

En pilotstudie av MST-CAN i Norge

Ellisiv Thuve , Didrik Aamnes og Annika Melinder

En pilotstudie av MST-CAN i Norge

Tiltakene som tilbys familier hvor barn utsettes for vold og omsorgssvikt bør være evidensbaserte. Første skritt i å sikre evidens er ofte å gjennomføre pilotstudier av tiltak, for å bane vei for større forskningsprosjekter.

Forskning viser at risikoen for vold mot barn forhøyes av flere faktorer ved foreldre, ved barnet og i økologien rundt barnet (Black, Heyman, & Slep, 2001; Jewkes, 2002; Mossige & Stefansen, 2016; Mulder, Kuiper, Van Der Put, Stams, & Assink, 2018). Blant risikofaktorer som gjentar seg i forskningslitteraturen om vold mot barn, er foreldrenes nivå av psykiske vansker og grad av opplevd stress (Black et al., 2001). Etersom denne målgruppen representerer en sammensatt gruppe med komplekse behov, er det viktig at tiltak som settes inn, både har en viss intensitet og et stort nok omfang til å fange opp disse behovene. En litteraturgjennomgang av randomiserte kontrollerte studier (randomized controlled trial, heretter: RCT) av behandlingstiltak i forbindelse med vold og omsorgssvikt mot barn avdekket at få av tiltakene har dokumentert effekt for å forebygge nye tilfeller av vold og omsorgssvikt (Levey, Gelaye, Bain, Rondon, Borba, Henderson, & Williams, 2017).

I Norge har det kommunale barnevernet ansvar for å følge opp familier der det forekommer vold og/eller omsorgssvikt. Dersom hjelpetiltak i barnevernet ikke bidrar til å skape en tilfredsstillende omsorgssituasjon, er alternativet at barna plasseres utenfor hjemmet. I undersøkelser kommer det imidlertid frem at barn som er eller som har vært plassert utenfor hjemmet, har uforholdsmessig mange problemer og er dårligere stilt på tvers av ulike utfallsmål, som for eksempel utdanning, arbeid, kriminalitet og psykiske lidelser (Vinnerljung & Sallnäs, 2008). Videre viser undersøkelser at plasseringer utenfor hjemmet ofte ender i utilsiktet flytting, noe som er en ytterligere risikofaktor for sårbare unge (Backe-Hansen, Christiansen & Havik, 2013; Backe-Hansen, Egelund & Havik, 2010). Kunnskapen som kommer frem i undersøkelsene, indikerer viktigheten av å finne virksomme alternativer til plassering av barn som lever under skadelige forhold hjemmet.

Multisystemic Therapy – Child Abuse and Neglect (MST-CAN) er et evidensbasert behandlingstiltak for familier der det forekommer vold og/eller omsorgssvikt mot ett eller flere av barna. MST-CAN er en tilpasning av standard MST og ble implementert i Norge av Bærum barneverntjeneste i samarbeid med Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU).

I behandlingstiltaket benyttes evidensbaserte intervensjoner som forskning har vist bidrar til lavere risiko for vold og omsorgssvikt (Swenson & Schaeffer, 2018). Det er hovedsakelig foreldrene som mottar behandling. Blant annet benyttes kognitiv atferdsterapi for sinnemestring og behandling

av traumesymptomer, og forsterkningsbasert behandling ved rusmisbruk, der disse risikofaktorene er ansett som viktige opprettholdende faktorer for vold og omsorgssvikt mot ett eller flere barn i familien (Swenson & Schaeffer, 2014). Behandlingen er intensiv og helhetlig, arenafleksibel, og behandlingsteamet er tilgjengelig for familiene hele døgnet. MST-CAN-teamet samarbeider også med instanser rundt familiene.

Ni prinsipper (tabell 1) sikrer at intervensjoner er målrettet og har et økologisk fokus, mens en analyseprosess identifiserer hva som opprettholder eller «driver» volden og omsorgssvikten mot barna i hver enkelt familie (Swenson & Schaeffer, 2018).

TABELL 1 Behandlingsprinsipper i MST-CAN

1.	Vurdere sammenhengen mellom de identifiserte problemene som ledet familien til behandling og deres større systemiske kontekst.
2.	Holde et styrkebasert fokus og arbeide med personer i familiens økologi som kan bidra til endring.
3.	Iverksette intervensjoner som fremmer ansvarlig atferd mellom familiemedlemmene.
4.	Iverksette intervensjoner med et her og nå-fokus, som retter seg mot veldefinerte problemer der det er mulig å måle endring.
5.	Iverksette intervensjoner som retter fokus mot atferdssekvenser eller konflikter som er med på å opprettholde problemene som familien ble henvist for.
6.	Iverksette intervensjoner som er tilpasset utviklingsnivået til barna og som er rettet mot familiens behov.
7.	Samarbeide med familien om å finne intervensjoner som krever daglig eller ukentlig innsats.
8.	Evaluere effekten av intervensjonene fortløpende fra flere perspektiver. Når intervensjonene ikke har ønsket effekt, tar behandlingsteamet ansvaret for å finne ut hvordan man kan overkomme slike barrierer.
9.	Iverksette intervensjoner som styrker omsorgsgivernes evne til å tilfredsstille familiemedlemmenes behov på egen hånd, og på den måte skape endringer som vil vedvare etter endt behandling.

Oversatt fra Swenson og Schaeffer, 2018.

Tidligere RCT-forskning på bruk av MST og MST-CAN for familier der det forekommer vold og omsorgssvikt, har gitt gode resultater i å redusere vold og omsorgssvikt mot barn, sammenlignet med kontrollbehandling. Dette innebærer reduksjon av risikofaktorer forbundet

med vold i hjemmet: bedring av foreldreferdigheter, redusert psykisk symptombelastning hos barn og foreldre og økning av familiens naturlige sosiale støtte (Brunk, Henggeler, & Whelan, 1987; Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, & Mayhew, 2010). I tillegg er tiltaket funnet å være samfunnsøkonomisk kostnadsbesparende sammenlignet med alternative behandlingstiltak, blant annet som følge av færre plasseringer utenfor hjemmet (Dopp, Schaeffer, Swenson, & Powell, 2018). I etterkant av de nevnte amerikanske studiene har studier blitt gjort for å undersøke gjennomførbarheten i Australia (Hebert, Bor, Swenson, & Boyle, 2014; Stallman, Walmsley, Bor, Collerson, Swenson, & McDermott, 2010) og Sveits (Hefti, Pérez, Fürstenau, Rhiner, Swenson, & Schmid, 2020), med positive resultater.

Høsten 2016 implementerte barneverntjenesten i Bærum dette behandlingstiltaket, som første og foreløpig eneste kommune i Norge. Vi samarbeidet med MST-CAN-teamet i Bærum, som ga oss tilgang til data de samlet inn om hver enkelt familie. Studiens hovedformål er å pilotere for fremtidig RCT-forskning gjennom å vurdere gjennomførbarheten av slike studier i Norge. Dette gjorde vi ved å se om instrumentene indikerte endring på viktige utfallsmål, terapeutenes etterlevelse av behandlingstiltaket og frafall av deltakere i utvalget. Ved bruk av effektstørrelser, korrelasjoner og frafall i denne piloteringen har vi beregnet anbefalt utvalgsstørrelse for fremtidig forskning på tiltaket.

Metode

Deltakere

I januar 2020 hadde MST-CAN-teamet i Bærum kommune totalt 35 familier som deltok i behandlingstiltaket siden oppstart 2016, hvorav fem familier ikke lenger deltok i behandlingen. Av de 30 familiene som gjensto, og som var aktuelle for prosjektet, var det én familie som ikke ble invitert til å delta i studien av helsemessige årsaker, og én familie som ikke ble invitert da de bare nylig var inkludert i behandling. De resterende 28 familiene ble kontaktet med informasjon og invitasjon fra prosjektgjennomførere til å benytte monitoreringsdata kommunen hadde samlet inn om familien i dette prosjektet. 21 av familiene ga skriftlig samtykke til å delta i studien, 17 mødre, 10 fedre og 40 barn. I 81 % av familiene var det en eneforsørger (10 mødre og 3 fedre). Det var i gjennomsnitt 2,1 barn per familie, og 31,6 % av barna i utvalget hadde vært plassert utenfor hjemmet tidligere.

Instrumenter

Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R, Derogatis, 1994) måler antall og alvorlighetsgrad av personers selvrapporterte symptomer på psykiske plager. En autorisert utgave av SCL-90 ble utgitt i Norge i 2010, av NCS Pearson, Inc. (Derogatis, 2010). I denne studien er instrumentet brukt som mål på foreldrenes symptombelastning.

Brief Problem Monitor-Parent (BPM-P) (Achenbach, McConaughy, Ivanova, & Rescorla, 2011) er en kortversjon av CBCL (Child Behaviour Checklist, Achenbach System of Empirical Based Assessment (ASEBA)). BPM-P kartlegger foreldrenes vurdering av egne barns grad av eksterne problemer, internaliserende problemer og oppmerksomhetsproblemer. I denne studien er den brukt som et mål på barnas psykososiale problembelastning.

MST-CAN Therapist Adherence Measure Revised (CAN-TAM-R) er en tilpasning av MST Therapist Adherence Measure Revised (TAM-R) og måler i hvilken grad terapeuten følger behandlingsprinsippene i MST-CAN i sitt arbeid med hver enkelt familie. Gjennomsnittet av familiens månedlige svar gir utgangspunkt for en samlet skåre mellom 0 og 1. Grenseverdien for om terapeuten følger behandlingsprinsippene, er .61, der alt over dette regnes som adekvat behandlingsintegritet (Henggeler & Borduin, 1992).

Prosedyre

Som en del av prosedyren til MST-CAN innhenter teamet monitoreringsdata om familiene og terapeutene ved bruk av standardiserte og validerte verktøy. Datamaterialet inkluderer foreldrenes skårer på SCL-90 og foreldrerapporterte skårer av barna på CBCL ved oppstart av behandling og ved avslutning av behandling. CBCL-skårer blir også innhentet som oppfølgingsmål seks, tolv og atten måneder etter behandling. CBCL-skårer fra foreldrene fylles inn i BPM-skjemaer av MST-CAN-teamet. En datainnsamler i kommunen som ikke er tilknyttet MST-CAN-teamet, innhenter månedlig fra foreldrene i behandling deres vurdering av terapeutenes skårer på CAN-TAM-R på telefon.

Potensielle deltakere til prosjektet ble kontaktet av veileder i MST-CAN i Bærum kommune på telefon i løpet av januar og februar måned og undertegnet et skriftlig samtykke om at monitoreringsdataene kunne bli benyttet i vårt forskningsprosjekt. Barn mellom 12 og 16 år fikk et eget informasjonsbrev om prosjektet, mens barn over 16 år fikk et eget samtykkeskjema med informasjon om deltakelse. Barn under 16 år og foreldre ble rekruttert gjennom skriftlig samtykke fra foreldrene. Data ble anonymisert av veileder i MST-CAN og punchet inn i

databehandlingsprogrammet IBM SPSS Statistics (2019, versjon 26), på sikkerhetsplattformen Tjenester for sensitive data (TSD) av prosjektgjennomførerne.

Et longitudinelt innengruppedesign med repeterte målinger ble benyttet for å se på gjennomsnittlig forandring i monitoreringsdataene fra inntak til avslutning av behandling for foreldre og barn, samt ved oppfølging seks måneder etter for barna i utvalget (mødrenes rapportering er benyttet i familier med to forsørgere). Oppfølgingsmål fra 12 og 18 måneder på BPM ble ikke benyttet da de fleste av familiene i behandling ikke hadde nådd måletidspunktene. Gjennomsnittet av foreldrenes månedlige vurdering av terapeutenes skårer på CAN-TAM-R ble benyttet til å vurdere behandlingsintegritet.

Etikk

Prosjektet ble godkjent av Regional etisk komite (REK) for medisinsk og helsefaglig forskning, region øst, høsten 2019 (referansenummer 50947). Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente prosjektet i starten av vårsemesteret 2020 (referansenummer 823339). Ingen av forfatterne i prosjektet hadde interessekonflikter, arbeidet i MST-CAN eller hadde tilknytning til NUBU da analyser ble gjennomført.

Analyser og resultater

I analysene er kun deltakere med mål på samtlige måletidspunkter inkludert, totalt 14 mødre, 7 fedre og 27 barn. Alfa nivået ble satt til .05. Det ble benyttet tohalede signifikanstester i analysene. Effektstørrelse for paret t-test ble angitt med koeffisienten Cohens d og ble tolket etter følgende retningslinjer: .20 = lav, .50 = medium, og .80 = høy (Cohen, 1988). I uavhengige t-tester ble eta squared (η^2) brukt som mål på effektstørrelse. Retningslinjer for tolkning ble benyttet for å avgjøre om effektstørrelsen skulle beskrives som .01 = lav, .06 = medium eller .14 = høy (Cohen, 1988). Tilsvarende retningslinjene for styrke ble benyttet for koeffisienten partial eta squared (Pallant, 2011). Foreldrenes skårer på SCL-90 ble tolket opp mot normgrunnlag med t-skårer, der klinisk grense er 63 (Derogatis, 2010).

Anbefalt utvalgsstørrelse for å kunne identifisere effekter med ønsket statistisk styrke for innengruppeendringer i en intervensjonsgruppe i fremtidige studier ble beregnet i programmet G*Power3, gjennom å benytte frafallsprosent, effektstørrelser og korrelasjonene mellom målingene i denne piloteringen (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007).

SCL-90

Det ble gjennomført en parett t-test for å sammenligne foreldrenes gjennomsnittsskårer på skalaer i SCL-90 ved oppstart av behandling (T1) og etter avsluttet behandling (T2). Analysene viste en statistisk signifikant reduksjon i gjennomsnittet av rapporterte symptomer hos mødrene på delskalaene interpersonlig sensitivitet, paranoid tankegang og psykotisisme med medium til høy effektstørrelse (tabell 2). Mødrenes skalerte skårer på skalaene GSI, angst, fobisk angst og psykotisisme befant seg nær eller lik klinisk grense ved T1, mens samtlige befant seg under klinisk grense ved T2 (figur 1a).

TABELL 2 Parett t-test: endring i mødrenes skårer på SCL-90 fra T1 til T2

SCL-90	n	Diff ^a	SD	SE	t	df	sig.	Cohens d
Somatisering	14	-0,25	0,71	0,19	-1,34	13	0,20	-0,36
Tvang	14	0,06	0,62	0,17	0,33	13	0,75	0,01
Interpersonlig sensitivitet	14	-0,30	0,41	0,11	-2,72	13	0,02**	-0,73**
Depresjon	14	-0,28	0,71	0,19	-1,47	13	0,17	-0,39
Angst	14	-0,33	0,81	0,22	-1,52	13	0,15	-0,41
Fiendtlighet	14	-0,14	0,42	0,11	-1,26	13	0,23	-0,34
Fobisk angst	14	-0,30	0,64	0,17	-1,78	13	0,10	-0,48
Paranoid tankegang	14	-0,43	0,49	0,13	-3,26	13	0,01**	-0,87**
Psykotisisme	14	-0,22	0,38	0,10	-2,16	13	0,05**	-0,58**
GSI	14	-0,23	0,49	0,13	-1,76	13	0,10	-0,47

^aGjennomsnittlig endring (- for reduksjon, + for økning), **signifikant endring

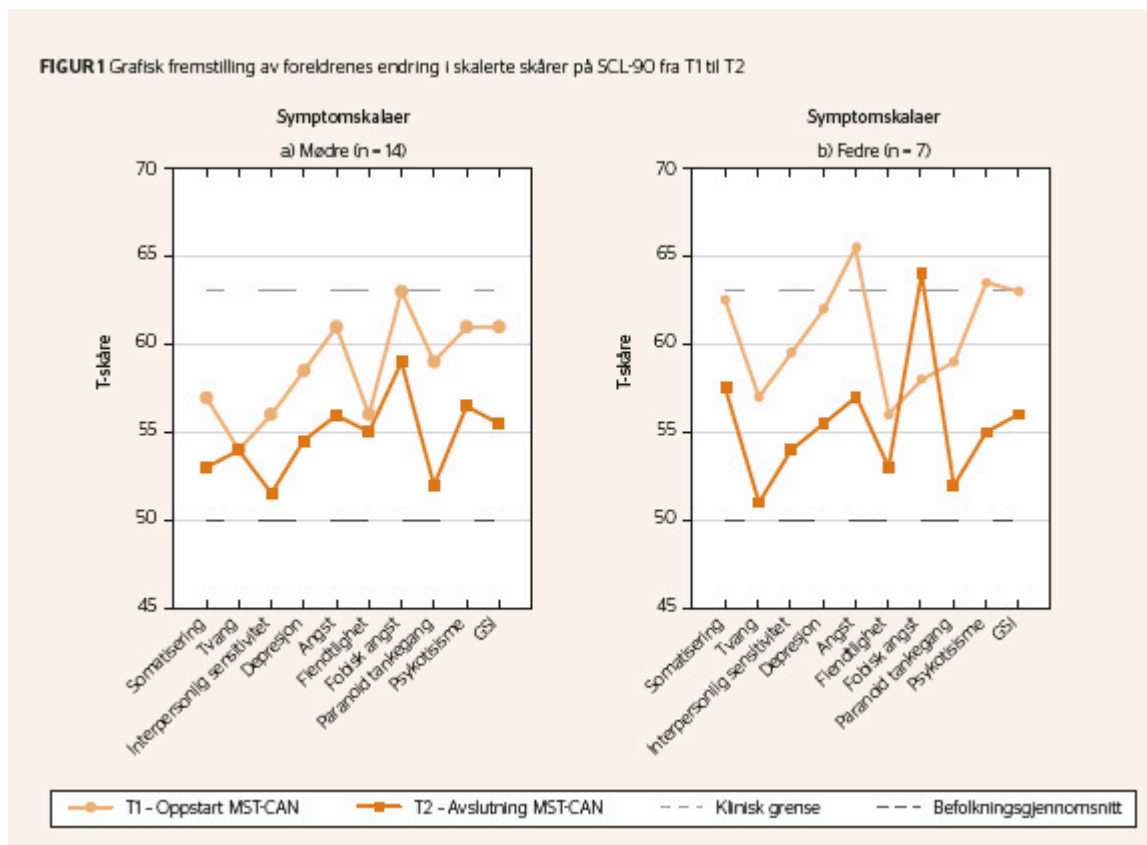
TABELL 3 Parett t-test: endring i fedrenes skårer på SCL-90 fra T1 til T2

SCL-90	n	Diff ^a	SD	SE	t	df	sig.	Cohens d
Somatisering	7	-0,41	0,70	0,26	-1,55	6	0,17	-0,58
Tvang	7	-0,30	0,43	0,16	-1,85	6	0,11	-0,70
Interpersonlig sensitivitet	7	-0,37	0,48	0,18	-2,02	6	0,09	-0,76
Depresjon	7	-0,43	0,69	0,26	-1,64	6	0,15	-0,62
Angst	7	-0,61	0,73	0,28	-2,22	6	0,07	-0,84
Fiendtlighet	7	-0,09	0,42	0,16	-0,60	6	0,57	-0,23
Fobisk angst	7	0,27	0,50	0,19	1,41	6	0,21	0,53
Paranoid tankegang	7	-0,43	0,52	0,20	-2,15	6	0,08	-0,81
Psykotisisme	7	-0,40	0,36	0,13	-2,97	6	0,03**	-1,12**
GSI	7	-0,39	0,45	0,17	-2,33	6	0,06	-0,88

^aGjennomsnittlig endring (- for reduksjon, + for økning), **signifikant endring

Videre viste analysene at fedrenes gjennomsnittlige skåre på delskalaen psykotisisme hadde en statistisk signifikant reduksjon med høy effektstørrelse. Utviklingen i delskalaen paranoid tankegang var av høy effektstørrelse for både mødrene og fedrene i utvalget, mens samlemålet GSI og

delskalaen angst viste en reduksjon med høy effektstørrelse hos fedrene (tabell 3). Fedrene hadde t-ska#rer over klinisk grense på skalaene GSI, somatisering, depresjon og angst ved T1, som sank til t-ska#rer under klinisk grense ved T2 (figur 1b).



BPM

I forberedende analyser ble barna i utvalget delt i grupper ut fra kjønn og alder (A1 = 6–11 år og A2 = 11 - 18 år). Uavhengige t-tester ble utført for å sammenligne skårer på BPM i kjønns- og aldersgruppene. Testene viste ingen signifikante forskjeller på bakgrunn av kjønn eller alder, og det ble derfor ikke kontrollert for i de videre analysene.

Det ble gjennomført en enveis innengruppe-variansanalyse med repeterte målinger for å sammenligne foreldrenes rapportering av barnas skårer på BPM ved T1 og T2, samt ved oppfølging

seks måneder etter avsluttet behandling (T3). Variansanalysene indikerte en reduksjon i psykososial problembelastning med høy effektstørrelse for skalaene total, oppmerksomhetsproblemer og eksternalisering. Skalaen internalisering hadde en positiv utvikling med lav effektstørrelse (tabell 4).

TABELL 4 Variansanalyse: endring i barnas skårer (rapportert av foreldrene) på BPM fra T1, via T2 til T3

Variabler	n	T1	T2	T3	F	df	sig.	Effekt η^2
		M (SD)	M (SD)	M (SD)				
total	27	9,26 (7,47)	7,22 (6,51)	6,48 (7,73)	2,07	25	.15	.14
oppmerksomhetsproblemer	27	3,85 (3,69)	3,26 (3,42)	2,70 (3,45)	2,58	25	.10	.17
eksternalisering	27	3,81 (3,20)	2,74 (2,93)	2,48 (3,46)	2,53	25	.10	.17
internalisering	27	1,63 (1,88)	1,22 (1,28)	1,30 (2,22)	0,54	25	.59	.04

Beregning av anbefalt utvalgsstørrelse i fremtidig forskning

Foreldregruppen ble benyttet som utgangspunkt i beregningen av anbefalt utvalgsstørrelse til en intervensjonsgruppe i en tenkt RCT-studie, ettersom det i gjennomsnitt var flere barn enn foreldre per familie i dette utvalget. Undersøkelser indikerte sterke korrelasjoner på samlemålet GSI ved måletidspunktene T1 og T2 både for mødrene: $r = .63$, $n = 14$, $p = .02$, og fedrene: $r = .75$, $n = 7$, $p = .05$, i dette datasettet. Resultatene fra foreldrenes endring på SCL-90 gjør at vi kan anta å finne medium til sterke effekter med bruk av samme endringsvariabler i fremtidige studier. Med utgangspunkt i korrelasjonene er det beregnet at det må rekrutteres 28 personer (28 mødre og 28 fedre) for kunne identifisere medium effektstørrelser med anbefalt statistisk styrke på .80 for innengruppeendringer (Pallant, 2010). 14 av 35 familier som har mottatt behandling, falt fra i rekrutteringsprosessen, noe som gir et samlet frafall på 40 %. Med tilsvarende frafall og kjønnsfordeling blant foreldrene i fremtidige studier vil man måtte rekruttere omtrent 60 familier for å oppnå ønsket statistisk styrke for mødrene og cirka 100 familier for å få ønsket statistisk styrke for fedre. Beregning av anbefalt utvalgsstørrelse i fremtidig forskning

Terapeutenes etterlevelse av behandlingstiltaket

Undersøkelsen av terapeutenes skårer på CAN-TAM-R ga en gjennomsnittsskåre på 0,8. Dette er over grenseverdien på 0,61, og indikerer adekvat behandlingsintegritet. Denne skåren baserer seg på 18 av 21 familier, og de manglende skårene skyldes at enkelte familier ikke hadde fullført behandlingene da dataene ble innhentet. 16 av 18 familier rapporterer en skåre over grenseverdien på 0,61.

Diskusjon

Foreldrene hadde reduksjon i symptomer fra før til etter behandling på ni av ti skalaer i SCL-90. Reduksjonen i symptomer i løpet av behandlingstiden var signifikant på flere av skalaene. I tillegg viser målinger på barnas psykososiale problembelastning at disse reduseres på samtlige skalaer i BPM. Dette indikerer at behandlingstiltaket kan bidra til endring i symptombelastning og psykososial problembelastning, og at instrumentene som er brukt, er sensitive for slike endringer. Flere av t-skårene i SCL-90 går fra over klinisk grense til under grense i løpet av behandlingstiden, og dette kan indikere en bedring av psykiske plager hos foreldrene. Dette ble også funnet i RCT-studien til Swenson og kolleger (2010). En slik tendens vil være av klinisk interesse ettersom foreldrenes mentale helse har vist seg å være en sentral risikofaktor for vold og omsorgssvikt i oppdragelsesøyemed (se blant annet Black et al., 2001; Mossige & Stefansen, 2016). En reduksjon i symptombelastning er også funnet i andre studier av MST-CAN (Brunk et al., 1987; Hefti et al., 2020; Swenson et al., 2010).

Analysene viste signifikant reduksjon i gjennomsnittsskåre på delskalaen psykotisisme gjennom behandlingen for både mødrene og fedrene. Høye skåre på psykotisisme kan tenkes å representere symptomer som tilbaketrukkethet og isolasjon. Dette vil i så fall være i tråd med forskning som indikerer at familier der det forekommer vold og omsorgssvikt, har en tendens til å leve mer isolert enn andre familier, og at MST-CAN-behandling kan bidra til å styrke familiens sosiale nettverk (Gilbert et al., 2009; Swenson et al., 2010). I analysene så vi også en tydelig reduksjon i delskalaene paranoid tankegang og interpersonlig sensitivitet gjennom behandlingen, av henholdsvis høy og medium effektstørrelse for begge kjønn. Ettersom enkelte av testleddene i disse delskalaene handler om mistenksomhet, samt følelser av utilstrekkelighet og underlegenhet, kan høye skåre tenkes å knytte seg til at foreldrene står i en alvorlig barnevernssak når de er i behandling, og det kan tenkes at foreldrene tviler på andres intensjoner og på egne foreldreferdigheter som følge av dette. Reduksjonen kan tenkes å representere en positiv utvikling i allianse og samarbeid med barnevernet og andre instanser i løpet av MST-CAN-behandlingen, slik tidligere studier påpeker (Hefti et al., 2020; Herbert et al., 2014).

Analysene av foreldrenes rapportering av barnas skåre på BPM totalt viste at de psykososiale vanskene ser ut til å reduseres i løpet av perioden familien var i behandling, og at tendensen vedvarer ved oppfølging etter seks måneder. Slike langtidseffekter ble avdekket i RCT-studien til Swenson

et al. (2010). Ettersom mentale, fysiske og atferdsmessige problemer hos barn er funnet å være en risikofaktor for at barn utsettes for vold (se bl.a.: Black et al., 2001; Mulder et al., 2018), og at vold fra foreldre kan øke risikoen for at barn utvikler eksternaliserende eller internaliserende problemer (se bl.a.: Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards & Marks, 1998), kan delskalaene i BPM fungere som sentrale kartleggingsmål i arbeidet med å forebygge nye tilfeller av vold i familier. Internaliserende vansker målt med BPM viste ikke noen klar reduksjon i våre analyser. Det kan tenkes at internaliserende vansker hos barna ikke oppdages av foreldrene siden slike vansker ikke nødvendigvis er synlige for foreldrene. Det at foreldrene ofte står i en utfordrende situasjon ved inntak i MST-CAN-behandling, kan og gjøre at oppmerksomhet rundt barnas potensielle internaliserende vansker er redusert på dette tidspunktet. En reduksjon av internaliserende vansker er imidlertid funnet i tidligere studier av behandlingen (Swenson et al., 2010).

Tendensene til positive endringer hos foreldre og barn som samsvarer med tiden de er i MST-CAN-behandling, kan anses som lovende resultater for behandlingstiltaket. MST-CAN kan potensielt fylle et rom mellom hjelpetiltakene barnevernet allerede tilbyr, og plassering utenfor hjemmet, som skal være en siste nødløsning. Tilgjengeligheten, intensiteten og bredden i MST-CAN-behandling, samt muligheten for etterprøvbarehet av tiltaket og nåværende evidensgrunnlag, kan bidra til å tilby sårbare familier et evidensbasert tilbud (Brunk et al., 1987; Dopp et al., 2018; Swenson et al., 2010).

Begrensninger

Frafallet mellom de to måletidspunktene skyldes at enkelte familier ikke hadde deltatt i behandlingen lenge nok til å nå det andre måletidspunktet. Frafall fra utvalget som skyldes brudd i behandlingsdeltakelse eller manglende samtykke, kan potensielt ha påvirket utfallet i de statistiske analysene. Ettersom dette er en pilotstudie med liten utvalgsstørrelse, har vi ønsket å rette søkelyset mot mulige endringstendenser som kan undersøkes i senere studier. Derfor har vi i stor grad rapportert om effektmål også der endringene ikke er signifikante. Med flere deltakere ville det også i større grad vært mulig å identifisere systematiske forskjeller innad i utvalget.

Data fra familiene ble innhentet med selvrapporteringsskjemaer. Det kan derfor ikke utelukkes at deltakerne har skjevheter i svartendensene eller tolker testleddene ulikt. På grunn av anonymiseringshensyn var det ikke mulig å beregne skalerte skårer fra BPM, ettersom skåringsprogrammet krever enkelte opplysninger vi ikke hadde tilgang til. Komparentopplysninger fra for eksempel lærere og selvrapport fra de eldre barna i utvalget kunne potensielt bidratt til å gi et mer utfyllende bilde av barnas fungering målt med BPM.

Utfall fra variansanalyser utført i SPSS beregner effektstørrelse med koeffisienten partial eta squared. En mulig svakhet ved dette effektmålet er at det i et innengruppedesign kan overvurdere graden av forklart varians på grunn av høye korrelasjoner mellom målingene (Perugini, Gallucci, & Costantini, 2018). Dette kan ha ledet til overestimering av effektstørrelser knyttet til barnas utvikling i psykososiale vansker gjennom behandlingen, noe som må tas høyde for i fremtidige studier.

Fremtidig forskning

RCT er et nødvendig forskningsdesign for å kunne tilskrive utvikling på tvers av måletidspunktene til effekter ved behandlingen. Å tildele en kontrollgruppe en annen randomisert behandling kan imidlertid ha både etiske og praktiske utfordringer. En måte å løse denne problemstillingen på kunne være å sammenligne MST-CAN med p som benyttes for samme målgruppe i kommuner som ikke har MST-CAN tilgjengelig, med sammenlignbare sosioøkonomiske forhold, ettersom ingen andre kommuner i Norge tilbyr MST-CAN-behandling per dags dato.

En norsk RCT-studie vil potensielt kunne bidra til å avdekke styrker og svakheter i behandlingen i en norsk kontekst, samt bidra til å bygge evidensgrunnlag for behandlingstiltak som imøtekommer behovene og utfordringene til den målgruppen MST-CAN retter seg mot. Både lovverk, fordeling av midler og ansvar for sårbare familier er ulikt i Norge sammenlignet med USA, der tidligere RCT-studier er utført (Brunk et al. 1987; Swenson et al., 2010). En norsk studie vil kunne peke på om tidligere studier av tiltaket lar seg generalisere til norsk kontekst eller ikke. At datainnsamling av monitoreringsdata gjøres som et ledd i MST-CAN-behandling, kan videre bidra til å forenkle forskningsprosedyren i fremtidige studier.

Konklusjon

Analysene i denne studien viser at symptombelastning og psykososial problembelastning reduseres med hovedsakelig moderate til høye effektstørrelser. Dette indikerer at behandlingstiltaket bidrar til endring, og at måleinstrumentene fanger opp dette. Beregninger av anbefalt utvalg basert på korrelasjoner, effektstørrelser og frafallsprosent i denne piloteringen viser at det bør rekrutteres minst 60 familier til intervensjonsgruppen i en fremtidig RCT for å oppnå ønsket statistisk styrke for innengruppeendringer. Videre indikerer etterlevelsesmål en adekvat behandlingsintegritet. Resultatene fra vår pilotstudie gir holdepunkter for at en videre evaluering av behandlingstiltaket i norsk kontekst vil være gjennomførbar og meningsfull.

Referanser

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Ivanova, M.Y., & Rescorla, L.A. (2011). Manual for the ASEBA brief problem monitor (BPM). *Burlington, VT: ASEBA*, 1 - 33.
- Backe-Hansen, E., Christiansen, Ø., og Havik, T. (2013). *Utilsiktet flytting fra fosterhjem. En litteratursammenstilling*. NOVA Notat nr. 2/13.
- Backe-Hansen, E., Egelund, T., & Havik, T. (2010). *Barn og unge i fosterhjem – en kunnskapsstatus*. Nettdokument. NOVA.
http://www.nova.no/asset/4330/3/4330_3.pdf
- Black, D.A., Heyman, R.E., & Slep, A.M.S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2 - 3), 121 - 188.
[https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university Press.
- Brunk, M.A., Henggeler, S.W., & Whelan, J.P. (1987). Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 171–178. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.171>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Lawrence Earlbaum Associates.
- Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. National Computer Systems.
- Derogatis, L.R. (2010). *Symptom Checklist-90-R: Norsk versjon*. Pearson Assessment. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- Dopp, A.R., Schaeffer, C.M., Swenson, C.C., & Powell, J.S. (2018). Economic impact of multisystemic therapy for child abuse and neglect. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(6), 876 - 887.
<https://doi.org/10.1007/s10488-018-0870-1>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175 - 191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Felitti, V., Anda, R.F.M., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., & Marks J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*, 245 - 258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, *373*(9657), 68 - 81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Hebert, S., Bor, W., Swenson C.C., & Boyle, C. (2014). Improving collaboration: a qualitative assessment of inter-agency collaboration between a pilot Multisystemic Therapy Child Abuse and Neglect (MST-CAN) program and a child protection team. *Australasian Psychiatry*, *22*(4), 370 - 373. <https://doi.org/10.1177/1039856214539572>
- Hefti, S., Pérez, T., Fürstenau, U., Rhiner, B., Swenson, C.C., & Schmid, M. (2020). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: Do Parents Show Improvement in Parental Mental Health Problems and Parental Stress? *Journal of Marital and Family Therapy*, *46*, 95–109. <https://doi.org/10.1111/jmft.12367>
- Henggeler, S.W., & Borduin, C.M. (1992). Multisystemic therapy adherence scales. <https://doi.org/10.1037/t11200-000>
Unpublished instrument. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, *359*, 1423–29. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08357-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08357-5)
- Levey, E.J., Gelaye, B., Bain, P., Rondon, M.B., Borba, C.P.C., Henderson, D.C., & Williams, M.A. (2017). A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families. *Child Abuse and Neglect*, *65*, 48 - 57. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.004>
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge. Omfang og utviklingstrekk 2007–2015*. NOVA Rapport nr. 5/16. NOVA. <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/2016/5>
- Mulder, T.M., Kuiper, K.C., Van Der Put, C.E., Stams, G.-J .J., & Assink, M. (2018). Risk

Factors for Child Neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 77, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>

Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual. A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS* (4. utg.). Allan & Unwin.

Perugini, M., Gallucci, M., & Costantini, G. (2018). A Practical Primer to Power Analysis for Simple Experimental Designs. *International Review of Social Psychology*, 31(1), 20. <https://doi.org/10.5334/irsp.181>

Stallman, H.M., Walmsley, K.E., Bor, W., Collerson, M.E., Swenson, C.C., & McDermott, B. (2010). New directions in the treatment of child physical abuse and neglect in Australia: MST-CAN, a case study. *Advances in Mental Health*, 9(2), 148 - 161.

Swenson, C.C., Schaeffer, C.M., Henggeler, S.W., Faldowski, R., & Mayhew, A.M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497–507.

<https://doi.org/10.1037/a0020324>

Swenson, C.C., & Schaeffer, C.M. (2014). MST-CAN: An Ecological Treatment for Families Experiencing Physical Abuse and Neglect. I: S.G. Timmer & A.J. Urquiza (2014), *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering core components and treatment effectiveness*, s. 237 - 257.

<https://doi.org/10.1007/978-94-007-7404-9>

Swenson, C.C., & Schaeffer, C.M. (2018). A multisystemic approach to the prevention and treatment of child abuse and neglect. *International journal on child maltreatment: research, policy and practice*, 1(1), 97 - 120.

<https://doi.org/10.1007/s42448-018-0002-2>

Vinnerljung, B. & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: A follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child and Family Social Work*, 13, 144 - 155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2007.00527.x>