

Remissversion:

Vetenskapligt underlag med metodbeskrivning

Kunskapsstöd med rekommendationer om insatser
för barn och unga med hög risk för fortsatt
normbrytande beteende

UTKAST

Innehåll

Remissversion:	0
Inledning	2
Utgångspunkter	3
Vår process	3
Syfte och frågeställningar	3
Urval av studier	4
Litteratursökningar	4
Inklusions- och exklusionskriterier	5
Resultat från litteratursökningarna	6
Resultatredovisning	8
Föräldraskapsstödsprogram	10
Färdighetsträning för barn	12
Strukturerad familjebehandling inkl. TFCCO	14
Beteende- och färdighetsträning för ungdomar	17
Scared Straight	19
Kommentarer till det vetenskapliga underlaget	20
SBU:s översikt om insatser i öppenvård	20
Styrkor i det vetenskapliga underlaget	20
Begränsningar	21
Bristande precision	21
Bristande transparens	22
Svårigheter att bedöma resultatens tillförlitlighet	22
Överlappning av primärstudier	23
Bilaga 1 Tabeller med referenser	24
Bilaga 2 Överlappningar av primärstudier	47
Bilaga 3 Sökdokumentation	49

Inledning

Detta är en separat bilaga till Socialstyrelsens kunskapsstöd *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i kriminalitet – Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och unga 6-18 år*.

I dokumentet beskrivs de litteratursökningar som gjorts i projektet och de resultat som ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer. Här har Socialstyrelsens också kommenterat det vetenskapliga underlagets styrkor och begränsningar.

Dokumentet har tre bilagor. I bilaga 1 beskrivs de inkluderade översiktsartiklar i tabellform, i tabell 2 redovisas överlappningar av primärstudier mellan olika systematiska översikter och i bilaga 3 finns dokumentationen från samtliga litteratursökningar.

Följande medarbetare på Socialstyrelsen har deltagit i arbetet med att sammanställa det vetenskapliga underlaget:

- Jenny Jakobsson, projektledare/granskare
- Karin Nordin Jareno, projektmedarbetare och medgranskare
- Cecilia Andrée Löfholm, projektmedarbetare och medgranskare
- Ulrika Bergström, projektmedarbetare
- Natalia Berg, informationsspecialist
- Niklas Långström, har bidragit med synpunkter

Metod

Utgångspunkter

I projektdirektivet beslutades att arbetet med kunskapsstödet skulle bygga vidare på Socialstyrelsens tidigare sammanställda kunskap genom att uppdatera rapporten *Insatser för unga lagöverträdare - En systematisk sammanställning av översikter om effekter på återfall i kriminalitet* (Socialstyrelsen/IMS, 2008). Därutöver skulle vi genomföra litteratursökningar om insatser för barn i åldern 6-11 år.

I direktivet beslutades också att två SBU-rapporter skulle omhändertas i projektet: en systematisk översikt om psykosociala öppenvårdsinsatser för att förebygga återfall i brott bland ungdomar (2020) och en systematisk översikt om TFCO/behandlingsfamilj för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (2018).

Vår process

Vårt arbete med att sammanställa och beskriva det vetenskapliga stödet för insatser har följt Socialstyrelsens interna rutin *Sammanställning av bästa tillgängliga kunskap*. Rutinen omfattar formulering av PICO:s och frågeställningar, relevansgranskning av abstracts och fulltextartiklar, kvalitetsgranskning med stöd av AMSTAR¹, mallar för sammanställning och tabeller för syntes. Socialstyrelsens process för framtagande av kunskapsstöd omfattar inte gradering av resultatens tillförlitlighet.

Litteratursökningarna genomfördes i mars 2020 av en informationsspecialist. Relevans- och kvalitetsbedömningar gjordes av två av varandra oberoende granskare i projektgruppen. Oenigheter i bedömningar diskuterades i ett konsensusförfarande. Syntes av data gjordes i huvudsak genomförts av en projektmedlem. Innehållet i resultatredovisningen har diskuterats gemensamt i projektgruppen.

Syfte och frågeställningar

Syftet med litteratursökningarna var att identifiera vetenskaplig litteratur om effekter av insatser för att minska normbrytande beteenden hos barn (6-11 år) och unga (12-18 år). Med normbrytande beteenden avses antisociala eller aggressiva beteenden, symtom på uppförandestörning och kriminella handlingar exklusive sexuellt utagerande beteende och sexualbrott.

¹ A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR) är en mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter

Enligt Socialstyrelsens rutin ska det vetenskapliga underlaget för ett kunskapsstöd i första hand bygga på systematiska översikter och i andra hand på primärstudier. I vårt fall har endast vetenskapliga översiktsartiklar eftersökts.

Sammanlagt har fem litteratursökningar genomförts i projektet. Två sökningar avsåg insatser för barn 6-11 år. Dels en riktad sökning om föräldraskapsstödsprogram, dels en bred sökning om psykosociala insatser riktade till föräldrar, barn eller både och. För den äldre målgruppen (12-18 år) gjordes tre sökningar baserade på Socialstyrelsens rapport om insatser för unga lagöverträdare (2008): medling vid brott, särskilt kvalificerad kontaktperson och andra insatser i öppen- och slutenvård som kan komma ifråga då en ungdom döms till ungdomsvård eller som ges inom socialtjänstens övriga verksamhet.²

Projektets primära utfallsmått var normbrytande beteenden (t.ex. aggressivitet, externaliserade beteenden, symtom på trotsyndrom och uppförandestörning), och utveckling av kriminalitet (för barn 6-11 år) eller återfall i brott (för unga 12-18 år),

Följande frågeställningar låg till grund för de fem litteratursökningarna.

1. Vilka effekter har *föräldraskapsstödsprogram* för barn 6-11 år avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet?
2. Vilka effekter har *andra psykosociala insatser* för barn 6-11 år avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet?
3. Vilka effekter har *särskild kvalificerad kontaktperson/mentorskap* för ungdomar 12-18 år avseende normbrytande beteende och återfall i brott?
4. Vilka effekter har *medling* för ungdomar 12-18 år avseende normbrytande beteende och återfall i brott?
5. Vilka effekter har insatser tillämpliga inom ramen för *ungdomsvård* för ungdomar 12-18 år avseende normbrytande beteende och återfall i brott?

Urval av studier

Litteratursökningar

Litteratursökningarna gjordes i databaserna Campbell Library, Cochrane Library, Criminology Collection, IBSS, Medline, PsycInfo, ProQuest, Social Science Database, SocIndex, Sociology Collection, SwePub samt på SBU:s hemsida. Endast översiktsartiklar på engelska och svenska har eftersökts i projektet. Se sökdokumentation i bilaga 2.

² Vi valde att inte söka litteratur om ungdomstjänst (dvs. oavlönat arbete samt annan särskilt anordnad verksamhet) som ingår i Socialstyrelsens rapport från 2008 med motiveringen att ungdomstjänst inte har ett uttalat terapeutiskt/rehabiliterande syfte.

Ett tjugooårsperspektiv är en vanlig tidsavgränsning vid litteratursökningar. Vad gäller den yngre populationen (6-11 år) eftersöktes därför artiklar publicerade år 2000-2020. När det gäller sökningar om insatser för ungdomar 12-18 år behövde projektet förhålla sig till Socialstyrelsens rapport (2008) om insatser för unga lagöverträdare varför sökperioden bestämdes till 2008-2020.

Inklusions- och exklusionskriterier

Beträffande studiedesign inkluderades systematiska översikter med eller utan meta-analys (sammanvägning av resultat från flera studier) och synteser av systematiska översikter/metaanalyser. Icke-systematiska översiktsartiklar inkluderades om de beskrev en insats som inte var belyst i någon av de systematiska översikterna.

Endast expertgranskade artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter inkluderades. Det innebar att akademiska avhandlingar, myndighetsrapporter, interna riktlinjedokument och bokkapitel exkluderades i relevansgranskningen.

Med utgångspunkt i projektets frågeställningar (PICO:s) fastställdes ett antal kriterier som stöd för bedömning av artiklarnas relevans. Vi **inkluderade** artiklar där

- a) Studiepopulationen var barn och unga med konstaterade utagerande beteendeproblem, t.ex. barn med diagnos eller symtom på uppförandestörning och trotssyndrom, där populationen beskrevs med engelska termer som *externalizing/disruptive/conduct/antisocial behaviours/problems* eller där studiepopulationen var barn och unga som hade begått brott.
- b) Minst 70 procent av studiepopulationen hade en medelålder mellan 6-18 år eller ett åldersspann på minst 5 år och max 20 år³
- c) De insatser som studerades skulle kunna tillämpas inom svensk socialtjänst (öppenvård eller slutenvård)
- d) de utfallsmått som redovisades avsåg utagerande beteendeproblem i form av normbrytande beteende, t.ex. symtom på uppförandestörning, trotsyndrom eller adhd, externaliserade beteenden, aggressivitet, antisocialt beteende, kriminalitet eller återfall i brott. Utfall kunde mätas på olika sätt, t.ex. föräldraskattning, lärarskattning, beteendeobservation, självskattning eller registerdata.

Vi exkluderade artiklar som enbart baserades på studier i låg- och medelinkomstländer samt artiklar vars primära syfte var att undersöka kostnadseffektivitet. Vidare **exkluderades** artiklar där

³ I de fall det saknades sammanslagen information om hela studiepopulationens ålder utgick vi från uppgifter om respektive primärstudie. Då inkluderades översiktsartiklar där minst 70 procent av de ingående studierna hade en studiepopulation med medelålder mellan 6-18 år alternativt åldersspann min 5 och max 20 år

- a) studiepopulationen var barn och unga med svår till måttlig autism och/eller intellektuell funktionsnedsättning
- b) de insatser som studerades avsåg åtgärder på universell eller (endast) selektiv preventionsnivå
- c) de rapporterade utfallsmåtten endast avsåg adhd-symtom

Resultat från litteratursökningarna

De fem sökningarna resulterade i sammanlagt 900 träffar. Av dessa lästes 228 i fulltext varav 167 sorterades bort vid relevansgranskning. De vanligaste skälen till exkludering av fulltexter var att studiepopulationen inte matchade projektets frågeställningar vad gäller ålder eller grad/typ av beteendeproblem, att artikeln inte var en systematisk översikt och att de insatser som studerades eller utfall som rapporterades inte motsvarade projektets inklusionskriterier. Här kan noteras att ett femtiotal systematiska översikter om föräldraskapsstödsprogram exkluderades då dessa i huvudsak avsåg barn i förskoleåldern.

61 översiktsartiklar bedömdes vara relevanta för projektet varav 49 kvalitetsgranskades med stöd av AMSTAR.⁴ I enlighet med Socialstyrelsens rutin kvalitetsgranskades inte de 12 översikter från Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration och SBU som inkluderats då de kan antas hålla en hög kvalitetsnivå.

10 översikter exkluderades efter AMSTAR-granskning då de bedömdes vara av låg kvalitet. 27 artiklar bedömdes vara av måttlig kvalitet och 12 av hög kvalitet, dessa ingår därmed i vårt underlag tillsammans med publikationerna från Cochrane, Campbell och SBU. Sammanlagt inkluderades 51 översiktsartiklar.

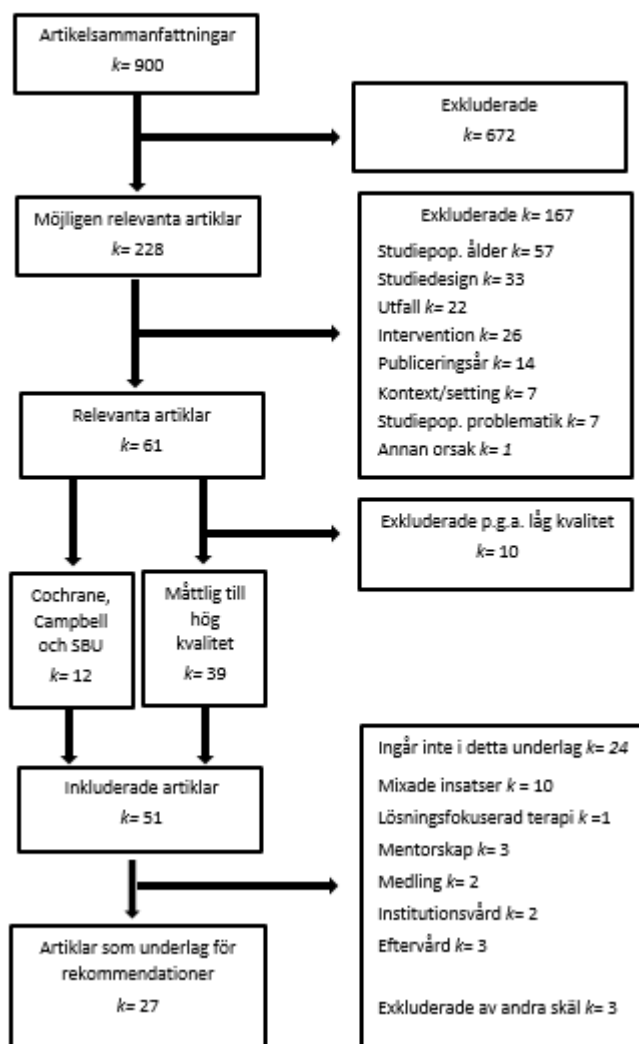
Efter interna diskussioner och återkoppling från externa granskare bedömdes att det vetenskapliga underlaget var otillräckligt för att utfärda rekommendationer om mentorskap/kvalificerad kontaktperson, medling och om särskilda program på institution eller i eftervård för ungdomar 12-18 år.⁵ Därmed återstår 27 systematiska översiktsartiklar som grund för projektgruppens förslag på rekommendationer. Se flödesschema, figur 1.

Översikterna i detta underlag avser föräldraskapsstödsprogram för barn ($k=9$), färdighetsträning för barn ($k=3$), strukturerad familjebehandling för ungdomar ($k=9$), KBT-baserade insatser för ungdomar ($k=7$) och konsekvens- och påverkansprogram av typen Scared Straight ($k=1$).

⁴ AMSTAR innehåller elva kvalitetskriterier. Vi bedömde den sammanlagda kvaliteten som låg, måttlig eller hög.

⁵ Resultaten pekade inte samstämmigt mot positiva eller negativa effekter. I vissa fall bedömdes dessutom att resultaten inte kunde överföras till svensk socialtjänstkontext.

Figur 1. Flödesschema



Resultatredovisning

Samtliga publikationer beskrivs mer detaljerat i tabeller i bilaga 1. Där framgår fullständig referens, syfte med studien, utfallsmått, information om ingående studier, resultat, författarnas slutsats och deras bedömning eller kommentar om resultatens tillförlitlighet. I bilaga 1 redovisas också projektgruppens bedömning av översikternas kvalitet.

I redovisningen nedan framgår resultat sammanfattat i text på svenska och i tabeller på engelska. Tabellerna beskriver förste författare och årtal, information om de studier som ingår i översikten (intervention/er som studeras, studiedesign och jämförelsealternativ), antal primärstudier som ingår i översikten samt rapporterade effekter avseende normbrytande beteende och kriminalitet.

De resultat som beskrivs handlar uteslutande om mellangrupps effekter, dvs. utfallet av den studerade insatsen i förhållande till jämförelsealternativen. I texten redogör vi i huvudsak bara för statistiskt signifikanta effekter. När författarna rapporterar ett icke-signifikant resultat uttrycker vi det som att de inte fann någon effekt. I enstaka fall, t.ex. för att belysa potentiellt skadliga effekter, anges även icke-signifikanta effekter i resultatredovisningen.

Vi har inte gjort några egna beräkningar eller andra bearbetningar av data. I tabellerna beskrivs effektstyrka och konfidensintervall med de mått som författarna själva använder⁶. I löptext anges mellangrupps effekt som effektstorlek (ES). Vi har konverterat oddskvot (OR) till ES för ökad läsbarhet.

Vi uttrycker effekternas storlek som marginella, små, medelstora och stora, se cut-off värden i tabellen nedan. Våra benämningar av effektstorlek skiljer sig därmed i vissa fall från författarnas egna.

Effektmått	Tolkning
Effektstorlek (ES)	≤ 0.19 = marginell effekt $0.20-0.49$ = liten effekt $0.50-0.79$ = medelstor effekt ≥ 0.80 = stor effekt

⁶ Cohen's *d*, standardiserad medelvärdeskilnad (SMD), oddskvot (OR), log oddskvot (LOR), riskskillnad (RD) mm.

Begrepp och förkortningar i resultatredovisningen

k	antal primärstudier
ES	effektstorlek
Utfallsmått	vad effekterna av insatserna avser
Systematisk översikt (SÖ)	artikel där resultat från flera studier samlas, granskas och vägs samman på ett systematiskt och vetenskapligt sätt
Metaanalys	metod för sammanvägning av data
RCT	randomiserad kontrollerad studie
CCT	kontrollerad icke-randomiserad studie
Single group study	studie utan jämförelsegrupp
Comparison	vad den utvärderade insatsen jämförs med
TAU	sedvanlig insats (treatment as usual)
Alternative treatment	annan namngiven insats
Wait-list	väntelista
No treatment	ingen insats
Placebo	insats som utformats för att inte ge effekt
Ns.	icke-signifikant

Föräldraskapsstödsprogram

Rekommendationen om föräldraskapsstödsprogram för barn 6-11 år baseras på nio systematiska översikter⁷ varav sju redovisar sammanvägda resultat. Två översikter är av deskriptiv karaktär. I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Battagliese et al 2015	0.92	Externaliserade symtom
Baumel et al 2016	0.44	Externaliserade symtom
Lundahl et al 2006	0.42, 0.44	Trots och uppförandeproblem
Lundahl et al 2008	0.20, 0.48	Uppförandeproblem
SBU 2017	0.33	Externaliserade symtom
Uretsky et al 2017	0.40	Beteendeproblem
Zvi et al 2011	0.32	Externaliserade symtom

I en metaanalys av 8 RCT-studier finner Battagliese et al (2015) stora effekter på barns utagerande beteende av KBT-baserade föräldraskapsstödsprogram jämfört med inga insatser (ES= 0.92) [1].

Baumel et al (2016) väger samman resultat från 7 RCT- och CCT-studier om KBT-baserade digitala föräldraskapsstödsprogram. Författarna finner en liten genomsnittseffekt av dessa program jämfört med väntelista (ES = 0.44) [2].

Lundahl et al (2006) väger samman resultat från 63 RCT- och CCT-studier om föräldraskapsstödsprogram. Författarna noterar jämförbara små effekter för beteendebaserade (ES= 0.42) och icke-beteendebaserade (ES= 0.44) program. Analyser av uppföljningsdata med jämförelsegrupp visar att behandlingseffekterna för beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram kvarstår över tid (ES= 0.21, $k= 21$). Det saknades uppföljningsdata för icke-beteendebaserade program [3].

I en metaanalys baserad på 26 RCT- och CCT-studier finner Lundahl et al (2008) större effekter av föräldraskapsstödsprogram när båda föräldrarna medverkar (ES= 0.48) jämfört med när endast mödrar deltar i insatsen (ES= 0.20). Författarna konstaterar att behandlingseffekterna för båda insatsformerna kvarstår över tid ($k= 19$) [4].

Två översikter avser föräldraskapsstödsprogram riktade till familjehemsföräldrar.

I en översikt om insatser för bättre hälsa hos familjehemsplacerade barn finner SBU (2017) en liten effekt av ett beteendebaserat föräldraskapsstödsprogram vad gäller utagerande beteende hos barn jämfört med inga eller sedvanliga insatser (ES= 0.33). Resultatet baseras på två RCT-studier [5].

⁷ Totalt 202 varav 157 unika primärstudieartiklar (35 enkla dubletter, övriga redovisas i bilaga 2)

Uretsky et al (2017) väger samman resultat från 11 RCT-, CCT-studier och studier utan kontrollgrupp om gruppbaseade föräldraskapsstödsprogram för familjehemsplacerade barn. Författarna finner att programmen har en liten genomsnittlig effekt på barns beteendeproblem (ES= 0.40) [6].

I en Cochrane-översikt av Zvi et al (2011) ingår fem RCT- och CCT-studier om KBT-baserade föräldraskapsstödsprogram för barn med adhd. Författarna noterar en liten genomsnittlig effekt av föräldraskapsstödsprogram jämfört med sedvanliga insatser (ES= 0.32) [7].

Två översiktsartiklar om föräldraskapsstödsprogram är av beskrivande karaktär.

Medlow et al (2016) sammanfattar resultat från 9 RCT-studier av kommunbaseade föräldraskapsstödsprogram (beteende- och anknytningsbaseade) jämfört med inga eller alternativa insatser. Författarna finner att insatserna tycks minska beteendeproblem hos barn och unga med hög grad av problembelastning [8].

Med utgångspunkt i en systematisk översikt av 64 RCT och CCT-studier graderar Kaminski et al (2017) det vetenskapliga stödet för olika insatser för barn med beteendeproblem.⁸ Två beteendebaserade insatstyper rankas som ”well-established” vilket motsvarar högsta graden av evidens. Dels beteendebaserade föräldraskapsstödsprogram i grupp, dels beteendebaserat individuellt föräldrastöd där även barn deltar i insatsen. Författarna motiverar sin bedömning med att båda insatstyperna har utvärderats av oberoende forskare i flera välgjorda RCT-studier med positiva resultat i jämförelse med andra eller inga insatser [9].

Artiklar om föräldraskapsstöd för barn

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[1] Battagliese et al 2015	I= CBT-based parent training D= RCT C= no treatment, wait list, alternative treatment	8	Externalizing behaviours $d = -0.92$ (-1.23 to -0.61)
[2] Baumel et al 2016	I= CBT-based internet-/webbased parent training D= RCT, CCT	7	Externalizing behaviours ES= 0.44 (0.21 to 0.66)
[3] Lundahl et al 2006	I= Behavioural and non-behavioural parent training programs D= RCT, CCT C= NR	63	Compliance and problematic behaviours Behavioural PT: $d = 0.42$ (0.35 to 0.49) Non-behavioural PT: $d = 0.44$ (0.16 to 0.71) Follow up: Behavioural PT: $d = 0.21$ (0.08 to 0.33). $k=21$

⁸ Procedures and criteria established for Clinical Child and Adolescent Psychology The review involved two steps: (a) determining the body of sufficiently well-conducted studies to be included in the review and (b) aggregating findings from the well-conducted studies to evaluate the level of evidence supporting each treatment family: well-established, probably efficacious, possibly efficacious, experimental, or of questionable efficacy.

[4] Lundahl et al 2008	I= Parent training programs with mothers only and both parents D= RCT, CCT C= wait list, treatment control	26	Disruptive behaviour PT including mothers only: $d= 0.20$, both mothers and fathers: $d= 0.48$, significant contrast Follow-up: Mothers only: $d= 0.63$, both mothers and fathers: $d= 0.39$, non-significant
[5] SBU 2017	I= Incredible years (children in foster care) D=RCT C= wait list, TAU	2	Externalizing behaviour SMD= 0.33 (0.03 to 0.63)
[6] Uretsky et al 2017	I= Group format foster or kin caregiver training programs D=RCT, CCT, single group C= NR	11	Behavioural problems ES= -0.40 (-0.52 to -0.28)
[7] Zvi et al 2011 (Cochrane)	I= CBT/behavioural based parent training for adhd in children D= RCT, CCT	5	Externalizing behaviour SMD= -0.32 (-0.83 to 0.18)
[8] Medlow et al 2016	I= Community based parenting interventions. D= RCT C= wait list, alternative treatment	9	Among adolescents at the higher end of problem severity at baseline, clinically significant improvements were observed with reductions in challenging behaviours for intervention group youth, and greater numbers of 'improved' and 'recovered' youth out-
[9] Kaminski & Claussen 2017	I= Behavioural-based family treatments for disruptive behaviours in children D= RCT, CCT C: no treatment, TAU, alternative treatment	64	Two treatments achieved the highest distinction of well-established (level 1): Group parent behaviour therapy and Individual parent behaviour therapy with child participation. Both had multiple published randomized trials by independent research teams documenting superiority of the treatment

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Färdighetsträning för barn

Rekommendationen om färdighetsträning för barn 6-11 år baseras på tre systematiska översikter med sammanvägda resultat.⁹ I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Battagliese et al 2015	0.45	Externaliserade symtom
McCart et al 2006	0.23	Antisocialt beteende och kriminalitet
Piquero et al 2010	0.09, 0.30	Beteendeproblem och kriminalitet

I en metaanalys av 9 RCT-studier om KBT-baserade insatser (primärt färdighetsträningsprogram) riktade till barn med trotssyndrom, uppförandestörning

⁹ Totalt 97 varav 95 unika primärstudieartiklar (2 dubletter)

och adhd finner Battagliese et al (2015) små effekter avseende utagerande beteenden jämfört med ingen insats (ES= 0.45)¹⁰ [1].

McCart et al (2006) väger samman resultat från 41 RCT- och CCT-studier om KBT-baserade insatser riktade till barn 6-12 år. Insatserna består primärt av olika typer av gruppbaserad färdighetsträning. Författarna finner en genomsnittligt liten effekt för KBT avseende antisocialt beteende och kriminalitet jämfört med inga insatser (ES= 0.23). För en bredare åldersgrupp (5-18 år) rapporteras att effekterna av KBT-baserade insatser består över tid (ES= 0.31) [10].

En Campbell-översikt av Piquero et al (2010) baseras på RCT-studier om insatser för ökad självkontroll. Programmen var i huvudsak gruppbaserade och bestod av social och/eller kognitiv färdighetsträning. En majoritet av studierna hade genomförts i skolmiljö. Baserat på föräldraskattningar fann författarna marginella effekter av programmen vad gäller beteendeproblem och kriminalitet jämfört med inga insatser (ES= 0.09, $k=9$). Små effekter rapporteras baserat på lärarskattningar (ES= 0.30, $k=14$) [11].

Artiklar om KBT-baserad färdighetsträning för barn

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[1] Battagliese et al 2015	I= CBT child therapy i.e. skills-training, D= RCT C= no treatment, wait list	9	Child CBT: externalizing symptoms; $d= 0.45$ (-0.70 to -0.21), $k= 9$
[10] McCart et al 2006	I= CBT i.e. anger management, conflict resolution, social skills training, cognitive restructuring D= RCT, CCT C= no treatment, placebo	41	Antisocial behaviour (incl. delinquency) $d= 0.2$ (0.11 to 0.32) for children aged 6-12. For total sample aged 5-18: $d= 0.35$ (0.25 to 0.47), follow up: $d= 0.31$ (0.13 to 0.48)
[11] Piquero et al 2010 (Campbell)	I= Self-control interventions, group-based (68%), school-based (79%). Social skills training (32%), cognitive coping strategies (27%) D=RCT C= no treatment, wait list	34	Delinquency and conduct problems Parent report: ES= 0.09 (-0.17 to 0.34), $k=9$ Teacher report: ES= 0.30 (0.13 to 0.46), $k=14$

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

¹⁰ Battagliese et al rapporterar också resultat för KBT-baserade insatser riktade till barn och föräldrar tillsammans (ES= 0.55) vilket bl.a. innebär färdighetsträningsprogram för barn i kombination med föräldraskapsstöd men effekter presenteras sammanslaget med effekter av föräldra-/barnprogram såsom Parent Child Interaction Therapy (PCIT).

Strukturerad familjebehandling inkl. TFCO

Rekommendationen om strukturerad familjebehandling i öppenvård respektive om TFCO för ungdomar 12-18 år baseras på nio systematiska översikter¹¹ varav sju redovisar sammanvägda resultat. Två översikter är av deskriptiv karaktär. I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Baldwin et al. 2012	0.21, 0.26	Kriminalitet, missbruk
Dopp et al. 2017	0.25	Antisocialt beteende inkl. kriminalitet
SBU 2018	0.27, 0.34	Kriminalitet
Hartnett et al 2017	0.35-0.75	Antisocialt beteende, missbruk
van der Pol et al 2017	0.24	Kriminalitet, externaliserade symtom,
van der Stouwe	0.20	Kriminalitet
SBU 2020	0.12	Externaliserade symtom
	ns.	Återfall i brott

Översikterna omfattar insatserna Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Funktionell familjeterapi (FFT), Multidimensionell familjeterapi (MDFT), Multisystemisk terapi (MST) och Treatment Foster Care Oregon (TFCO).

Tre av översikterna rapporterar sammanslagna resultat för flera familjebehandlingsprogram, resterande redovisar programspecifika resultat. I tabellen nedan ges en bild av vilken typ av översikt som respektive program ingår i.

Program	Antal översikter med program-specifika resultat	Antal översikter med sammanvägda resultat
BSFT	-	2
FFT	2	3
MDFT	2	2
MST	3	3
TFCO	3	1

Översikter som utvärderar flera program

Baldwin et al (2012) väger samman resultat från RCT-studier av BSFT, FFT, MDFT och MST. Författarna finner små effekter avseende kriminalitet (ej särredovisat från missbruk) för de fyra familjebehandlingsprogrammen jämfört med sedvanliga insatser (ES= 0.21, $k= 11$) och jämfört med alternativa insatser (ES= 0.26, $k=11$) [12].

Dopp et al (2017) väger samman resultat från 28 CCT-studier om FFT, MST och TFCO. De finner små effekter avseende kriminalitet och annat antisocialt beteende för de tre familjebehandlingsprogrammen jämfört med inga eller

¹¹ Totalt 264 varav 156 unika primärstudieartiklar (26 enkla dubletter, övriga redovisas i bilaga 2)

andra insatser (ES= 0.25). Författarna konstaterar att de gynnsamma effekterna består över tid [13].

von Sydow et al (2013) sammanfattar resultat från 47 RCT-studier och metaanalyser av BSFT, FFT, MDFT och MST. Författarna konstaterar att de fyra familjebehandlingsprogrammen tycks vara effektiva för ungdomar med kriminellt beteende och att positiva effekter kvarstår över tid [14].

Översikter som utvärderar ett program

Hartnett et al (2017) jämför resultat från olika studier av FFT. När FFT utvärderas i RCT-studier finner författarna en liten effekt avseende antisocialt beteende och missbruk, både i jämförelse med väntelista (ES= 0.48, $k= 3$) och med annan namngiven insats (ES= 0.35 $k= 5$). I CC-studier påvisas måttliga effekter för FFT i jämförelse med alternativa insatser (ES= 0.75, $k= 3$) [15].

van der Pol et al (2017) utvärderar MDFT baserat på åtta RCT-studier. Författarna finner en liten genomsnittlig behandlingseffekt avseende kriminalitet och utagerande beteende jämfört med alternativa insatser (ES= 0.24) [16].

van der Stouwe et al (2014) utvärderar MST baserat på 22 RCT- och CCT-studier. Författarna finner en liten effekt av MST avseende kriminalitet (ES= 0.20) och andra beteendeproblem (ES= 0.23) jämfört med alternativa insatser [17].

SBU (2018) utvärderar effekter av TFCO för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Översikten baseras på RCT-studier där TFCO jämförs med vård på institution. SBU finner små effekter av TFCO avseende kriminalitet baserat på registerdata (ES= 0.37, $k= 6$) och baserat på självskattning (ES= 0.24, $k= 3$) [18].

Med utgångspunkt i en systematisk översikt av 26 RCT-studier graderar McCart & Sheidow (2016) den vetenskapliga styrkan för insatser för ungdomar 12-19 år med antisocialt och kriminellt beteende.¹² Författarna rankar MST och TFCO för unga lagöverträdare som "well-established" vilket motsvarar den högsta evidensnivån [19].

SBU om effekter av strukturerad familjebehandling i öppenvård

I en systematisk översikt från SBU (2020) om öppenvårdsinsatser för ungdomar som har begått brott ingår FFT, MST och MDFT. Effekter som undersöks är återfall i brott och externaliserade problem efter i genomsnitt två. SBU finner

¹² Studies were identified through an extensive literature search and evaluated using Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology (JCCAP) level of support criteria, which classify studies as well-established, probably efficacious, possibly efficacious, experimental, or of questionable efficacy based on existing evidence.

ingen effekt avseende återfall i brott eller externaliserade symtom för FFT ($k=7$) eller för MDFT ($k=2$) jämfört med sedvanliga eller alternativa insatser.

För MST finner SBU inga effekter avseende återfall i brott jämfört med sedvanliga insatser ($k=9$). Vad gäller externaliserade symtom konstaterar SBU marginella effekter till fördel för MST jämfört med sedvanliga insatser ($ES=0.12$, $k=6$) [20].

Artiklar om strukturerad familjebehandling för ungdomar

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[12] Baldwin et al 2012	I= BSFT, FFT, MDFT, MST D= RCT C= TAU, alternative treatment or control	26	Delinquency and substance use Vs. TAU $d=0.21$ (0.02 to 0.40), $k=11$ Vs alternative therapy $d=0.26$ (0.05 to 0.48), $k=11$ Vs. control $d=0.70$, ns, $k=4$
[13] Dopp et al 2017	I= FFT, MST, TFCO D=CCT C= no treatment, TAU, group care, alternative treatment	28	Antisocial behaviour (incl. delinquency): $d=0.25$ (0.11 to 0.39) The benefit of family-based treatments was evident on average 2.5 years after the completion of treatment
[14] von Sydow et al 2013	I= BSFT, FFT, MST, MDFT D=RCT and meta-analysis C= no treatment, placebo, alternative treatment, TAU	47	Summary findings: - No indication of adverse effects - An efficacious treatment approach for externalizing and juvenile delinquency - Engagement and retention rates are superior to other therapy approaches for externalizing disorders - Efficacious in multiple domains of functioning - Positive effects are long lasting - Some European trials have less positive results than older U.S. trials. - Treatment programs are adapted more to the needs of boys and more efficacious for males
[15] Hartnett et al 2017	I= FFT D= RCT, CCT C= wait list or no treatment (CLT), TAU, alternative treatment (ALT)	14	Behavioural disorders and substance use. Significant effects range $d=0.35-0.75$ RCT: FFT vs. CTL $d=0.48$, $k=3$ RCT: FFT vs. TAU $d=0.20$, $k=3$ ns. RCT: FFT vs. ALT $d=0.35$, $k=5$ CCT: FFT vs. CTL $d=0.90$, $k=2$, ns. CCT: FFT vs. TAU $d=0.08$, $k=2$, ns. CCT: FFT vs. ALT $d=0.75$, $k=3$
[16] van der Pol et al 2017	I= MDFT D= RCT C= Alternative treatment	8	Delinquency and externalizing psychopathology $d=0.24$, $p<0.01$.
[17] van der Stouwe et al 2014	I= MST D= RCT, CCT C= Alternative treatment	22	Delinquency overall mean ES: $d=0.20$, $p<.001$ General delinquency: $d=0.23$, $p<.001$ Psychopathology: $d=0.27$, $p<.001$

[18] McCart & Sheidow 2016	I= Treatments for adolescent disruptive behaviour D= RCT C= waitlist, no treatment, TAU, alternative treatment	22	Two treatments met criteria as well-established when delivered to justice-involved youth: MST and TFCCO.
[19] SBU 2018	I= TFCCO D= RCT C= institutional care	9	Delinquency, official records: SD= 0.37 (0.208 to 0.584) Delinquency, self-report: SD=0.24 (0.02 to 0.46)
[20] SBU 2020	I= MST, FFT, MDFT D= RCT, CCT C= TAU, alternative treatment	12	MST – recidivism/register RD= 0.07(-0.20 to 0.06) ns. k= 5 MST – recidivism/self-report: SMD= 0.12 (-0.26 to 0.03), ns. k= 5 MST – externalized symptoms, self-report: SMD= -0,12 (-0,23 to -0,01), k=6. MST – externalized symptoms, parent report: SMD= 0.14 (-0.25 to 0.02), k=5 FFT – recidivism: RD= -0.09 (0.31 to 0.13) ns. MDFT – recidivism: SMD= 0.14 (-0.40 to 0.12), ns.

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Beteende- och färdighetsträning för ungdomar

Rekommendationen om KBT-baserad beteende- och färdighetsträning för ungdomar 12-18 år baseras på sju översiktsartiklar¹³ varav sex redovisar sammanvägda resultat. I tabellen nedan sammanfattas rapporterade genomsnittseffekter och utfallsmått.

Referens	ES	Utfallsmått
Litschge et al 2010	0.49	Återfall i brott
de Vries et al 2015	0.61, 0.57	Kriminalitet
Koheler et al 2013	0.30	Återfall i brott
SBU 2020	ns.	Återfall i brott
van der Stouwe 2020	0.28, ns.	Kriminalitet, externaliserade problem
de Swart et al 2012	0.52	Kriminalitet och antisocialt beteende

I en metaanalys av 8 metaanalyser finner Litschge et al (2010) en genomsnittligt liten effekt av KBT- och beteendebaserade insatser (främst färdighetsträning) avseende återfall i brott (ES= 0.49) [21].

de Vries et al (2015) utvärderar insatser för ungdomar med hög risk att utveckla allvarlig kriminalitet. I översikten ingår RCT- och CCT-studier. Författarna finner en medelstor effekt avseende kriminalitet för program som innehåller beteendekontrakt (ES= 0.61, k=5) och beteendemodellering (ES= 0.57, k= 6) [22].

¹³ Totalt 113 varav 110 unika primärstudieartiklar (3 dubletter)

Koehler et al (2013) utvärderar program för unga lagöverträdare i Europa. I översikten ingår 11 RCT- och CCT-studier om KBT-och beteendebaserade insatser i form av bl.a. kognitiv och social färdighetsträning, träning av problemlösning och förstärkning av prosociala beteenden. Författarna finner en liten genomsnittlig effekt för KBT avseende återfall i brott för KBT jämfört med ingen eller annan insats (ES= 0.30) [23].

I SBU:s översikt om öppenvårdsinsatser för att motverka återfall i brott (2020) ingår två CCT-studier om KBT i grupp. SBU finner inga effekter avseende återfall i brott för gruppbaserad KBT jämfört med sedvanlig insats [20].

van der Stouwe et al (2020) utvärderar effekter av social färdighetsträning avseende kriminalitet och externaliserade problem. I metaanalysen ingår 28 RCT- och CCT-studier från institution och öppenvård. Författarna finner små sammanvägda effekter avseende kriminalitet då social färdighetsträning jämförs med ingen insats (ES= 0.28) men inga effekter i jämförelse med annan insats. Inga effekter påvisas vad gäller externaliserade problem [24].

Baserat på 27 RCT- och CCT studier finner de Swart et al (2012) att KBT-baserade insatser inom institutionsvård har en medelstor effekt avseende antisocialt beteende och kriminalitet (ES= 0.52). Författarna finner inga signifikanta effekter av färdighetsträning på institution [25].

Brännström et al (2015) utvärderar Aggression Replacement Training (ART), ett manualbaserat program med syfte att minska aggressivitet, öka sociala färdigheter och främja moraliskt resonering hos ungdomar. Författarna finner att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna bedöma insatsens effekt [26].

Artiklar om KBT-baserade insatser för ungdomar

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[20] SBU 2020	I= Group-based CBT D= CCT C= TAU	2	Re-offending Risk difference= -0.17 (-0.53 to 0.18) ns.
[21] Litschge et al 2010	I= CBT/behavioural treatments D= meta-analysis	8	Re-offending Median ES= 0.49, Range 0.04 to 1.15.
[22] de Vries et al 2015	I= Prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency D= RCT, CCT C= no treatment, TAU	39	The overall mean effect: $d = 0.24$, $p < .001$ corresponding to a significant reduction of 13.44% in delinquency compared to care as usual or no treatment. Effects by treatment characteristics: Behavioural Modelling: $d = 0.57$, $k = 6$ Behavioural Contracting $d = 0.61$, $k = 5$

[23] Koehler et al 2013	I= Individual CBT and behavioural treatment e.g. thinking skills programs, social skills and problem solving approaches, reinforcement of behavioural change D= RCT, CCT C=no treatment, TAU, alternative treatment	11	Re-offending OR=1.73 (1.26 to 2.36), p <0.001
[24] van der Stouwe et al 2020	I= Social skills training (SST) in residential and non-residential settings D= RCT, CCT C= no treatment, placebo, alternative treatment	28	Offending SST vs. no treatment/placebo: d= 0.28 (0.12 to 0.43) SST vs. alternative treatment: d= 0.08 (0.00 to 0.16), after trim and fill analysis: d= -0.01 (-0.18 to 0.15) Externalizing behaviour SST vs. no treatment/placebo: d= 0.25 (0.11 to 0.67) ns. SST vs. alternative treatment: d= 0.11 (-0.16 to 0.38) ns.
[25] de Swart et al 2012	I= Evidence based institutional care (e.g. structured and manual-guided treatment based on empirical evidence) D= RCT, CCT C = institutional care as usual, non-institutional care	18	Delinquency, behaviour problems. Moderator analyses indicated that cognitive behaviour therapy in institutional care showed a significant and medium-strong effect d= 0.520 (0.281 to 0.759), k= 10 whereas (social) skills training showed no effect: d = 0.02 (-0.25 to 0.29), k= 8
[26] Brännström et al 2016	I= Aggression Replacement Therapy (ART) D= RCT, CCT C= no treatment, no-ART, parts of ART, alternative treatment, TAU	12	Looking at each individual study, the results indicate positive effects of ART, both on recidivism and on the secondary outcomes. However [...] included studies showed substantive clinical and methodological diversity, the overall methodological quality of the studies was poor [...].

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Scared Straight

Rekommendationen om påverkans- och konsekvensprogram av typen Scared Straight baseras på en Cochrane-översikt med sammanvägda resultat.

Baserat på 9 RCT-studier konstaterar Petrosino et al (2013) en genomsnittlig negativ effekt av Scared Straight (ES= -0.29). Resultatet visar att programmet ökar risken för kriminalitet jämfört med ingen insats [27].

Artiklar om "Scared Straight"

Reference	Included studies*	k	Effect (95 % confidence interval)
[27] Petrosino et al 2013 (Cochrane)	I= "Scared straight" and other awareness programs D= RCT C= no treatment	9	The OR (fixed-effect) for effects on officially measured criminal behaviour indicated a negative program effect: OR= 1.68 (1.20 - 2.36) Meta-analyses of seven studies show the intervention to be more harmful than doing nothing.

*I= intervention, D= research design, C= comparison groups

Kommentarer till det vetenskapliga underlaget

SBU:s översikt om insatser i öppenvård

Ett av kunskapsunderlagen för Socialstyrelsens rekommendationer rörande ungdomar 12-18 år är SBU:s systematiska översikt *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott*.¹⁴ Den togs fram av SBU för att utgöra ett underlag för detta kunskapsstöd.

SBU:s övergripande slutsats är att det inte går att avgöra vilka specifika psykosociala öppenvårdsinsatser som är mer effektiva än de de jämförts med, när det gäller återfall i brott de följande åren (i genomsnitt två år). Denna slutsats kan uppfattas gå stick i stäv med Socialstyrelsens beslut om rekommendationer för ungdomar 12-18 år.

Socialstyrelsens rekommendationer baseras emellertid på ett bredare urval av studier jämfört med SBU:s inklusionskriterier. I Socialstyrelsens vetenskapliga underlag ingår översikter med resultat om andra normbrytande beteenden (inte bara återfall i brott) och resultat baserat på eftermätningar (inte bara uppföljning).

SBU:s resultat indikerar att det vetenskapliga stödet är mer begränsat när det gäller de rekommenderade insatsernas effekt på återfall i kriminalitet på längre sikt.

Styrkor i det vetenskapliga underlaget

Socialstyrelsens process för att sammanställa bästa tillgängliga kunskap innebär att systematiska översikter (om möjligt) ska ligga till grund för myndighetens kunskapsstöd. När resultat från flera enskilda studier vägs samman i en systematisk översikt ger det en mer tillförlitlig bild av det vetenskapliga stödet för insatsens effekter. Det är ofta ont om studier på socialtjänstens område men när det gäller insatser för barn och unga med normbrytande beteende och kriminalitet finns det gott om internationell forskning och även svenska studier.

Till grund för rekommendationerna i det aktuella kunskapsstödet finns 27 systematiska översikter baserade på över 520 primärstudier. Sex av dessa översikter är utgivna av SBU, Campbell eller Cochrane vilka anses hålla

¹⁴ SBU 2020 *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott – En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter*. Rapport 308/2020

mycket god vetenskaplig kvalitet. Resterande översikter har granskats och bedöms hålla tillräckligt god kvalitet. Underlaget har också lästs och kommenterats av en extern expertgrupp med stor erfarenhet av forskningsområdet och målgruppen.

Förutom den stora omfattningen av studier med många studiedeltagare och översikternas goda kvalitet visar resultaten samstämmigt på gynnsamma effekter av de insatser som rekommenderas. Även om effektstorlekarna varierar något antas samstämmiga resultat vara tillräckligt vid riktlinjer och rekommendationer.¹⁵ I kunskapsstödet presenteras också svenska studier som bekräftar resultat i vårt underlag vilket ytterligare stärker relevansen och styrkan i slutsatserna.

Att flera rekommendationer avser typer av insatser istället för enstaka namngivna metoder kan också ses som en styrka. Möjligheten att generalisera resultaten ökar då genomsnittseffekterna kan härledas till faktorer som är gemensamma för olika program snarare än till enskilda metoder.

Sammantaget kan sägas att rekommendationerna baseras på ett gediget vetenskapligt underlag. I rekommendationsprocessen har hänsyn också tagits till resultatens tillförlitlighet och överförbarhet. Dessa bedömningar har dock inte varit helt enkla vilket beskrivs i följande avsnitt om begränsningar.

Begränsningar

Även om det vetenskapliga underlaget är gediget finns svårigheter med att vägleda praktiken utifrån resultat baserat på sammanställningar av flera systematiska översikter. Inte minst då Socialstyrelsens process inte medger egna bearbetningar av data eller ger stöd för att bedöma tillförlitlighet. De svårigheter som finns är av olika karaktär:

- Bristande precision
- Bristande transparens
- Svårigheter att bedöma resultatens tillförlitlighet
- Överlappning av primärstudier

Bristande precision

Ett sammantaget resultat som baseras på flera systematiska översikter har sämre precision än ett resultat baserat på en enskild översikt eller på några primärstudier. Även om det finns samstämmighet mellan översikter (t.ex. att fyra meta-analyser rapporterar små effektstorlekar 0,25–0,42) kommer de genomsnittliga effekterna spegla många enskilda effekter av varierande storlek.

¹⁵ Sid 95 SBU:s metodbok <https://www.sbu.se/sv/metod/?pub=48286>

Att vårt underlag baseras på flera systematiska översikter innebär också att vi får en spridning i studiepopulation, interventioner och utfall. Trots att vi har gjort en strukturerad relevansgranskning med inklusions- och exklusionskriterier utifrån våra frågeställningar kommer det finnas en viss variation mellan översikterna vad gäller målgruppens problemtygnd, ålder, bakgrund, under vilka förutsättningar de har erhållit insatsen, vad insatsen har jämförts med och hur utfallet har mätts.

Svårigheterna med precision kan emellertid vändas till en fördel. Resultaten indikerar att insatserna fungerar för en bred målgrupp, i en variation av kontexter, oavsett mätmetod och i relation till olika jämförelsealternativ.¹⁶

Bristande transparens

Att sammanställningen baseras på systematiska översikter innebär också sämre transparens, vi får svårare att beskriva vårt underlag, att förstå och tolka resultat. Vi är hänvisade till författarnas beskrivningar av de underliggande studierna (som kan vara mer eller mindre utförliga) och har inte tillräcklig information för att kunna bedöma om det finns skillnader som kan ha betydelse för utfallen.

Bristande transparens gör det också svårt att bedöma resultatens överförbarhet till svensk kontext. Till exempel ifall de alternativa/sedvanliga insatserna i studierna är jämförbara med de insatser som erbjuds i svensk socialtjänst, om de sociala och kulturella kontexterna som studierna har genomförts i liknar svenska förhållanden och i vilken utsträckning interventionerna har implementerats och studerats utanför forskarnas kontroll.

Svårigheter att bedöma resultatens tillförlitlighet

Socialstyrelsens process omfattar inte någon strukturerad bedömning av resultatens tillförlitlighet, vi utgår vad författarna själva uttrycker om tillförlitligheten i sina resultat.

Om och hur författarna bedömer eller kommenterar resultatens tillförlitlighet varierar. SBU använder GRADE och gör en strukturerad skattning av den vetenskapliga styrkan för varje utfallsmått.¹⁷ I översikterna från Campbell och Cochrane beskrivs metodologiska brister och risker för snedvridning utan att författarna graderar tillförlitligheten. I andra översikter beskriver författarna olika begränsningar i primärstudier och/eller i hanteringen av data men de gör inte alltid en koppling till tillförlitligheten i sina sammanvägda resultat. I

¹⁶ Moderatoranalyser i flera översikter ger också stöd för ett sådant resonemang då studiedeltagarnas kön, ålder och etnicitet inte bedöms påverka resultaten. Se info i tabellbilagan under resultat för referenserna 3, 6, 12, 16, 20, 22 och 26.

¹⁷ Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) är ett system för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka för respektive utfallsmått. Evidensstyrka anges i fyra nivåer ("pluppar"). Förenklat kan sägas att ett starkt vetenskapligt underlag (fyra "pluppar") är så stabilt att risken är liten för att ny forskning skulle komma fram till andra slutsatser. På samma vis innebär ett begränsat vetenskapligt underlag att risken är högre för att nya studier kan förändra slutsatsen

några fall resonerar författarna inte alls om styrkan i sina resultat, vilket inte är det samma som att tillförligheten är låg, eller hög.

Detta gör det svårt att bedöma tillförlitligheten i resultaten för respektive insats, särskilt när olika resultat ska vägas mot varandra. Vad säger vi om effekten av en insats när SBU finner en effektstorlek på 0.04 som bedöms ha mycket låg tillförlitlighet (en ”plupp”) om man i tre andra översikter rapporterar effektstorlekar runt 0.30 men där tillförlitligheten inte har graderats? Är det resultatet med konstaterat låg tillförlitlighet eller resultaten med mer obestämd tillförlitlighet som ska vägleda?

Överlappning av primärstudier

Överlappningar av primärstudier mellan systematiska översikter riskerar att påverka det sammantagna resultatet. Som framgår i fotnoter i resultatredovisningen är detta inget problem i de vetenskapliga underlagen för KBT-baserade insatser men när det gäller föräldraskapsstöd och framförallt strukturerad familjebehandling återkommer vissa studier/artiklar i flera av översikterna (se bilaga 2). Risken att enstaka studier leder till snedvridning i de sammanvägda resultaten hanteras som regel i respektive översikt, men utan att vi gör egna analyser utgör överlappningarna en viss osäkerhetsfaktor.

Bilagga 1 Tabeller med referenser



NR	Reference	Aim of study Outcomes	Number of studies =k, (years of publication) Research design Participants (total number =n, sex, age) Location (countries) Intervention Comparison condition	Results Authors' conclusion	Socialstyrelsens bedömning med stöd av AMSTAR: hög eller måttlig kvalitet, max 11 poäng Authors' comment on strengths of evidence
[1]	Battagliese, G., et al. (2015). "Cognitive-behavioural therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness." Behaviour Research And Therapy 75: 60-71.	AIM: to conduct a meta-analysis evaluating the effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) to reduce externalizing symptoms in two disorders: ADHD and ODD. The efficacy of CBT to improve social competence and positive parenting and reduce internalizing behaviours, parent stress and maternal depression was also explored. Outcomes:	K = 21 (1984-2012) Design: RCT Population: total n 1 960, 67 % boys, mean age 7 years. Diagnosis: ODD, CD, ADHD Location: NR Interventions: Parent Training and Child therapy (e.g. skills-training programs) Separately or combined. Includes studies of the Incredible Years, Triple P, Dinasaure-group, Problem Solving Communication Training, Attention Skills program. Control: wait list, no treatment (two studies compared intervention with alternative treatment).	Results: Externalizing symptoms: $d = -0.52$ (95 % CI = -0.68 to -0.36) $p < 0.0001$ ODD symptoms: $d = -0.879$ (95 % CI = 1.244 to -0.513) $p < 0.0001$. Aggressive behaviour: $d = -0.284$ (95 % CI = -0.464 to -0.104), $p < 0.0001$ Moderate effects when treatments were directed to children only: $d = -0.452$ (-0.696 to -0.209), $k = 9$, $p < 0.001$ or delivered to children and parents together: $d = -0.549$ (-0.738 to -0.359), $k 15$, $p < 0.001$. CBT delivered exclusively to parents: $d = -0.917$ (95% CI= -1.226 to -0.609), $k 8$, $p < 0.001$ or to children and teachers: $d = -0.871$ (-1.226 to -0.517), $k 3$, $p < 0.001$ produced large effect sizes.	Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias Resonerar ej om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser Authors comment on strengths of evidence: NR

		Externalizing symptoms ODD-symptoms Aggressive behaviours		Children with a diagnosis of ADHD showed a moderate symptomatic improvement $d = -0.404$ (-0.710 to -0.097) $k = 6$, $p < 0.01$ whereas greater therapeutic effects were found in children with a diagnosis of ODD $d = -0.785$ (95% CI = -0.932 to -0.638), $k = 17$, $p < 0.001$ Authors' conclusion Overall, this meta-analysis suggests that CBT is effective in targeting externalizing disorders. The results support the hypothesis that multimodal treatments involving children, parents and caregivers (e.g. teachers) are particularly beneficial to reduce externalizing symptoms.	
[2]	Baumel, A., et al. (2016). "Digital parent training for children with disruptive behaviours: Systematic review and meta-analysis of randomized trials." Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 26(8): 740-749.	Aim: to quantitatively assess the efficacy of digital-based parent (DBP) programs versus a control condition. Outcomes: Externalizing behaviours and effective parenting.	K = 7 (2000-2015) Design: RCT, CCT Participants: total $n = 718$, % boys NR, mean age range 4.7–14.4 years. Elevated disruptive behaviour based on ECBI Location: NR Interventions: internet-/web-based parent training, interactive or not interactive. 6 of 7 studies on CBT-/behavioural based programs Control: waitlist	Results: Compared to control groups, DBP resulted in significantly greater improvement in child behaviour $ES = 0.44$ (95 % CI = 0.21 to 0.66) and parent behaviour $ES = 0.41$ (95 % CI = 0.25 to 0.57). Improvement in child behaviour was moderated by age group and severity of clinical presentation, which overlapped 100%. While DBP was superior to control in studies of younger children (mean age < 7 years) with a clinical range of disruptive behaviours $ES = 0.61$ (95 % CI = 0.40 to 0.82), results were non-significant for in studies of older children (mean age > 11 years) with nonclinical range of symptoms $ES = 0.21$ (95 % CI = -0.01 to 0.42) In studies of younger children, interactive programs were more effective in improving child behaviour ($ES = 0.82$) compared to non-interactive programs ($ES = 0.36$.) $p < 0.05$.	Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Resonerar ej om studiekvalitet i diskussion/slutsatser Authors comment on strengths of evidence: Small number of studies. Results are limited to parent's reports. None of the studies focused on a sample with low SES.

				<p>Authors conclusion Although additional studies are needed, DPT holds promise as a potentially scalable evidence-based treatment of children with disruptive behaviour that can serve human resources.</p>	
[3]	Lundahl, B., et al. (2006). "A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects." Clinical Psychology Review 26(1): 86-104.	<p>Aim: Comparing behavioural and nonbehavioural programs, evaluating follow-up effects, isolating dependent variables expressly targeted by parent training, and examining moderators</p> <p>Outcome: Child compliance and problematic behaviours, Not criminal activities.</p>	<p>K = 63 (1979-2003)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: Total n NR, % boys NR Three age categories: preschool (mean age 48 months) k 36, elementary school (mean age 99 months) k12 and middle school (mean age 155 months) k12 Child's symptom level pre-treatment: clinical (k =40), mixed (k= 4), nonclinical (k=14)</p> <p>Location: NR</p> <p>Intervention: Behavioural and non-behavioural parent training programs (PT), ex. Incredible Years, Triple P, PMT, PCIT</p> <p>Control: NR</p>	<p>Results: Overall ES for behavioural PT on child behaviour: $d = .42$ (95% CI= 0.35 to 0.49) $p < 0.01$, $k = 59$ and for non-behavioural PT: $d = 0.44$ (95% CI = 0.16 to 0.71) $p < 0.01$, $k = 9$</p> <p>Additional moderator analyses pursued only for behavioural PT. Analysis of long term follow-up effects (e.g. less than or equal to 1 year from completion of PT) were conducted only for studies with control group (k 21): $d = 0.21$ (95% CI=0.08 to 0.33), $p < 0.11$. Improvement in child behaviour was not significantly influenced by child age though effect sizes were greatest for younger children and lowest for older children. Economically disadvantaged children did not realize the beneficial outcome of their non-disadvantaged counterparts, $Q_b = 7.88$, $p < 0.01$. Children from studies that included clinically significant levels of disruptive behaviours prior to treatment evidenced more change than those from studies without clinically elevated symptoms or mixed groups, Q_b's=5.62 and 6.38 (p's < 0.05), respectively. Children in groups with a relatively high percentage of single parents did not change as</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias Resonerar ej om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Because our study included more than double the number of studies examined in other reviews, we were able to more thoroughly explore heterogeneity of outcomes and the role of moderators. Also, increased number of studies included in our meta-analysis should provide a more stable picture of the effectiveness of parent training. Understanding the durability of effects of non-behavioral programs was compromised because only four studies assessed such a relationship.</p>

				<p>much as those with relatively low percentage of single parents, $Q_b=5.11$, $p < 0.01$.</p> <p>Authors' conclusion: Results from our meta-analysis suggest that, in general, parent training designed to modify disruptive child behaviour is a robust intervention producing effect sizes in the moderate range immediately following treatment. Up to 1 year following the completion of parent training effects remained meaningful, but were small in magnitude. Understanding the durability of effects of non-behavioral programs was compromised because only four studies assessed such a relationship. While the effects of behavioural interventions were robust, our results also suggest attention should be paid to the interaction between participant characteristics and program features to maximize the likelihood of success.</p>	
[4]	Lundahl, B. W., et al. (2008). "A Meta-Analysis of Father Involvement in Parent Training." Research on Social Work Practice 18(2): 97-106.	<p>Aim: To investigate whether including fathers in parent training enhances outcomes and whether mothers and fathers benefit equally from parent training</p> <p>Outcome: Child disruptive behaviour</p>	<p>K = 26 (1979-2001)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: total $n = 2\,040$, % boys NR, mean age range: 25-198 months</p> <p>(No criteria used for child's symptom level, 14 of 26 included studies target children with early onset/recorded conduct problems or ADHD)</p> <p>Location: NR</p>	<p>Results: Immediate results on child behaviour in studies with mothers only: $d = 0.20$, $k = 8$ and in studies with both mothers and fathers: $d = 0.48$, $k = 16$. Significant contrast $p \leq .01$</p> <p>Follow-up results on child behaviour in studies with mothers only: $d = 0.63$, $k = 3$ and in studies with both mothers and fathers: $d = 0.39$, $k = 16$. Non-significant contrast.</p> <p>Follow-up results on child behaviour as rated by mothers: $d = 0.99$, $k = 5$ and as rated by fathers: $d = 0.85$, $k = 5$. Non-significant contrast</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Studies that only included mothers were less rigorous, which may confound our results. An answer to the question of whether father involvement improves outcomes is not as clear. The differences found across studies that did or did not include fathers may have been a function of factors other than father involvement.</p>

		(Fathers/mothers behaviours and perceptions)	<p>Intervention: Individual and group parent training programs targeting disruptive child behaviour</p> <p>Control: treatment control or wait-list</p>	<p>Authors' conclusion: Fathers should not be excluded from parent training and should be encouraged to attend. Further research should seek to understand how parent-training programs might better meet the needs of fathers.</p>	(for example sampling rationale, investigators' attitude toward father involvement)
[5]	SBU (2017). "Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU".	<p>Syfte: Syftet med denna rapport är att sammanställa kunskap om metoder och insatser till barn och familjehemsföräldrar.</p> <p>Utfall: Externaliserade symtom</p>	<p>Design: RCT, CCT</p> <p>I rapporten bedöms följande insatser vara relevanta för Socialstyrelsens frågeställningar:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Fostering Individualized Assistance Program (FIAP) o Keeping foster and kin parents supported (KEEP) o Incredible Years (IY) o Incredible Years Dina program – riktat till barn o Middle school success (MSS) o Parent Management Training Oregon (PMTO) 	<p>Resultat: Incredible Years (IY) externaliserade symtom. $k = 2$ RCT, $C = \text{TAU}$ och väntelista. $\text{SMD} = 0.33$ (95% KI = 0.03 till 0.63).</p> <p>SBU konstaterar att IY kan minska barns beteendeproblem samt öka familjehemsföräldrars förmåga att klara föräldrarollen. Grade: två pluggar</p> <p>Det vetenskapliga underlaget för effekter av Incredible Years (Dina program), KEEP, PMTO, FIAP och MSS bedömdes som otillräckligt.</p>	
[6]	Uretsky, M. C. and J. A. Hoffman (2017). "Evidence for group-based foster parent training programs in reducing externalizing child behaviours: A systematic review and meta-analysis." Journal of Public Child Welfare 11(4-5): 464-486.	<p>Aim: To examine the effectiveness of group-based in-service foster parent training programs in reducing externalizing child behaviours.</p> <p>Outcome: Behavioural problems as measured by ECBI, PDR, CBCL, BASC</p>	<p>K = 11 of which 7 in meta-analysis (2007-2016)</p> <p>Design: RCT ($k = 5$) CCT ($k = 4$), single group design ($k = 2$)</p> <p>Participants: Total $n = 2\,830$, overall even split between boys and girls. mean age range 7.6-12.5 years</p> <p>Location: USA ($k = 7$), Europe ($k = 4$)</p> <p>Intervention: Group-format foster or kin caregiver training program that met on a</p>	<p>Results: All of the studies included in this review reported a significant decrease in at least one measure of reported child behaviour problems. No studies reported an increase in child problem behaviours for the treatment group. In addition, among the groups that analysed three or more measurement points, the treatment effect was maintained at follow-up.</p> <p>The quantitative synthesis ($n = 7$) identified a significant small to medium total average effect size on externalizing child behaviours: $\text{ES} = -.403$ (95% CI = $-.523$ to $-.282$)</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (10)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: There was evidence of heterogeneity among studies suggesting the presence of publication bias</p> <p>Small sample size was a limitation among four studies making it difficult to differentiate between a non-significant results and type II error.</p>

			<p>regular basis for a minimum of three sessions. Including: Incredible Years (IY), KEEP (Keeping Foster and Kin Parents Supported and Trained), Middle School Success program, and Cognitive Behavioural Parent training</p> <p>Control: control and comparisons</p>	<p>No significant effects were identified for child age, ethnicity or caregiver characteristics</p> <p>Authors' conclusion: Overall group-based caregiver training programs appear to be effective in reducing caregiver reported problem behaviours. There was not sufficient evidence to assess treatment effects on specific problem behaviours (e.g., internalizing behaviours, hyperactivity)</p>	<p>Nearly all of the adult participants were female making it difficult to conclude that these interventions are effective for male caregivers.</p> <p>Limited attempts to identify moderating relationships between important demographic variables and the treatment effect</p>
[7]	<p>Zvi, M., et al. (2011). "Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years." The Cochrane Database Of Systematic Reviews(12): CD003018.</p>	<p>Aim: To determine whether parent training interventions are objective in reducing ADHD symptoms and associated problems in children aged between 5-18 years with a diagnosis of ADHD, compared to controls with no parent training intervention.</p> <p>Outcome: Change in the child's ADHD symptom related behaviour in home or school setting. Changes in the child's general behaviour</p>	<p>K = 5 (1993-2010)</p> <p>Design: RCT, QRCT</p> <p>Participants: total n = 284, % male 73 (one study did not supply data on gender), mean age range: 6.56-8.9 years,</p> <p>Location: USA (k3), Canada (k1), Netherlands (k1)</p> <p>Intervention: Cognitive/behavioural based parent training (i.e. group-based, for individual parents or couples, combination of individual/couple and group.</p> <p>Control: TAU</p>	<p>Results: Results of meta-analysis on child's externalising behaviour: SMD -0.32 (95% CI= -0.83 to 0.18), I² = 60%, ns.</p> <p>Two studies focusing on behaviour at home had different findings: one found no difference between parent training and treatment as usual, whilst the other reported statistically significant results for parent training versus control. The two studies of behaviour at school also had different findings: one study found no difference between groups, whilst the other reported positive results for parent training when ADHD was not comorbid with oppositional defiant disorder. In this latter study, outcomes were better for girls and for children on medication.</p> <p>Authors' conclusion: Parent training may have a positive effect on the behaviour of children with ADHD. It may also reduce parental stress and enhance parental confidence. However, the limited strengths of evidence of the included studies</p>	<p>Quality of evidence This systematic review found limited evidence of sufficient methodological rigour and with adequate reporting to confidently assess the clinical effects of parent training interventions for children with ADHD. Overall the trials were few in number (five), small in size (numbers ranged from 24 to 96), and provided little information about core issues to allow us to assess risk of bias (such as methods of sequence generation, allocation concealment and completeness of outcome data). Overall, the internal validity of studies in this review has limitations.</p>

				increases the risk of bias in the results. Data concerning ADHD-specific behaviour are ambiguous. For many important outcomes, including school achievement and adverse effects, data are lacking. Evidence from this review is not strong enough to form a basis for clinical practice guidelines. Future research should ensure better reporting of the study procedures and results.	
[8]	Medlow, S., et al. (2016). "A systematic review of community-based parenting interventions for adolescents with challenging behaviours." J Adolesc 52: 60-71.	<p>Aim: The primary aim of this review was to evaluate the efficacy and effectiveness of parenting programs designed for the treatment of challenging adolescent behaviours.</p> <p>Outcome: Challenging behaviours</p>	<p>K = 9 (1985-2004)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n 959 families. 58 % male. Age range 9-18 years (central tendency 12.7 years).</p> <p>Location: USA (k4), Australia (k3), Israel (k1), Netherlands (k1)</p> <p>Intervention: Community based parenting interventions. Behavioural parent training (k 7) and relationship enhancement (k 6)</p> <p>Control: alternative treatment, wait list</p>	<p>Results: Among adolescents at the higher end of problem severity at baseline, clinically significant improvements were observed with reductions in challenging behaviours for intervention group youth, and greater numbers of 'improved' and 'recovered' youth outcomes compared to no change or 'deterioration' in control group youth.</p> <p>Authors' conclusion: Arriving at a full and comprehensive judgement of the success of community-based parenting interventions will perhaps require a more nuanced consideration of each intervention's ultimate purpose; whether short-term management of challenging behaviours, immediate skills to cope with these behaviours, or improved functioning of the young people and the family at large in the longer-term.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Inget resonemang om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: NR</p>

[9]	<p>Kaminski, J. W. and A. H. Claussen (2017). "Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviours in children." <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> 46(4): 477-499.</p>	<p>Aim: To examine the strength of evidence for psychosocial treatments for disruptive behaviours in children</p> <p>Per the Evidence Base Update guidelines, eligible studies were those that investigated the effects of a manualized psychosocial treatment on outcomes of children with identified disruptive behaviour problems (based on clear behavioural cutoffs or diagnosis), using reliable and valid measures, with an adequate sample size and appropriate analyses to detect effects</p> <p>Outcome: disruptive behaviours</p>	<p>K = 64 (1977-2016)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants: Age range 3-13 years (mean age 8)</p> <p>Location: USA and Canada (k =33), Europe (k =18) of which 3 from Sweden and 5 from Norway, Australia and New Zealand (k =6), others (k =6) Note: not all of these studies contribute to final classification</p> <p>Intervention: Categorizing treatments into six core treatment models combining those with delivery variants and four adjunct modules 26 distinct treatment families were identified for the review.</p> <p>Control: no treatment, TAU, alternative treatment</p>	<p>Results: Two treatments achieved the highest distinction of well-established (level 1): Group parent behaviour therapy and Individual parent behaviour therapy with child participation. Both had multiple published randomized trials by independent research teams documenting superiority of the treatment over a psychological placebo or another treatment.</p> <p>Authors' conclusion: In this review, treatments including a behavioural orientation appeared in general to have a stronger evidence base than treatments lacking behavioural elements</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Framgår ej om minst två oberoende granskare genomfört urval och kodning</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Substantial variability in effectiveness of different programs within the same treatment family has been previously documented; thus, a particular level of evidence might not hold true for every individual program in a treatment family. Systematic investigations of implementation, dissemination, and uptake are needed to ensure that children and families have access to effective treatments</p>
-----	--	--	--	--	---

[10]	<p>McCart, M. R., et al. (2006). "Differential Effectiveness of Behavioural Parent-Training and Cognitive-Behavioural Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis." <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> 34(4): 527-543.</p>	<p>Aim: In an attempt to shed light on which antisocial youth might be most likely to benefit from behavioural parent training and CBT, this meta-analysis explored whether the effectiveness of these interventions was moderated by youth demographic variables</p> <p>Outcome: Antisocial behaviour (e.g. physical or verbal aggression, delinquency)</p>	<p>K = 71 of which BPT k 30, CBT k 41 (1973-2004)</p> <p>Design: RCT, CCT</p> <p>Participants (CBT sample): Total n 2 684. 60 % only male study samples, 40 % gender mixed samples. Mean age 11.28 (range 5-18 years). 22% DSM diagnosed, 78% at risk</p> <p><i>Note: population in BPT studies were younger than our selection criteria.</i></p> <p>Location: NR</p> <p>Intervention: Cognitive behavioural therapy (CBT) – involving anger management, conflict resolution, social skills training or cognitive restructuring. 93% group-based. Includes studies of Coping Power Program, Dinsmore program, Problem Solving Skills Training and Aggression Replacement Training</p> <p>Control: untreated or placebo</p>	<p>Results: Post-treatment ES= 0.35 (95% CI= 0.25 to 0.47). Significant relationship between ES and youth age ($\beta = .37$ $p < .01$) indicating that CBT was more effective for older youths.</p> <p>ES at follow up= 0.31 (95% CI=0.13 to 0.48)</p> <p>Comparisons between the BPT and CBT studies involving youth in a similar age range (6–12 years) showed significantly higher ES for BPT: $d = 0.45$ (95% CI= 0.28 to 0.60) than for CBT: $d = 0.23$ (95% CI= 0.11 to 0.32).</p> <p>Authors' conclusion: This finding [differences in effects between BPT and CBT for children 6-12] ... [...] can be considered in the context of developmental theory, which contends that the developmental tasks faced by youth at different ages may influence how they respond to various interventions.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (8) Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: The results indicate that there may be systematic differences in the outcomes associated with BPT and CBT when the setting of the intervention is considered. The higher ES for BPT compared to CBT may be related to systematic differences in the outcome source (e.g. parent or teacher reports)</p>
[11]	<p>Piquero, A. R., et al. (2010). "Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviours."</p>	<p>Aim: The main objective of this review is to assess the available research evidence on the effect of self-control improvement programs on</p>	<p>K = 34 (1975-2008)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n= 4 573, % male 55.9 Average age 6.23 years (age range 3-10 years)</p> <p>Location: USA (k31), other countries (k3)</p>	<p>Results: Parent report in delinquency and problem behaviour: mean ES 0.09 (95% CI= -.17 to .34), $p = .50$, k 9 Teacher report on delinquency and problem behaviour: mean ES 0.30 (95% CI= .13 to .46), $p < .001$, k 14</p>	<p>Quality of evidence: It is important to note several methods for assessing the "quality" of the included studies. One of the most agreed upon determinants of study quality is the study's research design. Because all of the included studies were based on a randomized controlled experiment to evaluate the effectiveness of self-control</p>

	<p>Campbell Systematic Reviews 6(1): 1-117.</p>	<p>self-control and delinquency and problem behaviours. In addition to investigating the overall effect of early self-control improvement programs, this review will examine, to the extent possible, the context in which these programs may be most successful.</p> <p>Outcome: Self-control and/or child behaviour problems</p>	<p>Intervention: Overall, a substantial majority were group-based interventions (67.6%) and were operated in a school setting (79.4%). While most could be broadly characterized as social skills development programs (32.4%), a considerable number of the interventions focused on cognitive coping strategies (26.5%), video tape training/role playing (20.6%), immediate/delayed rewards clinical interventions (11.8%), and relaxation training (8.8%).</p> <p>Programs: Fast Track (i.e. Coping Power Program), Montreal Youth Study. Also cognitive coping strategies interventions, video tape training/role playing intervention with the intention of improving self-control and relaxation training intervention to promote self-monitoring</p> <p>Control: no treatment, wait list (info lacking)</p>	<p>Parent report on child self-control: mean ES 0.33 (95% CI= -.18 to .84), p=.10, k 15 Teacher report on child self-control: mean ES 0.28 (95% CI= .07 to .48), p< .01, k 15</p> <p>The analyses indicated that: (1) self-control improvement programs improve a child/adolescent's self-control; (2) these interventions also reduce delinquency and problem behaviour; and (3) the positive effects generally hold across a number of different moderator variables and groupings as well as by outcome source (parent-, teacher-, direct observer-, self-, and clinical report)</p> <p>Authors' conclusion: We conclude that self-control improvement programs should continue to be used to improve self-control and reduce delinquency and behaviour problems up to age 10, which is the age cut-off where Gottfredson and Hirschi argue that self-control becomes relatively fixed and no longer malleable.</p>	<p>improvement interventions, it is reasonable to assume that these studies are of high quality. Yet, it was rare for any of the studies to provide any detail on whether the randomization process was compromised or if attrition had any differential effects for the experimental/control groups. Thus, it is possible that some group imbalances might have arisen. Having said this, only 15% of the studies included in this analysis either reported or demonstrated significant attrition problems, which would lead us to assume that the overwhelming majority of these studies were of high quality in this regard. Nevertheless, we still included a measure of whether there was substantial attrition reported in a particular study as a control measure (e.g., potential moderator) in the analysis that follows. Finally, most of the studies did not provide any information on whether the experimental/control groups were treated similarly throughout the course of the intervention by those who administered the intervention.</p>
[12]	<p>Baldwin, S. A., et al. (2012). "THE EFFECTS OF FAMILY THERAPIES FOR ADOLESCENT DELINQUENCY AND SUBSTANCE ABUSE: A META-ANALYSIS." Journal of Marital and</p>	<p>Aim: In this meta-analysis, we evaluate the post treatment effects of BSFT, FFT, MDFT, and MST on adolescent delinquency and substance abuse as compared to treatment-as-usual (TAU),</p>	<p>K = 24 (1973-2009)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: n 2146, % boys NR, age range 11-19 years</p> <p>Location: US, Canada, Europe (Sweden, Norway)</p>	<p>Results: As a group the four family therapies had statistically significant, but modest effects as compared to TAU $d = 0.21$ (95 % CI = 0.02 to 0.40), $k = 11$ and as compared to alternative therapy $d = 0.26$ (95 % CI = 0.05 to 0.48), $k = 1$. The effect of family therapy compared to control was larger ($d = 0.70$; $k = 4$) but was not statistically significant probably because of low power.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Ingen information om primärstudierna Ingen skattning av studiernas kvalitet.</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: The general conclusions come with important caveats. Power was an issue. Three studies had a large influence on</p>

	Family Therapy 38(1): 281-304.	alternative therapy, and control. Outcomes: Delinquency/substance abuse	Interventions: Functional Family Therapy (FFT) k 3, Multisystemic Therapy (MST) k 12, Brief Strategic Family Therapy (BSFT) k 5, Multidimensional Family Therapy (MDFT) k 4 Control: TAU, alternative therapy, other control	There was insufficient evidence to determine whether the various models differed in their effectiveness relative to each other. None of the following study characteristics were significant predictors of effect size: sample size, mean age, proportion female, proportion ethnic minority, time since treatment, presenting problem or referral source. Authors' conclusion Family therapy—specifically BSFT, FFT, MDFT, and MST—appears to modestly exceed the effects of TAU and alternative therapies. Actually, the situation is likely a bit more complicated than that but the literature in this area is not yet sufficiently large to answer critical questions, such as is one treatment more effective than the others and on what outcomes do the family therapies have the biggest effect?	aggregate effect sizes and estimates of between-study heterogeneity.
[13]	Dopp, A. R., et al. (2017). "Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multi-level meta-analysis." Journal of Consulting and Clinical Psychology 85(4): 335-354.	Aim: To estimate the size of the overall mean effect of family-based treatments for serious juvenile offenders, and to examine the influence of moderators on the magnitude of treatment effects Outcomes: Antisocial behaviour (e.g. delinquency, conduct disorder, criminal)	K = 28 (1992-2013) Design: prospective research design including at least one comparison condition Participants: total n = 5 564, 72 % males mean age 14.98, Location: USA k21, remaining studies from Canada or Europe Intervention: MST (k 19), FFT (k 3), TFCO (k 4) Control: TAU, group care, no-treatment, alternative treatment	Results: Small positive effect of family-based treatments on antisocial behaviour relative to usual services conditions: d 0.25 (95% CI = 0.11 to 0.39). This means that a randomly selected youth who received a family-based treatment had a 59.48% probability of a superior outcome when compared to a randomly selected youth who received a comparison treatment The benefit of family-based treatments was evident on average 2.5 years after the completion of treatment Authors' conclusion	Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (9) Begränsat resonemang om studiernas kvalitet och inverkan på resultat Authors comment on strengths of evidence: The findings of the present review must be considered in the context of five general limitations. First, it is notable that all treatment models were developed in the United States, which may limit how well the present results generalize to family-based treatments that have been developed in other countries, cultural contexts, and languages.

				<p>The present meta-analysis demonstrated that family-based treatments for serious juvenile offenders (in particular, MST, TFCO, and FFT) produced greater reductions in antisocial behaviour and more improvements in a variety of secondary outcomes than did usual community services.</p>	<p>The present meta-analysis revealed few significant moderator effects, thus leaving a great deal of unexplained variance between and within studies. Our inclusion criteria required certain methodological characteristics (e.g., inclusion of a comparison condition), but it was not possible to evaluate all potential reasons that a study might not be published. Such unmeasured factors may have contributed, beyond the effects of publication bias, to the finding that peer-reviewed studies tended to have larger effects than did studies that were not peer reviewed. Interpretation of the present findings was made more difficult by a lack of important details about interventions in usual services (i.e., comparison) conditions,</p>
[14]	<p>von Sydow, K., et al. (2013). "The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT." <i>Family Process</i> 52(4): 576-618.</p>	<p>Aim: This review focuses on providing evidence for the efficacy of systemic therapy—which very often, but not always, is also family therapy.</p> <p>Outcome: Externalizing disorders or symptoms (ADHD, conduct disorders, and substance use disorders)</p>	<p>K = 47 (1973-2011) and Cochrane-reviews</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n 6 445, 76 % male Age range < 17 years</p> <p>Location: USA (k 36), Europe (k 10) of which one from Sweden and one from Norway, China (k 1)</p> <p>Intervention: Systemic therapy in any mode, i.e. BSFT (k 8), FFT (k 5), MST (k 16), MDFT (k 8) other systemic family therapies (k 10)</p>	<p>Authors' summary findings: systemic family therapy (i.e. BSFT, FFT, MST, MDFT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No indication of adverse effects • An efficacious treatment approach for externalizing and juvenile delinquency • Engagement and retention rates are superior to other therapy approaches for externalizing disorders • Efficacious in multiple domains of functioning • Positive effects are long lasting • Some European trials have less positive results than older U.S. trials. • Treatment programs are adapted more to the needs of boys and more efficacious for males. 	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (6) Inget resonemang om studiernas kvalitet i diskussion/slutsatser Ej bedömt risk för publikationsbias,</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Limitations due to subsuming of trials of varying methodological quality and possible effects of a publication bias</p> <p>The boundaries between systemic and other treatments are blurring. Some of the approaches that were labeled as systemic also include other ingredients</p>

			Control: alternative therapy, TAU, no treatment, placebo		
[15]	Hartnett, D., et al. (2017). "The Effectiveness of Functional Family Therapy for Adolescent Behavioural and Substance Misuse Problems: A Meta-Analysis." Family Process 56(3): 607-619.	Aim: ..to provide a comprehensive meta-analysis of the effectiveness of FFT for adolescent behavioural and substance misuse problems. The study sought to test six hypotheses corresponding to the six separate meta-analyses conducted Outcome: Behavioural and conduct disorders, substance use	K = 14 (1973-2016) Design: RCT (k = 11), CCT (k = 7) Participants: total n 1 691, % male insufficient info, age range 14-17 Location: USA (k 12) UK and Ireland (k 2) Intervention: FFT Control: no-treatment or wait list control groups (CTL) TAU, well defined alternative treatments (ALT)	Results: Random assignment FFT versus CTL k = 3, n = 165, d = .48, p < .01. Random assignment FFT versus TAU, k = 3, n = 250, d = .20, ns. Random assignment FFT versus ALT, k = 5, n = 406, d = .35, p < .05. Nonrandom assignment FFT versus CTL, k = 2, n = 548, d = .90, ns. Nonrandom assignment FFT versus TAU, k = 2, n = 130, d = .08, ns. Nonrandom assignment FFT versus ALT, k = 3, n = 175, d = .75, p < .001. Authors' conclusion: Collectively, these results provide support for the effectiveness of FFT compared with untreated controls and well-defined ALTs.	Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9) Authors comment on strengths of evidence: Heterogeneity of outcome measures used in the meta-analysis combined with the small number of studies to some extent limit the confidence that may be placed in the results of this review. In confining our review to English language articles, we excluded two important articles published in Swedish
[16]	van der Pol, T. M., et al. (2017). "Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with	Aim: Outcome: Delinquency, externalizing psychopathology	K = 19 (2001-2015) 8 studies Design: RCT Participants: total n 1 488, % males range 67-83, mean age range 13.73-16.99, Location: USA (k 7) Europe (k =1)	Results: Overall mean ES for MDFT was beneficial compared to adolescents receiving another form of therapy, d = 0.24, p < .01. Variance between effect sizes within studies (level 2 variance), r2 = .012, v2(1) = 23.00, p = .14, was nonsignificant No significant differences between the effect sizes for the five outcome categories	Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (11) Authors comment on strengths of evidence: ES was not moderated by type of control, geographic location of studies, dependent/independent researchers or study sample size. Nor for study sample

	multiple behaviour problems - a meta-analysis." Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines 58(5): 532-545.	(substance abuse, internalizing psychopathology, family functioning)	<p>Intervention: MDFT</p> <p>Control: CBT, combined treatment (CT), group therapy (GT)</p>	<p>ES was not moderated by for study sample characteristics, duration of therapy or duration of follow up period.</p> <p>Percentage of severe substance abusers in the study sample was associated with larger effects favouring MDFT, $F(1,45) = 6.150, p = .017$.</p> <p>Percentage of disruptive behaviour disorder (DBD) was positively related to the effect size, $F(1,5) = 14.072, p = .013$, indicating that samples with higher percentages of DBD responded better to MDFT.</p> <p>Authors' conclusion: It can be concluded that MDFT is effective for adolescents with substance abuse, delinquency, and comorbid behaviour problems. Subsequently, it is important to match specific characteristics of the adolescents, such as extent of impairment, with MDFT</p>	<p>characteristics, duration of therapy or duration of follow up period. Due to the selection of only RCTs' we should be cautious to generalize the findings in experimental settings to routine youth care</p>
[17]	van der Stouwe, T., et al. (2014). "The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis." <i>Clinical Psychology Review</i> 34(6): 468-481.	<p>Research questions: 1) to what extent is MST effective in the prevention of recidivism? 2) To what extent is MST effective in improving juveniles' functioning on other psychosocial? 3) Which sample, treatment and study characteristics have a moderating effect on outcomes? 4) What is the unique</p>	<p>K = 22 (1986-2012)</p> <p>Design: RCT, QE</p> <p>Participants: total n 4 066, 75 % male Mean age range 11.9-16.3 years.</p> <p>Location: NR</p> <p>Intervention: MST</p> <p>Control: single treatment, multiple treatment</p>	<p>Results: Overall mean ES on delinquency: $d = .201$ ($z = 3.7, p < .001$)</p> <p>General delinquency: $d = .233$ ($z = 3.9, p < .001$). ES for violent and non-violent delinquency were non-significant. Psychopathology: $d = .268$ ($z = 5.3, p < .001$)</p> <p>Of all study characteristics, only the country where the research has been conducted retained its unique moderating effect on delinquency with larger effects found for studies carried out in the USA.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Some studies were of weak study design and therefore had questionable validity.</p> <p>Several moderators, mostly study design and publication characteristics, were excluded from the multiple regression analyses, because these were highly correlated with other moderators</p>

		<p>contribution of significant moderators when controlling for other significant moderating variables?</p> <p>Outcome: Delinquency (self-reports, official records)</p> <p>Secondary outcomes: Psychopathology</p>		<p>Larger effects were found in studies with an average participants' age of under 15 years and in studies with a larger proportion of Caucasian juveniles.</p> <p>Smaller effects of MST were shown if the control treatment was multimodal</p> <p>Authors' conclusion: MST seems most effective with juveniles under the age of 15, with severe starting conditions. Furthermore, the effectiveness of MST may be improved when treatment for older juveniles is focused more on peer relationships and risks and protective factors in the school domain.</p>	<p>Analysis of peer factors and trim and fill analysis of substance use and peer factors where somewhat underpowered</p>
[18]	<p>McCart, M. R. and A. J. Sheidow (2016). "Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behaviour." <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> 45(5): 529-563.</p>	<p>Aim: This article updates the evidence base on treatments for adolescent disruptive behaviour, focusing primarily on the treatment literature published from 2007 to 2014.</p> <p>Outcome: Disruptive behaviour</p>	<p>K = 27 (2007-2014)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n NR, 63% male, age 12-19 years</p> <p>Location: USA k 18, other countries k 9</p> <p>Intervention: Treatment type categories: behavioural therapy/parenting skills, CBT, family therapy, psychodynamic therapy and others.</p> <p>Control: wait list, alternative treatment, TAU, no treatment</p>	<p>Results: Two treatments met criteria as <i>well-established</i> when delivered to justice-involved youth: MST (k= 16) and TFCO (k= 6).</p> <p>In addition, MST met criteria as probably efficacious when delivered to disruptive youth who are not justice involved.</p> <p>Authors' conclusion: Results indicate that since the prior reviews, there has been a noteworthy expansion of research on treatments for adolescent disruptive behaviour, particularly treatments that are multicomponent in nature. Despite these advances, more research is needed to address key gaps in the field.</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (9) Ej bedömt risk för publikationsbias</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: Many studies were limited to a post-treatment only assessment, placing significant limits on the conclusions one can make about a treatment.</p> <p>Multiple measures to confirm results from different perspectives were used in just over one half of the studies.</p>

[19]	SBU (2018). "Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU."	<p>Syfte: Denna rapport utvärderar en insats till ungdomar med allvarliga beteendeproblem som kallas Treatment Foster Care/behandlingsfamilj.</p> <p>Utfall: Kriminalitet (register eller självskattningsformulär) Placering på låst avdelning.</p>	<p>K = 8 (1990-2015)</p> <p>Design: RCT (k 6), CT</p> <p>Participants: totalt $n = 633$, en studie enbart pojkar, två studier enbart flickor, fem könsblandade grupper, ålder mellan 11-19 år</p> <p>Location: USA (k5), UK (k3), Sverige (k1)</p> <p>Intervention: TFCO (f.d. MTFC)</p> <p>Control: institutionsvård</p>	<p>Resultat: Kriminalitet baserat på registerdata: $SD = 0.369$ (95% KI= 0.208 till 0.584), $p = 0.000$, $k = 6$. NNT= 8. GRADE: 3 pluppar</p> <p>Kriminalitet baserat på självskattnings: $SD = 0.242$ (95% KI=0.024 till 0.461), $p = 0.030$, $k = 3$. NNT=13. GRADE: 3 pluppar</p> <p>Placering på låst institution: $SD = 0.665$ (95% KI= 0.378 till 0.953), $p = 0.000$, $k = 6$. NNT=5. GRADE: tre pluppar</p> <p>SBU 's slutsats: När ungdomar med allvarliga beteendeproblem placeras i TFCO, leder detta troligtvis till mindre fortsatt kriminalitet och färre placeringar på låst avdelning än när ungdomarna placeras på institution. Det är också möjligt att TFCO leder till färre kriminella kamrater, mindre användning av narkotika och bättre psykisk hälsa, än vid placering på institution.</p> <p>Enligt expertis är överförbarheten av resultaten goda eftersom institutionsvård i USA liknar den i Sverige och i Storbritannien (86). Det faktum att TFCO implementerats med goda resultat i Sverige talar också för den slutsatsen.</p>
[20]	SBU (2020). Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU.	<p>Syfte: Syftet med projektet var att systematiskt utvärdera det vetenskapliga stödet för psykosociala insatser inom social tjänstens och BUP:s öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott.</p> <p>Utfall: Återfall i brott, externaliserade symptom</p>	<p>K = 37 (2000-2019)</p> <p>Design: RCT (k22), CCT (k15)</p> <p>Location: USA (k15), UK (k4), Nederländerna (k4), Sverige (k2) Kanada (k1)</p> <p>Intervention: MST (k 10), FFT (k 7), KBT (k 2), mentorskap (k 2), MDFT (k 2) samt vardera en studie avseende 13 andra insatser.</p> <p>Control: alternativ insats, TAU</p>	<p>Resultat:</p> <p>MST Recidivism/register $RD = 0.07$ (95% CI= -0.20 to 0.06) ns. $k = 5$. Grade: en plupp Recidivism/self-report: $SMD = 0.12$ (95% CI= -0.26 to 0.03), ns. $k = 5$. Grade: en plupp Ext. symptoms, self-report: $SMD = -0.12$ (95% CI= -0.23 to -0.01), $k = 6$. Grade: två pluppar Ext. symptoms, parent report: $SMD = 0.14$ (95% CI= -0.25 to 0.02), $k = 5$. Grade: två pluppar</p> <p>FFT Recidivism: $RD = -0.09$ (95% CI= 0.31 to 0.13) $k = 4$, ns. Grade: en plupp</p> <p>MDFT Recidivism: $SMD = 0.14$ (95% CI= -0.40 to 0.12), $k = 2$, ns, Grade: en plupp</p> <p>Mentoring Recidivism: $OR = 1.06$ (95% CI= 0.61 to 1.83) $k = 2$, ns. Grade: en plupp</p> <p>KBT i grupp Recidivism: $RD = -0.17$ (95% CI= -0.53 to 0.18), $k = 2$, ns. Grade: en plupp</p> <p>Moderatorer</p>

				<p>Ålder, kön, studiedesign, land, publikationsår och uppföljningstid påverkade inte effektstorlek. Starkare effekt på återfall i brott om jämförelsegruppen fick en insats med låg intensitet, RD: -0,12 (95 % KI= -0,14 till -0,09) med fördel för den utvärderade insatsen, jämfört med en jämförelsegrupp med insats med medelhög kvalitet intensitet RD: -0,03 (95 % KI= -0,07 till 0,01) eller Hög kvalitet intensitet RD: -0,00 (95 % KI= -0,05 till 0,04).</p> <p>SBU´s slutsats: Utifrån de granskade studierna går det inte att avgöra vilka specifika psykosociala öppenvårdsinsatser som är mer effektiva än det de jämförts med när det gäller återfall i brott de följande åren (i genom snitt två år). Att det saknas säker kunskap om vilka effekter som olika specifika psykosociala öppenvårdsinsatser kan ha på ungdomars återfall i brott innebär inte att social tjänsten och barn- och ungdomspsykiatri per automatik ska sluta att använda dem. Det kan även anses som etiskt problematiskt att avstå från insatser som teoretiskt skulle kunna förebygga brott, och som upplevs fungera väl av verksamheter och klienter.</p>	
[21]	Litschge, C. M., et al. (2010). "The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: An overview of meta-analytic studies." <u>Research on Social Work Practice</u> 20(1): 21-35.	<p>Aim: to provide a descriptive summary of the meta-analyses that have accrued on the topic of treatments for children and youth with conduct problems and anti-social behavior</p> <p>Outcomes: conduct problems</p>	<p>K= 26 (1980-2007)</p> <p>Design: meta-analyser</p> <p>Participants: majority boys in 15 studies others NR. Age 9.7–19 years (NR in 8 studies).</p> <p>Interventions: Group-Based Therapies, Family Treatments, Multimodal Therapies, Miscellaneous Therapies.</p>	<p>Results The majority of effect sizes (45%) were medium in magnitude ($d < .36$).</p> <p>Median ES by treatment category type: CBT/behavioural therapies: 0.49, Range 0.04 to 1.15. k 8 (of which 5 on skills-training) Multimodal therapies: 0.47 Range: -0.24 to 1.13 k 9 Family therapies: 0.41 Range: -0.15 to 1.06 k 4 Group-based therapies: 0.26 Range: 0.10 to 0.94 k 2 Mixed therapies: 0.13 Range: -0.07 to 0.84 k 3</p> <p>Authors' conclusion: Although there is considerable variation in effect sizes, the results seem to demonstrate evidence for equifinality. Furthermore, these effects are sturdy across a number of interrelated outcomes. Practitioners who work with children and adolescents should be aware of the range of evidence-</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning: Hög kvalitet (8) Flera kvalitetskriterier ej tillämpliga</p> <p>Authors' comment on reliability of results: It is important to reiterate that although there are a number of promising results in reducing conduct problems among children and youth, some of these treatments have not been tested under real-world conditions. The advancement of scientifically validated treatments must struggle with implementation, fidelity, and outcome assessment in order to achieve meaningful translation into everyday practice.</p>

				based treatments available for conduct problems.	
[22]	de Vries, S. L. A., et al. (2015). "Practitioner review: Effective ingredients of prevention programs for youth at risk of persistent juvenile delinquency--recommendations for clinical practice." Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines 56(2): 108-121.	<p>Aim: To examine the overall effect of prevention programs for persistent juvenile delinquency, and how effectiveness is influenced by the type and intensity of the program, characteristics of the participants, design of the study, and type of outcome.</p> <p>Outcomes: Delinquency, criminal offending, recidivism</p>	<p>K = 39 (1973-2008)</p> <p>Design: 21 RCT, 18 CT</p> <p>Participants: total n 9 084, % male NR, mean age 14.8 years (age range 6-20 years).</p> <p>Location: USA (k 35) Canada (k 3) Europe (k 1)</p> <p>Interventions: behavioural treatments, skills training, restorative justice programs, community-based, home-based, boot camps, family group homes, etc.</p> <p>Formats: one-to-one, group, family or mixed/multimodal programs</p> <p>Control: TAU, no treatment</p>	<p>Results: The overall mean effect: $d = 0.24$, $p < .001$ corresponding to a significant reduction of 13.44% in delinquency compared to care as usual or no treatment.</p> <p>No significant effects of age, gender, ethnicity or type of program were found.</p> <p>Effects by treatment components/characteristics: Behavioural Modelling: $d = 0.57$, $k = 6$ Parenting Skills: $d = 0.63$, $k = 7$ Behavioural Contracting $d = 0.61$, $k = 5$... were significantly associated with better program outcomes, indicating that programs containing these specific components yielded larger effect sizes.</p> <p>Effects by program format: Family: $d = 0.65$, $k = 4$ Multimodal: $d = 0.36$, $k = 12$ One-to-one: $d = 0.26$, $k = 8$ Group-based: $d = 0.03$, $k = 13$</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (10)</p> <p>Authors comment on reliability of results: Lack of information on program characteristics such as intensity and setting. It was not possible to examine the role of program integrity.</p>

				<p>Programs involving mixed target populations (juveniles, parents, and siblings) showed larger effect sizes ($d = 0.72$ $p < .001$) than programs that targeted only juveniles or juveniles and parents.</p> <p>Authors' conclusion Prevention programs have positive effects on preventing persistent juvenile delinquency. In order to improve program effectiveness, interventions should be behavioural-oriented, delivered in a family or multimodal format, and the intensity of the program should be matched to the level of risk of the juvenile.</p>	
[23]	<p>Koehler, J. A., et al. (2013). "A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe." <u>Journal of Experimental Criminology</u> 9(1): 19-43.</p>	<p>Aim: To examine the effectiveness of young offender rehabilitation programs in Europe as part of an international project on the transnational transfer of approaches to reducing reoffending</p> <p>Outcome: Re-offending as a formal legal measure (e.g. re-arrest, re-conviction, re-incarceration, revocation of probation or parole) or self-reported data.</p>	<p>K = 64 (1980-2009)</p> <p>Design: randomized experiment (k 4), strong statistical control (k 8), moderate control (k 13)</p> <p>Participants: total $n = 7\,940$. In two thirds of the studies more than 90 % of the participants were male, average age range 14-23 (mean 17.9 years)</p> <p>Location: UK (k 16), Netherlands (k 4), Germany (k 2), Norway (k 2) and Sweden (k 1). Community setting (k 17), custody setting (k 8)</p> <p>Intervention: Three categories of treatment type: Cognitive-Behavioural and Behavioural (e.g. thinking skills programs, social skills and problem solving approaches, reinforcement of behavioural change), Intensive supervision and Deterrence-Based</p>	<p>Results: The overall mean ES was $OR = 1.34$, $p < .05$ which translates to a Pearson's r of .08 and a Cohen's d of .16. The ES corresponds to 43 % rate of recidivism in the treatment groups, assuming a base rate of 50 % recidivism in the control groups.</p> <p>Behavioural and cognitive-behavioural treatment ranked above average $OR = 1.73$ (95% $CI = 1.26$ to 2.36) k 11, whereas purely deterrent and supervisory interventions revealed a slightly negative outcome $OR = 0.85$ (95% $CI = 0.5$ to 1.46) k 4.</p> <p>Non-behavioural interventions: $OR = 1.23$ (95% $CI = 0.89$ to 1.69), k 10</p> <p>Programs that were conducted in accordance with the risk-need-responsivity principles revealed the strongest mean effect $OR = 1.90$</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Måttlig kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on reliability of results: Studies of community treatment, with small samples, high program fidelity, and conducted as part of a demonstration project had larger effects; high methodological rigor was related to slightly smaller outcomes.</p> <p>The small number of primary studies limited the investigation of confounded moderators and multivariate analyses. Also, findings of larger ES among studies using small samples may have been influenced by a publication bias or a better quality of implementation</p>

		Antisocial behaviour that did not constitute crime were not included.	<p>interventions (e.g. amplified sanctions, boot-camps without educational/therapeutic elements, purely control-based supervision) and Non-Behavioural treatments (for example educational and vocational skills training, mentoring, restorative justice, intensive probation support)</p> <p>Control: TAU, no treatment, alternative treatment</p>	<p>(95% CI = 1.27 to 2.85)), which indicates a reduction of 16 % in reoffending against a baseline of 50 %.</p> <p>No outcome difference between voluntary and mandatory program participation.</p> <p>Authors' conclusion: Overall, most findings agreed with North American meta-analyses. However, two-thirds of the studies were British, and in most European countries there was no sound evaluation of young offender treatment at all. This limits the generalization of results and underlines the policy need for systematic evaluation of programs and outcome moderators across different countries</p>	
[24]	van der Stouwe, T., et al. (2020). "The effectiveness of social skills training (sst) for juvenile delinquents: A meta-analytical review." <u>Journal of Experimental Criminology</u> .	<p>Aim: To examine the effectiveness of social skills training (SST) for juvenile offenders and for whom and under which conditions SSTs are the most effective.</p> <p>Outcome: Offending, externalizing problems, social skills</p>	<p>K = 28 (1973-2015)</p> <p>Design: RCR, CCT</p> <p>Participants: total n 3 124, % male NR (a majority >75% male samples) Age range 12-18 years</p> <p>Location: USA (k = 8), other countries (k3). Residential setting k7, non-residential k4</p> <p>Intervention: SST, defined as treatment directed at improving specific social (interactional) skills, such as social problem-solving, and assertiveness, and/or decreasing social skill deficits</p>	<p>Results: Offending SST vs. no treatment/placebo: $d = 0.28$ (95% CI = .12 to .43) $p < .01$ SST vs. alternative treatment (after trim and fill): $d = -0.01$ (95% CI = -0.18 to 0.15) Externalizing behaviour: SST vs. no treatment/placebo: $d = 0.25$ (95% CI = -0.11 to 0.67) ns. SST vs. alternative treatment: $d = 0.11$ (95% CI = -0.16 to 0.38) ns. Studies with less than 75% males, in residential settings, and for outcomes at a follow-up of 6 months showed significant positive treatment effects</p> <p>Authors' conclusion:</p>	<p>Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9)</p> <p>Authors comment on strengths of evidence: The lack of (explicitly) reporting about characteristics such as age, ethnicity, follow-up duration, and treatment limited the possibilities for moderator analyses.</p> <p>Only 5 studies reported on externalizing problems or social skills in addition to offending outcomes, which limited the statistical power of moderator analyses including these outcomes</p>

			Control: no treatment, placebo, alternative treatment	SST may be a too generic treatment approach to reduce juvenile delinquency, because dynamic risk factors for juvenile offending are only partially targeted in SST.	Conducting about ten moderator tests per outcome increased the chance of finding a false positive
[25]	de Swart, J. J. W., et al. (2012). "The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis." <i>Children and Youth Services Review</i> 34(9): 1818-1824.	Aim: To examine the effectiveness of institutional youth care over the past three decades. Outcomes: Delinquency Behaviour problems	K = 27 (1987-2009) Design: RCT, CCT Participants: total n 17 038. 25 % of the studies included only boys, 75 % mixed gender samples. Mean age range 8.5–20.2 years. . Location: 70 % North America, 30 % western Europe. Interventions: Institutional EBT eg. structured and manual-guided treatment based on empirical evidence compared to 1)Regular group care (CAU), 2)non institutional EBT and 3) non institutional CAU	Results: Only comparison EBT vs. institutional care as usual yield a significant effect: $d = .337$, $p < .001$. (95% CI= 0.138 to 0.537) Moderator analyses showed that cognitive behaviour therapy had a significant and medium effect $d = .520$, $p < .001$ (95% CI= 0.281 to 0.759) $k= 10$ whereas (social) skills training $d = 0.02$ (-0.25 to 0.29), $k= 8$, and care as usual $d = -0.18$ (-0.43 to 0.06) $k=9$ showed no effect. Age, gender, type of outcome measure and study design characteristics did not influence the results. Authors' conclusion Institutional care can be equally effective as non-institutional care. It is more promising to provide youth with EBT during their stay in the institution.	Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (9) Authors comment on strengths of evidence: Not all studies in the meta-analysis were of moderate quality. The overall effect size for CBT was based on a heterogeneous set of effect sizes.
[26]	Brännström, L., et al. (2016). "Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behav-	Aim: To examine the effect of ART on antisocial behaviour in young people and adults. Outcomes:	K = 16 (12 of youths, 4 adults) (1987-2014) Design: 10 RCT, 6 CCT Participants: total n 5172 (of which 1 790 youths). 8 studies only included men, 7	Results: Looking at each individual study, the results indicate positive effects of ART, both on recidivism and on the secondary outcomes. However, the majority of studies suffer from rather extensive flaws which greatly limit our ability to draw generalizable conclusions. The included	Socialstyrelsens bedömning Hög kvalitet (8) Intressekonflikter ej angivna. Authors comment on strengths of evidence:

	<p>our in adolescents and adults: A systematic review." Aggression and Violent Behaviour 27: 30-41.</p>	<p>Recidivism in antisocial behaviour Secondary outcomes: social skills and anger management, moral reasoning.</p>	<p>mixed gender sample and 1 only females. Age range 12-18 years</p> <p>Location: USA (k 9), Norway (k 1), Australia (k 1), Russia (k 1)</p> <p>Intervention: ART</p> <p>Control: TAU, no treatment, no-ART, parts of ART, other therapy etc.</p>	<p>studies showed substantive clinical and methodological diversity, the overall methodological quality of the studies was poor, and the post-intervention follow-up was generally limited. Almost half of the studies were conducted by researchers who have vested interests in the intervention.</p> <p>Authors' conclusion There is an insufficient evidence-base to substantiate the hypothesis that ART has a positive impact on recidivism, self-control, social skills or moral development in adolescents and adults.</p>	<p>The reported effects of ART on primary and secondary outcomes varied, and the high risk of bias in the included studies means that any result should be interpreted with considerable caution.</p>
[27]	<p>Petrosino, A., et al. (2013). "Scared Straight' and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency." The Cochrane Database Of Systematic Reviews(4): CD002796.</p>	<p>Aim: To assess the effects of programs comprising organized visits to prisons by juvenile delinquents or pre-delinquents, aimed at deterring them from delinquency.</p> <p>Outcome: Subsequent offending behaviour, as measured by such indices as arrests, convictions, contacts with police or self-reported offenses.</p>	<p>K = 9 (1967-1992)</p> <p>Design: RCT</p> <p>Participants: total n= 946, % male NR (only one study included girls) age range 15-17 years,</p> <p>Location: USA</p> <p>Intervention: Awareness programs, i.e. programs comprising organized visits to prisons of juvenile delinquents</p> <p>Control: no treatment</p>	<p>Results: Meta-analyses of seven studies show the intervention to be more harmful than doing nothing. The OR (fixed-effect) for effects on first post-treatment effect on officially measured criminal behaviour indicated a negative program effect: OR= 1.68 (95% CI= 1.20 - 2.36) and nearly identical regardless of the meta-analytic strategy: random-effects OR= 1.72 (95% CI= 1.13 to 2.62).</p> <p>Sensitivity analyses (random-effects) showed the findings were robust even when removing one study with an inadequate randomization strategy: OR= 1.47 (95% CI= 1.03 to 2.11), or when removing one study with high attrition: OR= 1.96 (95% CI= 1.25 to 3.08), or both: OR= 1.68 (95% CI= 1.10 to 2.58).</p> <p>Authors' conclusion:</p>	<p>Quality of evidence: Nine randomized trials were included in the review; only randomized trials, if implemented with good fidelity, produce statistically unbiased effects. However, the nine studies were not exemplars of trial quality. These were small studies, with very few providing convincing evidence that they reduced bias threats as measured by the Cochrane 'Risk of bias' tool. In fact, for some of the bias threats, the trials were rated with a great deal of uncertainty due to the lack of descriptive data in the report. However, three sensitivity analyses were conducted, the first dropping the study that experienced the greatest threat of bias due to randomization compromise, the second study that lost a considerable number of participants post-randomization and the third dropping them both. The effect</p>

				<p>We conclude that programs such as 'Scared Straight' increase delinquency relative to doing nothing at all to similar youths. Given these results, we cannot recommend this program as a crime prevention strategy. Agencies that permit such programs, therefore, must rigorously evaluate them, to ensure that they do not cause more harm than good to the very citizens they pledge to protect.</p>	<p>sizes remained stable in all three analyses, indicating that the negative effect for Scared Straight and other juvenile awareness findings is robust.</p>
--	--	--	--	---	--

UTKAS

Bilaga 2 Överlappningar av primärstudier

I tabellerna redovisas primärstudier som återfinns i minst tre översikter om föräldraskapsstödsprogram (A) och strukturerad familjebehandling (B)

Primärstudie	Översikter A
Schuhmann E. (1998). Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trail with short-term maintenance.	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017
Webster-Stratton C. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group.	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017
Webster-Stratton C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017
Webster-Stratton C. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training	Lundahl 2006, Lundahl 2008, Kaminski 2017, Battagliese 2015

Primärstudie	Översikter B
Alexander J. (1973). Short-term behavioural intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, Hartnett 2017
Barnoski R. (2004). Outcome evaluation of Washington state's research-based programs for juvenile offenders.	van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Borduin C. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, Dopp 2017
Borduin C. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, Dopp 2017, McCart 2016
Borduin C. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity.	Baldwin 2012, van der Stouwe 2014, Dopp 2017
Brown T. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at post-treatment and 6-month follow-up.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, Dopp 2017
Butler S. (2011-2012). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders.	von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020
Chamberlain P. (1998). Comparison of two community alternative to incarceration for chronic juvenile offenders.	McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2018
Dennis M. (2004). I The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Pol 2017
Henggeler S. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Henggeler S. (1993). Family preservation using multisystemic therapy: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017

Henggeler S. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017
Henggeler S. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Henggeler S. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020
Letourneau E. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Stouwe 2014, Dopp 2017
Leve L. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: effects on delinquency.	McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2018
Liddle H. (2001). Multifidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Liddle H. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing family therapy and cognitive behavior therapy.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Pol 2017
Liddle H. (2009). Multifidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, van der Pol 2017
Löfholm C. (2009). Multisystemic therapy with conduct-disordered young people: Stability of treatment outcomes two years after intake.	van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Mayfield J. (2011). Multisystemic therapy outcomes in an evidence-based practice pilot.	van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Ogden T. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Ogden T. (2006). Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake.	von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Sawyer A. (2011). Effects of multisystemic therapy through midlife: A 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders.	von Sydow 2013, Dopp 2017, SBU 2020
Schaeffer C. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020
Sexton T. (2010). The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting	von Sydow 2013, Hartnett 2017, Dopp 2017
Sundell K. (2008). The transportability of MST to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct disordered youth.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, Dopp 2017
Timmons-Mitchell J. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, McCart 2016, van der Stouwe 2014, Dopp 2017, SBU 2020
Waldron H. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments.	Baldwin 2012, von Sydow 2013, Hartnett 2017
Weiss B. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with noncourt-referred adolescents with serious conduct problems.	McCart 2016, Dopp 2017, SBU 2020

Bilaga 3 Sökdokumentation

Databas: PsycInfo, PsycArticles Databasleverantör: EBSCO¹⁸ Datum: 2020-03-05
 Ämne: Insatser inom socialtjänst för att motverka normbrytande beteende och kriminalitet hos barn & unga
 Fråga: Vilka effekter avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet har föräldraskapsstödprogram för barn 6-11 år?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	TI (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR AB (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR SU (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*)	1329433
2.	DE	DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Predelinquent Youth" OR DE "Conduct Disorder" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Externalizing Symptoms" OR DE "Criminal Behavior" OR DE "Antisocial Behavior" OR DE "Behavior Disorders" OR DE "Aggressive Behavior" OR DE "Oppositional Defiant Disorder" OR DE "Disruptive Behavior Disorders" OR DE "Behavior Problems"	110491
3.	FT	TI (delinquent* OR delinquency OR predelinquent* OR pre-delinquent* OR "criminal behavior*" OR "deviant behavior*" OR "defiant behavior*" OR "oppositional behavior*" OR "violent behavior*" OR "violent child*" OR "physical abuse" OR abuser* OR "Antisocial behavior*" OR "delinquent behavior*" OR "externalizing behavior*" OR "externalizing symptom*" OR "conduct problem*" OR "conduct disorder*" OR "disruptive behavior*" OR aggression OR "aggressive behavior*" OR "behavior disorder*" OR "behavior problem*" OR "challenging behavior*") OR AB (delinquent* OR delinquency OR predelinquent* OR pre-delinquent* OR "criminal behavior*" OR "deviant behavior*" OR "defiant behavior*" OR "oppositional behavior*" OR "violent behavior*" OR "violent child*" OR "physical abuse" OR abuser* OR "Antisocial behavior*" OR "delinquent behavior*" OR "externalizing behavior*" OR "externalizing symptom*" OR "conduct problem*" OR "conduct disorder*" OR "disruptive behavior*" OR aggression OR "aggressive behavior*" OR "behavior disorder*" OR "behavior problem*" OR "challenging behavior*")	141634
4.		2 OR 3	189675
5.	DE	DE "Family Intervention" OR DE "Family Therapy" OR DE "Parental Role" OR DE "Parent Training" OR DE "Parental Involvement"	45361
6.	FT	TI ("Parent management" OR "parent training" OR "parental training" OR "parent skills training" OR	34880

¹⁸ Sökningen gjordes även i ett antal andra databaser med anpassning till databasernas indexering och gränssnitt. Medline och SocIndex - båda via databasplattformen EBSCO. Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection – samtliga via databasplattformen ProQuest.

		<p>“parenting skill*” OR “parent behavioral training” OR “family-based intervention*” OR “parent-based intervention*” OR “family therapy” OR “family intervention*” OR “supportive emotion-related parenting” OR “supportive parenting” OR “parental support” OR “parental involvement” OR “parent involvement” OR “parenting support” OR “parenting program*” OR “parent program*” OR “parenting intervention*” OR “Parent–Child Interaction Therapy” OR “Family Check-Up” OR “Rational Positive Parenting program” OR “incredible Years” OR “Triple P-positive parenting program” OR “Training Oregon” OR “Chicago Parent Program” OR ((Connect OR Cope OR Comet) AND program*)) OR AB (“Parent management” OR “parent training” OR “parental training” OR “parent skills training” OR “parenting skill*” OR “parent behavioral training” OR “family-based intervention*” OR “parent-based intervention*” OR “family therapy” OR “family intervention*” OR “supportive emotion-related parenting” OR “supportive parenting” OR “parental support” OR “parental involvement” OR “parent involvement” OR “parenting support” OR “parenting program*” OR “parent program*” OR “Parent–Child Interaction Therapy” OR “Family Check-Up” OR “Rational Positive Parenting program” OR “incredible Years” OR “Triple P-positive parenting program” OR “Training Oregon” OR “Chicago Parent Program” OR ((Connect OR Cope OR Comet) AND program*))</p>	
7.		5 OR 6	60831
8.		1 AND 4 AND 7 Year of Publication: 2000-2020	4488
9.	FT	<p>TI ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR AB ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR SU ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") Year of Publication: 2000-2020</p>	78364
10.		8 AND 9 Academic Journals, English	115

ASSIA:

*)

DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten

FT = Fritextterm/er

Cochrane library:

*)

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

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

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

Qualifier = aspekt av ämnet

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

**)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

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

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

ZX = Methodology

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

PubMed:

*)

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

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

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

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

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])

- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

UTKAST

Databas: APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO¹⁹ Datum: 2020-02-26
 Ämne: Insatser inom socialtjänst för att motverka normbrytande beteende och kriminalitet hos barn & unga
 Fråga: Vilka effekter avseende normbrytande beteende och utveckling av kriminalitet, har psykosociala insatser för barn 6-11 år?
 Fråga: Vilka effekter avseende normbrytande beteende och återfall i kriminalitet, har psykosociala insatser för ungdomar 12-18 år?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	TI (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR AB (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*) OR SU (child* OR adolescen* OR youth* OR teens OR teen OR teenager* OR minors OR young* OR girls OR boys OR juvenile*)	1330070
2.	DE	DE "Juvenile Delinquency" OR DE "Predelinquent Youth" OR DE "Female Delinquency" OR DE "Male Delinquency" OR DE "Conduct Disorder" OR DE "Antisocial Personality Disorder" OR DE "Externalizing Symptoms" OR DE "Juvenile Gangs" OR DE "Juvenile Justice" OR DE "Criminal Offenders" OR DE "Female Criminal Offenders" OR DE "Male Criminal Offenders" OR DE "Mentally Ill Offenders" OR DE "Perpetrators" OR DE "Crime" OR DE "Criminal Behavior" OR DE "Antisocial Behavior" OR DE "Behavior Disorders" OR DE "Violent Crime" OR DE "Violence" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Oppositional Defiant Disorder" OR DE "Disruptive Behavior Disorders" OR DE "Behavior Problems"	153526
3.	FT	TI (delinquent* OR delinquency OR predelinquen* OR pre-delinquen* OR perpetrator* OR criminal* OR procriminal* OR pro-criminal* OR offender* OR offending OR convict* OR ex-convict* OR adjudicated OR deviant OR gang OR gangs OR detention* OR detained OR violent OR violence OR "physical abuse" OR abuser* OR lawbreaker* OR "justice-involved" OR "Antisocial behavio*" OR "delinquent behavio*" OR "externalizing behavio*" OR "conduct problem*" OR "conduct disorder*" OR "disruptive behavio*" OR "behavior problem*" OR "challenging behavio*") OR AB (delinquent* OR delinquency OR predelinquen* OR pre-delinquen* OR perpetrator* OR criminal* OR procriminal* OR pro-criminal* OR offender* OR offending OR convict* OR ex-convict* OR adjudicated OR deviant OR gang OR gangs OR detention* OR detained OR violent OR violence OR "physical abuse" OR abuser* OR lawbreaker* OR "justice-involved" OR "Antisocial behavio*" OR "delinquent behavio*" OR "externalizing behavio*" OR "conduct problem*" OR "conduct disorder*" OR "disruptive behavio*" OR "behavior problem*" OR "challenging behavio*")	235207
4.		2 OR 3	280710
5.	DE	DE "Family Therapy" OR DE "Strategic Family Therapy" OR DE "Structural Family Therapy" OR DE "Family Intervention" OR DE "Multisystemic Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Social Casework" OR DE	180986

¹⁹ Sökningen gjordes även i ett antal andra databaser med anpassning till databasernas indexering och gränssnitt. Medline och SocIndex - båda via databasplattformen EBSCO. Criminology Collection, IBSS, Social Science Database, Sociology Collection – samtliga via databasplattformen ProQuest, samt en svensk databas SwePub.

		<p>"Social Group Work" OR DE "Outreach Programs" OR DE "Counseling" OR DE "Community Counseling" OR DE "Group Counseling" OR DE "Occupational Guidance" OR DE "Peer Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Rehabilitation Counseling" OR DE "Life Coaching" OR DE "Network Therapy" OR DE "Self-Help Techniques" OR DE "Social Support" OR DE "Institutionalization" OR DE "Institution Visitation" OR DE "Correctional Institutions" OR DE "Reformatories" OR DE "Criminal Rehabilitation" OR DE "Institutional Schools" OR DE "Socialization" OR DE "Reintegration"</p> <p>TI (Treatment OR therapy OR therapies OR intervention* OR program* OR prevention OR family-based OR family OR parents OR parenting OR parental OR evidence-based OR individual-based OR group-based OR individualised OR individualized OR "community care" OR "juvenile care" OR "Institutional care" OR "residential care" OR "residential youth care" OR "residential facilit*" OR "residential treatment" OR "residential center*" OR "group home*" OR "group care" OR "rehabilitation cent*" OR "correction facilit*" OR "correctional facilit*" OR "correctional institution*" OR institutionalized OR "outside of family" OR "out of home placement" OR "out of home care OR "time-limited placement" OR placement OR "social casework" OR "social group work" OR counseling OR "social support" OR "social network" OR rehabilitation OR coaching OR counseling OR guidance OR "Early Intervention Prevention Program*" OR "deactivation therapy" OR "Cognitive Behavior*" OR supervision* OR "aftercare program*" OR individual treatment" OR "restorative justice" OR Psychotherapy OR psychosocial* OR "diversion program*" OR "skills training" OR "self-control" OR "peer-support" OR "peer intervention*") OR AB</p>	
6.	FT	<p>("correctional program*" OR "re-entry program*" OR "early prevention" OR "prevention program*" OR "preventive program*" OR "preventive intervention*" OR family-based OR "family therap*" OR "family intervention*" OR evidence-based OR individual-based OR group-based OR individualised OR individualized OR "community care" OR "juvenile care" OR "Institutional care" OR "residential care" OR "residential youth care" OR "residential facilit*" OR "residential treatment" OR "residential center*" OR "group home*" OR "group care" OR "rehabilitation cent*" OR "correction facility" OR "correction facilities" OR "correctional facilit*" OR "correctional institution*" OR institutionalized OR "outside of family" OR "out of home placement" OR "out of home care OR "time-limited placement" OR "social casework" OR "social group work" OR counseling OR "social support" OR "social network" OR rehabilitation OR coaching OR guidance OR "Early Intervention Prevention Program*" OR "deactivation therapy" OR "Cognitive Behavior*" OR supervision* OR "family therapy" OR "family treatment" OR "aftercare program*" OR individual treatment" OR "restorative justice" OR Psychotherapy OR psychosocial intervention* OR "diversion program*" OR "skills training" OR "self-control" OR "peer-support" OR "peer intervention*")</p>	818749
7.	FT	<p>TI ("Multisystemic therapy" OR "Multi-systemic therapy" OR "Functional family therapy" OR "Brief Strategic Family Therapy" OR "Multi-Dimensional</p>	12614

		Family therapy" OR "Treatment Foster care" OR "Skills Training" OR "Aggression Replacement Training" OR "Gang Resistance Education and Training" (GREAT) OR "Perry Preschool Project" OR "Restorative justice (RJ) program*" OR "restorative justice program" OR "Family connection program*" OR EQUIP OR "Mode Deactivation Therapy" (MDT)) OR AB ("Multisystemic therapy" OR "Multi-systemic therapy" OR "Functional family therapy" OR "Brief Strategic Family Therapy" OR "Multidimensional Family therapy" OR "Treatment Foster care" OR "Skills Training" OR "Aggression Replacement Training" OR "Gang Resistance Education and Training" (GREAT) OR "Perry Preschool Project" OR "Restorative justice (RJ) program*" OR "restorative justice program" OR "Family Connection program*" OR EQUIP OR "Mode Deactivation Therapy" (MDT))	
8.		6 OR 7 OR 8	892650
Psykosociala insatser för unga 12-18 år			
9.	DE	DE "Incarceration" OR DE "Crime" OR DE "Criminal Conviction" OR DE "Legal Arrest" OR DE "Prisons" OR DE "Prisoners" OR DE "Recidivism" TI (Recidivism OR incarceration OR incarcerate* OR reincarcerat* OR re-incarcerat* OR custodial OR reoffending OR reoffender* OR reconviction* OR recurrence* OR re-entry OR reentry OR reintegration OR re-integration OR criminal* OR prison* OR jail* OR imprisoned OR "criminal history" OR reoccurrence OR rearrest* OR re-arrest* OR arrest*) OR AB (46229
10.	FT	Recidivism OR incarceration OR incarcerate* OR reincarcerat* OR re-incarcerat* OR custodial OR reoffending OR reoffender* OR reconviction* OR recurrence* OR re-entry OR reentry OR reintegration OR re-integration OR criminal* OR prison* OR jail* OR imprisoned OR "criminal history" OR reoccurrence OR rearrest* OR re-arrest* OR arrest*)	98459
11.		9 OR 10	112426
12.		1 AND 4 AND 8 AND 11	8163
13.	FT	TI ("sex offend*" OR sexual* OR "domestic violence" OR "intimate partner violence" OR depression OR anxiety OR "School-based" OR "school setting*" OR "classroom-based" OR "dating violence" OR "political violence" OR pharmacological OR HIV)	250818
14.		12 NOT 13	7263
15.	FT	TI ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR AB ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*") OR SU ("systematic review" or meta-analysis or "literature review" or "review of literature" OR "literature search*")	108526
16.	FT	14 AND 15 Year of Publication: 2008-2020; English, Academic Journals	86
Psykosociala insatser för barn 6-11 år			
17.	FT	TI (outcome* OR crime* OR criminal OR effectiveness OR delinquency OR delinquent OR conviction* offending) OR AB (crime* OR "criminal behavio*" OR outcome* OR "effect size" OR delinquency OR delinquent OR conviction* OR offending)	404066
18.		1 AND 4 AND 8 AND 17	12456

	Year of Publication: 2000-2020	
19.	18 NOT 13	10894
20.	15 AND 19 English, Academic Journals	347

SocIndex, PsycInfo, Medline

21.	TI ("Adolescent diversion project" OR "Better Futures Program" OR "Families and Schools together" OR "Juvenile Breaking the Cycle" OR "Positive Action" OR "Positive Family Support" OR "Project BUILD" OR "Promoting Alternative Thinking Strategies" OR "Second Step" OR "Strengthening Families Program") OR AB ("Adolescent diversion project" OR "Better Futures Program" OR "Families and Schools together" OR "Juvenile Breaking the Cycle" OR KEEP OR "Positive Action" OR "Positive Family Support" OR "Project BUILD" OR "Promoting Alternative Thinking Strategies" OR SNAP OR "Second Step" OR "Strengthening Families Program")n" OR "Positive Family Support" OR "Project BUILD" OR "Promoting Alternative Thinking Strategies" OR SNAP OR "Second Step" OR "Strengthening Families Program"	99157
22.	1 AND 3 AND 15 AND 21 Year of Publication: 2000-2020	8

ASSIA:

*)

DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus

KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten

FT = Fritextterm/er

Cochrane library:

*)

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

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

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

Qualifier = aspekt av ämnet

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

**)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

Ebsco-baserna:

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

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

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

ZX = Methodology

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

PubMed:

*)

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

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

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

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

SB = PubMeds filter för:

- systematiska översikter (systematic[sb])
- alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb])

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term
**)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

UTKAST