

## Multisystemiske tiltak for barn og unge med atferdsvansker: Prosjektplan

---

Prosjektnummer /  
aktivitetsnummer /  
bestillingsnummer:

Eksternt oppdrag

---

Plan utarbeidet:

Mai - september 2019

---

**Kort ingress:** Vi fikk i oppdrag av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) å utføre en systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av tiltak for barn og unge som er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker eller har begått kriminelle handlinger.

**Kort beskrivelse/sammendrag:** Atferdsvansker rammer en betydelig andel barn og unge, noe som fører til negative konsekvenser for dem selv og andre nære personer. Det er derfor viktig å tilby barn, unge, foreldre og andre voksne hjelp som kan begrense utviklingen av atferdsvansker inn i ungdomsårene og voksenlivet. Klynge for vurdering av tiltak i Folkehelseinstituttet fikk april 2019 i oppdrag fra Bufdir å utføre en systematiske kunnskapsoppsummering. To overordnede spørsmål skulle besvares: 1) Hva er effekten av multisystemiske tiltak for barn og unge (alder 3-18 år) som er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker? 2) Hva er effekten av sekundær- og tertiærforebyggende tiltak for barn og unge (alder 8-25 år) som har begått kriminelle handlinger?

### English:

**Title:** Multisystemic interventions for children and youth with conduct problems

**Brief description:** A considerable number of children and youth are affected by conduct problems, which negatively affect themselves as well as people close to them. Therefore, it is important to offer children, youth, parents and other adults assistance that can prevent conduct problems escalating into adolescence and adulthood. The Division of Health Services at the Norwegian Institute of Public Health was commissioned by the Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs to conduct a systematic review on the effects of multisystemic interventions for children with behavioral problems. The two research questions are: What are the effects of multisystemic interventions for children and youth (age 3-18) who are at risk of developing serious behavioral problems? What are the effects of secondary- and tertiary preventive interventions for children and youth (age 8-25) who have a criminal history?

---

### Prosjektkategori og oppdragsgiver

---

**Produkt (programområde):**

Systematisk kunnskapsoppsummering

---

**Tematisk område:**

Barn og unge

---

---

<b>Oppdragsgiver:</b> (med navn på kontaktperson for eksterne prosjekter):	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet Helene Vedel <a href="mailto:helene.vedeld@bufdir.no">helene.vedeld@bufdir.no</a> Sissel Bye Ytterborg <a href="mailto:sissel.bye.ytteborg@bufdir.no">sissel.bye.ytteborg@bufdir.no</a>
---	---

---

## Prosjektledelse og medarbeidere

---

<b>Prosjektleder:</b>	Rigmor C Berg (april – 20. oktober 2019), Hege Kornør (21. oktober 2019 - januar 2020)
-----------------------	--

---

<b>Prosjektansvarlig</b> (gruppeleder):	Rigmor C Berg
--	---------------

---

<b>Interne medarbeidere:</b>	Lien Nguyen Patricia Jardim Trine Johansen Louise Forsetlund
------------------------------	---

---

<b>Eksterne medarbeidere:</b>	-
-------------------------------	---

---

<b>Plan for erstatning ved prosjektdeltakeres fravær:</b>	Prosjektansvarlig overtar ansvaret og henter inn andre interne medarbeidere
---	---

---

## Mandat

Bufdir er et statlig et kompetanseorgan når det gjelder oppvekst, barnevern, familievern, adopsjon, likestilling og ikke-diskriminering og vold og overgrep i nære relasjoner. Direktoratet er også et forvaltningsorgan underlagt Barne- og familiedepartementet (BFD) og er således faglig rådgiver for BFD, hvilket bl.a innebærer å framskaffe og formidle solid kunnskap innen sine ansvarsområder. Våren 2019 fikk Bufdir i oppdrag fra BFD å framskaffe et kunnskapsgrunnlag om barn og unge som er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker eller har begått kriminelle handlinger. På bakgrunn av dette har Folkehelseinstituttet fått i oppdrag fra Bufdir å utarbeide en systematisk oversikt om effekter av multisystemiske tiltak for barn og unge som er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsvansker eller har begått kriminelle handlinger.

## Bakgrunn

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

### Atferdsvansker hos barn og unge

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

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

### **Andel barn og unge med atferdsvansker**

Prevalensundersøkelser viser at andelen barn og unge med atferdsvansker varierer noe fra studie til studie (6). Dette kan til dels skyldes at hva som oppleves som atferdsvansker er noe kulturelt betinget (7) og at de fleste barn og unge viser noen former for atferdsvansker i visse perioder. Det er en del av deres normale utvikling, og kan forstås som forsøk på å etablere selvstendighet, mestre utfordringer, teste grenser og utvikle sosiale ferdigheter (8). Studier fra Europa og Nord-Amerika har funnet at andelen barn med atferdsvansker er 1-3 % blant jenter og 2-5 % blant gutter, og at andelen øker i pubertetsalderen (9). I Norge er det estimert at atferdsvansker rammer om lag 5-10 % av barn- og unge, og omtrent halvparten av de som har atferdsvansker som barn har fortsatt vansker i ungdomsårene (10). Flere gutter enn jenter har atferdsvansker. En beregning fra 2013 kom fram til at prevalensen av diagnostiserbare atferdsforstyrrelser blant norske barn og unge under 18 år er 1,7 % for alvorlig atferdsforstyrrelse og 1,8 % for opposisjonell atferdsforstyrrelse. Forskerne mente også det er grunnlag for å hevde at symptomer på atferdsproblemer er langt mer utbredt enn diagnostiserbare atferdsforstyrrelser (3).

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

### **Konsekvenser av atferdsvansker hos barn og unge**

Atferdsvansker rammer en betydelig andel barn og unge over lengre tid, og de utgjør en stor utfordring for det enkelte barn, familier og samfunnet for øvrig. Atferdsvansker skaper

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

Atferdsvansker hos barn og unge rammer ikke bare de selv, men fører også til negative konsekvenser for andre nære personer, som søsken, foreldre, lærere, venner og andre jevnaldrende. Så mange som 80-90 % av skolebarn oppgir at de har blitt slått eller sparket av andre barn (21), barn med atferdsvansker har ofte et mer negativt forhold til lærere (17) ca. 10 % av lærere i USA oppgir at de er blitt fysisk truet av en elev og 8 % er blitt utsatt for fysisk vold av en elev (22). Lærere som jobber med barn og unge med atferdsvansker rapporterer også høyere stressnivå, sykefravær, utbrenthet og skifte av jobb (23).

### **Risikofaktorer og tiltak for å begrense atferdsvansker hos barn og unge**

Forskning peker på mange forskjellige risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker, og det er ikke påvist at én faktor alene forårsaker atferdsvansker (3). Noen risikofaktorer for atferdsvansker inntreffer før barns fødsel og blant disse inngår mors rusmisbruk, psykiske problemer og feilernæring. Også faktorer fra barns første leveår, slik som hyperaktivitet, sen motorisk utvikling og nevrologiske problemer har blitt knyttet til utviklingen av atferdsvansker (14, 24). Andre faktorer som har vist seg å øke risikoen for atferdsvansker er faktorer i barnets miljø (kontekstuelle faktorer), som fravær av gode jevnalderrelasjoner, foreldres rusmisbruk og psykiske helse, familiestørrelse, skilsmisse, foreldres parforhold og sosioøkonomiske faktorer, som lønn og utdanning (24, 25). Selv om identifisering av mulige årsaker til utviklingen av atferdsvansker er utfordrende er oppmerksomhet på slike faktorer viktig for forståelse av variasjoner i forekomst, barnas utviklingsforløp og ikke minst utviklingen av egnede hjelpetiltak.

Tidlige eksternaliserende atferdsvansker hos barn ser ut til å være en risikofaktor for mange psykiske-, fysiske- og sosiale problemer blant ungdom og voksne. Det synes derfor viktig med tidlig innsats, for eksempel i hjemmet og på skolen, for å forhindre videre uheldig utvikling. En beskyttelsesfaktor kan være barns sosiale kompetanse og gode relasjoner med voksne. Forskning viser blant annet at gode relasjoner mellom voksne og barn i barnehagen er assosiert med færre atferdsvansker og andre utfall som bedre språklig fungering (26). Det fins en rekke tidlig innsatser og metoder for å forebygge og redusere atferdsproblemer hos barn og unge. Mange av tiltakene er omfattende og krever en koordinering av tiltak på flere forskjellige arenaer – i familien, barnehage/skole og andre instanser, som barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (3). Dette har sammenheng med at utviklingen av problematferd gjerne ses på som multifaktoriell. Multifaktorielle, eller multisystemiske, tiltakspakker innebærer at innsatsene rettes mot flere 'systemer', slik som individet, familien, skole (se

forebygging.no). Ett mye benyttet multisystemisk tiltak er Multisystemisk terapi (MST), som tilbys familier med ungdom i alderen 12-18 med alvorlige atferdsvansker, slik som rus, kriminalitet, konflikter hjemme o.l. (27). Noen forebyggings- og behandlingstiltak retter innsatsen først og fremst mot foreldrene, slik at de gjennom å gjøre endringer i egen oppdragerpraksis kan veilede barna til endringer i atferd. Dette gjelder for eksempel tiltaket 'Parent Management Training – Oregon' (PMTO) og 'Tidlig Intervensjon for Barn i Risiko' (TIBIR). I småbarnsprogrammet 'De Utrolige Årene' (The Incredible Years) lærer barn 3-12 år ny atferd i gruppesammenheng som et supplement til foreldrebehandling. 'Aggression Replacement Training' (ART) er et manualbasert program som gis i grupper av jevnaldrende for å bedre sinnekontroll (28).

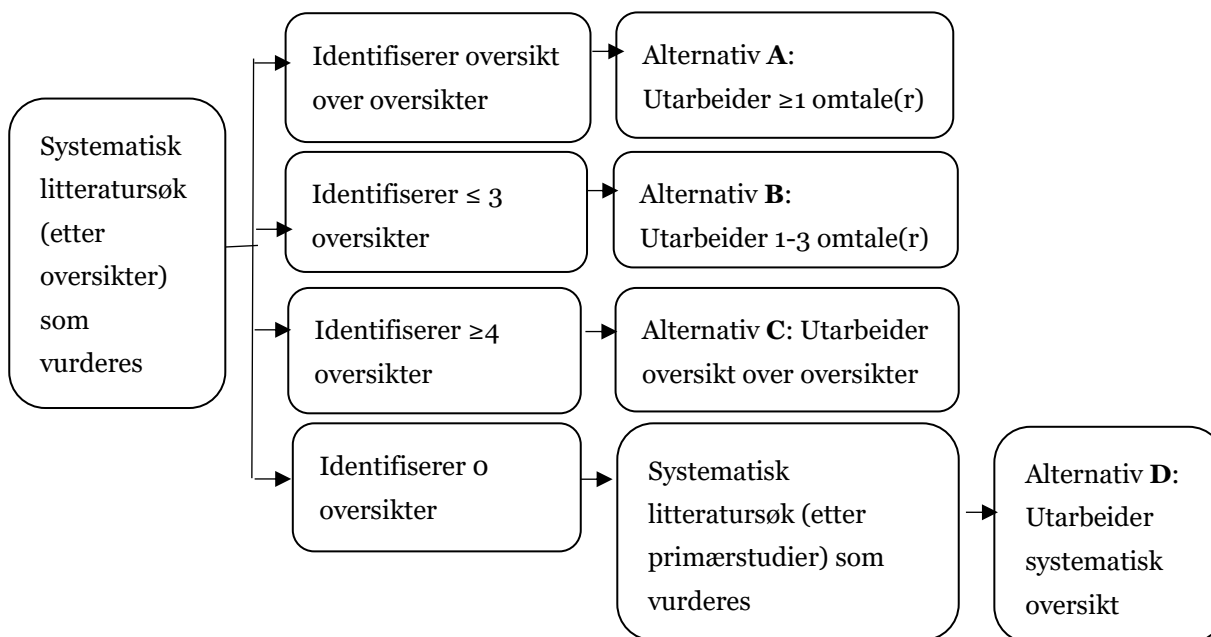
Som tidligere nevnt er atferdsvansker dels sosialt definert – de eksisterer ikke uavhengig av sosiokulturelle verdier og normer. Fordi normene og reglene for hva som er akseptabel atferd varierer, varierer også toleransen for hvilken atferd som forstås som problematisk (7). Standardiserte måleinstrumenter og observasjonsmetoder for å måle atferdsvansker er likevel utviklet og benyttet i mange land. Eksempler på noen av de mest vanlige er CBCL (Child Behavior Checklist), CPRS (Conner's parent rating scale), ECBI (Eyberg child behavior inventory) og SDQ (Strengths and difficulties questionnaire) (29).

### **Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen**

Ved å spisse forebyggingsinnsatsen og hjelpe barn med atferdsvansker øker man sjansene for å redusere problemenes omfang og senere negative konsekvenser, slik som rusmisbruk, frafall fra skole og arbeidsliv, psykiske problemer og kriminalitet (30). Beslutninger om hvordan vi bør spisse forebygging av atferdsproblemer hos barn og unge må være fundert i solid kunnskap fra forskning på hvilke tiltak som har dokumentert effekt. Det er derfor viktig å få en oversikt over virkningene av ulike forebyggende tiltak. En oversikt over eksisterende forskning vil kunne vise på hvilke områder pålitelig kunnskap finnes, avdekke eventuelle behov for forskningsinnsats og gi et utgangspunkt for fremtidig forebyggingsarbeid blant barn og unge med atferdsvansker.

## **Metode**

Vi vil utarbeide omtale(r) eller en kunnskapsoppsummering i overensstemmelse med områdets metodehåndbok for kunnskapsoppsummeringer (<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>). Formatet på kunnskapsoppsummeringen betinges av den eksisterende forskningen som vi identifiserer, og figur 1 viser mulige typer kunnskapsoppsummeringer vi vil utarbeide.



Figur 1. Mulige typer kunnskapsoppsummeringer vi vil utarbeide.

Vi vil søke etter systematiske oversikter og primærstudier. Vi vil først søke etter systematiske oversikter. Hvis nødvendig vil vi deretter søke etter primærstudier (se figur 1). Gitt de/det unike forskningsspørsmålet regner vi det som lite trolig at vi vil identifisere oversikter over oversikter, men vil skrive en omtale av den/disse hvis slik(e) oppsummering(er) identifiseres (alternativ A) og oversende oppdragsgiver. Hvis vi identifiserer 1-3 systematiske oversikter (av høy eller moderat metodisk kvalitet, med litteratursøk utført senest 2013) vil vi skrive omtale(r) og oversende oppdragsgiver (alternativ B). Hvis vi identifiserer fire eller flere systematiske oversikter (av høy eller moderat metodisk kvalitet, med litteratursøk utført senest 2013) vil vi utføre en oversikt over oversikter (alternativ C). Hvis vi ikke identifiserer systematiske oversikter som møter inklusjonskriteriene vil vi oppsummere (utføre en systematisk kunnskapsoppsummering) kontrollerte studier av typen randomiserte kontrollerte studier (RCT) eller ikke-RCT eller kontrollerte før-etter studier (CBA) (alternativ D). For alternativ D, hvis vi identifiserer flere godt utførte RCTer som gir et helhetlig og pålitelig svar på forskningsspørsmålet, vil vi vurdere å kun inkludere RCTer. Vi vil med andre ord løse oppdraget med én av alternativene (A-D). Kun ved særskilte omstendigheter, hvis det vil gjøre oppsummeringen mer komplett og relevant, vil vi vurdere å kombinere to av disse alternativene. Det må også vurderes om tidsfristen tillater en kombinasjon av flere alternativer. Hvis en eller flere oversikter over oversikter kun delvis møter inklusjonskriteriene vil vi, i samråd med oppdragsgiver, vurdere å inkludere disse i sin helhet eller de primærstudiene som møter inklusjonskriteriene. Våre foreløpige søk etter relevant forskning viser at alternativ C eller D er de mest trolige, pga det ser ut til å finnes både systematiske kunnskapsoppsummeringer og RCTer på temaet.

## Litteratursøk

Vi skal søke etter studier i følgende databaser: Cochrane Library (CDSR), Epistemonikos, MEDLINE (OVID), EMBASE, og Web of Science. Ytterligere databaser kan vurderes, slik som insum.no og ungsinn.no. I tillegg skal vi søke manuelt i referanselistene til relevante oversikter over oversikter, systematiske oversikter og primærstudier. En forskningsbibliotekar vil utarbeide søkestrategien i samarbeid med prosjektleder og denne vil bli fagfellevurdert av en annen søkespesialist. Forskningsbibliotekaren vil utføre det elektroniske databasesøket og søkestrategien vil bli publisert som et vedlegg til sluttrapporten.

## Inklusjonskriterier

To hovedspørsmål skal besvares. De to spørsmålene har ulike inklusjonskriterier, som er spesifisert av oppdragsgiver.

**Inklusjonskriterier for spørsmål 1)** Hva er effekten av forebyggende tiltak for barn og unge (3-18 år) med alvorlige atferdsvansker? Med atferdsvansker menes her aggressiv, destruktiv, opposisjonell atferd som bryter med eksisterende regler, normer og forventninger, og vedvarer over tid (se beskrivelse i bakgrunn). Vi vil i denne studien vurdere atferdsvansker som andre norske forskere (3, 4) og se på atferdsvansker ikke som en diagnostisk kategori, men som eksternaliserende atferd som betegnes som problematisk og normbrytende. Slike atferdsvansker kan være innenfor eller utenfor diagnostisk område.

Vi deler noen av inklusjonskriteriene i to, pga at ulike kriterier gjelder for ulike aldersgrupper.

### Felles inklusjonskriterier:

<b>Studiedesign</b>	Systematiske oversikter, primærstudier. For å møte kriteriene for systematiske oversikter må oversikten ha en oppgitt søkestrategi, inneholde klare inklusjonskriterier, og ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene
<b>Sammenligning</b>	Standard, ingen tiltak (kan være venteliste), annet aktivt tiltak
<b>Kontekst</b>	Land i Nord-Amerika og Europa, Australia, New Zealand
<b>Oppfølgingstid</b>	Oppfølgingen må være minst 4 måneder etter tiltaket ble igangsatt
<b>Språk</b>	Vi vil i utgangspunktet inkludere studier på alle språk, men publikasjoner på språk som hverken prosjektmedarbeiderne eller nære kolleger ved FHI behersker vil ikke bli inkludert. De vil bli lagt i en liste (med referanse) og presentert i et vedlegg til rapporten.
<b>År</b>	Systematiske oversikter: publisert år 2015 og senere, der søket er utført i 2013 eller senere. Primærstudier: publisert 2012 og senere.
<b>Annet</b>	Hvis det er en blandet populasjon (f.eks studien har inkludert barn og unge på også annen alder), eller blandet tiltak (f.eks har også andre tiltakskomponenter) inkluderer vi studien når minst halvparten av studiedeltakerne eller halvparten av tiltaket møter inklusjonskriteriene eller resultatene er rapportert separat. Prinsippene 'minst halvparten' og 'rapportert separat' gjelder både for primærstudier og systematiske kunnskapsoppsamlinger.

### Alder 3-10

<b>Populasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barn og unge i alderen 3-10 år, OG</li> </ul>
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bor hjemme, dvs i en familie med minst én foreldre eller foresatt, inkludert fosterfamilier, OG</li> <li>• Har alvorlige atferdsvansker som omhandler i) aggressiv, destruktiv, dårlige sosiale ferdigheter og eller opposisjonell atferd, og eller ii) bruk av alkohol eller illegale rusmidler og eller iii) begått kriminelle handlinger, inkludert men ikke begrenset til vold, tyveri, salg av illegale rusmidler, hærverk</li> </ul>
<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har til hensikt å forebygge, bremse eller hindre videreutvikling av atferdsvansker</li> <li>• Er multisystemisk, dvs rettet mot to eller flere 'nivå' som kan være individet, familien, skole/barnehage, vennemiljø/vennegruppe, nærmiljø</li> <li>• Har varighet på minst 4 måneder</li> </ul>
<b>Utfall</b>	<p>Primærutfall: aggressiv/voldelig atferd (mot f.eks foreldre, andre barn, barnehageansatte/lærere), kriminelle handlinger, bruk av illegale rusmidler</p> <p>Sekundærutfall: barnehage, skolegang, bruk av alkohol, sosiale ferdigheter, og lignende utfall.</p> <p>Relevante måleinstrumenter er: Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-report (YSR).</p>

### Alder 10-18

<b>Populasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn og unge i alderen 10-18 år, OG</li> <li>• Bor hjemme, dvs i en familie med minst én foreldre eller foresatt, inkludert fosterfamilier, OG</li> <li>• Har atferdsvansker som omhandler i) aggressiv, destruktiv og eller opposisjonell atferd, og eller ii) bruk av alkohol eller illegale rusmidler og eller iii) begått kriminelle handlinger, inkludert men ikke begrenset til vold, tyveri, salg av illegale rusmidler, salg av sex (prostitusjon), OG</li> <li>• Står i fare for å begå (ytterligere) kriminelle handlinger (kan være implisitt)</li> </ul>
<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har til hensikt å forebygge, bremse eller hindre videreutvikling av atferdsvansker</li> <li>• Er multisystemisk, dvs rettet mot to eller flere 'nivå' som kan være individet, familien, skole, vennemiljø/vennegruppe, nærmiljø</li> <li>• Har varighet på minst 4 måneder</li> </ul>
<b>Utfall</b>	<p>Primærutfall: aggressiv/voldelig atferd (mot f.eks foreldre, lærere, andre barn/unge), kriminelle handlinger, bruk av illegale rusmidler</p> <p>Sekundærutfall: skolegang, arbeid eller opplæring eller deltakelse i dagtilbud, bolig, bruk av alkohol, sosiale ferdigheter</p>

### Eksklusjonskriterier

Vi har følgende eksklusjonskriterier for hovedspørsmål 1:

<b>Studiedesign</b>	Ikke-empiriske studier, kvalitative studier, studier uten kvantitative data om effekt av tiltak
<b>Populasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn og unge som ikke bor hjemme. Det inkluderer de som bor på institusjon, er hjemløse, er i fengsel/ungdomsanstalt, og lignende.</li> <li>• Barn og unge som har begått kriminelle handlinger i affekt.</li> <li>• Barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, slik som depresjon, PTSD, osv.</li> <li>• Særskilte sub-grupper av barn og unge, f.eks de med nedsatt kognitive funksjoner, transpersoner, minoritetsgrupper</li> </ul>



<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler å begrense/hindre mobbing</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler å begrense/hindre alkoholbruk eller rusmiddelbruk</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende er psykoterapeutiske tiltak basert på psykoanalyse og lignende</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende er farmakologiske</li> </ul>
<b>Annet</b>	Systematiske oversikter som har som inklusjonskriterium at studiene må være fra områder av verden som ikke omfatter Norge, slik som studier fra lav- og middelinntektsland

**Inklusjonskriterier for spørsmål 2)** Hva er effekten av forebyggende og behandlende tiltak for barn og unge (12-24 år) som har begått kriminelle handlinger?

<b>Studiedesign</b>	Systematiske oversikter, primærstudier
<b>Populasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn og unge i alderen 12-24 år, OG</li> <li>• Har begått en eller flere kriminelle handlinger, inkludert men ikke begrenset til vold, tyveri, hærverk, salg av illegale rusmidler, salg av sex (prostitusjon), OG</li> <li>• Står i fare for å begå ytterligere kriminelle handlinger (kan være implisitt)</li> </ul>
<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har til hensikt å bremse, hindre eller behandle kriminelle handlinger</li> <li>• Er multisystemisk, dvs rettet mot to eller flere 'nivå' som kan være individet, familien, skole, vennemiljø/vennegruppe, nærmiljø</li> <li>• Har varighet på minst 4 måneder</li> </ul>
<b>Sammenligning</b>	Standard, ingen tiltak (kan være venteliste), annet aktivt tiltak
<b>Utfall</b>	Primærutfall: kriminelle handlinger Sekundærutfall: skolegang, arbeid eller opplæring eller deltakelse i dagtilbud, bolig, bruk av alkohol, bruk av illegale rusmidler, sosiale ferdigheter
<b>Kontekst</b>	Land i Nord-Amerika og Europa, Australia, New Zealand
<b>Oppfølgingstid</b>	Minst 3 måneder etter tiltaket er avsluttet. Vi tar med studier der det står at lengre oppfølging pågår eller vil bli utført.
<b>Språk</b>	Vi vil i utgangspunktet inkludere studier på alle språk, men publikasjoner på språk som hverken prosjektmedarbeiderne eller kolleger ved FHI behersker vil ikke bli inkludert. De vil bli lagt i en liste (med referanse) og presentert i et vedlegg til rapporten.
<b>År</b>	Systematiske oversikter: publisert år 2015 og senere, der søket er utført i 2013 eller senere. Primærstudier: publisert 2012 og senere.
<b>Annet</b>	Hvis det er en blandet populasjon (f.eks barn og unge utenfor ønsket aldersgruppe) eller blandet tiltak (f.eks har andre elementer enn de ønskede elementene), inkluderer vi studien når minst halvparten av studiedeltakerne og tiltaket møter inklusjonskriteriene eller resultatene er rapportert separat. Prinsippet 'minst halvparten' gjelder både primærstudier og systematiske kunnskapsoppsummeringer.

## **Eksklusjonskriterier**

Vi har følgende eksklusjonskriterier:

<b>Studiedesign</b>	Ikke-empiriske studier, kvalitative studier
---------------------	---

<b>Populasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn og unge som har begått kriminelle handlinger i affekt.</li> <li>• Barn og unge med alvorlige psykiske lidelser, slik som depresjon, PTSD, osv.</li> <li>• Særskilte sub-grupper av barn og unge, f.eks de med nedsatt kognitive funksjoner, transpersoner, minoritetsgrupper</li> </ul>
<b>Tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler mobbing</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler å redusere rusmiddelbruk</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler vold i nære relasjoner</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende omhandler rehabilitering i fengsel eller ungdomsanstalt (f.eks bootcamp, scared straight)</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende er psykoterapeutiske tiltak basert på psykoanalyse og lignende</li> <li>• Tiltak som kun/nesten utelukkende er farmakologiske</li> </ul>
<b>Annet</b>	Systematiske oversikter som har som inklusjonskriterium at studiene må være fra områder av verden som ikke omfatter Norge, slik som studier fra lav- og middelinntektsland.

## Identifisering, kvalitetsvurdering, dataekstraksjon og syntese

To medarbeidere skal utføre identifisering av relevante studier, kvalitetsvurdering, dataauthenting og syntese.

### Identifisering

Referansene identifisert gjennom litteratursøket vil importeres til EndNote og evt duplikater vil bli slettet. Vi vil benytte det elektroniske verktøyet Covidence (Covidence systematic review software) eller Rayyan (31) til utvelgelse av studier. Vi vil først uavhengig av hverandre gå gjennom alle titlene og sammendragene fra litteratursøket. De studiene som virker relevante bestilles og vurderes i fulltekst i henhold til inklusjonskriteriene. Vi vil deretter vurdere uavhengig av hverandre hvorvidt fulltekstpublikasjonene møter inklusjonskriteriene før vurderingen bli sammenholdt. Alle studier som vi er enige om møter inklusjonskriteriene blir valgt ut. Uenigheter i vurderingene vil bli løst ved diskusjon og ny inspeksjon av publikasjonene. Hvis de to forskerne ikke oppnår enighet, vil en tredje forsker avgjøre inklusjon.

### Kvalitetsvurdering

Hvis vi inkluderer systematiske oversikter vil vi kun inkludere systematiske oversikter som har moderat eller høy metodisk kvalitet. Derfor inngår metodisk kvalitetsvurdering som en del av inklusjonsvurderingen. Vi utfører kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene uavhengig av hverandre. Deretter diskuterer vi vurderingene og blir enige om en samlet vurdering. Uenigheter i vurderingen vil bli løst ved diskusjon og ny inspeksjon av oversikten. Hvis de to forskerne ikke oppnår enighet, vil en tredje forsker avgjøre.

Hvis vi utarbeider en systematisk oversikt over primærstudier, vil vi hvis vi identifiserer mange godt utførte RCTer, vurdere å kun inkludere RCTer. Vi vil benytte sjekklister for å vurdere studienes metodiske kvalitet. For RCTer vil vi benytte Cochranes Risk of Bias-verktøy (32). For

ikke-RCTer/kvasi-RCTer og CBA studier vil vi benytte Cochrane's Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) sjekklisten ([epoc.cochrane.org](http://epoc.cochrane.org)). To forskere vil først vurdere den metodiske kvaliteten uavhengig av hverandre før vurderingen bli sammenholdt. Uenigheter i vurderingen vil bli løst ved diskusjon og ny inspeksjon av studien. Hvis de to forskerne ikke oppnår enighet, vil en tredje forsker avgjøre.

### **Datauthenting og syntese**

Hvis vi inkluderer systematiske oversikter vil vi trekke ut data og resultater fra disse. En forsker vil hente ut data fra de inkluderte systematiske oversiktene og en annen vil dobbeltsjekke uthenting. I de tilfellene hvor systematiske oversikter overlapper hverandre (samme spørsmål, samme inkluderte enkeltstudier), benytter vi den mest oppdaterte oversikten. Det betyr at vi henter ut data fra den nyeste oversikten med flest studier. Vi vil hente ut følgende data fra de inkluderte systematiske oversiktene: tittel, forfattere o.l. detaljer om publikasjonen, formålet med oppsummeringen, tidsperioden for søket, antall inkluderte studier og deltakere, studiedesign, metodisk kvalitet, populasjon og kontekst, tiltak, sammenligning(er), utfall, resultater (beskrivende sammenstilling eller meta-analyse). Slike data om primærstudiene blir hentet fra flere steder i de systematiske oversiktene – tabeller, tekst og vedlegg – for at informasjonen skal være så komplett som mulig.

Fra de inkluderte oversiktene vil vi deretter samle alle resultatene som er relevante for vår problemstilling. Vi sammenstiller så data i tekst og lager tabeller der det er relevant. Vi vil gruppere resultatene så langt som mulig etter alder. Dette er betinget av aldersinndelingen i de studiene som inkluderes. Vi oppsummerer resultatene i henhold til kriteriene i områdets metodehåndbok. Vi vil også benytte metodene foreslått i nyere forskning om oversikter over oversikter (33, 34) samt rapportere ihht. «Preferred Reporting Items for Overviews of systematic reviews including harms checklist» (se EQUATOR network).

Hvis vi identifiserer 15 eller flere systematiske oversikter som møter inklusjonskriteriene skal vår oversikt over oversikter være noe mer overordnet og inneholde noe færre detaljer slik at det vil være mulig å levere kunnskapsoppsummeringen innen den avtalte tidsfristen.

Hvis vi utarbeider en systematisk oversikt over primærstudier vil vi hente ut data og resultater fra de inkluderte studiene. En forsker vil hente ut data fra de inkluderte studiene og en annen vil dobbeltsjekke uthenting (at data er komplett og korrekt hentet ut). Dataekstraksjonen innebærer uthenting av følgende data: tittel, forfattere o.l. detaljer om publikasjonen; antall deltakere som er inkludert; studiedesign; populasjon og kontekst; tiltak; sammenligning(er); utfall; resultater.

Vi vil sammenstille resultatene for hvert av de relevante utfallene for hver sammenligning. Vi vil analysere dikotome utfallsmål ved å beregne relativ risiko (RR) og 95 % konfidensintervall (KI). Kontinuerlige utfall vil vi analysere ved å bruke gjennomsnittlig forskjell (mean difference; MD) med 95 % KI, alternativt standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardized mean difference; SMD), hvis utfallsmålene har ulik måleenhet/måleskala. Resultater fra ulike studiedesign analyseres hver for seg, men oppsummeres under samme kapittel.

Dersom vi inkluderer flere primærstudier med samme utfallsmål og disse er tilstrekkelig like med hensyn til populasjon, intervensjon, sammenligning og måling av effekter vil vi vurdere å sammenstille resultater i metaanalyser. Vi kan forvente at intervensjonen her vil ha ulik effekt i ulike kontekster og med ulike populasjoner, og vi ønsker derfor vi å finne en gjennomsnittseffekt (fremfor en endelig effekt). Metaanalysen vil dermed være av typen «random effects model» (35). Vi vil bruke «Mantel-Haenszel method» for dikotome utfall og “inverse-variance method” for kontinuerlige utfall. Vi vil vurdere statistisk heterogenitet med Chi-square (Chi<sup>2</sup>) test og I-square (I<sup>2</sup>) verdier. Lave I<sup>2</sup> verdier (25 % eller mindre) antyder lav heterogenitet. En høy verdi (50 % eller mer) kan regnes som indikasjon på at det meste av variabiliteten på tvers av studiene skyldes reell heterogenitet og ikke tilfeldighet.

## Gradering av dokumentasjonen

Gradering går ut på å vurdere hvilken tillit vi har til resultatene som blir presentert i studiene ut ifra den tilgjengelige dokumentasjonen. Vi vil vurdere den samlede dokumentasjonen for hvert av hovedutfallsmålene, opp til syv av de hyppigste, ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) verktøyet, se [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org).

Vi vil bruke studiedesign som utgangspunkt og vurderer så ifølge fem kriterier: metodisk studiekvalitet (risk of bias), grad av konsistens/overensstemmelse (consistency), direktehet (directness), formidlingskjevhet (publication bias) og sparsomme data/presisjon av data (precision). Oppgradering er mulig hvis det er et stort effektestimert, en dose-respons gradient, eller alle plausible forvekslingsfaktorer, hvis de er tilstede, ville redusere effekten. Dette gjelder kun observasjonsstudier (som ikke vil bli vurdert for inklusjon i denne oppsummeringen). Flere beskrivelser av hvordan man bruker GRADE til å vurdere tilliten til resultatene finnes i Guyatt og medarbeidere (36).

Hvis vi inkluderer systematiske oversikter vil vi gradere utfallsmålene spesifisert som hovedutfallsmål i de inkluderte systematiske oversiktene. I de tilfellene inkluderte systematiske oversikter inneholder GRADE vurderinger vil vi videreformidle disse, med mindre vi oppdager at disse er problematiske eller feilaktige. Da vil vi utføre egne GRADE vurderinger for hovedutfallsmålene Vi benytter standarddefinisjonene for å vurdere grad av tillit til resultatene (37):

- Høy kvalitet= Vi har stor tillit til at effektestimert ligger nær den sanne effekten.
- Middels kvalitet= Vi har middels tillit til effektestimert: effektestimert ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimert kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.
- Lav kvalitet= Vi har begrenset tillit til effektestimert: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimert.
- Svært lav kvalitet= Vi har svært liten tillit til at effektestimert ligger nær den sanne effekten.

Dersom vi utfører en oversikt over 15 eller flere oversikter skal vi ikke gradere studiene som ikke allerede har blitt gradert.

## **Fagfellevurdering**

Prosjektplanen vil bli diskutert med oppdragsgiver (Bufdir). Forskergruppen ved FHI vil revidere prosjektplanen inntil det er konsensus mellom oppdragsgiver og forskergruppen. Prosjektplanen skal gjennomgå intern og ekstern fagfellevurdering før den skal godkjennes av klyngeledergruppen for vurdering av tiltak ved FHI. Ved eventuelle spørsmål som oppstår underveis i prosjektet vil forskergruppen konsultere med oppdragsgiver. Oppsummeringen (rapporten) skal gjennomgå intern og ekstern fagfellevurdering før den skal godkjennes i klyngeledergruppen for vurdering av tiltak ved FHI. Oppdragsgiver vil ha 3 uker til å gå gjennom og gi tilbakemeldinger på utkastet til rapport før rapporten publiseres på FHIs nettsider.

## **Tidsramme**

Vi presenterer både prosjektrelaterte oppgaver og forventede sluttdatoer:

- Prosjektplan: mai-september 2019
- Litteratursøk: juni-september 2019
- Valg av studier: september 2019
- Dataauthenting og sammenstilling: oktober 2019
- Første utkast til sluttrapport leveres til oppdragsgiver: november 2019
- Forberedelse av sluttrapporten: desember 2019
- Godkjenning av klyngeledelsen og publikasjon: januar 2020

## **Utgivelse**

- Godkjent prosjektplan blir lagt ut på FHIs hjemmesider, og det lages en kort nettomtale av prosjektet
- Sluttproduktet er en norskspråklig rapport som skal leveres elektronisk til oppdragsgiver, og den vil være tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettside etter endelig godkjenning.
- Målgruppen er oppdragsgiver (Bufdir), politikere og beslutningstakere på nasjonalt og lokalt nivå, og forskere og andre interessert i effekten av tiltak for barn og unge med atferdsvansker.

## **Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier**

Skogen JC, Torvik FA. Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. Oslo: rapport Folkehelseinstituttet; 2013(4).

Hviding K. Kartleggingsverktøy og instrumenter for tidlig avdekking av utviklings-, atferds- og psykososiale vansker hos barn 0-6 år. Oslo: rapport Kunnskapssenteret; 2005.

Dalsbø T, Leiknes KA. Effekt og sikkerhet av annengenerasjons antipsykotika for barn med oppmerksomhetssvikt- og atferdslidelser er svakt dokumentert. Oslo: forskningsomtale Kunnskapssenteret; 2012.

Falck S. Narkotikaprogram med domstolskontroll - en oppfølgingsstudie av 115 av de første klientene. Oslo: rapport Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS); 2014(4).

Hammerstrøm KT, Munthe-Kaas HM, Johansen S. Effekt av arbeidsdrift, arbeidstrening og utdanning under soning. Oslo: rapport Kunnskapssenteret; 2013.

Folkehelseinstituttet. Barn og unges helse: oppvekst og levekår. Folkehelse rapporten. Oslo: rapport Folkehelseinstituttet; 2018.

## Referanser

1. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M. Early externalizing behavior problems: toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Developmental Psychopathology*. 2000;12:467-488.
2. Bernard A, Martinelli A, Ackermann K, Saure D, Freitag CM. Association of trauma, posttraumatic stress disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2018;91:153-169.
3. Skogen JC, Torvik FA. Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. Oslo: rapport Folkehelseinstituttet; 2013(4).
4. Ogden T. Elevatferd og læringsmiljø: læreres erfaringer med og syn på elevatferd og læringsmiljø i grunnskolen. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet; 1998.
5. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development*. 1999;70:1181-1196.
6. Zeiner P, Magnussen F. Atferdsforstyrrelser. Veileder i barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening; 2011 [hentet 2019-09-09]. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/308e31a34fb84ab59b7fe2cd0159c476/bup-med-innholdsfortegnelse-nt010719.pdf>.
7. Ogden T. Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
8. Kjøbli J. Atferdsvansker hos barn. Oslo: Forebygging.no; 2012 [hentet 2019-09-10]. Tilgjengelig fra: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Artikler--Kronikker/Atferdsvansker-hos-barn/>.
9. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2004;45:609-621.
10. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Ulike metoder for håndtering av atferdsvansker; 2019 [hentet 2019-08-03]. Tilgjengelig fra: [https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak\\_i\\_barnevernet/Metoder/](https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/).
11. Livanou M, Furtado V, Winsper C, Silvester A, Singh SP. Prevalence of mental disorders and symptoms among incarcerated youth: a meta-analysis of 30 studies, *International J. of Forensic Mental Health*. 2019; DOI: 10.1080/14999013.2019.1619636.
12. SSB. Sjeldnere dom og fengsel til ungdom. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019 [hentet 2019-08-20]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sjeldnere-dom-og-fengsel-til-ungdom>.

13. Colman I, Murray J, Abbott R, Maughan B, Kuh D, Croudance TJ., et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*. 2009;338:208-226. DOI: 10.1136/bmj.a2981
14. Moffitt TE, Caspi A, Dickson N, Silva P, Stanton W. Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*. 1996;8:399-424.
15. Zeitlin, H. Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. *Drug Alcohol Depend*. 1999;55(3):225-234.
16. Lahey BB, Burke LJD. Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):389-399.
17. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(8):837-849.
18. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):709-717.
19. Shaw DS, Gilliom M, Ingoldsby EM, Nagin DS. Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology*. 2003;39:189-200.
20. Sagatun Å, Heyerdahl S, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems in the 10th grade and non-completion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study. *BMC Public Health*. 2014;14(16):1-13.
21. Nansel, TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285(16):2094–2100. DOI: 10.1001/jama.285.16.2094
22. Musu-Gillette L, de Brey C, McFarland J, Hussar W, Sonnenberg W, Wilkinson-Flicker S. Status and trends in the education of racial and ethnic groups. U.S Department of Education, National Center for Education Statistics. Washington, DC; 2017 (NCES 2017-051) [hentet 2019-08-20]. Tilgjengelig fra: <http://nces.ed.gov/pubsearch>.
23. Friedman-Krauss AH, Raver CC, Neuspiel JM, Kinsel J. Child behavior problems, teacher executive functions, and teacher stress in Head Start Classrooms. *Early Education and Development*. 2014;25(5):681–702.
24. Nordahl T, Sørli M, Manger T, Tveit A. Et helhetlig syn på atferdsvansker hos barn. *Psykologisk.no*; 2014 [hentet 2019-08-08]. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2014/10/et-helhetlig-syn-pa-atferdsvansker-hos-barn/>.
25. Beck J, Shaw DS. The influence of perinatal complications and environmental adversity on boys' antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46:35–46.
26. Brandlistuen RE, Helland SS, Evensen L, Schjølberg S, Tambs K, Aase H, Wang MV. Sårbare barn i barnehagen – betydningen av kvalitet. Oslo: rapport Folkehelseinstituttet; 2015(2).
27. Fyhn O. Dressur eller humanisme? En gjennomgang av «De Utrolige Årene» – et program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn. *Scandinavian Psychologist*. 2017;4:e5.
28. Backe-Hansen E, Gundersen T, Føleide MH, Winsvold A. Forskningsoversikt om alvorlige atferdsvansker blant barn og unge. Norges Forskningsråd; 2015 [hentet 2019-08-03]. Tilgjengelig fra: <https://evalueringsportalen.no/evaluering/atferdssenteret-norsk-senter-for-studier-av-problematferd-og-innovativ-praksis>.
29. Buchanan-Pascall S, Gray KM, Gordon M, Melvin GA. Systematic review and meta-analysis of parent group interventions for primary school children aged 4–12 years with externalizing and/or internalizing problem. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018;49:244-267.

30. Forgatch MS, Patterson GR, DeGarmo DS, Beldavs ZG. Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*. 2009;21:637–660.
31. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5(1).
32. Higgins JPT, Altman, DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD., et al. The Cochrane Collaboration’s tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343:d5928.
33. Ballard M, Montgomery P. Risk of bias in overviews of reviews: a scoping review of methodological guidance and four-item checklist. *Research Synthesis Methods*. 2018; DOI: 10.1002/jrsm.1229
34. Hunt H, Pollock A, Campbell P, Estcourt L, Brunton G. An introduction to overviews of reviews: planning a relevant research question and objective for an overview. *Systematic Reviews*. 2018;7(39).
35. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. *Introduction to meta-analysis*. West Sussex: John Wiley & Sons; 2009. DOI: 10.1002/9780470743386
36. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J., et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-*GRADE evidence profiles and summary of findings tables*. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383-394.
37. Balsheim H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J., et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of the evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401-406.