleksitet, og teorien om sosial økologi danner et fundament sammen med MSTs teori om endring som har klare forbindelser til atferdsanalysen (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2009).

I det følgende vil oppfølgingsdata fra 142 ungdommer som har mottatt MST-behandling i perioden 2003 til 2009, bli analysert for å vurdere resultateffekt av behandlingen. MST Agder ga meg tilgang til et anonymisert datamateriale fra alle saker over et tidsrom på 6 år og 4 måneder. For hver sak er det registrert data som omfatter kjønn, alder ved start, alvorlighetsgrad av atferdsvansker, behandlingens lengde og fullført behandling. Hver sak er registrert med ja/nei svar for variablene *bor hjemme*, *går på skole/jobb*, *lovlydig*, *rusfri* og *avstår fra vold*. Jeg vil se på ulikheter i utvalget sammenholdt med resultateffekt. I tillegg vil jeg se på hvorvidt kjennetegn ved utvalget kan si noe om utvalget er i overensstemmelse med målgruppen. I sær ved gjennomgang av validitet, men også i drøfting av analysene vil standarder for inkluderingsbeskrivelser og målevariabler i studier av empirisk støttede behandlinger bli vektlagt.

MST

MST er en metode for familie- og nærmiljøbasert behandling av unge med atferdsvansker. Det brukes empirisk baserte tilnæringsmåter som atferdsterapi, kognitiv

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

terapi, strukturell og strategisk familieterapi sammen med intervensjoner i familie, vennemiljø og skole. Ungdommene har sosiale, emosjonelle og atferdsmessige som inkluderer problemer innen kriminalitet, rusmiddelmisbruk og regelbrudd hjemme og på skole, med en slik alvorlighetsgrad at de står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet eller er i ferd med å utvikle slik risiko. MST Services har utviklet og forsket på MST-teorier om endring hvor det er sentralt at foreldrene må ta ansvar for å endre betingelsene rundt ungdommen på når det gjelder skole, venner og nærmiljø, for å skape en endret atferd hos ungdommen. (Henggeler et al., 2009; Littell, Campbell, Green & Toews, 2009.).

For å sikre en virksom implementering ble det utviklet en modell som omfavnet alle nivå fra terapeut til utviklere og eierskap av behandlingsmetoden. På terapeutnivå starter treningen av nye terapeuter med 5 dagers undervisning med sertifiserte konsulenter fra MST. Terapeuten arbeider i team på 3-5 med leder. I teamet gis ukentlig veiledning fra leder i den enkelte sak i tillegg til konsultasjon fra MST-konsulent knyttet til Atferdssenteret, hvor det benyttes standardiserte skriftlige oppsett. Det arrangeres flere faglige boostere i året, for å nevne noen hovedtiltak som har til hensikt å bidra til kontroll, faglig dyktiggjøring og utvikling i implementeringen av MST (Henggeler et al., 2009; Schoenwald, 2008).

Terapeutens lojalitet (therapist adherence) mot behandlingsprogrammet og de mål som settes, måles jevnlig ved bruk av et skriftlig spørreskjema. En studie med 1979 ungdommer og familier som ble behandlet av 429 terapeuter fordelt over 45 MST-tiltak, viste at terapeut-lojalitet som variabel predikerte signifikant lavere grad av siktelser for kriminalitet, og forfatterne av denne studien antar at lojalitet til manualen er sentralt i å implementere behandlingsmetoden utenfor kontrollerte kliniske betingelser (Schoenwald, Chapman, Sheidow & Carter, 2009).

Målgruppen

Barnevernet opplever en stadig økning i antall saker selv om veksten på 2 % siste år er noe svakere enn foregående år. Av tiltakene innenfor barnevernet er frivillige hjelpetiltak tallmessig størst. 83 % av barna får denne hjelpen. Plasseringer utenfor hjemmet er det tiltaket som har den største veksten med 6 %. Flere barn som er plassert flytter, hele 12 % flere enn året før. 42 % av dem som flytter en eller flere ganger, er i alderen 13 til 17 år. Det er altså en stadig økning i plassering utenfor hjemmet og barnevernet strever med stabile tiltak til aldersgruppen 13 til 17 år (Statistisk sentralbyrå, 2013).

Det er ønskelig og nødvendig for barnevernet å forebygge omsorgsovertagelse og plassering utenfor hjemmet gjennom gode hjelpetiltak. MST er det statlige barnevernets hovedsatsning for aldersgruppen 13 -18 år med alvorlige atferdsproblemer.

Det er en forutsetning for å kunne lykkes med implementeringen av en behandlingsmetode at en kjenner feltet den skal implementeres i. Det samme gjelder ved evaluering og analysering av et evalueringsmateriale.

Kriminalstatistikken gjennom de siste 100 år viser en lavere kriminalitet i voksen alder og barnealder enn i ungdomsalder (Høigård & Balvig, 1988). Aldersspenn innen ungdomsalder med høyest registrert kriminalitet, varierer noe, men det har i mange tiår vært slik at det er 18 – 29 åringene som har flest siktelsler og lovbrudd med 18 - 20 åringene som de mest aktive. Både aktivitet og type kriminalitet varierer. Når det gjelder ungdommene selv så er trolig de funn som ble gjort i Gladsaxe-undersøkelsen representative, hvor engangskriminelle utgjorde $\frac{3}{4}$ av ungdomsgruppen som sto for $\frac{1}{4}$ av all kriminalitet begått av aldersgruppen (Kyvsgaard, 1985; Petrosino et al., 2010). Kriminalstatistikken fra 1970 til 1995 viser økt antall siktelsler for 16- og 17-åringene, mens det er nedgang for de yngre gruppene (Dullum, 1997). Hovedbildet er fremdeles markert nedgang for barn og ungdom under 17 år, og en markert økning for voksne over 30 år. Nedgangen blant de yngste skyldes

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

trolig at en del forseelser som for eksempel nasking er avkriminalisert og i denne gruppen dominerer vinningskriminalitet. Hos de unge har voldskriminalitet, skadeverk og annen kriminalitet holdt seg jevnt med en topp rundt årtusenskiftet, mens narkotikalovbrudd og seksuallovbrudd har økt siste tiår. Lovbruddene hos de eldste unge er dominert av narkotika-, trafikk- og vinningskriminalitet (Stene & Lid, 2013). Det er altså en forhøyet kriminell aktivitet i ungdomsalder sett i et livsperspektiv, og de alvorligste sakene og gjentakelseskriminaliteten utøves av et mindretall av unge som siktes eller dømmes.

Mange av ungdommene i MSTs målgruppe, vil i sitt voksne liv være uten fast arbeid, være stønadsmottakere, være storbrukere av somatisk og psykiatriske helseinstitusjoner, og ha rusproblemer, gjentatte arrestasjoner og opphold i fengsel. De vil flytte ofte, ha brutte familieliv, ha lite sosialt nettverk og føre problemene videre til neste generasjon (NOU 2012: 5, 2012).

Marginalisert ungdom, her forstått som ungdom som står utenfor arbeidslivet og ikke deltar i noen form for vanlig utdanningsløp (Sivertstøl, 2013, s. 148) har en risikoutsatt start på det voksne livet. I følge Statistisk sentralbyrå starter ca. 97 % av ungdommene på videregående utdanning etter ungdomsskolen. 30 % av disse har fremdeles ingen formell kompetanse etter 5 år, og 20 % har ingen etter 10 år. I aldersgruppen 16 – 30 år står i underkant av 7 % utenfor arbeidslivet, og går heller ikke på skole. De yngste har størst risiko for å bli marginalisert og kommer i større grad fra familier som mottar sosialhjelp, mangler yrkestilknyttede voksne og har lav husholdningsinntekt. Aldri før har så mange unge vært uføre, oftest av forskjellige psykiske lidelser (Sivertstøl, 2013).

Dette gir et bilde av den del av ungdomsbefolkningen som ikke klarer å fullføre utdannelsen eller stå i fast jobb, har rus- og psykiske problemer, er i kontakt med politi for lovbrudd og blir uføretrygdet, og hvor utviklingen ikke har blitt bedre de siste tiårene.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Levekårsundersøkelsen for ungdom fremholder sosial kapital som en sentral ressurs for å motvirke marginalisering. Sosial kapital er her forstått som mellommenneskelig tillit, ulike former for nettverk og tilgang til ressurser i disse nettverkene (Sandnes, 2013 s. 243)

Målgruppen for MST-behandling, og dermed for evalueringen, er som beskrevet en uensartet gruppe med flere karakteristika. Det er ungdom med alvorlige atferdsproblemer som er i risikozonen for utvikling eller videreutvikling av kriminalitet, frafall fra skolen eller jobb, viser asosial atferd som trusler, vold og rus og har psykiske problemer. Ungdommene har oftest problemer med egen familie og med autoriteter som lærere eller politi-, og de tilhører negative vennemiljøer. De deltar i få positive aktiviteter, og mangler positiv tilknytning til storsamfunnet. Sammenlignet med gjennomsnittsungdommen har de familier som oftere er fattige, og delvis lever av trygdeytelser, har lav utdanning, foreldre er skilt/steforeldre og foreldre har selv dårlig psykisk helse (Andreassen, 2003; Littell et al., 2009).

Metode

MST er en empirisk støttet behandlingsmetode hvor empirisk forskning har innflytelse på teoriutvikling og hvor veiledning, konsultasjon og målinger av terapeutarbeidet skal sikre at behandlingsprogrammet blir best mulig implementert (Biglan & Ogden, 2008; Hagen & Ogden, 2006; Ogden, Hagen, Askeland & Christensen, 2009).

Materialet omhandler 142 ungdommer og er hentet fra et evalueringsarbeid som MST-Agder har utført. Dataene er samlet inn over en periode på 6 år og 3 måneder. Designen er en pretest-posttest-design med en gruppe som måles umiddelbart før og etter behandling. Innsamlingen er gjort i henhold til Atferdssenterets prosedyrer for evalueringsarbeid.

Det vil bli brukt en kvantitativ metode for statistisk bearbeiding av materialet. Kvantitative metoder bruker talldata for beskrivelse av virkeligheten.

Etisk standard

Personvernombudet anser at materialet som denne oppgaven bygger på, er et på forhånd anonymisert materiale, og at studenten ikke håndterer eller lagrer noe med personvern behov. Datamaterialet er anonymisert av en MST-enhet, som også står for at håndteringen av spørsmål vedrørende samtykke, oppbevaring, tilbakemelding etc. er etiske forsvarlig.

Datamaterialet

MST er et frivillig hjelpetiltak og den lokale barneverntjeneste henviser med frivillig samtykke fra ungdom og foreldre.

Alvorlige atferdsproblemer er av en slik karakter at ungdommens situasjon er svært vanskelig for omgivelsene og ungdommens fremtid påvirkes negativt. Atferden vurderes ut fra normbryting og ulovlige handlinger, vold og truende aggresjon, rusmiddelbruk og frafall fra skole eller arbeidsliv. Sakene er registrert ved måling av grad av atferdsvansker.¹

Registreringer ved oppstart av behandling er gjort på grunnlag av innsøkningsmaterialet i den enkelte sak. For å sikre at behandlingen blir rettet mot ungdom med store atferdsvansker, kartlegges søkere før inntak over flere livsarenaer som familien, skole eller jobb og fritids- og venneaktiviteter. Kartleggingen gjennomføres ved intervju skjema og samtale med foreldre og ungdom. Problematferdsvurdering blir gjort ved bruk av kartleggingsskjema som «The Child Behavior Checklist» (Achenbach 1991a), «Youth Self-Report» (Achenbach 1991b) og «Teacher Report Form» (Achenbach 1991c), som er internasjonalt anerkjente skjema til bruk i vitenskapelige studier (Hagen & Ogden, 2006).

Ungdommen og familien blir intervjuet over telefon av en uavhengig person ved 6, 12 og 18 måneder etter avslutning av behandling i en oppfølgingsevaluering.

MST-terapeutene arbeider i et team med inntil 3-4 medarbeidere. Terapeutene har høyere utdanning og har gjennomgått en skoleringsuke i MST. Behandlingsintegritet sikres

¹ Berg, Kari, personlig meddelelse, april 2012.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

gjennom ukentlige lokal veiledning og påfølgende sentral konsultasjon, der konsulenten arbeider utfra 9 MST-prinsipper for familiearbeid. Teamet arbeider svært systematisk med evalueringer av eget arbeid hver uke, hvor mål og delmål alltid er målbare størrelser.

Fremgang, tilbakegang eller stillstand blir presentert med faste oppsummeringer og analysert med MSTs analyseverktøy. For å kontrollere og videreutvikle terapeutens

behandlingslojalitet blir familien oppringt av en uavhengig person som gjennomfører et 26-punkts intervju om terapeutens lojalitet til MST-prinsippene (Therapist Adherence Measure, TAM). Terapeuten blir veiledet i egen fagutvikling på bakgrunn av TAM-skåringer

(Henggeler et. al, 2009). Alle 142 ungdommer i denne evalueringen har mottatt behandling i samme MST-enhet med høy stabilitet blant veiledere og terapeuter.

Registreringer:

Deltakere: 142 ungdommer som er registrert med kjønn og alder ved oppstart.

Alvorlighetsgrad av atferdsvansker er registrert med 3 kategorier; *innfrir barnevernloven § 4-24/26* som er lovhjemmel for å anbringe i institusjon, *i risiko for å utvikle/innfri barnevernloven § 4-24/26* og *annet/ikke så alvorlig*.

Behandlingslengde er målt i dager.

Fullført behandling er registrert med kategoriene; *ja*, *nei/fracfall/dropout*, *feilhenvisning*. I tillegg er det brukt kategoriene; *nei/plassering utenfor hjemmet*, *nei/flyttet*, *nei/administrativt overflyttet til annet team*, som i den statistiske behandlingen her er slått sammen med *nei/fracfall/dropout* da dette kun gjelder 3 saker. Kategorien *delvis måloppnåelse*, *sjekk kommentarfeltet* som gjelder 9 saker, er også slått sammen med *nei/fracfall/dropout*, *feilhenvisning*, slik at kategorien *ja* bare består av fullførte behandlinger. Denne evalueringen består derfor av 3 kategorier; *ja*, *nei/fracfall/dropout* og *feilhenvisning*.

Behandlingsresultatene er registrert på 5 variabler; *bor hjemme*, *går på skole/jobb*, *lovlydig*, *rusfri* og *avstår fra vold*. Registreringer på variablene er gjort før oppstart og etter avslutning

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

av behandling. Deretter er det gjort oppfølgingsregistreringer 6, 12 og 18 måneder etter endt behandling. Behandlingsresultatene er registrert med kategoriene *ja* og *nei* og *dropout*. I denne statistiske behandlingen er *dropout* slått sammen med *nei*, slik at det kun registreres 2 kategorier; *ja* og *nei*.

Kommentarfeltet inneholder korte kommentarer til 114 av de 142 sakene, hvilket utgjør 80 % av sakene. Kommentarene er skrevet av MST-veileder og er i første rekke ment å være opplysende i saken hvor de øvrige ja/nei svar ikke dekker informasjonsbehovet. Det kan for eksempel være et frafall etter 39 dager hvor kommentaren opplyser at *foreldre klarte ikke å få redusert atferden-*, eller en sak som har 3 nei-registreringer i forhold til lovlydighet og hvor kommentaren er *ungdomskontrakt røyk pga episode sist år eller fikk samfunnsstraff*. I rusregistreringer kan det kommenteres om forskjell på alkohol og andre rusmidler. Enkelte kommentarer synes ikke å ha en sammenheng med registreringene i saken. MST-veileder opplyser at tolkninger av registrert atferd og hvorvidt evalueringsskjema gir et dekkende bilde av atferden, alltid blir diskutert av veileder med Atferdssenteret. For eksempel kunne man diskutere om registrert voldsatferd bare skulle omfatte registrert utøvd atferd, eller inkludere en sterk pro-voldsholdning som kunne se ut til å bli holdt midlertidig i sjakk av MST-behandlingen, men trolig ville vende tilbake etter endt behandling. Her var avgjørelsen at kun registrert utøvd vold skulle registreres. Til sist nevnes at Atferdssenteret, i følge MST-veileder, ba om registrering i kommentarfeltet av etnisk tilhørighet gjennom innvandring eller adopsjon, da dette er av interesse, men ikke fremkommer annet sted.

MST-veileder ga informasjon om et mindre antall saker de første årene som ble tatt inn uten å oppfylle krav om alvorlige problemer på flere arenaer, etter drøfting og avtale med Atferdssenteret i den enkelte sak. Disse unntakene var aktuelle fordi det var mindre tilgang på saker/færre søknader, i motsetning til de siste årene hvor det var stor pågang av saker som oppfyller kravet om multisystemiske problemer. I starten var det mer fokus på å oppfylle

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

barnevernlovens § 4-24/26, mens det de senere år gis rom for en mer skjønnsmessig totalvurdering hvor kravet om alvorlige problemer på flere arenaer fremdeles står fast.

Veileder og Atferdssenteret mener en vesentlig forklaring på utflytting hjemmefra er aldersadekvat selvstendigjøring²

Statistisk behandling

Materialet fra MST-enheten var presentert i et Microsoft Excel dokument. Jeg la det inn i et SPSS program ved å lage en kodebok og registrere data i datamatriksen. De statistiske analysene er gjennomført i hovedsak i SPSS og fremstilt i tabeller. Enkelte analyser er utført i Excel og fremstilt i figurer og tabeller.

Resultater

Utvalget har en fordeling på 63 % gutter og 37 % jenter (Tabell 1). I den videre fremstilling vil alle prosenttall være avrundet til hele tall.

(Tabell 1 inn omtrent her)

Hovedtyngden fordeler seg på 14, 15 og 16-åringene med henholdsvis 28, 20 og 23 %. 12, 13 og 17-åringene fordeler seg alle med 10 %, mens 1 11-årig gutt utgjør 1 % (Tabell 2).

(Tabell 2 inn omtrent her)

Gjennomsnitt av alder er 14,63 år og det er flest 14-åringer i utvalget. Tallmessig er det like mange over og under 15 år (Tabell 3).

(Tabell 3 inn omtrent her)

² Berg, Kari, personlig meddelelse, april 2012.

Det er prosentvis flere av jentene enn av guttene som er representert i aldersgruppen 13, 14 og 15 år, med en differanse til guttene på henholdsvis 2 og 4 og 11 %. I aldersgruppen 16 år er representasjonen av kjønnsutvalgene prosentvis like med 23 og 23 %. Mens guttene har høyere representasjon i aldersgruppene 12 og 17 år enn jentene, med en differanse på henholdsvis 13 og 4 %. Det er altså ikke stor forskjell på hvordan guttene og jentene fordeler seg på alder hvor begge grupper har flest i alder 14 – 16 år. Jentene er litt mer konsentrert på aldersspennet 13 - 16 år, mens guttene har en større spredning med markerte fall ved 13 og 15 år (Tabell 4).

(Tabell 4 inn omtrent her)

Grad av atferdsvansker varierer i liten grad etter kjønn. Det er 6 % flere av guttene som har *risiko for plassering utenfor hjemmet* enn av jentene, og 5 % flere av jentene som *oppfyller krav til plassering utenfor hjemmet* (Tabell 5).

(Tabell 5 inn omtrent her)

Grad av atferdsvansker varierer etter alder. Utvalget med 14-åringene har flest med *alvorlige* atferdsvansker, hele 85 % og bare 10 med *risiko*. 13 og 16-åringene er like med ca. 78 % *alvorlige* og 22 % *risiko*. 17-åringene har 71 % *alvorlige* og 29 % *risiko*. 15-åringene har en lavere alvorlighetsgrad med 61 % *alvorlige* og 29 % *risiko* og 11 *ikke alvorlig*. 12-åringene har 43 % *alvorlige* og 43 % *risiko* og hele 14 % *ikke så alvorlige*. Oppsummert er det flest av 14-åringene med alvorlige atferdsproblemer, med 13- 16- og 17- åringene

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

følgende etter. 15-åringene skiller seg ut med 24 % færre i gruppen *alvorlige* sammenlignet med 14-åringene. 12-åringene er en blandet gruppe med under 50 % *alvorlige* (Tabell 6).

(Tabell 6 inn omtrent her)

Problematferden fordeler seg noe forskjellig hos ungdommene på registreringsvariablene; *bor hjemme, går på skole/jobb, er lovlydig, rusfri og avstår fra vold* etter kjønn og alder, før behandling (Tabell 7 og 8).

(Tabell 7 inn omtrent her)

(Tabell 8 inn omtrent her)

Det er bare en 11-åring, og på ham er det ikke registrert noen andre problemer enn at han ikke går på skolen. Denne 11-åringen vil ikke bli kommentert videre, da han er marginal.

Bor ikke hjemme: Litt flere jenter enn gutter bor ikke hjemme.

12-, 13- og 17- åringene bor alle hjemme. Blant 14-åringene er det 5 % som ikke bor hjemme, blant 15- åringene 14 % og blant 16-åringene 13 %.

Går ikke på skole/jobb: Det er like mange jenter og gutter som ikke går på skole.

Blant 12-åringene går 71 % ikke på skole. Så øker dette problemet for 13-åringene til 93 %.

Deretter faller det jevnt fra 87 % etter økende alder til 79 % hos 17-åringene.

Er ikke lovlydige: Det er flere av guttene (77 %) enn av jentene (60 %) som ikke er lovlydige.

50 % av 12-åringene er ikke lovlydige. Ca. 70 % av 13-, 14- 15- og 16-åringene er ikke lovlydige, mens 93 % av 17-åringene ikke er lovlydige.

Er ikke rusfrie: Det er flere av jentene (67 %) enn av guttene (55 %) som ruser seg.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

21 % av 12-åringene ruser seg. 54 % av 13-åringene ruser seg. 58 % av 14-åringene og 75 % av 15-åringene ruser seg. Det faller til 63 % for 16-åringene og øker til 71 % for 17-åringene.

Utøver vold: Det er flere av guttene (73 %) enn av jentene (59 %) som utøver vold.

71 % av 12-åringene og hele 93 % av 13-åringene utøver vold. Så faller det for 14-åringene til 69 %, for 15-åringene til 68 % og for 16-åringene til 66 % for å ende på 43 % for 17-åringene.

Behandlingslengden fordeler seg i utvalget med 8 % under 2 måneder og 8 % over 6 måneder. 38 % bruker 2 - 4 måneder og 46 % bruker 4 - 6 måneder.

Behandlingslengden fordeler seg i ved at i gruppen med *ikke så alvorlige* saker bruker 29 % av ungdommene 2 – 4 måneder og 43 % av ungdommene 4 – 6 måneder og 14 % over 6 måneder. Ved sammenligning av gruppene *risiko* og *oppfyller krav til plassering*, er det en overvekt på 11 % av dem med *risiko* som har en behandlingstid på 2 – 4 måneder, og det er en overvekt på 8 % av dem som *oppfyller kravene til plassering* som har en behandlingstid på 4 – 6 måneder (Tabell 9). Det er altså 57 % med *ikke så alvorlige*-saker, 47 % med *risiko*-saker, 56 % med *oppfyller krav til plassering*-saker som har over 4 måneders behandling, noe som er en liten overvekt med de alvorligste sakene i den lengste behandlingstiden. De minst alvorlige sakene utgjør bare 5 % av antallet saker og har slik mindre betydning.

(Tabell 9 inn omtrent her)

Jenter og gutter har gjennomsnittlig like lang behandlingstid med 125 dager hvor guttene har litt større spredning enn jentene (Tabell 10).

(Tabell 10 inn omtrent her)

Ved å se på behandlingstid i prosent for hvert kjønn, ser man at 40 % av guttene er i intervallet 2 – 4 måneder, mens 34 % av jentene er i samme intervall. 55 % av jentene er i intervallet 4 – 6, men 42 % av guttene er i samme intervall (Tabell 11). Jentene har sin høyeste konsentrasjon i 4 – 6 måneders intervallet, mens guttene fordeler seg likt fra 2 – 6 måneder.

(Tabell 11 inn omtrent her)

Behandlingstid analysert etter alder viser at flest 13- og 17-åringene bruker 2 – 4 måneder, med henholdsvis 50 og 65 %. 50 % av 12-åringene, 46 % av 14- og 15-åringene og 59 % av 16-åringene bruker mellom 4 – 6 måneder (Tabell 12). Det er uansett ikke stor forskjell mellom 2 – 4 måneder som representerer 38 % av utvalget og 4 – 6 måneder som representerer 47 % av utvalget.

(Tabell 12 inn omtrent her)

Hvem gjennomfører behandlingen målt etter alvorlighetsgrad av atferdsvansker? Totalt har 79 % av utvalget fullført behandlingen. Gruppen med *ikke så alvorlige* atferdsvansker gjennomfører 100 %. Gruppen med *risiko* gjennomfører 69 % og gruppen som *oppfyller krav til plassering* gjennomfører 81 %. Det er svært få feilhenvisinger med totalt 2 %. Det er høyest frafall med 28 % for gruppen med *risiko* mot 16 % i gruppen som *oppfyller krav til plassering* (Tabell 13). Bortsett fra den lille 5 % -gruppen med lite problemer, er det gruppen med de alvorligste problemene som har høyest gjennomføringsprosent.

(Tabell 13 inn omtrent her)

Det er nesten ikke forskjell på om jenter eller gutter fullfører behandlinger, faller fra eller er feilhenvist. Under ett prosentpoengs forskjell i hver gruppe (Tabell 14).

(Tabell 14 inn omtrent her)

Hvem gjennomfører behandlingen målt etter alder? 12-åringene har høyest fullført behandling med 93 % og 16-åringene som har lavest med 69 %. De resterende ligger rundt 80 % (Tabell 15).

(Tabell 15 inn omtrent her)

Behandlingsresultater viser at 93 % *bor hjemme* før behandling og 89 % etter behandling. Dette er eneste negative resultatet (Figur 1).

(Figur 1 inn omtrent her)

Det var 16 % som gikk på *skole eller jobb* før behandling og 77 % etter. Det var 30 % som var *lovlydige* før behandling og 83 % etter. Det var 40 % som var *rusfrie* før behandling og 81 % etter. Det var 32 % som var *voldsfrie* før behandling og 80 % etter (Tabell 16). Det er størst forbedring innenfor variabelen *skole/jobb* med 61 % og minst innenfor variabelen *rusfri* med 41 %. Variabelen *bor hjemme* er ikke medregnet i denne siste sammenligningen da den skiller seg markert ut.

(Tabell 16 inn omtrent her)

Det er forskjell på jenter og gutter i måloppnåelse etter behandlingen. I kategorien *bo hjemme* har er det 3 % færre av jentene som bor hjemme etter behandlingen, mens det er 1 % flere av guttene som bor hjemme etter behandlingen. I kategorien *går på skole/jobb* er det 10 % større fremgang i jentegruppa enn i guttegruppa. I kategorien *er lovlydig* er det 11 % større fremgang i guttegruppa enn jentegruppa. I kategorien *er rusfri* er det 8 % større fremgang i jentegruppa enn guttegruppa. I kategorien *avstår fra vold* er det ikke stor forskjell med bare 4 % større fremgang i guttegruppa, enn i jentegruppa (Tabell 17).

(Tabell 17 inn omtrent her)

Resultatene i oppfølgingsmålingene 6, 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling viser manglende data på 37 - 47 % på de enkelte målingsvariablene, mot 0 % manglende data før behandling og 4 % manglende data etter avsluttet behandling (Figur 2).

(Figur 2 inn omtrent her)

Valid Percent er en statistisk måling hvor kun de gyldige svarene er tatt med i beregningen. Gyldige svar er det samme som registrerte svar. *Valid Percent* er den fordelingen som presenteres sammen med *Total* som er antall registrerte svar (Johannessen, 2009, s. 77). *Manglende svar/Missing* er utelatt i *Valid Percent*. Dersom resultatene måles i *Valid Percent* i stedet for *Percent*, noe som er vanlig i statistisk presentasjon blir resultatet i oppfølgingsmålingene 6, 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling at mellom 80 og 88 % av utvalget fremdeles bor hjemme, går på skole/jobb, er lovlydige, ikke ruser seg og utøver ikke vold (Figur 3, se søylene: Valid %).

(Figur 3 inn omtrent her)

Dersom man inkluderer *manglende svar/Missing* i den statistiske analysen, blir resultatene i oppfølgingsmålingene 6 måneder etter avsluttet behandling, et markert fall ned mot 40 % på alle variablene. I målingene 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling stiger de noe opp mot rundt 50 %. Det er et fall på ca. 40 % på variabelen *bo hjemme* og ca. 30 % på variablene *skole/jobb*, *lovlydig*, *rusfri* og *voldsfri* (Figur 3, se søylene: %).

Validitet

Validitet betyr gyldighet (Skog, 2009,). Validitet er spørsmålet om en måler det en egentlig ønsket å måle. I denne oppgaven ønsker man å vite om MST-behandling har effekt; om den virker positivt på ungdommene som mottar behandlingen. Kan evalueringsmaterialet gi gyldig svar på om behandlingen har effekt? Validitet blir gjort rede for ved hjelp av ulike aspekter av begrepet som begrepsvaliditet, intern validitet, ekstern validitet og konklusjonsvaliditet.

Med begrepsvaliditet menes om man faktisk måler det man ønsket å måle med tilstrekkelig presisjon. Begrepet innholdsvaliditet angår spørsmålet om en har klart å operasjonalisere et teoretisk begrep med alt sitt innhold til en operasjonalisert enhet som er empirisk håndterlig og om utvalget er representativt (Ringdal, 2012). Eller kriterievaliditet som Skog (2009) snakker om, hvor man har funnet et mest mulig eksakt målekriterium for sammenligning av resultatet. I denne studien er målekriteriene tilsynelatende konkrete og eksakte; *bor hjemme*, *går på skole/jobb*, *lovlydig*, *rusfri* og *avstår fra vold*. En av intensjonene med MST-behandling er å forebygge at ungdommen flyttes ut av hjemmet og inn i institusjon. Variabelen *bor hjemme* trenger en tilleggs definisjon dersom intensjonen skal fanges opp. For eksempel at all bosetting som ikke er institusjon, nytt fosterhjem, eller annen form for akutt plassering i offentlig regi, registreres som *bor hjemme*. Dette kan være at ungdommen bor hos annen familie i forbindelse med skolegang eller bor hos kjæreste. Problemet med det

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

upresise kriteriet er illustrert i evalueringsmaterialet gjennom bruken av kommentarfelt hvor 39 kommentarer, som største kommentargruppe, går på bolig/flyttinger. *Går på skole/jobb* sier ingenting om dette er kompetansegivende opplæring eller ren oppbevaring i særskilte grupper eller individuelle opplegg. Det sier noe om hvorvidt ungdommen er aktiv på dagtid med et gjøremål som eventuelt virker regulerende på døgnrytme. Det kan være noe usikkert hva av behandlingseffekt som egentlig måles i denne variabelen. 7 kommentarer gjaldt jobb/skole. De tre variablene *lovlydig*, *rusfri* og *avstår fra vold* er definert ved ikke å ha noen registreringer hos politiet, og i tillegg gjennom egenrapportering og foreldrerapportering. Ungdom og foreldre kan av ulike årsaker ha interesse av å underrapportere. Dessuten kan det av og til være tvilstilfeller, noe 28 kommentarer knyttet til rus viser. Vold er i materialet definert som fysisk vold, men man kan stille spørsmål om denne smale definisjonen fanger alvorlig atferdsproblematikk i målgruppen for utvalget. Dessuten er både vold og rus ulovlig og dermed kan det være et spørsmål om hvilket målekriterium atferden skal registreres under. Det kan være vanskelig å svare et klart ja eller nei som er svaralternativene.

I komplekse behandlingsprogrammer kan det være vanskelig å skille ut effekter fra bevisste intervensjoner og utilsiktede eller ubevisste intervensjoner. Det kan være ulike påvirkningsvariabler som for eksempel i placeboeffekten eller Hawthorne-effekten. Hawthorne-effekten har sitt navn fra en studie hvor økt effektivitet ble satt i årsakssammenheng med endret lysforhold i bedriften, mens det i ettertid ble oppdaget at effektiviteten like godt kunne sees i sammenheng med økt oppmerksomhet og omsorg fra ledelsen. En effekt som godt kan virke for foreldrene til ungdommen i en MST-behandling. Uansett er det i komplekse behandlingsprogrammer totaleffekten som måles. Denne studien ser kun på totaleffekten.

Om utvalget er representativt og slik innenfor det som skal prøves og måles, er et spørsmål som gjelder ulike sider ved utvelgelsen av deltakerne. Utvalgskriteriene i dette

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

materialet er alvorlige atferdsproblemer av en slik karakter at de oppfyller en av barnevernets lovhjemler eller at ungdommen er i risiko for å oppfylle den. Dette er barnevernets vurdering. Utvelgelse er gjennomført ved bruk av internasjonalt anerkjente screeningsverktøy for ungdoms psykiske helse og atferdsproblemer i tillegg til ulike selvrapporteringsskjema. For å motvirke skjevhet innhentes informasjon fra flere arenaer som skole og politi. For ikke bare å bygge på vurderinger innhentes faktaopplysninger fra politi om kontaktrate.

Intern validitet omhandler årsak og virkning. Effekter i humanvitenskapene er avhengige av mange faktorer hvor sammenhenger som skaper endring kan forbli skjult. Komplekse systemer kjennetegnes blant annet av at det ikke er mulig med helt nøyaktige målinger og kunnskap i rom og tid. Nærmiljøbehandlings-programmer som MST er karakterisert av multisystemisk arbeid. Det kan fort oppstå spuriøse korrelasjoner; at resultatmålet kan skyldes noe annet enn den behandlingen man måler. Det kan være vanskelig å fastslå effekten fra den enkelte intervensjon. I et manualbasert behandlingsprogram med skriftlige prosedyrer og standardiserte ukentlige evalueringer, økes sannsynligheten for sterkere intern validitet. MST lager en operasjonalisert baseline for målatferden i starten av behandlingen. Baselinen følges opp gjennom hele behandlingstiden og skåres igjen ved avslutning. Ukentlige målsettinger analyseres multisystemisk i forhold til fremgang eller tilbakegang med evaluering av intervensjonen. Intervensjonen endres i overensstemmelse med analysen. Den ukentlige veiledningen sammen med konsultasjon, øker de kontrollerte omstendighetene og øker den interne validiteten med hensyn på årsak – virkning, men garanterer ikke kausalitet. Man eliminerer konkurrerende forklaringer, men nye innvendinger kan dukke opp (Skog, 2009).

Spørsmål om ekstern validitet angår hvorvidt resultatene er generaliserbare (Skog, 2009). Måleenheter i komplekse systemer; som en ungdom i sitt nærmiljø, kan ha den begrensning at man ikke kan slutte generelt fra resultatet, - fra den utvalgte populasjonen til

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

den universelle populasjonen. Det er også et spørsmål om gode resultater i en kultur gir samme gode resultat i en annen kultur. MST Services er særlig opptatt av disse spørsmålene, særlig i forbindelse med oppbygging og utvidelse av deres internasjonale marked. Hvilke elementer i behandlingen er med på å sikre at de validerte resultatene i USA også gjennom implementering i andre land, vil gi samme gode resultater (Schoenwald, 2008; Schoenwald, Heiblum, Saldana & Henggeler, 2008). I arbeidet med ekstern validitet vektlegges kultursensivitet og tilpasning til samfunnets strukturelle kjennetegn. Videre viser en amerikansk studie fra 2009, at terapeutlojalitet til MSTs behandlingsprogram gir større forventet sammenheng med et godt resultat med hensyn til redusert kriminalitet hos ungdommen, enn organisatoriske arbeidsbetingelser for terapeutene. (Schoenwald et al. 2009). Atferdssenteret i Norge har en egen implementeringsavdeling som er opptatt av både intern og ekstern validitet i MST-behandlingen.

Utvalgets størrelse har betydning for vekting av resultatet. For at resultatene skal kunne generaliseres bør utvalget i følge Chambless og Hollon (1998) være over 50. Dette utvalget er på 142.

Feilkilder

Det er mulighet for feilkilder i flere faser av innsamlingen av materialet og i bearbeidingen av materialet. Utstrakt bruk av selvrapporing kan gi plass for mange subjektive registreringer. Dette blir i noen grad motvirket ved høyt antall deltakere i utvalget ved mulighet for utjevning av individuelle svar. Dette evalueringsmaterialet har 142 deltakere og vurderes som relativt stort i en behandlingssammenheng. Intervjuskjema som utfylles alene kan romme misforståelser av spørsmålene og feilutfyllinger. Anerkjente screeningsskjema er justert for dette. Achenbach 1991 a, b og c som MST bruker, er et slikt internasjonalt anerkjent skjema.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Resultatene ved behandlingsslutt registreres på flere måter som for eksempel kontakt med politiet for å hente inn faktaopplysninger. Slike opplysninger hentes også fra kontakt med skolen, men her er en avhengig av skolens egne vurderinger som kan være farget av partiskhet eller andre føringer og kontekstuelle forhold. Dette kan ofte være tilfelle i forhold til atferdsvanskelig ungdom i skolen, særlig hvis skolen har små ressurser. Selvrapportering i forhold til ulovlige handlinger, rusmisbruk og voldelig atferd kan være lite tillitsvekkende, samtidig som MST-terapeutene oftest har nær og presis kunnskap om ungdommen gjennom sitt multisystemiske arbeid. Det kan være skjevheter i foreldrenes rapportering blant annet av ulike lojalitetsbånd i familien. Det kan også være skjevheter i MST-terapeutenes og veiledernes rapportering med bevisst eller ubevisst ønske om å fremstå med bestemte resultater.

Svaralternativene kan være uklare og derfor en feilkilde. Dette er diskutert under begrepsvaliditet over.

I denne studien er *manglende svar/missing* et problem. I målingene før og etter behandling er *manglende svar* svært lavt med så godt som ingen manglende svar før behandling og 4 % manglende svar etter behandling. Mens i målingene 6, 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling er *manglende svar* oppe i en prosent på mellom 39 og 47 % (Figur 2). Manglende data, som i denne undersøkelsens oppfølgingsregistreringer, er en feilkilde.

Det er gode resultater i de 43 – 53 % av registrerte svar, noe som fremkommer ved en statistisk skåring med *Valid Percent* som legger registrerte svar til grunn eksklusive *manglende/missing* (Figur 3). I dette tilfellet vurderer jeg det som svært urimelig å bruke *Valid Percent* når 37 - 47 % av svarene mangler.

Dersom de manglende svarene i stor grad er negative resultater, trekker dette ned den gjennomsnittlige behandlingseffekten. Ofte kan det antas at en grunn til ikke å svare ligger i et dårlig resultat. På den annen side kan det være at problemet med manglende svar ligger på

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

MSTs side, ved at det har vært vanskelig å spore opp informantene. Uansett vil dette være hypoteser som ikke kan prøves.

Jeg går ikke inn i oppfølgingsmaterialet på grunn av for stor feilkilde i måleregistreringene 6,12 og 18 måneder etter avsluttet behandling.

Diskusjon

I løpet av 6 år og 3 måneder har 142 ungdommer blitt tilbudt MST-behandling fra samme MST-enhet. Av disse var 2 % feilhenvist og 19 % droppet ut selv eller falt fra av andre årsaker og disse sakene blir registrert som ikke gjennomført behandling. Det var nesten 80 % som gjennomførte behandlingen, noe jeg vurderer til å være et godt resultat. Særlig fordi MST-behandling er en intensiv og krevende behandling både å gi og ta i mot, for en målgruppe som har store sammensatte problemer. Registreringene før behandling er nesten 100 % og etter behandling ca. 96 %, også et høyt tall. Jeg vurderer derfor materialet i denne studien til å være tallmessig bra.

Behandlingen ble utført fra 2003 til 2009. MST-enheten startet i 1999 og var en av de fire enhetene som deltok i Atferdssenterets RCT-studie, publisert i 2004 (Ogden & Halliday-Boykins, 2004) og siden en av tre enheter i en oppfølgingsstudie publisert i 2006 (Ogden & Hagen, 2006). MST-enheten har vært stabil på veiledernivå, og er heller ikke preget av hyppige utskiftninger på terapeutnivå.³ Enheten har hele tiden hatt et samarbeid med Atferdssenteret. Det er rimelig å legge til grunn for studien at MST-enheten i perioden for registrert behandling, har hatt et jevnt, stabilt og godt faglig nivå.

Resultatet av behandlingen viser en markert bedring på alle måleområder, bortsett fra at 4 % færre bor hjemme ved avslutning av behandling enn ved oppstart. Etter behandling er mellom 77 og 83 % av ungdommene i skole/arbeid, lovlydige, rusfrie og avstår fra å bruke vold, hvilket er en gjennomsnittlig forbedring på 51 %.

³ Berg, Kari, personlig meddelelse, april 2012

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Utvelgelse, intervjuer og skåringer har MST-enheten gjennomført etter retningslinjer fra Atferdssenteret. Materialet som ligger til grunn for denne studien er et anonymisert materiale.

I den videre diskusjonen vil jeg først gå inn på kjennetegn ved utvalget slik det fremkommer av materialet. Det er interessant å se på kjønn, alder, alvorlighetsgrad av atferdsvansker og de avhengige variablene *bor hjemme, går på skole/jobb, er lovlydig, rusfri* og *avstår fra vold*. Hva vet man om behandlingen og resultatene i denne evalueringsstudien og hvordan ser dette ut i forhold til resultatene fra litteraturstudien i artikkel 1?

Det er nesten 2/3 deler flere gutter enn jenter i utvalget. Av jentene er det bare 2 % som tilhører de yngste aldersgruppene 11- og 12-åringene, mens 16 % av guttene tilhører de yngste. Samlet utgjør dette 11 % av utvalget. Guttene har altså en større spredning i alder enn jentene. I 13- og 17-årsalderen skiller kjønnene bare med 2 – 3 %, og 16 åringene er like. 14-åringene er den aldersgruppen hos begge kjønn med høyest deltakelse, og jentene 4 % mer enn guttene. Den aldersgruppen som er mest forskjellig med hensyn på kjønn er 15-åringene, som samler 26 % av alle jentene, men bare 16 % av alle guttene. Oppsummert er det ikke store forskjeller på hvordan jenter og gutter fordeler seg på alder, men det er en større spredning for guttene. Og det er en noe påfallende spredningskurve for guttene med et fall for 13- og 15-åringene, mens jentene har en nesten tredobling fra 13- til 14-åringene for så å ha 79 % konsentrert med nokså jevn fordeling i alderen 14 til 16 år. Jentene er altså litt eldre når de kommer inn i behandling, og er som gruppe mer samlet i alderen 14 til 16 år.

Jentene og guttene fordeler seg nokså likt i forhold til alvorlighetsgrad av atferdsvansker med små prosentpoengs forskjeller i de 3 kategoriene. Det er litt flere jenter enn gutter i gruppen *ikke så alvorlige atferdsproblemer*, men samlet utgjør disse under 5 % av utvalget. Det er nesten ¾ flere som *oppfyller kravet til plassering utenfor hjemmet* enn som er *i risiko* for dette. Her fordeler jentene og guttene seg først og fremst likt, med en liten

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

tendens til at jentene med 5 % er sterkere representert i gruppen med alvorligst atferdsvansker enn guttene som igjen er 6 % sterkere representert i risikogruppen. Forskjellen er så liten at jeg videre i diskusjonen velger å anse jenter og gutter som likt fordelt i forhold til alvorlighetsgrad av atferdsvansker ved oppstart av behandlingen, men merker meg tendensen til mer alvorlige problemer hos jentene.

Ved å gå inn på de enkelte registreringsvariablene og se på forskjeller på jentenes og guttenes atferdsproblemer, trer noen forskjeller frem. Det er bare 7 % som ikke bor hjemme, men av disse er det nesten dobbelt så mange fra jentene som fra guttene. Det er like mange prosentvis fra begge grupper som ikke går på skole eller jobb. Når det gjelder registreringsvariabelen *bor hjemme* representerer denne atferden ikke nødvendigvis atferdsvansker. Ungdommer og unge voksne er i en livsfase hvor de orienterer seg ut av foreldrenes hjem. Dette er normalen. Det kan være ulike grunner til at noen flytter ut tidligere enn andre, som skolevalg, familiekonflikter, kjæresteforhold for å nevne noen av de mest vanlige. Ogden og Hagen (2006) har i sin oppfølgingsstudie definert denne variabelen til å gjelde bosted siste 6 måneder og hvor 17-åringene som bor for seg selv eller på skolehybel/internat med tilsyn fra voksne blir registrert som *bor hjemme*. Denne korrigerede variabelene ville likevel ikke hatt betydning for dette materialet da alle 17-åringene bodde hjemme ved oppstart. I dette materialet er det noen 14-åringene, men særlig 15- og 16-åringene med rundt 13 % som ikke bor hjemme. Man vet lite om hvorfor disse ikke bor hjemme utfra kommentarfeltet som omhandler 39 saker. Kommentarene gjelder først og fremst data hentet etter avslutning av behandling. Og bare et lite fåtall av disse omhandler plassering i institusjon eller fosterhjem. Dersom *bo hjemme* skal tolkes til en måling av atferdsvanske, så er det svært få i dette materialet som skårer på denne variabelen, og litt flere jenter enn gutter.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Registreringsvariabelen *går på skole/jobb* har noen av de samme vanskelighetene i forhold til tolkning. Det er ikke en atferdsvanske ikke å gå på skolen, selv om det kan være et symptom på atferdsvanske. Frafall fra skole kan i stor grad skyldes ulike lærevansker, dårlig oppfølging fra foreldre, lave språkkunnskaper, psykiske vansker og andre problemer som kan være karakteristiske for medfødte læringsvansker eller det å tilhøre familier med dårlige levekår (Sivertstøl, 2013). Å ikke gå på skole eller jobb er kanskje det mest synlige symptom på et vanskelig ungdomsliv, og det er en risikomarkør for dårlige levevilkår i voksen alder. Selv om de fleste av ungdommene som faller ut av skolen ikke er atferdsvanskelige og kriminelle, har mange av de atferdsvanskelige og kriminelle falt ut av skolen (NOU 2012:5, 2012). «I 2011 var 8 % av de 15 -19 åringene som var ledige i 2008, fremdeles helt ledige» (Sandnes, 2013, s. 5). I dette materialet hadde 85 % av ungdommene falt ut av skole eller har ikke jobb på registreringstidspunktet. Det er ingen forskjell på gutter og jenter.

Når det gjelder de tre neste registreringsvariablene *er lovlydig*, *rusfri* og *avstår fra vold*, vurderer jeg disse til å være tydeligere rettet mot atferdsvansker og kriminalitet. Disse tre variablene har til forskjell fra de 2 foregående, data fra politiet på kontakt som for eksempel innbrakt, arrestasjon, ungdomskontrakt eller dom, og fra lege når det gjelder urin- eller blodprøver relatert til rusmisbruk. Alle variablene beskriver noe som er ulovlig, og det kan som diskutert under avsnittet om validitet, være vanskelig å svare i rett kategori eller å unngå dobbeltregistreringer.

Kriminalitetsbildet for barn og unge har endret seg noe de senere år. I følge statistisk sentralbyrå skyldes nedgangen blant de yngste trolig at en del forseelser som for eksempel nasking er avkriminalisert og i denne gruppen dominerer vinningskriminalitet. Hos de unge har voldskriminalitet, skadeverk og annen kriminalitet holdt seg jevnt med en topp rundt årtusensskiftet, mens narkotikalovbrudd og seksuallovbrudd har økt siste tiår. Lovbruddene hos de eldste unge er dominert av narkotika-, trafikk- og vinningskriminalitet (Stene & Lid,

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

2013). I evalueringsmaterialet er det litt flere som ikke er lovlydige og som er voldelige, enn som ruser seg ved registrering før behandling. Dette er i overensstemmelse med bildet fra statistisk sentralbyrå. Det er rimelig å anta registreringer av ulovlige handlinger domineres av vinningskriminalitet for alle aldre og trafikkforseelser særlig for de eldste. Det er 70 % av ungdommene som er registrert for ulovlige handlinger før behandling, 68 % er registrert for bruk av vold og 60 % har ruset seg.

Ved å se på atferd for jentene og guttene atskilt, finner man at fra guttene er det 16 % flere som begår ulovlige handlinger enn fra jentene, og 14 % flere som bruker vold. Fra jentene er det 13 % flere som ruser seg enn fra guttene.

Ved å gå inn på de enkelte registreringsvariablene og se på forskjeller i alder, trer noen utviklingstrekk frem. Både frafall fra skole og voldsbruk dominerer tidlig og når et høydepunkt ved 13 åringene med 93 % for begge atferdsvariablene. Dette faller sammen med 1. året i ungdomsskolen, noe som kan være en svært utfordrende brytningstid for ungdom med læringsvansker og sosiale vansker. Ulovligheter stiger fort fra 50 % hos 12 åringene til ca. 70 % hos 13 åringene, for så å holde seg jevnt frem til 17 åringene hvor det stiger til 93 %. En sannsynlig forklaring kan være stabil vinningskriminalitet hvor trafikkforseelsene øker i siste aldersgruppe. Fra 12 åringene til 13 åringene skjer det en kraftig økning i rusatferd med 33 % fra 21 % til godt over 54 %. Etter en økning på 4 % hos 14 åringene er det et nytt hopp på nye 16 % hos 15 åringene. Så faller det 12 % til 16 åringene og stiger 8 % til 17 åringene hvor 71 % ruser seg. Denne ujevne utviklingen beveger seg noe omvendt av guttenes fordeling i aldersgrupper hvor det er mindre gutter i aldersgruppene som har mest registrert rusmisbruk, samtidig som det heller ikke faller sammen med jentenes fordeling i aldersgruppene. Den ujevne utviklingen synes altså ikke falle sammen med fordeling av jenter og gutter i aldersgruppene. Bortsett fra en topp ved 15 åringene, faller økt registrering av rusmisbruk sammen med økt alder.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Før behandling har dette utvalget flere av de kjennetegn som fremkommer hos Statistisk sentralbyrå når det gjelder barn og unges kriminalitet. Utvalget representerer de gruppene i barne- og ungdomsbefolkningen som har dårlige levevilkår eller står i risiko for å få det som unge voksne. Jenter og gutter har først og fremst nokså like karakteristika utfra dette datamaterialet, bortsett fra at jentene er litt eldre når de kommer i behandling, litt flere av dem har alvorligere problematikk, og litt flere av dem ruser seg. Guttene har mer spredning av alder, det er litt flere av dem i risikogruppen enn hos jentene, selv om også her har flest den alvorligste problematikken. Guttene har en overvekt av ulovlig atferd og vold.

Forskjellene i alder og kjønn gjenspeiler seg ikke i gjennomføring av behandlingen. Det er ingen forskjell mellom kjønnene i hvorvidt de har gjennomført behandling eller ikke. 13-, 14-, 15- og 17-åringene har samme prosentvise gjennomføring, likt med gjennomsnittsprosenten på nesten 80. 12-åringene som utgjør 10 % av utvalget har en gjennomføring på 93 % og har minst alvorlige problemer. 16-åringene som utgjør 23 % av utvalget, er nede i 69 % gjennomføring av behandlingen, samtidig som de i sammenligning med 13-, 14- og 15-åringene har lavest % vedrørende voldsbruk, ikke høyest rusmisbruk, og gjennomsnittlig vedrørende ulovligheter. Av hele utvalget er det høyest gjennomføring med 81 %, i gruppen som oppfyller krav til plassering utenfor hjemmet. Dette er 12 % mer enn gruppen som er i risiko for plassering har den høyest frafallsprosenten med 28 %, 10 % mer enn de med alvorligst problematikk. Altså er det likheten som dominerer, både når det gjelder kjønn og alder.

I forhold til grad av atferdsvansker er det dem som har alvorligst problematikk som har høyest prosentvise gjennomføring, minst frafall og færrest feilhenvvisninger. MST-behandling er en intensivt og krevende behandling. Det fordrer innsikt og motivasjon for å fullføre behandlingen. I tråd med kriminologisk litteratur (Andreassen, 2003; Becker, 1963 & Kyvsgaard, 1985) er det ungdommene med de alvorligste problemene i tidlig alder som det

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

går dårligst med, og med ungdom hvor problematikken antas å henge sammen

sosioøkonomiske forhold mer enn ungdomsopprør. Protestatferd hos ungdom kan gjøre mye av seg og skremme mange foreldre og andre i nærmiljøet, men disse ungdommene er mindre motivert for behandling og i følge forskning vokser de av seg mye av problemene (Høigård & Balvig, 1988; Kyvsgaard, 1985). Det kan være en relevant hypotese når det gjelder gjennomføring av behandling i dette materialet at de med høyest grad av atferdsvansker, lettere erkjenner behovet for hjelp og har en mer utholdende motivasjon for endring.

Resultatene av behandlingen er svært lik prosentvis på de ulike målevariablene.

Bortsett fra *bor hjemme* som gikk litt ned, er det registrert en måloppnåelse fra 77 - 83 % på de andre. Noe jeg vurderer til å være et meget bra og jevnt resultat. Ved å gå inn på måloppnåelse for jenter og gutter atskilt, viser det seg at jentene har bedre måloppnåelse på variabelen *gå på skole jobb* og de har også hatt en prosentvis større fremgang målt fra utgangspunktet før behandling. Jentene har også en bedre måloppnåelse på variabelen *er lovlydig*, men her har guttene en større prosentvis fremgang ved at de lå lavt på denne variabelen i utgangspunktet. Jentene har også en bedre måloppnåelse på variabelen *avstår fra vold*, men også her har guttene en større prosentvis fremgang ved at de lå lavt på denne variabelen i utgangspunktet. Guttene har bedre måloppnåelse på variabelen *er rusfri*, men her har jentene en større prosentvis fremgang ved at de lå lavt på variabelen i utgangspunktet. Jentene som gruppe har høy måloppnåelse, mens guttene som gruppe har større endring. Det er vanskelig å trekke noen slutning fra dette. Jentene hadde som gruppe en større prosent som oppfylte kravet til plassering utenfor hjemmet, men samtidig hadde guttene høyere prosent problematferd vedrørende ulovligheter og vold. Her ville det vært interessant å gjøre videre studier og analyser for å se på sammenhenger. En hypotese som synes aktuell er om MST-behandlingen fører til høy måloppfyllelse uansett forskjeller i kjønn og alder, så lenge grad av atferdsvanske er høy. Til støtte for denne hypotesen er karakteristika ved MST-behandlingen

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

som at den er manualbasert, har høy grad av kontroll ved fast struktur i det ukentlige arbeidet med veiledning og konsultasjon og lojalitetsmålinger som TAM. Den er replikerbar, slik at ungdommene mottar samme behandling fra ulike terapeuter.

Til sist gjentas at jeg ikke går inn i oppfølgingsdelen av studiene på grunn av for stort antall manglende registreringer.

Denne studien er en begrenset evalueringsstudie av et utvalg. Det er vanskelig å sammenligne den med andre, da dette ikke har vært hensikten med materialet. Allikevel er det av interesse å se på resultater i andre MST-studier. En svensk studie fra 2008 (Sundell, Løfholm, Gustle, Hansson & Kadesjø, 2008), en norsk studie fra 2004 (Ogden & Halliday-Boykins, 2004), to amerikanske studier fra 2005 og 2011 (Shaeffer & Borduin, 2005; Sawyer & Borduin, 2011) har forskjellige resultat, hvor den svenske viser svakest resultat for MST, mens de tre andre har gode resultater. En systematisk oversikt over forskningsoppsummeringer inkludert MST-behandling, fra 2005 som Barne- og familiedirektoratet tok initiativ til, viser at mange hjemmebaserte tiltak synes å ha positiv virkning, men hvor grunnlagsmaterialet er for lite til å kunne generaliseres (Halvorsen, Jensen, Kvåle & Sagatun, 2005). 3 metastudier fra de siste 10 år hvor den siste er fra 2012, viser en tendens mot å favorisere familiebehandlinger i sammenligning med andre nærmiljøbaserte familiebehandlinger, hvor den siste studien er klarest på en signifikant, men moderat, bedre effekt enn vanlig barnevernsbehandling eller lignende tiltak (Baldwin, Christian, Berkeljon, Shadish & Bean, 2012; Littell, Campbell, Green & Toews, 2009; Woolfenden, Williams & Peat, 2009). De gode funnene i denne studien finner man igjen i den norske og de to amerikanske enkeltstudiene. Metastudiene er mindre konkluderende og mer åpen for at de gode resultatene kan skyldes at ulike forhold som for eksempel ikke å ta med manglende svar i de statistiske analysene eller ikke ta med upubliserte studier som innfrir kravet til RCT-studier, men ikke har like gode resultater. De nyeste metastudiene diskuterer

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

behandlingsmetodikken og viser til at også andre manualbaserte nærmiljø- og familiebaserte behandlingsformer med behandlingspakker bestående av blant annet strukturelle familierapier, atferdsterapier og kognitive terapier gir gode resultater. Dette er interessant fordi man da forsker og diskuterer hva som virker, mer enn at det virker.

Avsluttende merknader

142 ungdommer som har gjennomgått MST-behandling har ved avslutning av behandling en måloppnåelse på gjennomsnittlig 80 % når det gjelder å gå på skole eller jobb, være lovlidige og rusfrie og ikke bruke vold. De har hatt en gjennomsnittlig forbedring i atferd på måleområdene på 51 %. Et slikt resultat vil jeg beskrive som godt.

Gjennomgang av materialet synliggjør hvor vanskelig det kan være å finne gode inkluderingsbeskrivelser og målevariabler. Det er sentralt for forskning å ha kontroll på utvalget, handlinger eller behandling som utvalget utsettes for, og måleenhetene for å kunne sammenligne. Det er en stor utfordring å ha mest mulig kontroll i studier av behandlinger.

En videre forskning på hva som virker på hvem i hvilken kontekst er ønskelig. Det er også ønskelig at man utvikler mer robuste målekriterier som kan brukes internasjonalt, da MST-behandlingen tilbys i mange land. Til slutt vil jeg si at først og fremst er forskning på empirisk støttede behandlingsmetoder etter fastsatte kriterier med en tilhørende stadig levende diskusjon, et ubetinget fremskritt for behandlingsmetoder brukt i barnevernet.

Referanser

- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner: Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R., Bean, R. (2012). The Effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 38(1). 281 – 304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders*. Kap. 1, 2 & 8. New York: Free Press
- Biglan, A., & Ogden, T. (2008). The Evolution of Evidence-based Practices. *European Journal of Behavior Analysis*, 9(1), 81–95. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066513>
- Blagg, H. & Smith, D. (1989). *Crime, penal policy & Social work*. London: Longman Group UK Limited.
- Bø, I. (1994). *Barnet og de andre: Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. (4. utg.). Otta: TANO A.S.
- Bødal, K. (1969). *Fra ungdomsskole til ungdomsfengsel: Klientell og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(1) 7 - 18. doi:[10.1037/0022-006X.66.1](https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1)
- Cohen, S. (1979). The punitive city: Notes on the dispersal of social Control. *Contemporary Crises*, 3(4), 339 – 363. doi:10.1007/BF00729115
- Dahl, T.S. (1992). *Barnevern og samfunnsvern*. Oslo. Pax Forlag A/S
- Dullum, J. (1997). Alder og kriminalitet. I Finstad, L. & Høigård (Red.). (1997). *Kriminologi*. 130 – 145. Oslo: Pax Forlag AS
- Ericsson, K. (1996). *Barnevern som samfunnsspeil*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Ericsson, K., Lundby, G. & Rudberg, M. (1985). *Mors nest beste barn: Ungdom, rusgift og kriminalitet*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Finstad, L. & Høigård, C. (Red.). (1997). *Kriminologi*. Oslo: Pax Forlag AS
- Hagen, K. A. & Ogden, T. (2006). Evaluering av Multisystemisk behandling i Norge. *Norges Barnevern*. 2. 3 - 12.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

- Halvorsen, A., Jensen, R., Kvåle, G. & Sagatun, S. (2005). *Systematisk oversikt over forskningsoppsummeringer om effekter av ulike hjemmebaserte tiltak i barnevernet*. Kristiansand: UiA. Hentet fra <http://ask.bibsys.no/ask/action/show>
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (2009). *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. (2. utg.). New York: The Guilford Press.
- Høigård, I., C. & Balvig, F. (1988). *Kriminalitet og straff i tall og tekst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kyvsgaard, B. (1985). *Beton-generasjonen: Om satelittbyer, ungdom og avvigende adfærd*. København: Akademisk Forlag.
- Littell, J. H., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2009). Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10 – 17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009. (4.utg.). doi:10.1002/14651858.CD004797
- NOU 2012: 5. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling: Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/36931483/PDFS/NOU201220120005000DDDPDFS.pdf>
- Ogden, T. & Hagen, K., A. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health Volume*. 11(3). 142 – 149. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x
- Ogden, T., Hagen, K.A., Askeland, E. & Christensen, B. (2009). Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 582 – 591. doi:10.1177/1049731509335530
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health Volume*. 9(2). 77-83. doi: 10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C. & Guckenburg, S. (2010:1). Formal System Processing of Juveniles: Effects on Delinquency. *Campbell systematic reviews*. doi:10.4073/csr.2010.1
- Ringdal, K. (2012). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ Metode*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlag
- Sandnes, T. (Red.). (2013). *Ungdoms levekår*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra:

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

<http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ungdoms-levekaar-2013>

- Sandnes, T. (2013). Unges sosiale kapital. I Sandnes, T. (Red.). *Ungdoms levekår*. 243-259. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ungdoms-levekaar-2013>
- Sawyer, A. M. & Borduin, C.M. (2011). Effects of Multisystemic Therapy Through Midlife: A 21.9 – Year Follow-Up to a Randomized Clinical Trial With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79(5). 643 – 652. doi:10.1037/a0024862
- Schoenwald, S. K. (2008). Toward Evidence-Based Transport of Evidence-Based Treatments: MST as an Example. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 17(3). 69 - 91. doi:10.1080/15470650802071671
- Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J. & Carter, R. E. (2009). Long-Term Youth Criminal Outcomes in MST Transport: The Impact of Therapist Adherence and Organizational Climate and Structure. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 38(1). 91 - 105. doi:10.1080/15374410802575388
- Schoenwald, S. K., Heiblum, N., Saldana, L., Henggeler, S. W. (2008). The International Implementation of Multisystemic Therapy. *Evaluation & the Health Professions*. 31(2). doi:[10.1177/0163278708315925](https://doi.org/10.1177/0163278708315925)
- Shaeffer, S.M. & Borduin, C.M. (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 73(3). 445 – 453. doi:10.1037/0022-006X.73.3.445
- Sivertstøl, Ø. (2013). Fra videregående opplæring til sosiale stønader. I Sandnes, T. (Red.), *Ungdoms levekår*. 167-189. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ungdoms-levekaar-2013>
- Skog, O-J. (2009). *Å forklare sosiale fenomener*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Statistisk sentralbyrå. (2013). *Barnevern 2012*. Publisert 26.juni 2013. <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng>
- Stene, R. & Lid, S. (2013). Ungdomskriminalitet i aldring og endring. I Sandnes, T. (Red.), *Ungdoms levekår*. 217-243. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/ungdoms-levekaar-2013>
- Sundell, K., Løfholm, C. A., Gustle, L-H., Hansson, K., Olsson, T. & Kadesjø, C. (2008) The

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disorder Youths. *Journal of Family Psychology*. 22(3) 550 – 560. doi:10.1037/a0012790

Woolfenden, S., Williams, K. J. & Peat, J. (2009). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency age 10 – 17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (utg.2.). doi:10.1002/14651858.CD003015.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Vedlegg 1: Systematisk oversikt over MST-studier									
Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Baldwin, Christian, Berkeljon, Shadish & Bean 2012	<p>Evaluerer resultatene fra BSFT, FFT, MDFT og MST behandling ift ungdom med lovover-tredelser og rusproblemer</p> <p>Lage et lærerikt eksempel på hvordan tolke meta-analyser</p>	<p>24 studier BSFT - 3 MDF - 4 FFT - 3 MST - 12</p> <p>Med totalt 2136 ungdommer fordelt i grupper fra 16 - 292</p> <p>Alder 11-19</p>	<p>BSFT MDFT FFT MST</p> <p>Kontroll-gruppene: TAU Alternativ terapi Ingen-behandling</p>	<p>Lovover-tredelser Rusmisbruk Atferds-vansker</p>	<p>Meta-analyse av RCT studier</p> <p>Av 58 potensielle studier ble 24 inkludert</p> <p>Nyere studier Sammenlignende statistikk Utforske effekt av behandlingstype Identifisering av særlig innflytelsesrike studier Multivariat- og Publiseringsskjevhets analyser</p>	<p>Moderat, men signifikant, bedre effekt av BSFT, MDFT, FFT & MST enn av TAU og alternativ terapi</p> <p>Ikke signifikant forskjell ift ingen-behandling, trolig pga lavt antall (4) i denne kontrollgruppen</p>	<p>Analyserer og diskuterer med hensyn på klinisk anvendbarhet</p> <p>Trekker ut enkeltstudier i sammenligningen for å sjekke påvirkning og virksomme faktorer</p> <p>Inkludere upublisert materiale som møter inkluderingskriteriene, for å motvirke skjevhet</p>	<p>Det er ikke gjort grundig rede for søkeprosessen /databaser</p>	<p>Signifikant bedre enn TAU, men liten forskjell</p> <p>For lite litteratur på dette området til å kunne besvare kritiske spørsmål som:</p> <p>Er en behandling mer effektiv enn en annen?</p> <p>Og i forhold til hvilke type resultater har familierapier størst effekt?</p>

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Halvorsen, Jensen, Kvåle & Sagatun 2005	Oppsummere og vurdere kritisk empirisk forskning på effekter av hjemmebaserte tiltak overfor barnevernsbarn	13 studier Av dem MST - 7 Alder: Barn og unge	Ulike former for hjemmebasert familieterapi inkludert MST Kontroll-gruppene: TAU Venteliste Ingenbehandling	Psykososiale forhold Atferdsproblemer Kriminalitet Familierelasjoner Plassering utenfor hjemmet	Systematisk oversikts studie av RCT studier 610 artikler, 62 full-tekst gjennomgang 13 inkludert	Mange hjemmebaserte tiltak synes gi positiv effekt	Redegjort grundig for søkeprosessen Norsk gjennomgang	Generelt om familie og foreldreintervensjoner og ikke MST spesielt Lite faktiske data i utvalgsbeskrivelsene	Mange studier vurderes til å ha gjennomgående høy metodisk standard Grunnlagsmaterialet i de enkelte studiene for lite til å kunne generalisere behandlingseffektene Synes å være sammenheng mellom metodisk standard og behandlingseffekt

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Littell, Campbell, Green & Toews 2009	Å legge frem upartiske anslag over resultater av MST-behandling ift plassering utenfor hjemmet, kriminalitet og lovbrudd, atferds-messige og psykososiale forhold for ungdommen og familiene.	8 studier med totalt 1270 ungdommer fordelt i grupper fra 16 til 409 Alder 10 – 17	MST-behandling Kontroll-gruppene: TAU Individual-Terapi Ingen-behandling	Plassering utenfor hjemmet Kriminalitet og lovbrudd	Meta- analyse av RCT studier. 266 titler gjennomgått 95 full-tekst gjennomgang 35 unike studier identifisert 8 av disse ble inkludert Sammenlign-ende statistikk Utforske effekt av behandlingstype Justering for små utvalg Multivariat- og Publiseringsskjevhets Analyser intent-to-treat analyse	Ikke signifikant forskjell mellom MST-behandling og ordinær behandling med hensyn på plassering utenfor hjemmet, arrestasjoner eller dom. Pooled resultater tenderer til å favorisere MST, men ikke signifikant forskjellig fra 0. Ikke evidens for at MST har negative effekter	Forskere uten tilknytning til MST Inkludere upublisert materiale som møter inkluderingskriteriene, for å motvirke skjevhet	Kun 1 av 8 studier var uavhengig av MST-utviklerne. Denne ene er Ogden & Halliday-Boykins (2004) Ikke analyse av MST vis a vis ingen-behandling	Prematurt å trekke konklusjon om at MST er mer effektiv enn andre behandlingsmetoder Setter spørsmålstegn ved den stadig repeterte konklusjon at MST er mer effektiv

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Ogden & Halliday-Boykins 2004	Grad av overførbart fra amerikanske resultater av MST-behandling til Norge for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer?	104 ungdommer med alvorlig atferdsproblemer, hvor 4 trakk seg før oppstart. Fordelt på 4 MST-team Alder 12 – 17 .	MST-behandling Kontrollgruppene: TAU	Alvorlige atferdsproblemer Internalisert atferd Eksternalisert atferd Sosial kompetanse Familiefunksjoner Tilfredshet m/behandlingen Plassering utenfor hjemmet.	RCT studie m/ pretest-posttest.	MST-behandling signifikant mer effektiv enn TAU ift: Internaliserte & eksternaliserte atferdsproblemer Økt sosial kompetanse hos ungdommen Familien er mer tilfreds med behandlingen Plassering utenfor hjemmet er redusert. Positiv sammenheng mellom behandlingslojalitet & effekt	Tydelig inkluderings- og ekskluderingskriterier. Vurdert ift behandlingslojalitet	Mangler datafakta fra skole eller politi Ikke kontrollgruppe ingen-behandling Ikke intent-to-treat analyse Uavhengig forskerteam er del av nasjonalt MST oppbyggingsprogram	MST behandling viser signifikant bedre effekt enn TAU. Den første studien utenfor USA og en av de første som ikke er utført av MST-utviklerne selv

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Sawyer & Borduin 2011	Langtidseffekt av MST-behandling inn i voksen/middel-alder vedrørende ikke-kriminelle handlinger	148 ungdommer fra tidligere MST studier -95 (176) - 05 (165) m/ arrestasjons- og fengslings data Nå gj.snitt 21,9 år etter første studie	MST-behandling i -95 vis-a-vis individuell terapi	Arrestasjons- og fengslings-data Sivile søksmål inkl. familie-spørsmål	Oppfølging av RCT studie m/ pretest – posttest Intent-to treat analyse m/ opprinnelige antall 176	Signifikant lavere tilbakefallsrate (38 %)for MST-gruppen enn for kontrollgruppen (54,8 %) 2 ganger høyere sjans for sivil søksmål for kontrollgruppe enn MST-gruppe 5 ganger lavere frekvens av forseelse for MST enn for kontroll	Intent-to treat analyse Inkludert sivil søksmål som tar opp i seg andre livskvalitetsmål som økonomi, bolig, skilsmisser og barnebidrag	Opprinnelig studie direkte supervised av Borduin, tilknyttet MST-utviklerne i USA Forskerne har tilknytning til MST-utviklerne i USA. Ikke kontrollgruppe m/ingen-behandling	Lovende studie over gode langtidsvirkninger med mindre sannsynlighet for arrestasjon og fengsling, og dempet livslang anti-sosial atferd Likt resultat uavhengig av klasse, kjønn, rase

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Schaeffer & Borduin 2005	Langtidseffekt av MST-behandling i voksen alder vedrørende ikke-kriminelle handlinger	165 ungdommer fra tidligere MST-studie -95 (176) m/ Arrestasjons- og fengslings data Nå gj.snitt 13,7 år etter første studie	MST-behandling i -95 vis a vis Individuell terapi	Arrestasjons- og fengslings-data	Oppfølging av RCT studie m/pretest-posttest. Intent-to treat analyse m/ opprinnelige antall 176	Signifikant lavere tilbakefallsrate (50 %) for MST-gruppen enn kontroll-gruppen (81 %).	Intent-to-treat analyse Tydelige inkluderingskriterier basert på faktaopplysninger fra politi- og rettsvesen , gj.snitt 3 arrestasjoner før 14 år og første ved 11,7 år Avgrensning mot f.eks trafikkforseelser	Opprinnelig studie direkte supervised av Borduin, tilknyttet MST-utviklerne i USA. Forskerne har tilknytning til MST-utviklerne i USA. Ikke kontrollgruppe m/ingen-behandling.	Lovende studie over gode langtidsvirkninger Interessant undersøkelse som viser sammenheng mellom unge kriminelle som starter tidlig med uvanlig mye lovbrudd og stor risiko for en voksen kriminell tilværelse.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Sundell, Hansson, Løfholm, Olsson, Gustle & Kadesjø. 2008	Er det forskjell i behandlingsresultatene mellom MST og ordinær behandling fra barneverntjenesten	156 ungdommer med atferdsproblemer som oppfyller DCM-diagnosen for opposisjonell atferdsforstyrrelse, Ved behandlingsslutt var antallet redusert til 103 Alder 12 – 17 år	MST-behandling vis a vis TAU Og ingen-behandling (13)	Alvorlige atferdsproblemer Internalisert atferd Eksternalisert atferd Sosial kompetanse Familiefunksjoner Mors psykiske helse Plassering utenfor hjemmet.	RCT og pretest og posttest. Intent-to-treat analyse.	Ikke signifikant forskjell mellom gruppene. Generell reduksjon av psykiske problemer og antisosial atferd på tvers av behandlingsmetodene. Økte sosiale ferdigheter og bedret familierelasjon	Tydelige inklusjonskriterier med bl.a. diagnosekriterier, arrestasjoner og plassering utenfor hjemmet	Mye selvrapportering og individuelle vurderinger. Mangler sammenligning m/ de 13 som fikk ingen-behandling Relativt stort frafall, MST-gruppen 24 og TAU-gruppen 29	Ikke signifikant forskjell mellom gruppene Skiller seg fra norsk og amerikansk forskning som har positive MST resultater Lik Canada som heller ikke har forskjell i resultatene for MST og TAU Lavere behandlingslojalitet i MST enn i TAU uten påvist sammenheng med resultatet

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Studie	Studiemål	Deltakere	Uavhengig variabel	Avhengig variabel	Design	Hovedfunn	Styrker	Svakheter	Konklusjon
Woolfenden, Williams & Peat 2009	Å fastslå hvorvidt familie-og foreldre-intervensjoner bedrer ungdommens atferd, foreldreutøvelsen og foreldres psykiske helse, familierelasjoner og har vedvarende bedret psykososial effekt på ungdommen	8 studier Med totalt 749 ungdommer Fordelt i grupper fra 30 til 176 Alder 10 – 17	Foreldre trening - 2 Familieterapi - 3 MST - 3 MTFC - 1 Kontroll-gruppene: TAU Venteliste, Ingen-behandling	Ungdom: Atferdsproblem, psykisk helse, Venne-relasjoner, Skole-vansker, Kriminalitet og fremtidig arbeid. Foreldre: Foreldreferdigheter, Familie-fungering, Foreldre-barn relasjon, Foreldres psykiske helse, Søskens lovbrudd	Meta-analyse av RCT-studier. Totalt 970 titler Av 13 håpefulle studier ble 8 inkludert i studien	Reduserte antall dager i institusjon i oppfølgingsstudiene, særlig MST & MTFC. Redusert hyppighet i arrestasjoner, men sprikende resultat. Ingen signifikant effekt for psykososiale resultater i familiefunksjoner eller i ungdommens atferd.	Tydelige inkluderingskriterier med objektive målestørrelser som standardiserte sjekklister eller diagnoser Hadde med ingen-tiltak som kontrollgruppe	Sprikende inkluderings-systemer (ulike rettssystemer) Til dels dårlig kvalitet i studiene gir usikker tolkning.	Konkludere med færre institusjonsdager, noe som er en besparelse både samfunnsøkonomisk og en bedret situasjon for foreldre og barn. Behov for utvikling av tydelige og spesifikke inkluderingskriterier også for dem som ennå ikke er registrert i rettssystemet. Særlig med tanke på forebyggende effekter/tidlig inn.

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Statistiske tabeller og figurer.

Tabell 1: Fordeling kjønn (prosent)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Jente	53	37,3	37,3	37,3
Valid Gutt	89	62,7	62,7	100,0

Tabell 2: Fordeling av alder (prosent)

	Frequency	Percent
11	1	,7
12	14	9,9
13	14	9,9
Valid 14	39	27,5
15	28	19,7
16	32	22,5
17	14	9,9
Total	142	100,0

Tabell 3: Fordeling av alder ved oppstart (gjennomsnitt)

N	Valid	142
	Missing	0
Mean		14,63
Median		15,00
Mode		14

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Tabell 7: Hvor stor prosent av jenter/gutter har atferdsvansker etter målingsvariablene(prosent)

	Kjønn	
	jente	gutt
Bor ikke hjemme ved start	9,4	5,6
Går ikke på skole ved start	84,9	84,3
Er ikke lovlydig ved start	60,4	76,4
Er ikke rusfri ved start	67,3	54,5
Avstår ikke fra vold ved start	58,5	73,0

Tabell 8: Hvor stor prosent av aldersgruppene har atferdsvansker etter målingsvariablene (prosent)

	Alder ved oppstart						
	11	12	13	14	15	16	17
Bor ikke hjemme ved start	0	0	0	5,1	14,3	12,5	0
Går ikke på skole ved start	100	71,4	92,9	87,2	85,7	84,4	78,6
Er ikke lovlydig ved start	0	50	71,4	69,2	71,4	71,9	92,9
Er ikke rusfri ved start	0	21,4	53,8	57,9	75	62,5	71,4
Avstår ikke fra vold ved start	0	71,4	92,9	69,2	67,9	65,6	42,9

Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

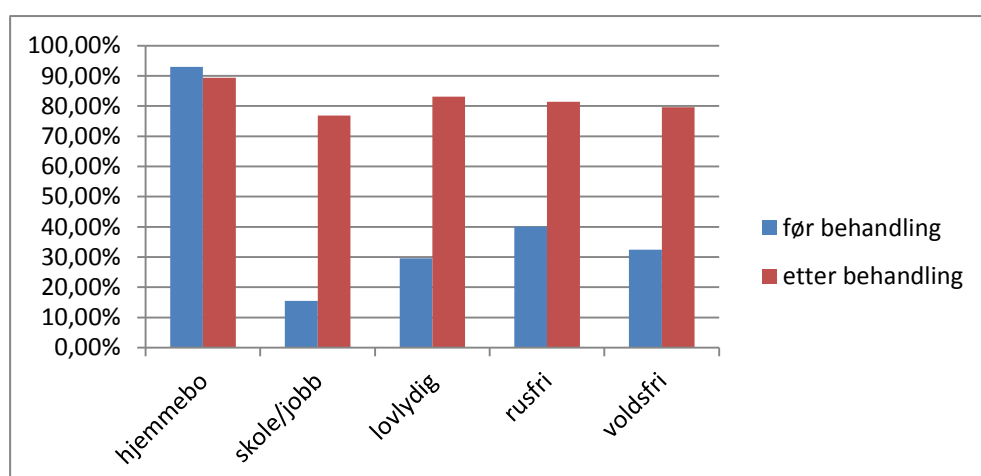
Tabell 16: Resultater av behandlingen (prosent)

	Hjemmebo	Skole/jobb	Lovlydig	Rusfri	Voldsfri
Før behandling	93,0	15,5	29,6	40,1	32,4
Etter behandling	89,4	76,8	83,1	81,4	79,6
Differanse	-3,6	61,3	53,5	41,3	47,2

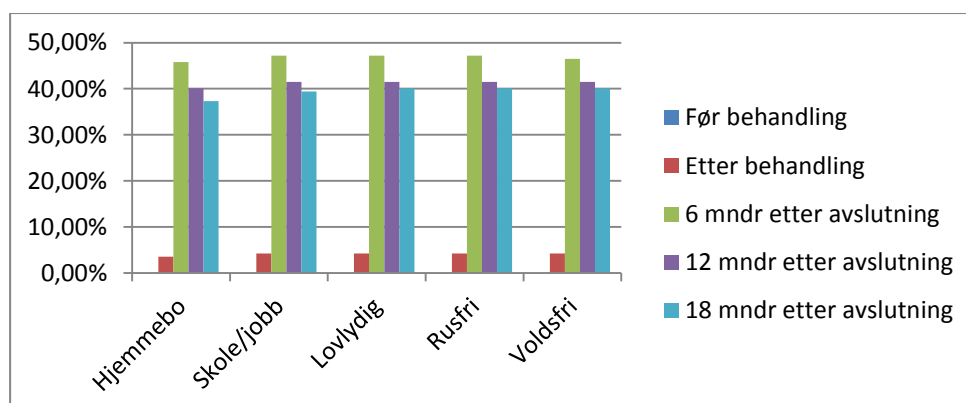
Tabell 17: Resultater av behandlingen etter kjønn (prosent av egen kjønnskategori, -avrundet til nærmeste hele tall)

	Bor hjemme		Skole/jobb		Er lovlydig		Er rusfri		Avstår fra vold	
	jente	gutt	jente	gutt	jente	gutt	jente	gutt	jente	gutt
Før behandling	91	94	15	16	40	24	33	46	42	27
Etter behandling	88	95	86	77	90	85	82	87	90	79
Differanse	-3	1	71	61	50	61	49	41	48	52

Figur 1: Ja, bor hjemme, går på skole/jobb, er lovlydig, er rusfri, er voldsfri målt før og etter behandling (prosent)



Figur 2: Mangler data/missing for variablene hjemmeboende, skole/jobb, lovlydig, rusfri, voldsfri målt før og etter behandling, 6, 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling (prosent)



Behandlingseffekt av multisystemisk terapi (MST)

Figur 3: Ja, bor hjemme, går på skole/jobb, er lovlydig, er rusfri, er voldsfri målt før og etter behandling, 6, 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling. Resultater i % og valid % (prosent)

