



LUND UNIVERSITY

MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem

Kyhle Westermark, Pia

2009

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Kyhle Westermark, P. (2009). *MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem*. [Doktorsavhandling (sammanläggning), Socialhögskolan]. Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

PIA KYHLE WESTERMARK

MTFC
– en intervention för ungdomar
med beteendeproblem

© Pia Kyhle Westermarck
Omslagsbild / layout: Stina Åström
Tryck: Media-tryck, sociologen 2009
Förlag: Socialhögskolan, Lunds universitet, Box 23, 221 00 Lund
Tel: 046-222 00 00 (vx) Fax: 046-222 94 12

Avhandlingsserien: 37
ISSN 1650-3872
ISBN 978-91-89604-44-5

Förord

Ett förord är antagligen det sista man skriver i en avhandling – i varje fall i denna avhandling. Äntligen kan man skriva lite som man vill – slippa tänka på källor och akademisk stringens. Jag vill börja med det viktigaste, att tacka alla de ungdomar, föräldrar, fosterföräldrar och socialsekreterare som har bidragit till att denna avhandling har kunnat genomföras. Min förhoppning är att avhandlingen kommer att föra med sig något positivt på längre sikt.

Visst har vägen som forskarlärning varit både lång och mödosam men likafullt utomordentligt givande och lärorik. Liksom många andra avhandlingar inkluderar även denna en rad personers engagemang som på olika sätt har bidragit till arbetet kring avhandlingen. Framförallt vill jag tacka min huvudhandledare Kjell Hansson och min biträdande handledare Bo Vinnerljung. Ni har varit mycket inspirerande att arbeta tillsammans med och har haft gott tålamod med en stundtals obstinat doktorand. Kjell har haft rollen som den mer uppmuntrande medan Bosse har stått för den aldrig sinande kritiken. Bägge rollerna har mer än väl fyllt sin funktion. Hade det inte varit för er två så hade det nog inte blivit någon avhandling.

Under andra hälften av 90-talet arbetade jag på CUS. Där hade jag förmånen att få arbeta med Karin Tengvald som chef. Karin har på många sätt varit ett föredöme för mig som forskare genom åren. Hon har fått mig att förstå betydelsen av att tänka ett steg till – vilket i vårt sammanhang innebär att hålla i minnet för vilkas skull vi forskar, för "klienten/brukaren". Dessutom var det Karin med assistans av Nils Varg som ursprungligen gjorde det möjligt för mig att kunna doktorera med stöd från CUS.

Arbetet på CUS innebar många resor land och rike runt som gav tillfällen till spännande och lärorika möten med personal och klienter inom socialtjänsten. En stor del av dessa resor gjorde jag i samarbete med Bo Vinnerljung och Marie Sallnäs i "Sammanbrottsprojektet". Vår "lilla" forskargrupp har haft stor betydelse för mig, förutom att Bosse och Marie berikade mina kunskaper om forskning delade vi också många roliga stunder tillsammans. Bosse har därefter idogt och med stor skarpsinnighet fortsatt att vägleda mig

i mitt avhandlingsarbete. Marie har genom åren fortsatt vara en viktig kollega och en kär vän.

Forskargruppen "Kjell & Co" i Lund har utgjort ett viktigt stöd i avhandlingsarbetet. Gruppen består av mina handledare, Cecilia Andrée Löfholm, Gisela Priebe, Jan Gassne, Lars-Henry Gustle, Cecilia Kjellgren, Martin Olsson, Tina Olsson och jag. Även Maj Danielsson och därefter Marlise Svensson har på olika sätt varit behjälpliga och varit goda stämningsskapare. Martin har som forskarkollega stått för mycket positivt – full med idéer och någon att ringa när man är i behov av bekräftelse. Cecilia (Andrée Löfholm) har varit min vapendragare. Vi har kamperat ihop många nätter, ätit otaliga frukostar på "Bönan" i Lund, dränkt våra doktorandsorger med vin märkt SJ, diskuterat märkliga statistiska resultat och haft djupa samtal om hundars beteende. Men viktigast av allt är att Cecilia alltid har funnits där med kloka ord oberoende om det har gällt forskning eller livet i allmänhet. Hennes bidrag till min avhandling är stort på många sätt.

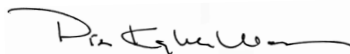
Även på IMS finns många kollegor att tacka för goda råd, stöd och uppmuntran och trevlig samvaro. Ulla Wolmerud är en person som alltid har funnits till hands och hjälpsamt lotsat mig genom diverse administrativa måsten. Kollegan Kerstin Söderholm Carpelan är en tuff dam med hjärtat på rätta stället som har funnits där både som forskare och vän. Synnöve Ljunggren har hjälpt mig att finslipa det sista språkliga i avhandlingen. Det har också betytt mycket för mig att mina kollegor på IMS alltid fått mig att känna mig välkommen och som en i gänget, trots perioder av fysisk och ibland mental frånvaro. Jag vill även rikta ett stort tack till personalen på biblioteket som hjälpt mig att leta och beställa litteratur liksom till Olle Asplund för en personlig dataservice som jag verkligen uppskattat.

Samarbetet med Familjeforum i Lund och Hässleholms Utredningshem i Hässleholm har under projektiden fungerat väldigt väl. Alla har gjort sitt bästa för att få saker och ting löpa på. Jag har alltid blivit generöst och väl bemött av kompetent personal och imponerats av det engagemang som MTFC-teamen har visat för sitt arbete med ungdomarna. Statens Institutionsstyrelse och Allmänna Barnhuset har generöst bidragit med ekonomiskt stöd till genomförandet av projektet.

Jag vill även tacka min kära vän Stina Åström för allt arbete med formgivning av avhandlingen.

Slutligen vill jag vända mig till mina föräldrar, min man Peter och våra döttrar Martina, Joanna och Sarah. Ni är de som har drabbats mest av mitt avhandlingsarbete. Alla har ni varit fantastiskt stödjande och jag är imponerad över att ni aldrig har klagat över de långa stunder då jag varit mer eller mindre otillgänglig. Mina föräldrar har endast strött superlativ runt mig, men ibland försynt undrat över hur många deadlines ett och samma manus kan ha. För mina fyrbenta vänner Kally och hennes efterträdare Noak, har avhandlingsarbetet dock varit en bonus som givit möjligheter till många långa skogspromenader. Efter detta projekt stundar nya tider, förhoppningsvis med bonus för oss alla.

Stora Tveta i juli 2009



Pia Kyhle Westermark

Innehållsförteckning

Inledning	9
<i>Avhandlingens forskningsområde</i>	10
<i>Avhandlingens forskningsfrågor</i>	11
Beskrivning av några centrala begrepp	13
Socialt arbete och ungdomar med beteendeproblem	16
<i>Kort historik kring ungdomar med beteendeproblem</i>	17
<i>Olika syn på beteendeproblem</i>	19
<i>Beteendeproblem i avhandlingen</i>	22
Interventioner för ungdomar med beteendeproblem	23
<i>Forskning kring interventioner för ungdomar med beteendeproblem</i>	
– <i>en kort tillbakablick</i>	23
<i>Longitudinella studier</i>	
– <i>en viktig länk till kunskap om ungdomars beteendeproblem</i>	25
<i>Risk- och skyddsfaktorer</i>	27
<i>Metaanalyser</i>	30
<i>Vad som fungerar för vem – en differentieringsmodell</i>	32
<i>Kännetecken för en effektiv intervention i sju punkter</i>	33
Dygnsvård som intervention för ungdomar med beteendeproblem	36
<i>Dygnsvårdens omfattning</i>	36
<i>Institutions- och fosterhemsvård</i>	37
<i>Några långsiktiga resultat</i>	40
<i>Treatment foster care – en alternativ vårdform</i>	41

Multidimensional Treatment Foster Care	
– en manualbaserad intervention	43
<i>Teorin bakom MTFC</i>	44
<i>MTFC som behandlingsprogram</i>	48
<i>Effektstudier om MTFC som behandlingsmodell</i>	49
<i>Hur omfattande är MTFC idag?</i>	55
<i>Programintegritet</i>	56
<i>Skillnader mellan Sverige och USA</i>	56
<i>Kostnader för MTFC</i>	57
 Presentation av de empiriska studierna	58
<i>Studie I</i>	58
<i>Studie II</i>	60
<i>Studie III</i>	61
<i>Studie IV</i>	62
 <i>Svar på forskningsfrågorna</i>	
– <i>sammanfattning av resultat och slutsatser från studierna</i>	66
<i>Min medverkan i avhandlingsstudierna</i>	68
 Diskussion	69
<i>Resultaten i relation till annan forskning</i>	69
<i>Tänkbara förklaringar till resultatet</i>	71
 Metodologiska begränsningar	80
 Konklusion	83
 Implikationer för framtida forskning	84
 Implikationer för praktiker	85
 Summery	86
<i>Conclusion</i>	89
 Referenser	91

Förteckning över studierna

Studie I	115
Sallnäs, M., Vinnerljung, B., & Kyhle Westermarck, P. (2004) Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. <i>Child and Family Social Work</i> , 2, 141-152.	
Studie II	129
Kyhle Westermarck, P., Hansson, K., & Vinnerljung, B (2008) Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) Reduce Placement Breakdown in Foster Care? <i>International Journal of Child & Family Welfare</i> , 4, 155-171.	
Studie III	149
Kyhle Westermarck, P., Hansson, K., & Vinnerljung, B. (2007) Multidimensional Treatment Foster Care - how do they deal with implementing standardized treatment components? <i>Children and Youth Services Review</i> , 29, 442-459.	
Studie IV	169
Kyhle Westermarck, P., Hansson, K., & Olsson, M. (insänd för publikation) Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC): Results from an independent replication. <i>Journal of Family Therapy</i> .	

Inledning

Avhandlingens övergripande syfte är att i en svensk kontext undersöka Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), ett manualbaserat program från USA för ungdomar med beteendeproblem. MTFC är ett behandlingsprogram som använder specialutbildade fosterhem. Behandlingsprogrammet har kontinuerligt utvärderats och visat på positiva behandlingsresultat i USA (Hansson, 2001; Leve & Chamberlain, 2003, Macdonald & Turner, 2008).

Avhandlingen handlar om ungdomar med beteendeproblem. Av dem som tar del av socialtjänstens dygnsvård är 70 procent ungdomar mellan 13 och 17 år (Socialstyrelsen, 2008). I bakgrunden till placeringarna finns oftast någon form av antisocialitet hos ungdomarna (Vinnerljung et al., 2001). Befintlig svensk forskning om behandling av antisociala ungdomar visar på nedslående resultat (Levin, 1998; Vinnerljung et al., 2001; Andreasen, 2003; Olsson, 2006; Vinnerljung & Sallnäs, 2008). Mycket talar för att ungdomarna är svårbehandlade, vilket är ett skäl till att traditionella insatser fungerar dåligt (Kazdin et al., 1994; Hansson, 2001; Andreasen, 2003; Farrington & Welsh, 2007).

Ett vanligt skäl till sämre resultat av behandlingen är att vården avbryts. Sammanbrott av vård är ett välkänt fenomen som framförallt berör ungdomar med beteendeproblem (Millham et al., 1986; Berridge & Cleaver, 1987; Fenyó et al., 1989; Berry & Barth, 1990; Fratter et al., 1991; Chamberlain, 1994; Berridge, 1997; Barber & Delfabbro, 2002; Farmer et al., 2005). I avhandlingens första studie, en nationell kohortstudie, undersöktes sammanbrott vid tonårsplaceringar inom olika vårdformer av svensk dygnsvård.

I USA har MTFC visat sig vara effektivt när det gäller att slutföra behandlingen utan oplanerade avbrott/sammanbrott (Smith et al., 2001). Det svenska MTFC-projektet startades år 2000 i ett samarbete mellan Kjell Hansson, Socialhögskolan i Lund och Familjeforum i Lund. I avhandlingens andra studie undersöktes om det svenska MTFC-programmet kunde

replikera samma låga sammanbrottsfrekvens som MTFC i USA. Därutöver gjordes jämförelser för att se om det svenska MTFC-programmet var mer effektivt när det gäller att behålla antisociala ungdomar i behandling än traditionell fosterhems- och institutionsvård i Sverige.

Bristen på utvärderade behandlingsmetoder för antisociala ungdomar i Sverige har medfört ett ökat intresse för att importera evidensbaserade behandlingsprogram från andra länder (Tengvald, 2003; Socialstyrelsen, 2004). Många av dessa program är manualbaserade. MTFC är ett manualbaserat behandlingsprogram, vars metoder och förhållningssätt på olika sätt står i kontrast till traditionell fosterhemsvård. Den tredje studien i avhandlingen undersökte fosterföräldrars inställning till MTFC-programmet och till att låta sig styras av en manual i arbetet med placerade ungdomar.

Parallellt med etableringen av det första MTFC-teamet påbörjades en randomiserad effektutvärdering av verksamheten. Effektutvärderingen ligger till grund för avhandlingens fjärde studie, som jämför behandlingsresultaten efter två år för ungdomar som fått behandling inom MTFC-programmet med ungdomar som fått traditionella insatser.

Avhandlingens forskningsområde

Den här avhandlingen tar sin utgångspunkt i behandlingsforskning med fokus på socialtjänsten ungdomsvård. De fyra studierna bygger på empiriska data som har analyserats med statistiska metoder. Resultatet är ett bidrag till den evidensbaserade kunskapen om behandling av ungdomar med beteendeproblem.

Inom socialt arbete i Sverige har ingen omfattande forskning bedrivits inom detta behandlingsområde (Hansson, 2001). I USA har behandlingsforskningen i socialt arbete en större roll, vilket bland annat återspeglas i det stora antalet tidskrifter för publicering av behandlingsresultat. Den nationella kunskap som finns idag handlar till stor del om lokala uppföljningar av verksamheter, om måluppfyllelse relaterad till arbetsprocessen och intervjuer med brukare och professionella som fått uttala sig om hur de uppfattar verksamheten (SOU, 2005). Den svenska barn- och ungdomsforskningen skiljer sig från den internationella som är mer empiriskt grundad (Sallnäs, 2000; Payne, 2002). Empiriska studier om vilka behandlingsme-

toder som är effektiva, jämförelser mellan olika metoder samt långtidsuppföljningar av behandlingsinsatser har till stor del saknats i Sverige. En kunskapsbaserad socialtjänst kräver de facto en empiriskt underbyggd kunskapsbas. I slutet av 1990-talet fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utveckla strategier för en mer evidensbaserad socialtjänst, vilket ledde till att programmet "Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten" initierades. Under 2000-talet har efterfrågan på vetenskapligt utvärderade metoder ökat. Det har bland annat visat sig i den ökade användningen av effektutvärderingar (Sundell, 2008). Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) inom Socialstyrelsen har ett övergripande uppdrag att arbeta för en ökad evidensbaserad socialtjänst (Jergeby & Tengvald, 2005; se också IMS hemsida, www.evidens.nu). Tanken med en evidensbaserad praktik (EBP) är att finna en gemensam och säkrare kunskapsbas om effektiva insatser (Tengvald, 2008). Det finns ingen klar konsensus av vad EBP är och fältet innehåller både kritiker och förespråkare. Enligt kritikerna lägger den evidensbaserade praktiken för stor vikt vid randomiserade studier och systematiska kunskapsöversikter. Detta, menar kritikerna, medför ett alltför smalt kunskapsbegrepp och det blir också svårt att leverera den kunskapsbas som eftersträvas i form av experimentellt fastställda effekter (Månsson, 2001; Bergmark & Lundström, 2006). Förespråkarna av EBP framhåller att kunskaper från dessa studier och kunskapsöversikter bara utgör en av de tre kunskapskällor som ska integreras i en evidensbaserad praktik. De övriga två är brukarens önskemål och värderingar och de professionellas kunskaper och erfarenheter. (Tengvald, 2001; Jergeby & Tengvald, 2005; Sundell & Gustavsson, 2007; Olsson, 2009).

Avhandlingens forskningsfrågor

- Hur vanligt är det att tonårsplaceringar avbryts i förtid, mot socialtjänstens avsikter, dvs. att de slutar med sammanbrott? Vilka faktorer ökar respektive minskar risken för sammanbrott? (studie I)
- Kan MTFC i Sverige replikera lika låg andel sammanbrott som MTFC i USA? Är MTFC mer effektivt när det gäller att behålla ungdomarna i behandling jämfört med svensk traditionell dygnsvård? (studie II)

- Hur tycker fosterföräldrar det är att arbeta med olika standardiserade behandlingskomponenter i ett manualbaserat behandlingsprogram? (studie III)
- Är MTFC mer effektivt när det gäller att behandla ungdomar med beteendeproblem än svensk traditionell dygnsvård? (studie IV)

Beskrivning av några centrala begrepp

Beteendeproblem/antisocialt beteende

Beteendeproblem och *antisocialitet* är vanliga begrepp inom behandlingsforskning om ungdomar och utgör centrala begrepp även i denna avhandling, där begreppen används synonymt. Avhandlingens definition av beteendeproblem och antisocialitet är: tillskrivna problem av omvärlden, kriminalitet, missbruk, våld, avancerat skolk och annat normbrytande beteende, till exempel prostitution. Även andra definitioner på beteendeproblem förekommer, som till exempel conduct disorder (CD). CD ingår som ett generellt inklusionskriterium för ungdomar i utvärderingen av MTFC. Därutöver definieras ytterligare en grupp ungdomar utifrån förekomst av emotionella- och beteendeproblem, där de vanligaste diagnoserna var ODD (Oppositional Defiant Disorder), PSD (Posttraumatic Stress Disorder) och ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder).

Ungdomar

Det är svårt att ge en tydlig definition av begreppet *ungdomar* i avhandlingen. Generellt handlar det om tonåringar, men även yngre och äldre ungdomar ingår. I avhandlingens studier, som är lättare att avgränsa, avser begreppet *ungdomar* individer mellan 12 och 18 år. Ett undantag är en jämförelsegrupp i den andra studien, med individer i åldrarna 2–16 år.

Interventioner

Begreppet *intervention* är en åtgärd eller en insats som görs i förebyggande eller behandlande syfte. Det kan innefatta lagstiftning, samhällsplanering, allmänt stöd, bistånd, behandling och tvångsåtgärder (Lagerberg & Sundelin, 2000). Interventioner kan appliceras på olika nivåer: universell, selektiv och indikerad nivå (Weissberg & Greenberg, 1998; Catalano et al., 1999). De universella interventionerna syftar till att nå alla individer i ett område, oberoende av individernas risknivå för negativ utveckling. Selektade interventioner fokuserar på undergrupper i en population som befin-

ner sig i riskzon. Indikerad intervention innebär att interventionen riktas direkt mot en individ som redan har identifierade problem (Ferrer-Wreder et al., 2005). Avhandlingen handlar endast om indikerade interventioner eftersom ungdomarna som ingår i studierna är identifierade av socialtjänsten och har bedömts vara i behov av någon typ av vård. Vissa indikerade interventioner som förekommer i avhandlingen är av *multikomponent typ*, vilket innebär att insatsen involverar både individen, familjen, skolan och vänner (Weissberg et al., 2003).

Risk- och skyddsfaktorer för antisocialt beteende

En *riskfaktor* är en händelse, en egenskap, ett förhållande eller en process som ökar risken för en negativ utveckling för individen. *Skyddsfaktorer* reducerar eller motverkar effekten av riskfaktorer (Stattin, 2002). Faktorerna ökar/minskar sannolikheten för ett visst utfall men de behöver inte orsaka beteendet (Kazdin et al., 1997). Skyddsfaktorer kan minska risken för dysfunktion hos den unge, men kan också förhindra eller påverka att riskförhållanden uppstår. De kan även beskrivas som en typ av kompensations- eller buffertfaktorer (Andershed & Andershed, 2005). Risk- och skyddsfaktorerna kan hänföras till individen själv, familjen, skola, vänner och närsamhället. När en och samma individ har en ansamling av riskfaktorer ökar risken för beteendeproblem. Finns det dessutom riskfaktorer på flera olika nivåer eller kontexter samtidigt, exempelvis både hos individen själv, i familjen och i kamratkretsen, ökar risken ytterligare för framtida beteendeproblem (Lagerberg & Sundelin, 2000; Andershed & Andershed, 2005; Ferrer-Wreder et al., 2005; Sundell et al., 2008).

Placeringsformer inom socialtjänsten

Familjehem är den juridiskt korrekta termen för de familjer där socialtjänsten placerar barn och ungdomar som av olika skäl inte kan bo hemma. Innan socialtjänstlagen hade införts kallades de för fosterhem. Dessa två begrepp kommer att användas synonymt i avhandlingen. Andra placeringsformer inom dygnsvården som finns omnämnda i avhandlingen är följande;

- Släktinghem är fosterhem där någon av familjemedlemmarna i fosterhemmet är släkt med den placerade.

- "Nätverkshem" och "f.d. kontaktfamilj" är fosterhem där familjemedlemmarna i fosterhemmet inte är släkt med den placerade, men på annat sätt är bekanta eller f.d. kontaktfamilj till barnet.
- Jourhem är ett fosterhem som endast har korta och tidsbestämda placeringar.
- Enskilda HVB (hem för vård eller boende) är institutioner som drivs av en privat huvudman, till exempel ett aktiebolag eller en stiftelse/förening.
- "Föreningen enskilda HVB" är ett antal små privata institutioner som bildat en egen intresseorganisation.
- Offentliga HVB drivs av kommun eller landsting.
- Särskilda ungdomshem eller §12-hem är institutioner som har tvångsbefogenheter med möjlighet till inlåsning. De drivs av Statens Institutionsstyrelse (SiS) för ungdomar med allvarliga beteendeproblem.

Begreppet *institution* används i avhandlingen som ett samlingsbegrepp för enskilda och offentliga HVB samt för §12-hem när det gäller svensk dygnsvård. Det engelska begreppet "*group care*", som förekommer i avhandlingen, motsvaras av svensk institutionsvård (Andreassen, 2003). En skillnad mellan traditionell fosterhemsvård och institutionsvård är att fosterhem ska ge vård och omsorg medan institutionerna ska bedriva yrkesmässig verksamhet med behandling. Ytterligare begrepp som förekommer i avhandlingen förklaras i löpande text.

Socialt arbete och ungdomar med beteendeproblem

Den genomgång av socialt arbete med ungdomar som följer, inriktar sig på avhandlingens målgrupp som är ungdomar med beteendeproblem/antisocialitet. Samstämmig forskning visar att ungdomar med antisociala problem löper risk för en fortsatt ogynnsam utveckling, vilket gör antisocialitet till en högprioriterad fråga för socialtjänsten (se t.ex. Rutter et al., 1998; Lagerberg & Sundelin, 2000; Andreassen, 2003; Cederblad, 2003; Moffit, 2003; Reid et al., 2003; Farrington & Welsh, 2007).

Målgruppen *ungdomar med beteendeproblem* är inte på något sätt unik inom socialt arbete. Gruppen har varit föremål för ett stort antal avhandlingar inom och utanför socialt arbete. Även om begreppen skiftar över tid och mellan olika författare och definitioner i detalj kan skilja sig något från varandra, är det i stort samma beteende som avses, nämligen brott mot samhälleliga normer för social anpassning. Ett exempel från psykiatrin som fick betydelse inom det sociala arbetet i Sverige är Johnssons avhandling (1968) om Skåpojnkarna och teorin om det sociala arvet. Teorin har under åren ifrågasatts och kritiserats men har fortfarande inflytande inom disciplinen (se vidare Vinnerljung, 1998). Swärds (1993) diskursiva analys av de "vanartade barnen" i ett historiskt perspektiv är ett annat exempel. I Ohlssons avhandling (1997) utgörs målgruppen av antisociala ungdomar, och i avhandlingen undersöktes föreställningen om hur ungdomsproblem skapas. Exempel på empiriska uppföljningsstudier är Söderholm Carpelans studie (1992) om unga narkotikamissbrukare på Maria Ungdomsmottagning i Stockholm och Levins (1998) beskrivning av ungdomar i tvångsvård på SiS-institutionen Råby i Lund. En av de senaste avhandlingarna med fokus på målgruppen är Olssons med kollegors uppföljningsstudie (2006) av unga vuxna med CD-diagnos och med ett förflutet inom socialtjänsten. Därutöver finns avhandlingar som på olika sätt indirekt handlar om antisociala ungdomar, till exempel Sallnäs (2000) genomgång av barnavårdens institutioner, Lindéns studie (1998) om hur tonåringar upplever det att bli och vara fosterbarn och Vinnerljungs uppföljningsstudie (1996) av fosterbarn i vuxna år.

Kort historik kring ungdomar med beteendeproblem

Inom socialvetenskaplig forskning är antisocialitet som problemtillstånd för barn och ungdomar vanligt och har varit uppmärksammat även före tillkomsten av Socialtjänstens reguljära barnavård (Swärd, 1993). Tanken att man borde kunna identifiera utsatta barn och deras familjer och sätta in preventiva åtgärder för att förhindra en negativ utveckling utvecklades runt sekelskiftet i Sverige. Själva behandlingstanken fanns främst inom den filantropiska rörelsen i både USA och Europa under 1800-talet. Det fanns en strävan att rädda samhället från framtida brottslingar och en tilltro till att behandling och uppfostran skulle kunna påverka de "vanartiga" och "sedligt försummade" barnens framtid. Dessa strömningar fanns både i Europa och USA och spreds till Sverige runt sekelskiftet (Levin, 1998). I Sverige har samhällets syn på ungdomar med beteendeproblem till viss del styrts av uppfattningen om vad som orsakar den antisociala utvecklingen hos ungdomar (Qvarsell, 1996). Detta har i sin tur gett avtryck i barnavårdslagarnas utformning under 1900-talet. När den nya barnavårdslagen kom 1960 försvann begreppet *vanartad* som juridisk term, vilket kan ha varit ett sätt att ta avstånd från de moraliska och fördömande inslagen i de gamla sociallagarna (Swärd, 1993).

När samhällets institutioner och lagar ska definiera ungdomsproblem har utgångspunkten oftast varit ett vuxenperspektiv, där de vuxna tillskriver gruppen ungdomar olika problem. Ungdomsproblem kan många gånger vara generella problem, som inte är specifika för ungdomskulturen utan orsakas av strukturella förhållanden, men skulden läggs på ungdomarna (Morch, 1985). Strukturella förändringar i samhället kan på olika sätt drabba ungdomar med risk för att utveckla sociala problem, till exempel arbetslöshet (Ohlsson & Swärd, 1996). När det gäller att belysa ungdomsproblem har ungdomarna själva sällan fått komma till tals. Men oavsett synen på orsakerna till problemen, kan de anses vara beroende av samhällets politiska och sociala processer. Samhällets struktur och sociala normer förändras över tid och förändringarna påverkar också synen på ungdomsproblem.

Idag debatteras huruvida ungdomskulturen har blivit mer våldsam och om normlösheten har spridit sig lägre ner i åldrarna. I massmedia beskrivs hur flickors beteende har förändrats och i allt högre utsträckning börjar

påminna om pojkars mer utagerande beteende, med exempelvis större inslag av våld. Men det finns forskare som anser att flickors våldsamma beteende inte har ökat (Steffensmeier et al., 2005). Forskarna menar att det snarare är samhället som har utvidgat våldsbegreppet så att även mindre allvarligare våldsförseelser innefattas. Eftersom flickors våld oftare hör till de mindre allvarliga våldsförseelserna, har utvidgningen av begreppet lett till att flickor i högre grad finns representerade i våldsstatistiken. Andra förklaringar till att våld bland flickor förefaller ha ökat kan vara att flickornas ökning är en återspeglning av pojkarnas minskade våldsbeteende, eller samhällets olika policyförändringar, som till exempel "nolltolerans" mot brott (Goodkind et al., 2009). Andra anser att ungdomar i generationer tillbaka har haft sina egna traditioner där destruktiva inslag funnits. Sett i ett historiskt perspektiv är skillnaderna kanske inte så stora. Kanske är det våra normer och vår rättspraxis som har förändrats (Ohlsson, 1997). Det kan till exempel illustreras av 40- och 50-talets "ligapojkar" som utgjorde dåtidens kriminella gäng och 50- och 60-talets normbrytande "raggarflickor" (Ohlsson & Swärd, 1994).

I Sverige utgör ungdomar med beteendeproblem en betydande del av den sociala barnvården (Vinnerljung et al., 2001). I de flesta andra länder domineras barnvården av barn som far illa på grund av brister i föräldrarnas omsorg (abused and neglected) (Thoburn, 2007), medan ungdomar med antisociala problem till stor del hanteras inom kriminalvården (juvenile justice eller youth justice). I den skandinaviska modellen ses det antisociala beteendet istället i högre utsträckning som ett psykosocialt problem och socialtjänstens uppgift är att ge den unge vård och stöd. Variationen är också stor beträffande straffmyndighetsåldern mellan olika länder. Straffmyndighetsåldern för ungdomar är 15 år i Sverige medan den i USA kan sträcka sig ner till 10 års ålder (Tonry & Doob, 2004). Den rådande policyn i Sverige är att skydda minderåriga lagöverträdare från fängelse och istället ge socialtjänsten ansvaret för vården av unga lagöverträdare upp till 18 år (Jansson, 2004).

Olika syn på beteendeproblem

Ett beteendeproblem eller ett antisocialt beteende kan ses som ett tillskrivet beteende där utgångspunkten är en kategorisering av vad som är avvikande. Det förutsätter att en kategorisering av vad som är normalt beteende redan har konstruerats utifrån rådande normer och värderingar (Svensson, 2007). Beteendeproblem kan också definieras som upprepade brott mot sociala normer för vad som betraktas som ett acceptabelt beteende. Det innebär att individen bryter mot de regler och normer som gäller i hans/hennes miljö. Det kan vara genom mindre allvarliga regelbrott som skolproblem och skolk, eller allvarliga regelbrott som missbruk, våld och kriminalitet (Andreassen, 2003). Det kan även vara beteenden som hyperaktivitet (Patterson, 1982). Det råder dock ingen konsensus om hur antisocialitet ska definieras. Antisocialt beteende, utagerande beteende, avvikande beteende, problembeteende och normbrytande beteende är några exempel på olika begrepp som används synonymt inom forskningslitteraturen, många gånger utan någon närmare definition.

Att beteendeproblem är ett komplext begrepp framgår av den mångfald av perspektiv, teorier och förklaringsmodeller som omgärdar begreppet (Ohlsson & Swärd, 1994; Qvarsell, 1996; Söderholm Carpelan & Runquist, 2002). Ett sätt att närma sig komplexiteten är att ta hjälp av olika discipliners syn på ungdomars antisociala beteende, som till exempel den sociologiska/kriminologiska, den psykologiska eller den psykiatriska disciplinen. Eftersom synsätten ofta är närliggande kan det dock vara svårt att särskilja vilken disciplin de tillhör.

Ur sociologiskt och kriminologiskt perspektiv har framför allt den kontextuella miljön (exempelvis familj, skola, sociala nätverk och samhälle) varit intressant för att söka orsaker till antisocialitet (Ogden, 2002). Intresset har bland annat riktats mot dysfunktionella familjeförhållanden, olika familjestrukturer, bristfälliga skolmiljöer, problematiska kamratrelationer, bostadsområdets socioekonomiska struktur och ett mer makrosocialt samhällsperspektiv för att förklara ungdomars negativa beteendeutveckling (Farrington & Coid, 2003). I den internationella litteraturen om antisocialitet är målgruppen ofta ungdomar som på olika sätt har brutit mot lagen. Där har kriminaliteten en central roll (Rutter et al., 1998). Variationen i hur ungdomars kriminalitet mäts är dock stor. Studierna kan till ex-

empel fokusera på ungdomar vars kriminalitet finns registrerad i brottsregister, ungdomar som begått brott men inte dömts eftersom de är straffmyndiga eller ungdomars självdeklarerade kriminalitet, som även kan omfatta brott utförda av ungdomar som aldrig varit i kontakt med polisen.

Antisocialitet kan inom det psykologiska perspektivet benämnas som "symptom på uppförandestörning" och fokuserar på individens personlighetsdrag (Rutter et al., 1998; Farrington & Coid, 2003; Andershed & Andershed, 2005; Olsson, 2006). Individens symptom ses utifrån en glidande skala och gränssättningar undviks mellan olika kategoriska diagnoser. Orsaken till antisocialitet bör, enligt det psykologiska synsättet, sökas i individens individuella utvecklingsprocess. Inom den utvecklingspsykologiska forskningen framhåller Magnusson (2001) ett holistiskt perspektiv, där individens egenskaper, förutsättningar och erfarenheter är viktiga förklaringar till individens sätt att fungera och utvecklas. Stattin & Magnusson (1996) har vidareutvecklat det holistiska synsättet till det holistiskt-interaktionistiska perspektivet, där även samspelet mellan individens mentala-, beteendemässiga- och biologiska sidor och miljön ingår som möjliga förklaringsfaktorer. För att få förståelse för individens utvecklingsprocess menar företrädarna för perspektivet att det är viktigt att söka kunskap från andra vetenskapliga områden såsom biologi, fysiologi, neurologi, genetik, socialpsykologi, sociologi och antropologi och på så sätt få en mer tvärvetenskaplig kunskap (Magnusson, 2001).

Både i Sverige och internationellt används inom den psykiatriska disciplinen det diagnostiska begreppet Conduct Disorder (CD) som benämning på antisocialitet). Det psykiatriska diagnosbegreppet fokuserar på beteenden hos individen. I förklaringen av antisocialitet ingår det biologiska arvet och brister i neuropsykiatriska- och psykologiska funktioner hos individen (Rutter et al., 1998; Farrington & Coid, 2003; Andershed & Andershed, 2005; Olsson, 2006). Diagnosen är dock inte helt oproblematiskt att använda eftersom konstruktionen av diagnosen också speglar samhällets normer och värderingar, sociala och kulturella koder samt klass- och könstillhörighet (Hallerstedt, 2006). Diagnosen CD beskrivs i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), som är framtagen av American Psychiatric Association (APA). Manualen revideras ungefär vart tionde år och den senast publicerade är DSM-IV-TR. CD beskrivs som ett problemtillstånd som kan komma och gå. För att få diagnosen CD måste tre av 15 normbrott

påvisas hos individen enligt DSM-IV-TR (2000). Dessa normbrott är uppdelade på fyra olika områden: aggressivt beteende mot människor och djur, skadegörelse, bedrägligt beteende eller stöld samt allvarliga norm- och regelbrott (Olsson, 2006). DSM gör anspråk på att vara vetenskapligt underbyggd men har under åren utsatts för kritik (Kutchins och Kirk, 1999). Kritiska forskare beskriver manualen som mer deskriptiv än orsaksorienterad och menar att den bara sätter en etikett på tonåringar med beteendestörning; den ger inga orsaksförklaringar (Garbarino, 2000). Bland annat har den problemnivå som en individ måste uppnå för att diagnosen ska ställas, kritiserats för att vara godtycklig. Det finns även kritiker som menar att CD är en "manlig" diagnos som lyfter fram utagerande, våldsamma och aggressiva beteenden, vilket kan få till följd att flickor underrapporteras. Fokus ligger på synlig fysisk aggressivitet medan den relationella aggressivitet som är vanlig hos flickor är svårare att upptäcka (Lilienfeld et al., 1997). Enligt APA (American Psychiatric Association) är det en styrka att diagnosen stödjer sig på de kriterier som forskningen använder för att beskriva dessa ungdomars problem (American Psychiatric Association, 2000). Ett annat etablerat klassifikationssystem för psykiska störningar är ICD-10, publicerad av Världshälsoorganisationen (WHO), som tillsammans med DSM IV-TR är ett vanligt sätt att klassificera individers mentala hälsa. Om systemen kan presentera transparenta manualer och gemensamma begrepp (som förväntas underlätta samarbetet mellan olika yrkesgrupper) och dessutom underlätta identifieringen av problembeteenden och på så sätt lättare finna en adekvat behandling, uppfattas diagnosen som ett bra alternativ (Andershed & Andershed, 2005; Olsson, 2006).

Det är vanligt att CD uppträder tillsammans med andra problemtillstånd, som till exempel ungdomskriminalitet, missbruk, koncentrationssvårigheter, ADHD och fysisk aggression (Loeber et al., 1998; Andershed & Andershed, 2005;). En kombination av olika problemtillstånd, så kallad komorbiditet, riskerar att ge individen en försvårad och varaktig problematik (af Klintberg, 1993; Moffitt & Caspi, 2001; Loeber et al., 2003a). Det finns även kritik mot det psykologiska sättet att låta individuella faktorer vara avgörande för beteendeproblem. Levin (1998) menar att sociologiska och politiska förklaringar som fattigdom, ojämlikhet, klasskillnader och svåra uppväxtförhållanden får stå tillbaka som förklaring till utveckling av beteendeproblem.

Som vi kan se använder sig de olika perspektiven av olika förklaringsmodeller för att försöka förstå antisocialitetens orsaker. Ofta finns flera olika perspektiv representerade inom samma studie i form av olika utfallsmått. Till exempel beskriver Moffitt och hennes kollegor (2001) i sin studie om könsskillnader i antisocialitet, att de använder multipla utfallsmått från olika discipliner. De använder bland annat brottsregister, skalor för att mäta beteende och diagnostisering för CD för att kvantifiera antisocialitet. Författarna menar att tillvägagångssättet med analyser utifrån multipla utfallsmått gör resultaten tillgängliga för olika discipliner och att den multidisciplinära synen varit en viktig framgångsfaktor för forskningen om antisocialitet (Rutter et al., 1998; Farrington & Coid, 2003; Moffitt, 2003). Synsättet skulle kunna kallas för det *gränsöverskridande perspektivet*. Det finns inget gemensamt begrepp som fångar in heterogeniteten av antisocialitet. För att förklara heterogeniteten är förekomsten, varaktigheten och allvarlighetsgraden av antisocialitet viktig (Rutter et al., 1998).

Beteendeproblem i avhandlingen

Avhandlingens syn på beteendeproblem ansluter sig till det gränsöverskridande perspektivet, där olika teorier förenas i sökandet efter kunskap om antisocialitet (Rutter et al., 1998; Farrington & Coid, 2003; Moffitt, 2003; Payne, 2002). Det kan kopplas till utvecklingen av MTFC som behandlingsmodell, där forskarna har intresserat sig för hur individers karaktärstiska, miljön och den dagliga sociala interaktionen påverkar utvecklingen av antisocialt beteende (Chamberlain, 2003).

Interventioner för ungdomar med beteendeproblem

Antisocialitet hos ungdomar är ett problem som världen över orsakar lidande (WHO, 2002). Förutom att familj och nära anhöriga riskerar att drabbas, påverkas även samhället i stort, exempelvis i form av vård- och behandlingskostnader för såväl den unge som för brottsoffer. Inom forskningen har de longitudinella studierna bidragit till den forskningsbaserade kunskapen om interventioner för antisociala ungdomar. Genom studierna har forskningen över tid kunnat identifiera olika risk- och skyddsfaktorer som kan predicera beteendeproblem. Därefter har kunskapen applicerats på olika behandlingsmetoder, som med hjälp av kontrollerade studier utvärderats för att försöka urskilja vilka interventioner som är effektiva, vilka som är mindre effektiva och vilka som rentav är skadliga. Kunskapssammanställningar och metaanalyser har sammanställt olika enskilda primärstudiers många gånger disparata resultat. Även kvalitativa studier har bidragit med kunskap inom forskningsområdet. Den kunskapsgenerering som ligger till grund för interventioner och behandlingsprogram får utgöra en sorts logisk ordning för det avsnitt som följer. Men först presenteras en kort tillbakablick på utvecklingen av interventionsforskning, internationellt och i Sverige.

Forskning kring interventioner för ungdomar med beteendeproblem – en kort tillbakablick

Under 1950- till 1970-talet präglades vården av antisociala ungdomar i USA och Europa av behandling och rehabilitering. Tron på att kunna förändra kriminellas beteende genom rehabilitering istället för straff har rötter ända från 1800-talet (Cullen & Gendreau, 2000). I mitten av 70-talet fick dock behandlingsidealet i USA och Europa ge vika för en mer repressiv inställning inom kriminalvården avseende behandling av kriminella och antisociala ungdomar (Bullock, et al., 1993). En översikt av behandlingsprogram i USA (Martinson, 1974), som visade nedslående resultat, fick stor medial

uppmärksamhet. I översikten gjordes en sammanställning av mer än 200 behandlingsstudier och resultatet visade att de flesta behandlingsprogram saknade effekt, oavsett typ av vård. Författaren ifrågasatte om det var möjligt att förändra antisociala ungdomars beteende. Översikten bidrog till att uttrycket "nothing works" myntades. I Kanada ifrågasattes däremot slutsatsen att ingen behandling fungerar av forskare som försvarade rehabilitering av kriminella. De kanadensiska forskarna menade att kriminalitet ska betraktas som ett socialt inlärt beteende och att det därför är möjligt att förändra (Gendreau & Ross, 1979, Gendreau et al., 2006). En av forskarna hade en stor tilltro till forskningens möjligheter att finna "vilken metod som fungerar bäst för vilken typ av förövare och under vilka omständigheter" (Palmer, 1975, sid 150). Den första metaanalysen om behandling av kriminella ungdomar (Garrett, 1985) visade på mer nyanserade resultat av behandlingseffekter än Martinsons översikt. Några år därefter publicerade Lipsey (1992) en översikt omfattande 500 behandlingsprogram, där ett flertal relativt lovande program kunde påvisas. Idag finns omfattande forskning om program som visar på positiva möjligheter att förändra ungdomars antisociala beteende (Andrew & Bonta, 1998; Kazdin & Weisz, 1998; Loeber & Farrington, 1998; Andreassen, 2003).

I Sverige har interventionsforskning med fokus på antisociala ungdomar däremot inte varit vanligt inom socialt arbete. Litteratur om behandling inom socialt arbete har oftare varit av deskriptiv karaktär än handlat om interventionernas effekt (Levin et al., 1998). Behandling som begrepp kommer inte att problematiseras här. För närmare beskrivning av behandlingsbegreppet hänvisas till Armelius med kollegors forskningsöversikt (1996) eller till exempel Bergmark & Oscarsson (2000), Börjesson (1990) och Levin et al., (1998). Levins tidigare nämnda avhandling (1998) om ungdomar placerade på Råby är ingen effektstudie, men väl en utfallsstudie som redovisar resultaten av en grupp ungdomars placering på institution. Söderholm Carpelans studie (1992) om unga narkotikamissbrukare i öppenvården är ett annat exempel på en utfallsstudie. I en sammanställning av svenska effektstudier om insatser inom socialtjänsten (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS hemsida, <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/6BC037B7-814F-4637-AA29-426450A71175/0/Svenskaeffektstudieruppdaterat090618RN.pdf>) framgår att antalet effektstudier ökat under 2000-talet. Men även om det har skett en viss ökning de senaste åren är

antalet fortfarande litet. Enligt sammanställningen, som enbart inkluderat kvasiexperimentella eller randomiserade studier, finns åtta effektstudier om ungdomar med beteendeproblem, varav fyra är pågående. Det är fem randomiserade och tre kvasiexperimentella studier. MTFC-studien i avhandlingen ingår som en av de fem randomiserade studierna.

Longitudinella studier – en viktig länk till kunskap om ungdomars beteendeproblem

Longitudinella studier av populationer som följts från barndom till tidigt vuxenliv har haft genomgripande betydelse för förståelsen av varför barn utvecklar beteendeproblem (Rutter et al., 1998; Cederblad, 2003; Reid et al., 2003). Studiernas grundfrågor har varit att söka orsakerna till antisocialt beteende; vad som triggar igång processen, vad som får den att vidareutvecklas, vilka möjligheter det finns att stoppa utvecklingen och vad som får den att vända. Utmärkande för longitudinella studier är att de spänner över många år och inkluderar generella populationer (t.ex. Rutter et al., 1998; Janson, 2000; Cederblad, 2003). På så sätt har de kunnat visa att det inte är självklart att alla stökiga förskolebarn blir antisociala i tonåren och att inte alla antisociala tonåringar uppvisar problembeteenden i unga år. De har även uppmärksammat det antisociala beteendets heterogenitet. En av de mest kända longitudinella studierna är Kauai-studien. Författarna har följt en kohort barn på ön Kauai från födseln 1955 fram till början av 2000-talet (Werner, 1989; 1993; Werner & Smith, 2001). Studien har visat hur barn, som är i riskzon för negativ utveckling, på olika sätt påverkas av positiva och negativa händelser och faktorer i livet. Den ger också kunskap om interaktionen mellan sociala och biologiska faktorer och dess påverkan på utfallet i vuxen ålder. Författarna beskriver hur exempelvis barn som har exponerats för riskfyllda uppväxtförhållanden, trots det har utvecklats till kompetenta, förtroendefulla och omhändertagande vuxna (Werner & Smith, 2001). Slutsatser som Werner med kollegor drar, är att beteendeproblem ska åtgärdas tidigt, att det är viktigt att inbegripa barnets omgivning, såsom familj, grannskap och kommun, att nyckelfaktorer kan prediceras redan tidigt i barndomen, att tidiga interventionsprogram fordrar moderns engagemang, att skolproblem bör uppmärksammas i tidigt skede och att det är viktigt att

ha tillgång till en nyckelperson under uppväxten. Dessa preventionsstrategier bekräftas också i annan forskning (Rutter et al., 1998; Farrington & Coid, 2003; Reid et al., 2003).

Andra exempel på forskningsprojekt med många publiceringar som haft betydelse för utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder för ungdomar med beteendeproblem är: *The Cambridge Study in Delinquent Development* (se Farrington, 2003, 2006), *Pittsburgh Youth Study* (se West, 1982; Loeber et al., 1998; 2003b), *The Christchurch and Dunedin Health and Development Studies* (se Fergusson & Horwood, 1998; Moffitt, et al., 2001), *The Oregon Youth Study* (se Patterson et al., 1987; Capaldi & Patterson, 1996) och *The Individual Development and Adjustment study* (se Magnusson & Bergman, 1988; Stattin & Magnusson, 1991; Klinteberg et al., 1993). I studierna blandas sociologiska-, utvecklingspsykologiska-, psykiatriska-, beteendegenetiska- och kriminologiska perspektiv (Rutter, et al., 1998; Moffitt et al., 2001; Reid et al., 2003; Farrington & Welsh, 2007). Studierna åskådliggör hur individuella faktorer, kontextuella faktorer och sociala interaktioner påverkar utvecklingen av antisocialitet (Chamberlain, 2003).

Som med de flesta studier finns emellertid en viss osäkerhet med longitudinella studier. Bland annat finns metodologiska problem, till exempel en ökad risk för bortfall bland individerna, när en population följs under lång tid. Om de individer som faller bort tenderar att avvika från resten av populationen riskerar det att påverka resultatet. Ett annat problem är att skilja på ålders- och kohorteffekter. Förändring över tid kan spegla en individs åldersförändring eller en generell förändring som berör hela populationen (Rutter et al., 1998). Eftersom longitudinella studier pågår under många år kan utfallsvariablerna vara präglade av dåtidens samhällsnormer. Till exempel har den tidiga forskningen om antisocialitet endast fokuserat på pojkars beteende. Idag tas mer hänsyn till att flickors antisociala problem kan ta sig andra uttrycksformer än pojkars, samtidigt som studier har visat att flickors antisociala beteende inte helt skiljer sig från pojkarnas (Moffitt et al., 2001; Berg, 2002).

Risk- och skyddsfaktorer

De longitudinella studierna har gett ökad kunskap om vilka faktorer som varit avgörande i utvecklingen av individers beteendeproblem. Kunskapen har lett till utvecklingen av teorier om riskfaktorer och skyddsfaktorer (se definition av risk- och skyddsfaktorer sid 14). Forskningen om risk- och skyddsfaktorer utgör en viktig grund för utvecklandet av behandlingsinsatser för antisociala ungdomar. Effektiva interventioner reducerar riskfaktorer och deras effekter samt stärker de skyddande faktorerna. Behandlingsprogrammet MTFC är ett av många exempel på hur forskarna har utvecklat en behandlingsmetod utifrån kunskap om risk- och skyddsfaktorer.

Farrington och Welsh (2007) har gjort en genomgång av risk- och skyddsfaktorer för kriminalitet och effektiva preventionsstrategier för att minska ungdomars antisociala beteende. Viktiga individuella riskfaktorer är låg intelligens, bristfällig kunskapsnivå, (Stattin & Klackenber-Larsson, 1993; Lipsey & Derzon, 1998; Raine et al., 2005) aggressivt temperament, impulsivitet (Brennan et al., 1993; Caspi, 2000; Ekelund & af Klintberg, 2003), bristande empatisk förmåga (Ferguson et al., 2004) och bristfällig social kognition (Ross & Ross, 1995; Harvey et al., 2001). Förekomsten av individuella riskfaktorer hos ungdomen, kombinerat med en uppväxt i en dysfunktionell familj med kriminalitet, missbruksproblem, bristande föräldraförmåga eller föräldrakonflikter ökade risken för ungdomskriminalitet (Lauritsen, 1993; Raine, 1993; Farrington et al., 2001; Smith & Farrington, 2004). Andra riskfaktorer, som antisociala vänner (Farrington et al., 2002; Gordon et al., 2004; Nelson & Dishion, 2004), att gå i skola med hög andel antisociala elever eller att bo i ett problemområde (Tolan et al., 2003; Loeber et al., 1998) är på olika sätt associerade med de individuella faktorerna och familjefaktorerna. Farrington och Welsh (2007) beskriver hur problematiskt det är att dels reda ut hur olika faktorer är relaterade till varandra, dels finna ut vilka faktorer som kan anses vara kausala. De menar därför att interventionsprogram för antisociala ungdomar bör inriktas på multipla faktorer, oavsett vilka faktorer som påverkar eller orsakar vad. Skyddsfaktorer som hög intelligens, kontrollerat känsloliv (Stattin et al., 1997), effektiv föräldratillsyn (Stouthamer-Loeber et al., 1993) och hög akademisk aktivitet (Kasen et al., 1990) predicerade minskad risk för vuxenkriminalitet. Att skyddsfaktorerna utgör en begränsad del av resultaten kan till viss del bero

på att fokus i forskning om antisocialitet länge legat på att identifiera riskfaktorer (Andershed & Andershed, 2005). En annan orsak kan vara att skyddsfaktorer i vissa fall utgör motpol till riskfaktorer och därför inte nämns i sammanhanget.

Efter att ha konstaterat hur viktiga vissa faktorer är för utveckling av antisocialt beteende är nästa steg att undersöka vad som påverkar stabiliteten i beteendeproblem över tid. En viktig faktor för att kunna predicera en ökad risk för antisocialitet hos ungdomar är tidpunkten för beteendeproblemens debut, vilket också har visat sig vara avgörande för stabiliteten i problem-beteendet (Lipsey & Derzon, 1998). Både svenska och internationella studier konstaterar att ungdomsåren är den period då människor konsumerar mest alkohol och droger och är mest benägna att begå brott. De flesta ungdomar fortsätter dock inte att begå brott eller att utveckla drog- eller alkoholrelaterade problem i vuxna år (Patterson et al., 1992; Loeber et al., 1998; Brottsförebyggande rådet, 2000; von Hofer, 2001; Farrington, 2003 a;). Moffitt har med longitudinella data från Dunedinstudien utvecklat teorin om livsbestående (eng. "life-course-persistent", LCP) och ungdomsbegränsad (eng. "adolescent limitid", AL) antisocialitet. Författaren beskriver att tidig debutålder för problembeteenden vanligen predicerar långvarig antisocialitet (LCP) medan sen debutålder vanligen predicerar kortvarig antisocialitet (AL) (Moffitt et al., 2001; Moffitt & Caspi, 2001; Moffitt, 2003). När samma population från Dunedinstudien följdes upp vid 26 års ålder fann Moffitt och hennes kollegor (2003) att en tredje grupp med kronisk antisocialitet hade tillkommit. Precis som LCP-gruppen hade denna grupp påbörjat sin antisociala utveckling redan under barndomen, men var under tonårstiden mindre antisocialt aktiv. Forskarna bedömde att gruppen hade återställts från en stabilt antisocial barndom, men vid 26 års ålder visade gruppen psykopatologiska problem. Många hade utvecklat depression, ångest och ekonomiska eller jobbrelaterade problem. Även de två andra grupperna hade förändrad prognos. AL-gruppen, som förväntades ha övergående problem, uppvisade vid 26 års ålder psykisk- och somatisk ohälsa, missbruk, ekonomiska problem och viss kriminalitet. LCP-gruppen var vid uppföljningen inblandad i allvarlig kriminalitet som våldsbrott, hade psykiatriska problem samt multipla problem inom olika livsområden. Eftersom LCP-gruppen är mer svårbehandlad är behandlingsprognosen sämre jämfört med AL-gruppen (Kazdin, 1997). Forskare har tidigare funnit att mind-

re än tio procent av dem som debuterar sent i antisocialt beteende har en fortsatt negativ utveckling upp i vuxen ålder (Lilienfeld et al., 1997; Scott, 2004). Moffitts resultat indikerar att avvikande beteende i tonåren kräver en mer kvalificerad förklaring än att det rör sig om en stökig övergång till ett mer hälsosamt vuxenliv. Det talar för att även AL-gruppen kan vara viktig att fånga upp i preventionsprogram. Loeber med kollegor (1998) menar att individuella faktorer påverkar starkast vid tidig debut av antisocialitet, medan de psykosociala faktorerna snarare tenderar att påverka vid en sen debut av antisocialitet. Vissa forskare har emellertid frågor när det gäller den barndomsdebuterande gruppen. De anser att den är heterogen, vilket skulle ge anledning till uppdelning i fler grupper. Fler homogena undergrupper skulle göra det lättare att hitta den specifika gruppens riskfaktorer för att kunna sätta in effektiva preventiva insatser (Andershed & Andershed, 2005).

Patterson och hans kollegor i Oregon Social Learning Centre har utifrån sin forskning kommit fram till en slutsats som liknar Moffitts teori om sen och tidig utveckling av antisocialt beteende. Patterson (2003) beskriver en antisocial utvecklingsprocess, dels i en grupp som visar avvikande beteende redan i barndomen, dels i en grupp som debuterar i antisocialt beteende i tonåren. Graden av svåra uppväxtförhållanden och bristande föräldraförmåga samt den tid den unge tillbringade med antisociala vänner predicerade fortsatt negativ beteendeutveckling. Även andra forskares empiri ger en grund för liknande teorier om ålderns betydelse för olika antisociala utvecklingsvägar (Farrington & Hawkins, 1991; Loeber et al., 1995; Lahey et al., 1999). I en svensk longitudinell studie med 709 ungdomar identifierade forskarna en liten grupp ungdomar (5,4 % av hela undersökningspopulationen) som begått brott före 15 års ålder och som stod för 62 procent av den registrerade brottslighet som begicks av undersökningspopulationen i vuxen ålder (Stattin & Magnusson, 1991). Mer än tre av fyra ungdomar som registrerades för brott före straffmyndighetsåldern återfanns senare i registret.

Mycket tyder på att de ungdomar som ingår i avhandlingens studier om MTFC tillhör gruppen som debuterar tidigt i antisocialt beteende. Ungdomarna har vid placering en lång historia av tidigare interventioner (Kyhle Westermarck et al., submitted). Samtliga har uppfyllt inklusionskriteriet för CD och har en hög psykiatrisk symptombelastning (Gustle et al., 2007; Wetterstrand & Zetterberg, 2007).

Metaanalyser

För att få en överblick över hur generaliserbara resultaten inom ett forskningsområde är, genomförs kunskapöversikter. Det har dock visat sig problematiskt att sammanställa resultat från behandlingstudier med varierande målgrupper, behandlingsmetoder och olika utfallsmått (Shadish et al., 2002).

Metaanalys kan beskrivas som "en statistisk summering av resultat från ett större urval oberoende studier" (Andreassen, 2003, sid 72). Förutom att metaanalysen på många sätt har förbättrat möjligheten att överblicka utvärderingar kring en behandlingsmetod eller annan forskningsfråga, finns även andra fördelar. När enskilda utvärderingsstudier bedöms kan det vara svårt att finna verkliga effekter eftersom urvalet ofta är litet. Studier med små urval har svårare att uppnå statistiskt signifikanta resultat. En del av forskningen om antisociala ungdomar bygger på behandlingstudier med små urval. Risken är att analyserna inte visar signifikanta behandlingseffekter och att resultatet tolkas som att behandlingen saknar effekt. Trots att studien visar viktiga eller måttliga behandlingseffekter kan slutsatsen bli att behandlingen inte var effektiv (Lipsey, 2002; Shadish et al., 2002). Fördelen med metaanalyser är att utfallsmåttet effektstorlek beräknas på samtliga studier i metaanalysen och därmed inte påverkas av de enskilda studiernas små urval (Lipsey & Wilson, 2001). Metaanalyserna kan därför upptäcka resultat som traditionella metoder har svårare att lyckas med. MTFC har som behandlingsprogram ingått i ett par metaanalyser, vilket har gett möjlighet till jämförelse av resultat, trots olika typer av utvärderingsdesign (MacDonald & Turner, 2008; Woolfender et al., 2008). Ett ansevärt antal metaanalyser på området behandling av antisociala ungdomar har genomförts i USA och Kanada. Sedan Nordiska Campbell Collaboration Center etablerades i Köpenhamn 2002 har även antalet metaanalyser genomförda i Europa ökat betydligt (se www.campbellcollaboration.org). Campbell Collaboration är en organisation som sammanställer forskningsöversikter över utvärderingsstudier. För att inkluderas i metaanalysen måste studierna uppfylla höga kvalitetskrav.

Lipsey (1992) och Lipsey & Wilson (1998) genomförde en metaanalys av närmare 500 studier om behandling av antisociala ungdomar. De mest lovande programmen var beteendereinriktade, multimodala, innehöll färdighetsträning, fokuserade på interaktionen mellan föräldrar/barn och genom-

fördes i ungdomens naturliga sammanhang, som närmiljön och skolan. Även andra metaanalyser har visat på liknande resultat, vilket talar för att behandlingsprogram bör inriktas på multipla aspekter av riskfaktorer, såsom individen själv, familj, vänner, skola och samhället (Lipsey, 1995; Farrington, 2003 b; Macdonald & Turner, 2008).

Metaanalysen är idag en erkänd metod men den är behäftad med metodologiska problem. Inom ett kunskapsområde där ett flertal primärstudier visar disparata resultat kan en metaanalys vara klagörande. Det är dock viktigt att de inkluderade studierna har liknande populationer, likvärdiga upplägg, samma typ av insats och samma typ av utfallsmått (Anttila, 2008). I utvärderingsstudier jämförs ofta en specifik behandlingsmetod med någon typ av standardbehandling. Det kanske största problemet med metaanalyser är att den specifika metod som utvärderas är väl definierad medan standardbehandlingen kan bestå av ett antal dåligt definierade metoder. Det gör det svårt att veta vad jämförelsegruppen fått för insats. Dessutom varierar standardbehandling både nationellt och mellan länder, vilket gör det svårt att generalisera utifrån resultaten (Shadish et al., 2002). Ett annat problem är att valet av studier till metaanalys kan vara bias. Till exempel så publiceras mindre ofta studier som visar på icke signifikanta resultat. Om enbart studier som visar positiva resultat tas med i analysen kan det medföra bias. Det är därför viktigt att även inkludera icke publicerade studier i metaanalysen (Rutter et al., 1998). Ytterligare ett problem är svårigheten att finna alla relevanta studier. Studier som publiceras på engelska är lättast att hitta i databaser.

Metodologiska oklarheter vid genomförandet av metaanalyser kan även försvåra tolkningen av resultaten. I en metaanalys av en behandlingmodell (Multisystemisk Terapi) genomförd av Campbell Collaboration, framkom att sju av åtta inkluderade randomiserade studier visade signifikanta förbättringar jämfört med annan behandling, vilket dock inte konfirmerades av metaanalysen. Författarna var generellt kritiska till studiernas kvalitet (Littell, 2005; Littell et al., 2005). Resultaten har debatterats i ett flertal artiklar och författarna har av vissa kritiserats för bristande förståelse för konceptuella, metodologiska och praktiska problem inom behandlingsforskningen (Henggeler et al., 2006; Ogden & Hagen, 2006).

Kunskapsöversikter bör genomföras med systematik och transparens för att motverka bias (Jergeby & Tengvald, 2005). I en kritisk granskning av

kvalitén på publicerade översikter av evidensbaserade interventionseffekter fann författaren (Littell, 2008) en betydlig variation i användningen av explicita inklusionkriterier, i strategier för att finna relevanta publicerade och opublicerade data och i metoder för att sammanställa resultaten mellan studierna. Ingen av översikterna använde systematiska metoder för att identifiera, analysera och sammanställa resultaten.

Vad som fungerar för vem – en differentieringsmodell

Forskningen har visat att ungdomar med beteendeproblem är en heterogen grupp som har en mängd olika beteendeproblem. Att matcha individ och behandling är därför viktigt för dessa ungdomar (Daleflod, 1996). Ett sätt att finna effektiva behandlingsmetoder är att identifiera olika faktorer som karaktäriserar effektiva program (Lipsey, 2009). Enligt Cullen & Gendreau (2000) bör resultaten från metaanalyser om interventioner för antisociala ungdomar därför kompletteras med teorier kring effektiva interventioner. De menar att man inte kan dra slutsatser utan att ha kunskap om sambanden mellan de olika faktorer som gör behandlingen effektiv. Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau och Cullen använde forskning om orsaker och påverkansprocesser för antisocialt beteende och utvecklade en teori för effektiv behandling. Teorin innehåller tre principer: risk-, behov- och responsivetsprincipen, som forskarna menade skulle vara applicerbara inom både dygnsvård och öppenvård (Fossum & Ogden, 2007). De inriktar sig på att matcha individen med en behandling som tar hänsyn till den risk som han/hon löper, behov och personliga egenskaper. Riskprincipen innebär att behandlingsnivån bör anpassas till ungdomars risknivå för att få så bra behandlingseffekt som möjligt (Dowden & Andrews, 2000). Högrisk-ungdomar¹ bör få intensiva och omfattande interventioner, till skillnad från lågriskungdomar² som bör få minimala interventioner eller ingen behandling alls (Lipsey & Wilson, 1998; Rutter, et al., 1998; Latessa & Lowenkamp, 2006; Lowenkamp et al., 2006). Det finns forskning som visar att placering av lågriskungdomar i intensiva interventioner kan ge iatrogenisk effekt, dvs. påverka individen negativt (Dishion et al., 1999; Bonta, et al., 2000; Lipsey & Cullen, 2007). Enligt behovsprincipen ger behandlings-

32 ¹ Högriskungdom betecknar en individ med många riskfaktorer och hög sannolikhet för fortsatt antisocialitet.
² Lågriskungdom betecknar en individ med få riskfaktorer och låg sannolikhet för fortsatt antisocialitet.

programmet större effekt om det fokuserar på de riskfaktorer som bidrar till att upprätthålla individens antisociala beteende, såsom antisociala attityder, antisociala kamratrelationer och drogberoende. För att kunna minska det antisociala beteendet bör behandlingen inriktas på dynamiska riskfaktorer, dvs. faktorer som är förändringsbara. Responsivitetsprincipen hävdar att individens individuella karaktär påverkar förmågan att ta till sig behandling (Andrews, et al., 1990; Gendreau, 1996). Chansen att en behandling ska lyckas är större om den matchar individens inlärningsförmåga. Flera studier visar att interventioner som är trogna dessa tre principer uppnår större behandlingseffekt jämfört med dem som inte följer principerna (Andrew & Dowden, 2005; Andrew et al., 2006). Resultaten visar också att typ av behandlingsprogram var en avgörande förklaringsfaktor till effektskillnader. De kognitiva/beteendeinriktade behandlingsprogrammen, som fokuserade på högriskungdomar och på att förändra de dynamiska riskfaktorerna, visade sig vara framgångsrika (Andrew, et al., 1990; Andrew & Bonta, 2006; Gendreau, et al., 2006). I en omfattande studie av kriminella ungdomar på institution delades ungdomarna in i olika risknivåer för återfall i kriminalitet (Lowenkamp et al., 2006). Resultaten visade att programmen var effektiva för högriskungdomarna medan de ökade risken för återfall för lågriskungdomarna. Att använda principerna i praktiken är emellertid inte helt lätt. Om principerna ska vara utgångspunkten för matchning av individ och behandling krävs en omfattande utredning av individen och ett brett utbud av utvärderad behandling.

Kännetecken för en effektiv intervention i sju punkter

I början av kapitlet presenterades den process där longitudinella studier, risk- och skyddsfaktorer samt enskilda primärstudier utgjort olika faser i utvecklingen av effektiva interventioner för antisociala ungdomar. Även metaanalyser har bidragit till utvecklingen. Kapitlets litteraturgenomgång har fått ligga till grund för en sammanfattning av det som kännetecknar en effektiv intervention för antisociala ungdomar. Liksom inom många andra kunskapsområden pågår även här en kontinuerlig kunskapsutveckling. Det innebär att det som beskrivs här är det vi vet idag. Dessutom baseras kun-

skapen främst på forskning från Nordamerika. Samtliga sju punkter som utgör sammanfattningen finns implicit i litteraturen (Whitehead & Lab, 1989; Andrew, et al., 1990; Lösel, 1995; Lipsey & Wilson, 1998; Rutter, et al., 1998; MacKenzie, 2000; Andreassen, 2003; Farrington & Welsh, 2007; Lipsey & Cullen, 2007). Särskilt viktiga i sammanhanget är Andreassens (2003) och Rutter med kollegors (1998) kunskapsöversikter. I avhandlingens diskussionsavsnitt kommer MTFC att diskuteras i ljuset av följande sju punkter:

1. Interventionen bör vara både teoretiskt och empiriskt baserad på risk- och skyddsfaktorer.
2. Interventionens omfattning bör styras av ungdomarnas risknivå (Dowden & Andrew, 2000). Högriskungdomar bör få intensiva och omfattande interventioner medan lågriskungdomar bör få minimala eller inga interventioner alls (Lipsey & Wilson, 1998; Rutter, et al., 1998; Latessa & Lowenkamp, 2006; Lowenkamp et al., 2006).
3. Interventionen bör genomföras så att den anpassas till den unges kognitiva förutsättningar att lära. Det innebär att hänsyn bör tas till den unges individuella egenskaper vid val av behandlingsmetod (Andrew et al., 1990; Gendreau, 1996).
4. Interventionerna bör inriktas på strukturerade metoder baserade på kognitiv beteendeteori och social inlärningsteori (Lipsey, 1992; Lipsey & Wilson, 1998; Rutter et al., 1998; Farrington & Welsh, 2007).
5. Interventionen bör vara nära kopplad till den lokala sociala kontexten, som till exempel familj, skola och vänner (Lipsey, 1992; Lipsey & Wilson, 1998; Rutter et al., 1998).
6. Interventionens inriktning bör utgå ifrån den unges dynamiska risk faktorer för att kunna förändra det antisociala beteendet. Det innebär att interventionen ska fokusera på de problem som direkt främjar antisocialitet, som till exempel antisociala attityder. Det kräver en multisystemisk intervention som ska medverka till förändring inom flera områden (Andrews et al., 1990; 2004).
7. Behandlingsintegriteten (behandlingstroheten, se Jergeby, 2008) bör vara hög, dvs. vid implementering av en metod ska man vara trogen

ursprungsmetoden och följa metodmanualerna. En behandlingsmetod riskerar att få sämre behandlingseffekter om metoden inte följs (Rutter et al., 1998; Petrosina & Soydan, 2005; Latessa & Lowenkamp, 2006).

Dygnsvård som intervention för ungdomar med beteendeproblem

Många ungdomar som placeras inom dygnsvården har svåra och komplexa beteendeproblem (Rushton, 1989; Rutter, 2000; Vinnerljung et al., 2001). Hur välfungerande är den vård som erbjuds denna grupp utsatta ungdomar? Utan att göra anspråk på att ge ett fullständigt svar på frågan presenteras här en bild av dygnsvården med utgångspunkt från relevanta behandlingsstudier eller andra typer av effektstudier. Det kanske mest slående vid genomgången är bristen på nordiska studier som tar upp behandling inom dygnsvården och dess effekter för ungdomar med beteendeproblem (SOU, 2005).

Dygnsvårdens omfattning

Det är ett stort antal barn och ungdomar som på något sätt berörs av den sociala barnvården i Sverige. I början av 1990-talet ökade antalet barn och ungdomar som omhändertogs inom den sociala barnvården. Tonåringar stod för den huvudsakligen ökningen (Lundström & Vinnerljung, 2001). Trenden att andelen omhändertagna barn ökar verkar ha fortsatt under 2000-talet (Socialstyrelsen, 2001; 2008). Studier visar att omkring sex procent av alla tonåringar i Sverige årligen rapporteras till socialtjänsten (Cocozza, 2003; Wiklund, 2006; Vinnerljung et al., 2007). I en longitudinell studie av stockholmsbarn framgick att knappt var tionde barn hade varit föremål för någon typ av insats under uppväxten (Sundell et al., 2004). Majoriteten av insatserna utgjordes av dygnsvård och den årliga prevalensen för åldern 14–17 år uppskattades till mellan tre och fyra procent. År 2007 var 21 500 barn eller ungdomar placerade inom dygnsvården någon gång under året, varav nästan 70 procent var ungdomar (Socialstyrelsen, 2008). Det saknas nationell statistik över hur stor andel ungdomar med beteendeproblem som placeras inom dygnsvården. I en nationell kohortstudie från 2001 om sammanbrott vid tonårsplaceringar (Vinnerljung et al., 2001) framgår

dock att majoriteten (58 %) av pojkarna och var tredje (32 %) flicka var omhändertagen på grund av antisocialt beteende.

Institutions- och fosterhemsvård

I Sverige var fosterhemsvård den placeringsform som länge dominerade dygnsvården. Under 90-talet skedde en förändring mot ökad institutionalisering, samtidigt som vi såg en ökad privatisering av institutionsvården, vilket framförallt berörde ungdomar (Vinnerljung et al., 1999; Sallnäs, 2000). Vilka konsekvenser detta fått för ungdomarna finns det lite kunskap om eftersom det saknas utvärderingar av institutionsvården (Sallnäs, 2000; Riksrevisionsverket, 2002; se dock Armelius, 1999). En nationell kohortstudie av ungdomar placerade inom dygnsvården under 90-talet visade att placering i fosterhem generellt sett var den vanligaste placeringsformen. Även för ungdomar med beteendeproblematik var placering i fosterhem vanligast, följt av placering på §12-hem och HVB (Vinnerljung et al., 2001).

Ungdomar med beteendeproblem inom institutionsvård

Den internationella forskningen om institutionsbehandling av beteendeproblem hos ungdomar är omfattande. Både uppföljningsstudier och kontrollerade effektstudier har genomförts. Andreassens (2003) kunskapsöversikt om institutionsbehandling visar på variationer i behandlingseffekter både mellan ungdomar och mellan olika institutioner. Enskilda primärstudier saknar ofta väldefinierade behandlingsmetoder, vilket gör det svårt att urskilja de faktorer som har haft positiv respektive negativ inverkan. Det innebär att även metaanalyser har svårt att identifiera effektiva metoder utifrån dessa studier. Risken för negativ smittoeffekt av att placera antisociala ungdomar tillsammans på en institution har diskuterats inom forskningen (Andreassen, 2003; Sundell & Vinnerljung, 2008). Det finns en risk för destruktiv kamratpåverkan (min översättning, eng: deviant peer influence), som innebär att antisociala ungdomar i grupp förstärker varandras negativa beteende. Dishion med kollegor (1999) analyserade kommunikationen mellan ungdomar och fann att antisociala ungdomar responderade positivt

på diskussioner som idealiserade den normbrytande kulturen, så kallad destruktiv kamratpåverkan, medan icke antisociala ungdomar negligerade diskussionerna. Patterson & Dishion (1999) fann att destruktiv kamratpåverkan förklarade 35 procent av ungdomars missanpassning vid en 5-årsuppföljning. Denna negativa smittoeffekt skulle kunna vara en delförklaring till de negativa effekter som vissa studier av institutionsplaceringar visat (Andreassen, 2003). I en kunskapsöversikt konstaterar Dodge med kollegor (2006) att destruktiv kamratpåverkan ökar antisocialt beteende, men framhåller att det finns forskning som visar på möjligheter att minimera destruktiv kamratpåverkan inom institutionvården. Forskarna beskriver det som en balansgång, där de positiva effekterna av behandlingsinsatsen måste överstiga de negativa effekterna av destruktiv kamratpåverkan.

I en svensk studie (Sarnecki, 1996) om ungdomar inskrivna på sju särskilda ungdomshem, visade resultatet två år efter utskrivning att tre fjärdedelar av ungdomarna fortfarande hade problem med missbruk och kriminalitet och att endast en knapp femtedel av ungdomarna helt saknade behov av stöd eller hjälp. Levin (1998) redovisade nedslående behandlingsresultat i en studie om tvångsvård av ungdomar placerade på Råby ungdomshem. Trots att vissa av ungdomarna inte hade begått några brott före institutionsvistelsen begick majoriteten av ungdomarna lagbrott efter utskrivning. Närmare 70 % av ungdomarna missbrukade efter utskrivningen och bland dem fanns en mindre grupp ungdomar som inte missbrukat före institutionsvistelsen. Författaren tolkade det som att när ungdomarna förmedlade sina kriminella erfarenheter till varandra utvecklades en gemensam ungdomskultur som i vissa fall resulterade i iatrogeniska behandlingseffekter (Levin, 1998). I studier om MTFC har forskare jämfört frekvens av umgänge med antisociala vänner hos ungdomar placerade i MTFC respektive på institution (Eddy & Chamberlain, 2000; Leve & Chamberlain, 2005). Resultaten visade att kontakt med antisociala ungdomar predicerade allvarlig kriminalitet efter behandling. De ungdomar som placerats på institution hade fler arresteringar och umgicks mer med antisociala vänner under behandlingstiden jämfört med MTFC-ungdomarna. Detta är bara några studier som visar att behandling kan ge negativa eller skadliga effekter. Det finns fler exempel inom forskningen som visar på negativa eller skadliga behandlingseffekter (Lipsey, 1992; Weiburd et al., 2001; Dodge et al., 2006). Effektvärdering av olika behandlingar och program har gett ökad kunskap och

öppnat upp för en diskussion om att behandling inte bara kan vara verkninglös utan till och med direkt skadlig (Sundell & Vinnerljung, 2008).

Ungdomar med beteendeproblem inom fosterhemsvård

Internationell forskning visar att antalet ungdomar inom fosterhemsvården ökat i både Europa, USA och Australien (Maluccio et al., 2000; Pecora et al., 2002). Bland dessa ungdomar finns många med allvarliga beteendeproblem, vilket kan ha lett till ökade krav på fosterföräldrar (Ainsworth & Maluccio, 2003). Det gör det svårare, både att rekrytera och att behålla fosterföräldrar inom vården. Forskning har visat att bakgrunden till att fosterföräldrar avsäger sig sitt uppdrag bland annat är otillräckligt stöd, smärtsamma erfarenheter av avbrutna placeringar och att de känner en press från placerande myndigheter att ta emot ungdomar med beteendeproblem (Apathurai et al., 1986; Bebbington & Miles, 1990; Chamberlain et al., 1992; Triseloitis et al., 2000; Department of Health, 2002). Det saknas effektstudier av tonårsplaceringar inom fosterhemsvården som genomförts i Sverige eller i Norden (Fossum & Ogden, 2007), men en del talar för att de problem som diskuteras inom den internationella forskningen även finns inom den svenska fosterhemsvården. I Sverige är många ungdomar med beteendeproblem placerade i fosterhem (Sallnäs et al., 2004) och många fosterföräldrar klagar på bristande stöd från socialtjänsten (Andersson, 1998).

Att placeringar bryter samman har sedan länge varit ett uppmärksammat problem inom internationell forskning. Redan på 60- och 70-talen myntade brittiska forskare begreppet "sammanbrott" (eng. breakdown) inom fosterhemsvården (Trasler, 1961; Parker 1966; George, 1970; Napier, 1972). Därefter har omfattande forskning skett om sammanbrottets negativa betydelse för fosterhemsvården (Fratter et al., 1991; Kendrick, 1996; Courtney & Barth, 1996; Newton et al., 2000; Barber & Delfabbro, 2002; Sallnäs et al., 2004; Farmer et al., 2005). När en placering bryter samman får det negativa konsekvenser för alla inblandade. För vården innebär det oftast ökade kostnader (Gilbertson & Barber, 2003; Chamberlain et al., 2006). För fosterföräldrarna kan det innebära en negativ upplevelse som får dem att lämna sitt uppdrag inom fosterhemsvården (Bebbington & Miles, 1990; Triseloitis et al., 2000; Wilson et al., 2000; Department of Health, 2002). För

den placerade kan ett sammanbrott innebära ökad risk för nya sammanbrott vid framtida placeringar (Courtney, 1995; Newton et al., 2000; Vinnerljung et al., 2001; Egelund, 2006), för skolproblem och lägre utbildning (Berridge & Cleaver, 1987; Biehal, et al., 1995), för att bli förskjuten av de biologiska föräldrarna vid för tidig hemgång (Farmer, 1993; Biheal, 1995) samt för ungdomskriminalitet (Jonson-Reid & Barth, 2003). Beteendeproblem har visat sig ha starka samband med sammanbrott (Millham et al., 1986; Berridge & Cleaver, 1987; Berry & Barth, 1990; Fratter et al., 1991; Chamberlain, 1994; Berridge, 1997; Barber & Delfabbro, 2002; Farmer et al., 2005). I en dansk kunskapssammanställning av internationella studier om sammanbrott inom dygnsvården visade det sig att 40–50 procent av ungdomsplaceringarna bröt samman (Egelund, 2006). När Patricia Chamberlain med kollegor startade försök att behandla kriminella ungdomar inom MTFC-programmet ställde de sig frågan om det överhuvudtaget var möjligt att genomföra behandlingen utan omfattande sammanbrott (Chamberlain & Reid, 1998; Hansson, 2001).

Några långsiktiga resultat

Vid en uppföljning av den nämnda nationella kohortstudien om sammanbrott framkom få positiva resultat (Vinnerljung & Sallnäs, 2008). Ungdomarna som placerades när de var 13–16 år följdes upp när de var 20–25 år. De som placerats på grund av beteendeproblem hade i jämförelse med dem som placerats av andra skäl mer negativa utfall. De hade mer problem med kriminalitet, psykiska problem, för tidig död, större risk att bli tonårsförälder, självförsörjningsproblem och lägre utbildning. Dessutom framträdde sammanbrott som en stabil indikator på en negativ långtidsprognos oavsett den unges bakgrund. Oavsett skäl till placering tenderade dock de unga kvinnorna att klara sig bättre. I en dansk kunskapsöversikt konstaterade författarna att jämfört med en normalpopulation hade unga vuxna som placerats i tidig ålder större andel psykosociala problem, sämre utbildning, ekonomi och hälsa, mer missbruksproblem och de riskerade i högre utsträckning att dö för tidigt (Egelund & Hestbaek, 2003). Levins (1998) uppföljning av ungdomar som tidigare hade varit tvångsplacerade på Råby visade att vid 21–25 års ålder hade det gått dåligt för närmare 70 procent av poj-

karna medan hälften av flickorna hade klarat sig ganska bra. En tredjedel av ungdomarna stod utanför arbetsmarknaden medan knappt en fjärdedel var arbetssökande. En långtidsuppföljning av ungdomar som diagnostiserats med CD (Olsson, 2006) visade att två tredjedelar av pojkarna och hälften av flickorna skilde sig rejält från normalpopulationen inom sju olika livsområden. Det gällde utbildning, socioekonomisk status, tonårsföräldraskap, psykisk hälsa, missbruk, kriminalitet och dygnsvård för vuxna. Det här pekar på att trenden av negativa behandlingsresultat för ungdomar med beteendeproblem fortgår även vid uppföljning på längre sikt.

Treatment foster care – en alternativ vårdform

I både Nordamerika och Storbritannien har Treatment foster care utvecklats som en alternativ intervention för ungdomar. Treatment foster care är ett paraplybegrepp, där även MTFC ingår, för en familjebaserad intervention som är designad för att kunna anpassas till barn och unga med varierande problem. I en metaanalys om Treatment foster care menar författarna att varken fosterhemsvården eller institutionsvården egentligen kan hantera de komplexa och allvarliga problem som ungdomar med beteendeproblem har (Macdonald & Turner, 2008). Fosterföräldrar upplever att de saknar både stöd och relevant utbildning för att kunna bemöta placerade ungdomar på ett effektivt sätt (Vinterhed, 1985; Wählander, 1990; Rutter, 2000, Egelund & Hestbaek, 2003;). Treatment foster care framställs som en möjlig väg till förbättrad behandling av svårbehandlade barn och ungdomar (MacDonald & Turner, 2008). Treatment Foster Care (TFC), tidigare kallad Specialized foster care, beskrivs som intensiv terapeutisk vård för barn och ungdomar med känslo- och beteendeproblem, kriminalitet eller utvecklingsstörningar. I litteraturen definieras TFC som en intervention där ett väldefinierat behandlingsprogram låter fosterföräldrar ansvara för behandlingen tillsammans med ett behandlingsteam (Reddy & Pfeiffer, 1997).

I många länder finns ett växande intresse för TFC. Många program har satts igång men utvärderingar av bra kvalitet saknas. Målgruppen är heterogen och innehållet i behandlingen varierar (Hussey & Guo, 2005). I en kunskapssammanställning som inkluderade 40 studier om TFC var förfat-

tarna kritiska till de metodologiska bristerna i utvärderingarna (Reddy & Pfeiffer, 1997). Sammanställningen pekade dock på att TFC hade viss positiv effekt på sociala färdigheter och antisociala beteenden bland barn och ungdomar. En annan studie visade att TFC förbättrade ungdomarnas internaliserade problem men inte de externaliserade (Hussey & Guo, 2005). Endast fem av 31 studier som utvärderat TFC höll tillräckligt god kvalitet för att inkluderas i en metaanalys (Macdonald & Turner, 2008). Fyra av dessa var utvärderingar av MTFC. I metaanalysen beskrevs MTFC som ett lovande program för såväl antisociala ungdomar som ungdomar med allvarliga psykiska problem. Författarna menade att TFC består av så många olika program att heterogeniteten försvårar utvärderingar. Istället rekommenderades fortsatt forskning på MTFC-programmet. I nästa avsnitt följer en presentation av MTFC som behandlingsmodell.

Multidimensional Treatment Foster Care – en manualbaserad intervention

Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) är en manualbaserad intervention för ungdomar som utvecklats som ett alternativ till institutionsvård för ungdomar med beteendeproblem (Chamberlain, 1994; Chamberlain & Reid, 1998). Behandlingsprogrammet använder sig av specialutbildade fosterhem. Det innebär att ungdomarna tillbringar mer tid med vuxna jämfört med exempelvis institutionsvård, där ungdomar med liknande problematik sammanförs med risk för negativ påverkan. Programmet utmärks av en välstrukturerad vuxendominerad vardag. Den unge stannar i den lokala miljön och samarbetet med skolan och föräldrar underlättas. MTFC-programmet skiljer sig från ett traditionellt fosterhem på flera punkter.

I MTFC:

- är arbetet med den unge regelstyrkt med hjälp av en manual
- träffar inte fosterföräldrarna den unges biologiska föräldrar
- är någon i teamet tillgänglig 24 timmar om dygnet, sju dagar i veckan
- får endast en individ placeras i fosterhemmet
- förbinder sig en fosterförälder att vara hemma till minst 50 procent
- ingår fosterföräldrarna som aktiva medlemmar i den unges behandlingsteam
- finns en teoretisk grund för behandlingens genomförande.

Chamberlain gör en jämförelse mellan MTFC och barnpsykiatri/socialtjänsten. Hon menar att inom MTFC används paraprofessionella (fosterföräldrarna) i behandlingen och terapeutens roll präglas mer av att vara coach till den unge än att vara behandlare. En annan väsentlig skillnad är att inom MTFC sker behandlingen aldrig gruppvis till skillnad från inom barnpsykiatri och socialtjänsten (Chamberlain, 2003).

Teorin bakom MTFC

Under mer än 30 år har Patterson och hans kollegor på Oregon Social Learning Centre, Oregon, USA, forskat om barns utveckling av antisocialt beteende (se Reid et al., 2003, sid 3). De program som centret utvecklat har sin grund i dessa erfarenheter. Barnets egenskaper och interaktionen med föräldrar i samspel med kontextuella faktorer såsom vänner, skola och närsamhälle, är avgörande för om barnet kommer att utveckla antisocialitet eller inte (Chamberlain, 2003). Eftersom barns utveckling börjar formas redan i spädbarnsåldern har familjen stor betydelse. Forskning har visat att föräldrar har en nyckelroll i att stödja sitt barn under socialisationsprocessen. Föräldrars förmåga att stödja och vägleda sitt barn kan bidra till att en påbörjad negativ utveckling antingen eskalerar eller bromsas upp. En konfliktfylld relation mellan föräldrar och barn ger sämre möjlighet till stöd och öppnar upp för negativ påverkan från antisociala vänner (Reid, et al., 2003). En kommunikation inom familjen som är tydlig, tillåter känslor och som fokuserar på samarbete är central i arbetet med familjer med problemområden (Hansson, 2001). Studier av familjeterapi har visat att positivt förändrade familjerelationer kan förbättra barns framtida förutsättningar (Forgatch & DeGarmo, 1999). Samtidigt har utvecklingsforskningen visat att tonårstiden innebär ett ökat tryck från kamrater som kan vara en utlösande faktor för antisocialitet (Chamberlain, 2003). En effektiv uppfostringsstil, med positiv förstärkning i kombination med adekvat gränssättning, är därför också en viktig faktor i sammanhanget (Snyder & Stoolmiller, 2002).

Kunskap om familjens roll i barnets utveckling återspeglas i de strategier som ligger bakom MTFC. Som behandlingsmetod är MTFC förankrad i social inlärningsteori och i teorier om risk- och skyddsfaktorer. Inom social inlärningsteori antas att vårt sociala beteende lärs in genom att vi observerar andra i vår närmiljö. Teorin beskriver vilka mekanismer som lär individen ett socialt beteende. En viktig utgångspunkt är att belöning underlättar vid inlärningen av ett beteende (Ferrer-Wreder, et al., 2005). Social inlärningsteori har varit utgångspunkten i Pattersons så kallade tvångsteori, eller tvingande interaktioner, där en dysfunktionell föräldra-barnrelation antas spela en betydande roll för utveckling av antisocialt beteende. Barnet agerar, föräldrarna reagerar och barnet agerar på responsen. Patterson menar att barnen lär sig att undvika och komma undan kritik från föräldrar genom

att eskalera ett negativt beteende. Teorin fokuserar på medierande familjefaktorer, som disciplin, konsekvens och mjukhet, vuxen vägledning och positiv barn-vuxenrelation, som centrala i utveckling av antisocialitet. Modellen, som har prövats i många empiriska studier (Patterson, et al., 1992, Reid, et al., 2003), bygger på små barns utvecklande av negativa samspelsstrategier med sin omgivning. Det kan beskrivas som ett dynamiskt samspel mellan individen och omgivningen som kan förstärka ett problembeteende. Problemens upprinnelse antas vara vissa små barns ovanligt besvärliga och temperamentsfulla beteende som hanteras av oerfarna eller utsatta föräldrar. Föräldrarna försöker lösa problemen men är ofta inkonsekventa, vilket utlöser en kedja av tvångsaktiga beteenden mellan förälder och barn. Barnet lär sig att negativt beteende ger uppmärksamhet, vilket i sin tur bidrar till att beteendet förstärks och problemen kvarstår. När föräldrarna inte klarar av att sätta gränser eskalerar problemen och möjligheten till en effektiv socialisering av barnet minskar. Problemen får nya dimensioner då barnet tar med sig det förstärkta negativa beteendet till en ny social kontext utanför familjen. Barn som i förskoleåldern saknar ett prosocialt beteende får svårt att kommunicera med andra barn (Shaw & Winslow, 1997). Barnet uppfattas som störande och har svårt att bli accepterat av andra barn som har ett prosocialt beteende. Både vuxna och jämnåriga betraktar barnet som ett "problem" och barnet utesluts från gemensamma sociala aktiviteter. Nästa steg för det avvisade barnet är att söka sig till kamrater med liknande negativa beteenden för att bli accepterat. Genom interaktion inom den nya gruppstillhörigheten lär sig barnet nya normbrytande beteenden. I de tidiga tonåren har den unge utvecklat sociala förmågor som är anpassade till den avvikande miljön där han/hon är förankrad, men saknar färdigheter som passar i det konventionella samhället. Under dessa år är grupprocessen och kamratpåverkan kraftfull (Chamberlain, 2003). Den unge distanserar sig från föräldrar och skola. Föräldrarnas uppsikt över ungdomarna försämras och därmed den fysiska kontrollen över den unge. Med ökad ålder utökas det antisociala beteendet till att omfatta även kriminalitet och missbruk. Är den unge dessutom bosatt i ett utsatt område med sociala problem ökar risken för interaktion med likasinnade ungdomar (Capaldi et al., 2002). När den unge ska ta steget in i vuxenvärlden, utan stöd från föräldrarna och med dålig social anpassning och andra svårigheter (t.ex. missbruk eller depression), får han/hon problem att möta de krav som samhället ställer

(Sprengelmeyer, & Chamberlain, 2001; Andreassen, 2003; Chamberlain, 2003; Reid et al., 2003; Andershed & Andershed, 2005).

Den beskrivna utvecklingsvägen till antisocialitet är framförallt applicerbar på de ungdomar som löper risk att utveckla ett allvarligt antisocialt beteende genom att tidigt inleda en konfliktfylld föräldra-barn interaktion och uppvisa ett avvikande beteende i unga år.

Under utvecklingen av MTFC har Chamberlain med kollegor tittat närmare på fyra medierande faktorer som antas påverka behandlingsresultatet. Faktorerna har valts eftersom de i ett stort antal longitudinella studier har identifierats som prediktorer för utveckling av antisocialt beteende (Chamberlain, 2003). De benämns också som fyra grundstenar i MTFC-programmet. I genomgången av Pattersons tvångsteori nämns de medierande familjefaktorerna disciplin, konsekvens och mjukhet, vuxen vägledning samt positiv barn-vuxenrelation som centrala i teorin. Faktorerna knyter an till programmets grundstenar som innebär att varje individ i programmet ska bemötas av fosterföräldrar som:

- förstärker ett normativt och positivt beteende
- har en stödjande och nära relation med den unge
- utövar god tillsyn och har ett förutsägbart, klart och konsekvent regelsystem för ungdomen
- övervakar den unges umgänge och minimerar kontakten med negativa kamrater (Elliot, 1998; Chamberlain, 2003; Reid et al., 2003).

Utvecklingen av MTFC bygger på en lång historia av empiriska studier. I början av 80-talet undersökte forskare på Oregon Social Learning Centre (OSLC) i USA (Bank et al., 1991) om metoden Parent Management Training (PMT) kunde hjälpa föräldrar att hantera ungdomar med allvarliga beteendeproblem (Chamberlain, 2003). Den centrala idén inom PMT byggde på det faktum att föräldrarna har inflytande över barnets dagliga funktioner och därmed har en stark inverkan på barnets anpassning till samhällets normer och krav. När forskarna upptäckte eskalerande konflikter mellan föräldrar och ungdomar i hemmen, vilka försvårade behandlingen, blev lösningen att finna alternativa placeringar utanför hemmet. Att behandla antisociala ungdomar i grupp hade visat sig kunna ge iatrogenisk effekt, och

därför var institutionsplacering inte något tänkbart alternativ. Forskning om föräldrars påverkan på barnen och om den negativa påverkan som umgänge med andra antisociala vänner kan ha, är viktiga aspekter som har lett fram till ett multimodalt perspektiv inom MTFC. Utifrån en teori grundad på empiriska erfarenheter inleddes utvecklingen av MTFC. Som metod kan MTFC vara ett exempel på ett behandlingsprogram som är baserat på forskning om risk- och skyddsfaktorer (Chamberlain, 2003; Reid, et al., 2003). Programmet fokuserar på följande risk- och skyddsfaktorer:

Riskfaktorer:

- Föräldrarna brister i tillsyn över den unge.
- Föräldrarnas uppfostran präglas av inkonsekvent, oförsiktig och - onödigt hård disciplin.
- Den unge umgås med antisociala kamrater.
- Den unge har hög frånvaro i skolan och presterar dåliga skolresultat.
- Den unge har en tidigare historia av kriminalitet.
- Den unge debuterade i antisocialt beteende i tidig ålder, både i hemmet och i skolan.

Skyddsfaktorer:

- Den unge har en stödjande vuxenrelation.
- Den unge deltar i prosociala aktiviteter och har ett åldersadekvat socialt beteende.
- Den unge umgås med positiva vänner (Elliot, 1998).

Denna genomgång har handlat om risk- och skyddsfaktorer som inom MTFC är viktiga både för det preventiva arbetet och behandlingsarbetet med ungdomar. Beskrivningen av hur olika faktorer påverkar barns och ungdomars utveckling är generell, vilket innebär att det inte är möjligt att överföra kunskapen direkt i arbetet med den enskilda individen. Även annat än risk- och skyddsfaktorer påverkar individens utveckling. De två teoretiska begreppen *multifinalitet* och *ekvifinalitet* kan illustrera komplexiteten i att undersöka risk- och skyddsfaktorer i relation till individers utveckling

(Cicchetti & Rogosch, 1996). Multifinalitet innebär att en faktor kan leda till olika utfall hos olika individer. Ekvifinalitet innebär att en individs utfall kan ha utvecklats via olika utvecklingsvägar. För närmare beskrivning se Andershed & Andershed, 2005, sid 61. Effekten av riskfaktorer är ofta liten, vilket innebär att förekomst av riskfaktorer inte alltid innebär att det behöver gå illa för barnet. Förekomsten av en risk hos en individ kan även ses som en motivering till vaksamhet hos omgivningen. Effekter är inte alltid synliga. Till exempel leder en riskfaktor som en svår uppväxt inte nödvändigtvis till psykopatologi, men den kan ändå få konsekvenser, även om inte effekterna blir synliga. Det finns en stor variation i anpassningsförmåga hos barn och ungdomar. Grovt sett beskrivs att en tredjedel av barnen klarar sig bra, en tredjedel klarar sig någorlunda och en tredjedel klarar sig dåligt (Lagerberg & Sundelin, 2000).

MTFC **som behandlingsprogram**

MTFC är en multidimensionell behandlingsmetod och kan beskrivas som en kombination av fosterhemsplacering, familjeterapi och individualterapi. Programmet syftar till att ge ungdomar med allvarliga beteendeproblem en god tillsyn, ett rättvist och konsekvent regelsystem, förutsägbarhet vid regelbrott, en stödjande relation till en vuxen och kontrollerat umgänge med kamrater. Metoden kännetecknas av att behandlingen riktar sig mot många nivåer samtidigt: den unge, de biologiska föräldrarna, fosterföräldrarna och den sociala miljön, såsom skola och fritid. Metoden använder sig av specialiserade fosterhem som är utbildade för att ta emot ungdomar med antisocialt beteende och kriminalitet. Behandlingen är manualbaserad och beskrivs som en strukturerad inlärningsmodell, fokuserad på att hjälpa ungdomarna att lära sig ett socialt beteende. I behandlingsmetoden ingår ett poängsystem (teckenekonomi, se Andreassen, 2003, sid 198) som ska motivera ungdomarna att förändra sitt problembeteende till ett prosocialt beteende. Det önskvärda beteendet belönas genom att den unge får poäng på uppvisat accepterat beteende. De antal poäng som det önskvärda beteendet genererar omvandlas till olika typer av förmåner (t.ex. mer kompidtid, mer datatid), vilket antas leda till en förstärkning av det positiva beteendet.

En viktig del i behandlingen är den intensiva handledning som fosterföräldrarna får genom konsultation av en samordnare (tillgänglig 24 timmar om dygnet) och veckovisa gruppmöten med andra MTFC-fosterfamiljer. Behandlingsteamet består av samordnare, familjebehandlare, ungdomsbehandlare, färdighetstränare och fosterföräldrar. Samordnaren har en central roll i behandlingsteamet som ansvarig för utformningen av den unges behandling. Samordnaren har även det övergripande ansvaret för behandlingen och kan definieras som "team leader". Familjebehandlaren kan beskrivas som den biologiska familjens ombud, som ansvarar för familjesamtalen med de biologiska föräldrarna. Den unge deltar i familjesamtalen tillsammans med ungdomsbehandlaren, vars roll är att vara den unges ombud i programmet. Ett antal gånger i veckan tar färdighetstränaren med den unge på olika aktiviteter för att hjälpa honom/henne att utveckla sociala färdigheter (Höjman & Dovik, 2008). Behandlingstiden är 8 till 12 månader och är uppdelad i tre steg. Samordnaren, som koordinerar den unges behandlingsprogram, följer honom/henne dagligen med hjälp av ett rapporteringssystem (eng: Parent Daily Report, PDR; svenska: PDR-listan) under programmets gång och tar beslut om olika steg i behandlingen. Rapporteringssystemet består av en lista där den unges dagliga beteende noteras av fosterföräldrarna och rapporteras vidare till samordnaren. Den unges uppförande och beteende avgör hur länge hon/han blir kvar på varje steg. Målet med behandlingen är att den unge ska minska sitt antisociala beteende, öka deltagandet i prosociala aktiviteter och återplaceras hos ursprungsfamiljen (Hansson et al., 2001; Chamberlain, 2003; Höjman & Dovik, 2008).

Effektstudier om MTFC som behandlingsmodell

MTFC är en väl beforskad behandlingsmodell, som effektutvärderats ett flertal gånger av forskarteamet inom Oregon Social Learning Center. Här följer en genomgång av fem randomiserade effektstudier av MTFC (tabell 1). Den första studien är "The Transition Study", den andra är "The Regular State Foster Care", den tredje är "Studies on Juvenile Youth" och den fjärde är "The OSLC Relationship Study 2". Den femte studien, "Early

Tabell 1. Randomiserade effektstudier av MTFC

Publicerade studier	Undersökningsgrupp	Deltagare	Uppföljning	Signifikanta resultat*
1. <i>The transition study</i> Chamberlain & Reid, 1991	Emotionellt störda ungdomar inlagda på psykiatriskt sjukhus. MTFC användes som eftervård.	MTFC; n=10 Traditionell behandling i kommunen (institution eller fosterhem); n=10 Flickor och pojkar Ålder 9-18 år	3 och 7 månader efter placering	MTFC gruppen hade färre beteendeproblem
2. <i>The regular state foster care study</i> Chamberlain, Moreland, & Reid, 1992	Fosterföräldrar med barn placerade pga misshandel eller omsorgsvikt.	MTFC light; n=31 Fosterhem extra betalning; n=14 Reguljära fosterhem; n=27 Flickor och pojkar Ålder 4-7 år	3 månader efter placering	Fler fosterföräldrar i "MTFC light" fullföljde sina placeringsuppdrag. Barn placerade i "MTFC light" hade färre sammanbrott och färre beteendeproblem, jämfört med de övriga två grupperna.
3. <i>Studies on juvenile justice youth</i> Chamberlain & Reid, 1998; Chamberlain & Moore, 1998; Eddy & Chamberlain, 2000; Eddy, Whaley & Chamberlain, 2004	Tungt kriminella pojkar med över 10 föregående domar	MTFC; n= 39 Institution; n=40 Endast pojkar Ålder 12-17 år	6, 12, 18 och 24 månader efter placering	MTFC gruppen hade: färre remitterade till kriminalvården, färre sammanbrott, färre rymningar, färre antal dagar inlåsta, mindre antisocialt beteende, ungdomskriminalitet och umgänge med antisociala vänner, jämfört med kontrollgruppen.
4. <i>The OSLC relationship study 2</i> Leve, Chamberlain & Reid, 2005; Chamberlain, Leve & DeGarmo, 2007; Leve & Chamberlain, 2005; Leve & Chamberlain, 2007	Flickor placerade på grund av varaktiga och allvariga beteendeproblem	MTFC; n=37 Institution; n=44 Flickor Ålder 13-17 år	3, 6, 12 och 24 månader efter placering	MTFC gruppen hade: färre antal dagar inlåsta, mindre registrerad kriminalitet och umgänge med antisociala vänner, färre beteendeproblem, mer närvaro i skolan och använde mer tid till läsläsning jämfört med kontrollgruppen.
5. <i>Early intervention Foster Care Program</i> Fisher, Burraston, & Pears, 2005	Förskolebarn, i behov av ny fosterfamilj, som placerat på grund av misshandel eller omsorgsvikt	EIFC (Early Intervention Foster Care Program); n= 47 RFC (Regular Foster Care); n= 43 Flickor och pojkar Ålder 3-6 år	Varje tredje månad upp till 24 månader efter placering	Efter placeringen lyckades fler från EIFC-gruppen bli placerade i permanenta hem (fosterhem, biologiska hem eller släktinghem), jämfört med kontrollgruppen.

* = statistiskt signifikant på minst .05-procentnivå till fördel för MTFC

Intervention Foster Care Program”, är en utveckling av MTFC, avsedd för yngre barn. De fem studierna kommer att beskrivas närmare härafter. Utöver dessa utvärderingar har ett antal icke-randomiserade studier genomförts (se vidare Chamberlain, 2003; Reid et al., 2003).

The Transition Study

1990 genomförde Chamberlain (1990) en utvärdering (ej randomiserad) med positiva resultat för MTFC. Det ledde till en förfrågan från Oregon State Hospital om att använda MTFC som ett alternativ till traditionell eftervård vid utskrivning av ungdomar (9–18 år) från psykiatrisk vård (Chamberlain, & Reid, 1991). Ungdomarna som deltog i studien (n=20) hade varit inlagda på sjukhus i genomsnitt 245 dagar innan de randomiserades till MTFC eller traditionell behandling. Studien visade att MTFC-ungdomarna uppvisade färre beteendeproblem vid uppföljningen efter sju månader. MTFC-ungdomarna blev snabbare placerade efter sjukhusvistelsen medan kontrollgruppen blev kvar längre på sjukhuset i brist på lämplig eftervård.

The Regular State Foster Care Study

OSLC genomförde därefter en studie där MTFC-principerna applicerades i reguljära fosterhem (Chamberlain, et al., 1992). Barn (n=72) i åldern 4–7 år randomiserades till tre olika grupper av fosterfamiljer: en grupp reguljära fosterfamiljer utan extra betalning, en grupp fosterfamiljer med extra betalning samt en tredje grupp fosterfamiljer som deltog i MTFC:s utbildnings- och stödprogram. Familjerna som fick stöd och utbildning från MTFC-programmet kallades för MTFC light. Syftet var att genom utbildning ge familjerna förbättrade möjligheter att stödja och förstärka barnens positiva beteende. Vid uppföljningen hade barnen, vars fosterföräldrar deltog i MTFC light, färre sammanbrott och mindre beteendeproblem jämfört med de två övriga grupperna. Jämfört med andra fosterfamiljer stannade fler fosterfamiljer som arbetade med MTFC light kvar inom familjehemsvården.

The Juvenile Justice Youth Studies

I en omfattande studie av MTFC-modellen randomiserades 79 pojkar i åldern 12–17 år till MTFC eller institution. Pojkarna var tungt kriminellt belastade och aktualiserades från kriminalvården. Vid uppföljningen efter ett år (Chamberlain & Moore, 1998; Chamberlain & Reid, 1998) visade resultaten att färre pojkar i MTFC-gruppen hade rymt och fler hade fullföljt programmet jämfört med kontrollgruppen. Dessutom hade MTFC-pojkarna spenderat färre antal dagar på låst institution och fler dagar tillsammans med sin ursprungsfamilj under behandlingstiden. Vid tvåårsuppföljningen (Eddy et al., 2004) fann forskarna signifikanta skillnader mellan grupperna i både självrapporterade brott (våldsbrott och allvarliga brott) och officiellt registrerade brott, till fördel för MTFC. I ytterligare en artikel (ej presenterad i tabell 1) baserad på data från samma undersökning, konstaterade Eddy och Chamberlain (2000) att de medierande faktorerna fosterföräldrarnas ledarskapsförmåga och minskad kontakt med avvikande kamrater förklarade 32 procent av variansen i ungdomarnas antisociala beteende.

The OSLC Relationship Study 2

Initialt var MTFC-programmet, liksom många andra program för antisociala ungdomar, utvecklat för pojkar (Berg, 2002; Chamberlain, 2003). Med hänsyn till den begränsade forskningen om flickors antisocialitet undersökte Chamberlain och Reid (1994) könsskillnader bland ungdomar som behandlades inom MTFC. Resultatet visade på skillnader mellan flickor och pojkar i behandling. OSLC har ett pågående projekt att studera flickors antisocialitet (<http://www.oslc.org/projects/projects.html>). Inom projektet genomfördes en randomiserad studie (Leve et al., 2005; Leve & Chamberlain, 2007) för att undersöka interventionens effekter på flickors antisociala beteende jämfört med institutionsvård,. Studien omfattade 81 flickor i åldern 13–17 år. Vid uppföljning ett år efter placeringen fann forskarna att MTFC-programmet var mer effektivt på att reducera inläsning och kriminalitet och att det i större utsträckning ökade flickornas närvaro i skolan och förbättrade deras läsläsning. Resultaten var desamma vid tvåårsuppföljningen (Chamberlain, et al., 2007). Däremot visade resultaten att ju yngre flickorna var vid behandlingens början, desto mindre var chansen att de

skulle reducera sin kriminalitet.

Risken för iatrogena effekter när ungdomar med antisociala problem förs samman vid behandlingstillfället var utgångspunkten för nästa randomiserade studie. Att minimera kontakten med negativa kamrater är också en av hörnstenarna inom MTFC och förväntas påverka behandlingsresultatet positivt. Leve & Chamberlain (2005) slog samman 72 pojkar och 81 flickor från två olika randomiserade undersökningsgrupper (studie 3 och 4, se tabell 1) för att undersöka ungdomarnas kontaktfrekvens med antisociala kamrater. Resultatet visade att vid 12-månadersuppföljningen hade ungdomarna i MTFC-programmet haft färre kontakter med antisociala kamrater jämfört med kontrollgruppens ungdomar. Eftersom MTFC-ungdomarna hade minskat sina beteendeproblem mer jämfört med kontrollgruppen kan resultatet tolkas som att det överensstämmer väl med hypotesen att kontakt med antisociala vänner har en medierande effekt på behandlingsresultatet.

The Early Intervention Foster Care Program

Inom fosterhemsvården är evidensbaserade interventioner sällsynta (Courtney, 2000; Gelles, 2000). I mitten av 90-talet fick dock OSLC en förfrågan från The State Child Protective Services Agency i Oregon om att få placera förskolebarn i fosterhem med MTFC-liknande inramning. Eftersom MTFC ursprungligen utvecklats för att förändra ungdomars beteende, krävdes det att programmet anpassades till barn i förskoleålder (Fisher et al., 1999). Syftet med det nya programmet, Early Intervention Foster Care Program (EIFCP), är att barnet efter behandling ska placeras i en permanent familj, vilket innebär att barnet antingen återgår till den biologiska familjen, blir adopterat eller placeras i fosterfamilj. I den första randomiserade utvärderingen av EIFCP-programmet placerades 47 barn (ålder 3–6 år) i EIFCP programmet och 43 i reguljära fosterhem (Fisher et al., 2005). Studiens utfall utgjordes av "misslyckade permanenta placeringar" som innebär att barnet återkommer till vården för omplacering. Misslyckade permanenta placeringar riskerar att få negativa långtidseffekter för barnet (Fisher et al., 2005). Resultaten visade att barnen som var placerade inom EIFCP-programmet hade signifikant fler lyckade permanenta placeringar (90 %) än de barn som placerats i vanliga fosterhem (64 %).

Samtliga presenterade randomiserade effektstudier av MTFC är modell-utvärderingar (eng. *efficacy studies*), genomförda av det forskningsteam som utvecklat modellen på Oregon Social Learning Centre. I en översikt gjord av Campbell Collaboration om "Treatment foster care" visade författarna på generellt positiva behandlingsresultat för MTFC (Macdonald & Turner, 2008). Ungdomarna som behandlats med MTFC hade reducerat antisocialt beteende, färre antal dagar inlåsta och minskad kriminalitet, hade tillbragt mer tid i hemmet och skolan, hade ägnat mer tid åt läsläsning och hade fler jobbkontakter jämfört med kontrollgruppen. Utifrån de enskilda studierna ansåg författarna till översikten att resultaten var lovande, men att möjligheten att generalisera var begränsad eftersom det bland annat saknades studier från olika kontexter respektive studier av ungdomar med andra problemprofiler. Dessutom noterades att samtliga utvärderingsstudier (utom en) var genomförda av programutvecklarna, vilket kan påverka trovärdigheten till resultaten. Det finns en risk att en utvärdering av ett modellprogram visar större behandlingseffekter än en utvärdering av programmet i en ordinarie verksamhet. Det kan bland annat bero på att utvärderingsresultatet påverkas av hur väl behandlingsprogrammet följer ursprungsmodellen; ju bättre programtrohet (eng. *treatment integrity*), desto bättre behandlingsresultat (Rutter et al., 1998; Mihalic et al., 2004; Petrosino, & Soydan, 2005). Det finns anledning att anta att ett modellprogram, som kontrolleras av och bedrivs i nära samarbete med programutvecklarna, har bättre förutsättningar att genomföras med god programtrohet än ett behandlingsprogram som ges i ordinarie verksamhet. I en översikt från Cochrane ingick sju studier om familje- och föräldrainterventioner för barn och ungdomar med beteendeproblem (Woolfenden et al., 2008). Interventionerna som ingick var MTFC, MST (Multisystemic Therapy), familjeterapi och föräldraträning. Även i denna sammanställning efterlyste författarna fler väldesignade randomiserade studier för att kunna dra generella slutsatser om interventionernas verkan. MTFC framhölls dock som effektivt för att minska ungdomarnas tid på institution.

I en cost-benefitanalys genomförd av Washington State Institut for Public Policy, framkom att modellen besparade skattebetalarna US\$ 43.661 (cirka 342.000 SEK enligt växelkurs juni-09, <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi>) per individ (Aos, et al., 1999). Washington State Institut for Public Policy genomförde senare (2006) en metaanalys för att identifiera vilka evi-

densbaserade metoder som reducerar kriminaliteten på ett kostnadseffektivt sätt, där bland annat MTFC rekommenderas.

Hur omfattande är MTFC idag?

Det finns idag 13 certifierade MTFC-programverksamheter, varav nio i USA, tre i Sverige och ett i Kanada. För att få använda namnet MTFC krävs en certifiering som är till för att kontrollera att MTFC-programmet följs och genomförs på rätt sätt. En instans som är oberoende av MTFC-organisation, Center for Research to Practice, sköter den kvalitetskontroll som ligger till grund för certifieringen av verksamheten. Kvalitetskontrollen sker successivt under implementeringsfasen utifrån sju olika kriterier. Dessa kriterier granskas för att säkerställa att MTFC implementerats enligt rekommendationerna och att verksamheten på sikt ska kunna hålla en hög programtrohet mot ursprungsprogrammet (Elliot, 1998; Højman & Dovik, 2008). När kvalitetskontrollen är klar sker certifieringen genom TFC Consultants vilket kostar cirka US\$ 2.050 (cirka 16.000 SKR enligt växelkurs juli-09 <http://www.xe.com/ucc/convert.cgi>) (personlig kommunikation med Gerard Bouwman, TFC Consultants, Inc., Oregon, USA, juli 2009). Det är en organisation som bildades 2002 för att bistå med service och teknisk assistans vid implementering av MTFC (<http://www.mtfc.com/mission.html>). I Sverige blev Familjeforum, som första programverksamhet utanför USA, certifierad i MTFC-modellen 2005. Därefter har ytterligare programverksamheter certifierats i Sverige. Både i Norge och Danmark pågår programverksamhet och fler är på planeringsstadiet (personlig kommunikation med ansvarig för certifiering på Familjeforum, Lund). Även Storbritannien, Irland och Holland har programverksamhet (<http://www.mtfc.com/currentsites.htm>). Uppskattningsvis finns 65 MTFC-programverksamheter i USA och Europa. Enligt uppgift från TFC Consultants är idag 485 ungdomar i pågående MTFC-vård i USA (personlig kommunikation med Gerard Bouwman, TFC Consultants, Inc., Oregon, USA, december 2008). I Norden har cirka 140 ungdomar behandlats inom MTFC (personlig kommunikation med ansvarig på Familjeforum, Lund, Hässleholms Utredningshem, Hässleholm och Magelungen, Stockholm, 2008).

Programintegritet

Hög grad av programintegritet är en förutsättning för en lyckad implementering. Det handlar om att programmet ska vara så likt ursprungsdesignen som möjligt (Rutter et al., 1998; Latessa & Lowenkamp, 2006; Gustle, 2007). Implementering av MTFC underlättas av att programmet är manualbaserat. Det innebär en kontinuerlig återkoppling av vad behandlingsteamet säger sig göra enligt manualen och det som faktiskt görs. I programmets struktur ingår olika sätt att ha kontroll över programintegriteten. Ett exempel är att den handledning som ges till fosterföräldrarna varje vecka videofilmas och analyseras. Andra exempel är checklistor för beteendeförändringar, daglig kontroll av skolkort och behandlingspoäng som sätts dagligen. Strategierna underlättar för de involverade att följa ursprungsprogrammet och minskar risken att programmet utvecklas till något annat än det var avsett att vara (Höjman & Dovick, 2008).

Skillnader mellan Sverige och USA

Idag bedömer det svenska MTFC-teamet att MTFC-verksamheten är mer lik den ursprungliga MTFC-modellen än den var under de första åren av implementering (personlig kommunikation med behandlingsansvarig på Familjeforum, januari 2009). Men fortfarande finns skillnader mellan MTFC i Sverige och MTFC i USA. MTFC i Sverige sätter familjeterapi i centrum, medan MTFC i USA fokuserar mer på beteendeterapi (personlig kommunikation med behandlingsansvarig på Familjeforum). Behandlingstiden är något längre i Sverige, 8–12 månader jämfört med 6–9 månader i USA (Höjman & Dovik, 2008). Utbildningskraven är också högre i Sverige. För att anställas som familjeterapeut i ett MTFC-team krävs i Sverige steg 1-utbildning i familjeterapi, vilket inte krävs i USA. Dessutom är videoinspelning en obligatorisk del i handledningen i Sverige.

Kostnader för MTFC

MTFC är dyrare än en traditionell familjehemsplacering. Behandlingen är intensiv med professionella terapeuter och ersättningen till familjehemmet är högre jämfört med traditionellt familjehem. Dygnskostnaden för en MTFC-placering vid Utredningshemmet i Hässleholm var 3 250 kronor år 2007 (inkluderat en genomsnittlig kostnad för familjehem på 1 400 kr/dygn). Dessa siffror anses fortfarande aktuella då inga större kostnadsförändringar har skett sedan år 2007 (personlig kommunikation med Lotta Højman, Utredningshemmet, Hässleholm, juni-09). Jämförande siffror för Familjeforum är 3 600 kronor per dygn (eller 1 950 kronor om kommunen ansvarar för familjehemskostnaderna; personlig kommunikation med Eva Tallén, Familjeforum, juni-09). Dygnsvårdskostnaderna för Magelungens Behandlingscenter i Stockholm beräknas till cirka 2 900 kronor för kommuner som har ramavtal eller 3 300 kronor för kommuner som saknar ramavtal (personlig kommunikation med Malin Bergman, Magelungen, Stockholm, juni-09). Dygnsvårdskostnaderna för MTFC anses jämförbara med ett enskilt eller ett offentligt HVB-hems dygnsvårdskostnader (Højman & Dovick, 2008).

Presentation av de empiriska studierna

Härnäst följer en kortfattad redogörelse av avhandlingens fyra studier. Först presenteras respektive studies syfte, metod, undersökningsgrupp, utfallsvariabler samt statistiska analys. Därefter ges en gemensam redogörelse för studiernas resultat.

Studie I

Syfte och metod

I denna studie var syftet att studera förekomst av sammanbrott och riskfaktorer för sammanbrott för tonåringars dygnsvårdsplaceringar inom socialtjänsten. Via akter följde vi ungdomarnas placeringar under fem år och beräknade förekomsten av sammanbrott. Vi ställde oss frågan ”I hur hög grad är planerad dygnsvård av tonåringar genomförbar?” (Vinnerljung et al., 2001, sid 16). Tanken var att studera sammanbrott som ett alternativt utfall av den svenska dygnsvården. Även om sammanbrottet inte säger något om effekten av vården, har internationell forskning visat på ogynnsamma utfall för tonåringar vars placeringar bryter samman/avbryts i förtid. Våra frågeställningar i studien var:

- Hur vanligt är det att tonårsplaceringar avbryts i förtid mot social tjänstens avsikter?
- Vilka faktorer ökar respektive minskar risken för sammanbrott?

Undersökningsgrupp

Undersökningspopulationen bestod av en nationell kohort på 776 tonåringar (13–16 år) som påbörjat 922 placeringar inom dygnsvård under 1991. Varannan familjehemsplacering hade slumpats bort av forskningsekonomiska skäl men återskapats genom statistisk viktning till 1 110 personer med

1 320 placeringar. Vanligaste skälet till placering var eget beteende (42 %) och relationsproblem (38 %) i hemmet. Av ungdomarna var 60 procent placerade i fosterfamilj, 15 procent på offentliga HVB, 15 procent på enskilda HVB och 10 procent på §12-hem.

Sammanbrott

I studien användes två olika definitioner av sammanbrott: tydliga sammanbrott och sammanbrott i vid mening. Tydliga sammanbrott definierades som:

- Vårdmiljön (fosterhemmet/institutionen) avbryter vården i strid med socialtjänstens vilja.
- Tonåringen rymmer/vägrar stanna i vården, vilket leder till att placeringen upphör, i strid med socialtjänstens vilja.
- Socialtjänsten avbryter placeringen på grund av missnöje med vårdmiljön.

Sammanbrott i vid mening definierades som:

- Föräldrarna har avbrutit vården med kort varsel mot socialtjänstens vilja (gäller endast vid frivillig placering).
- Socialtjänst och vårdtagare har till synes kommit överens om vårdens upphörande men av olika skäl framstår det som en omdefiniering, ett så kallat misstänkt sammanbrott.

Akter

Samtliga placeringar följdes utifrån socialtjänstens akter i maximalt fem år eller fram till att den unge fyllt 18 år. Omkring 200 kommuner besöktes och ungefär 1 000 akter lästes.

Statistiska analyser

Bivariata analyser användes för att beräkna frekvenser. Med logistisk regres-

sion undersöktes vilka bakgrundsfaktorer som statistiskt ökade eller minskade risken för sammanbrott.

Studie II

Syfte och metod

Ett syfte med studien var att undersöka om MTFC, implementerat i en svensk kontext, kunde uppvisa lika låg sammanbrottsfrekvens som i USA. Ytterligare ett syfte var att undersöka om det svenska MTFC-programmet med sin struktur, sina komponenter och strategier skulle vara mer framgångsrikt i att behålla ungdomar med beteendeproblem i behandling jämfört med traditionell svensk dygnsvård. Dessutom fanns intresse av att få en uppfattning om kontexten kring sammanbrottet. Med hjälp av intervjuer sökte vi fånga de omständigheter som omgav sammanbrotten inom MTFC. Vi jämförde sammanbrottsfrekvensen i det svenska MTFC-urvalet med ett delurval från studie I (här kallad den svenska sammanbrottsstudien) och dessutom med data från en undersökning om MTFC i USA.

Undersökningsgrupper

Tre undersökningsgrupper ingick: en från det svenska MTFC-programmet, en från MTFC-studien i USA och en från den svenska sammanbrottsstudien. Den svenska MTFC studien inkluderade 31 individer (17 pojkar och 14 flickor) i åldern 13–17 år som fick MTFC-behandling. Samtliga i den svenska MTFC-studien uppvisade beteendeproblem motsvarande kriteriet för uppförandestörning (eng. conduct disorder) enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). I MTFC-studien från USA ingick 90 individer (51 pojkar och 39 flickor) i åldern 2–16 år som samtliga uppvisade beteendeproblem. Den svenska sammanbrottstudien bestod av 275 individer (99 flickor och 176 pojkar) med antisociala problem (kriminalitet, missbruk eller våldsam beteende). Den svenska sammanbrottsstudien innefattade fosterhemsplaceringar och institutionsplacering (enskilda institutioner och offentliga HVB). §12-hemsplaceringarna uteslöts eftersom det är den mest restriktiva vårdformen och därför inte jämförbar med MTFC.

Sammanbrott

Sammanbrottsfrekvensen undersöktes utifrån placeringstid, vårdform och kön. För varje grupp beräknades sammanbrottsfrekvensen sex respektive tolv månader efter placering. Den svenska sammanbrottsstudien använde samma sammanbrottsdefinition som den svenska MTFC-studien. För MTFC-undersökningen i USA användes en snarlik sammanbrottsdefinition som vi, i samråd med Dr Chamberlain, USA (huvudansvarig utvecklare av MTFC), bedömde som jämförbar. Intervjuer med behandlingspersonal till ungdomarna användes för att närmare beskriva några sammanbrott.

Statistiska analyser

Jämförelsen av sammanbrott mellan olika grupper genomfördes med statistisk bivariat analys medan Fishers Exact Test användes för att estimerat resultatens signifikans.

Studie III

Syfte och metod

Syftet med studien var att undersöka hur fosterföräldrar upplevde att arbeta med ungdomar i MTFC:s manualbaserade behandlingsprogram. Här ville vi ta reda på fosterföräldrarnas erfarenhet av att arbeta manualbaserat och se hur de uppfattade MTFC-programmets struktur, strategier och olika komponenter. Många praktiker, chefer och även forskare pratar om vikten av stöd till fosterföräldrar, men vi vet inte vilken typ av stöd som är verkningsfullt, och inte heller vilket stöd som upplevs som verkningsfullt av fosterföräldrarna.

Undersökningsgrupp

I studien ingick samtliga fosterföräldrar ($N = 28$) som arbetade inom MTFC-programmet år 2004, varav 16 fosterföräldrar hade pågående MTFC-ärenden och 12 hade avslutat minst en placering. Medelåldern hos fosterföräldrarna var 43 år. Hälften bodde på landet och hälften i ett större eller mindre samhälle. Av 28 fosterföräldrar hade 17 tidigare erfarenhet av att arbeta som fosterföräldrar.

Statistisk analys – frågeformulär och intervjuer

I studien ingick både en kvantitativ och en kvalitativ analys. Empirin hämtades dels från ett frågeformulär med 74 frågor som besvarades av fosterföräldrarna, dels från en semistrukturerad intervju med fosterföräldrarna. Frågeformulären analyserades i en bivariat korrelationsmatris. Frågeformuläret bestod av konstruerade grupper av frågor med syfte att mäta attityder till programmet som helhet och programmets olika komponenter. Varje frågekonstruktion innehöll 6–10 frågor. En konfirmatorisk faktoranalys genomfördes i LISREL 8,30 för att testa samstämmigheten – att frågorna fångade in samma attityd – inom respektive frågekonstruktion. Reliabiliteten mättes med Cronbach Alpha och varierade från 0.80 till 0.90. Resultaten från intervjuerna bearbetades med en kvalitativ analys.

Studie IV

Syfte och metod

I den fjärde studien var vi intresserade av att undersöka om det goda behandlingsresultat som MTFC visat i USA skulle kunna bibehållas i en svensk kontext. Utvärderingen är en experimentell studie, där ungdomarna randomiserades till MTFC för behandling eller till en jämförelsegrupp som fick traditionell behandling (TAU – treatment as usual). Ungdomarna som randomiserades till TAU-gruppen placerades antingen på institution (n=7), i fosterhem (n=5) eller i hemmet (n=3). Studiens syfte var att jämföra behandlingsutfallet mellan MTFC-gruppen och TAU-gruppen två år efter placering. Data om ungdomarnas psykosociala situation och deras mödrars psykiska hälsa insamlades vid placeringstillfället (T1) och 24 månader efter placeringstillfället (T2). Resultaten från dessa två mättillfällen användes för att undersöka skillnader i behandlingsutfall inom och mellan MTFC och TAU.

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av 35 ungdomar (17 flickor och 18 pojkar) i åldern 12–18 år. För att bli inkluderad i studien skulle ungdomarna uppvisa beteendeproblem motsvarande bedömningsgrunden för uppförande-

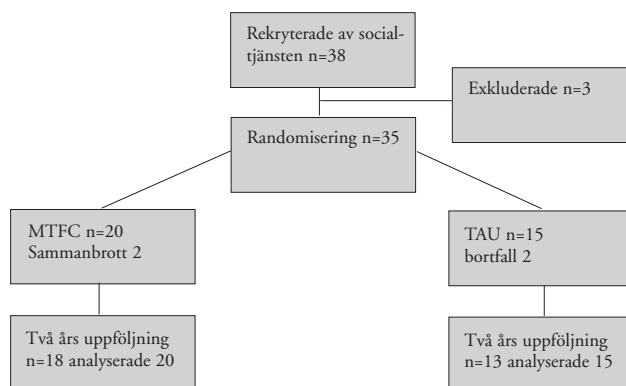
störning (eng. conduct disorder) enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Den unge blev exkluderad från studien i de fall där:

- annan behandling pågick
- missbruk förekom utan kombination av antisocialt beteende
- den unge hade begått sexuella övergrepp
- den unge var autistisk, akut psykotisk eller bedömdes vara i akut fara för att begå självmord
- det fanns en risk för att fosterfamiljens barn skulle råka illa ut ifall barnet placerades i fosterfamiljen.

Tillvägagångssätt

Studien genomfördes i samarbete med Lunds universitet och en privat vårdorganisation, Familjeforum, Lund. De ungdomar som uppvisat beteendeproblem enligt studiens inklusionskriterier rekryterades via socialtjänsten till Familjeforum och blev därefter tillfrågade om de ville ingå i projektet. Socialtjänsten gjorde den första bedömningen av den unges möjlighet att delta utifrån inklusions- och exklusionskriterierna och därefter gjorde Familjeforum den slutgiltiga bedömningen.

Av 38 ungdomar som tillfrågades var det tre som inte accepterade och därmed blev exkluderade ur studien (se figur 1). Övriga ungdomar (n=35) blev randomiserade till MTFC (n=20) och TAU (n=15). De ungdomar som randomiserades till TAU återgick till socialtjänsten, som därefter administrerade ungdomarnas placeringar. Ungdomarna kom från olika kommuner. Från början gjordes randomiseringen separat för varje kommun. Det resulterade i att kommunerna inte var villiga att skicka fler ungdomar då de utgick ifrån att detta minskade chansen att få en MTFC-placering vid andra randomiseringen. Det förklarar varför fler ungdomar randomiserats till MTFC jämfört med TAU. För att lösa problemet gjordes ingen separat randomisering efter den sjunde individen. Därefter gjordes randomiseringen för varje individ oberoende av kommuntillhörighet. Samtliga placeringar inom MTFC och TAU följdes upp av en forskningsassistent. Vid placeringsfallet (T1) samlade forskningsassistenten in data från ungdomarna, deras



Figur 1. Ett flödesdiagram över ungdomarna i studiens olika faser. MTFC= Multidimensional Treatment Foster Care, TAU=Treatment as usual.

föräldrar, socialsekreterare och lärare. Därefter insamlades data två år efter placeringstillfället (T2) från samma respondenter. Två individers placeringar inom MTFC bröt samman. Datainsamlingen slutfördes dock för bägge individerna. Däremot saknades uppföljningsdata för två individer i TAU.

Instrument

I studien har Child Behavior Check List (CBCL) och Youth Self Report (YSR) använts. Instrumenten är utvecklade av Achenbach (1991) och mäter ungdomars psykosociala utveckling. CBCL fylls i av ursprungsföräldrarna och YSR fylls i av den unge själv. Instrumenten är uppdelade på två skalor – internaliserade och externaliserade beteendeproblem – och total beteendeproblematik. Den internaliserade problemskalan inkluderar somatiska besvär, tillbakadragenhet och depression, medan den externaliserade problemskalan inkluderar kriminalitet och aggressivitet. En svensk översättning och standardisering av instrumenten har tillämpats (CBCL, Larsson & Frisk, 1999; YSR, Broberg et al., 2001). Instrumentet Symptom Checklist-90 ingår också i studien (SCL-90; Derogatis & Cleary, 1997). Det består av nio delskalor och mäter moderns psykiska hälsa. Ett globalt mått som mäter

generell psykisk besvärnivå, GSI (Global Severity Index) redovisas samt delskalorna depression och ångest.

Statistisk analys

Samtliga ungdomar inkluderades i analyserna oavsett bortfall (intention-to-treat analys). Det eventuella bortfallet av ett mätvärde ersattes med det uppmätta värdet vid förmätningen (Sundell, 2008). Det gav möjlighet att inberäkna alla individer i analysen. Envägsvariansanalys (ANOVA) användes för att beräkna skillnaderna mellan grupperna och en oberoende T-test användes för könsskillnader. Behandlingseffekten på den unges beteendeproblem och mödrarnas mentala hälsa beräknades med variansanalys. För att analysera variansen inom grupperna vid två olika tillfällen (T1 och T2) och för att undersöka om de olika grupperna utvecklats olika över tid (interaktionseffekten), användes General Linear Model (GLM) Repeated Measures.

Klinisk signifikans

Tre olika sätt användes för att mäta den kliniska signifikansen: (1) effektstorlek, (2) symptomreduktion med minst en standardavvikelse och (3) symptomförbättring med minst 30 procent. Effektstorlekar beräknades med hjälp av Cohen's d , som kvantifierar till vilken grad resultatet är negligerbart eller viktigt, oberoende av urvalsstorlek (Hojat & Xu, 2004). En effektstorlek, ES, på 0,2 indikerar en liten effekt, en ES på 0,5 indikerar en medium effekt och en ES på 0,8 indikerar en större effekt (Cohen, 1992). När en individs symptomförändring visade minst en standardavvikelse i positiv riktning (symptomreduktion) antogs det representera ett mått på klinisk signifikans (Sundelin, 1999). En symptomförändring till det bättre med minst 30 procent över tid antogs också representera en positiv klinisk förändring (Webster-Stratton et al., 1989; Axberg, 2007).

Svar på forskningsfrågorna
– sammanfattning av resultat
och slutsatser från studierna

I den *första studien* ställde vi frågan hur vanligt det är att tonårsplaceringar inom dygnsvården avbryts i förtid, dvs. slutar med sammanbrott. Vi var också intresserade av vilka faktorer som ökar respektive minskar risken för sammanbrott. Beroende på definition bröt 30–37 procent av samtliga ungdomars placeringar samman inom fem år. Oftast var det den unge eller vårdtagaren som initierade sammanbrottet. Frekvensen sammanbrott varierade mellan vårdformerna. Resultaten visade att släktingplaceringar och §12-hem var de mest stabila placeringarna för tonåringar. Mellan 41 och 51 procent av placeringarna bröt samman i vanliga fosterhem. Resultaten vid placeringar på privata HVB visade en sammanbrottsfrekvens på 39–43 procent. Placering av antisociala ungdomar i ”vanliga fosterhem” resulterade i sammanbrott i närmare två tredjedelar av fallen. Kombinationen antisocialt beteende och psykiska besvär visade på 81 procent sammanbrott. Studien konstaterar att sammanbrott är vanligt, framförallt inom fosterhemsvården och antisocialitet ökar risken för sammanbrott oavsett vårdform (undantaget §12-hem).

I den *andra studien* var vi intresserade av att undersöka om MTFC i Sverige dels kunde replikera lika låg andel sammanbrott som i USA, dels kunde behålla ungdomarna i behandling i högre utsträckning jämfört med svensk traditionell dygnsvård. Jämfört med MTFC i USA var risken för sammanbrott efter sex respektive tolv månader ungefär hälften så stor för MTFC i Sverige. Efter tolv månader hade de antisociala ungdomarna i den svenska sammanbrottstudien tre gånger fler sammanbrott än ungdomarna i det svenska MTFC-programmet. Majoriteten av sammanbrotten skedde inom sex månader. Vid placering inom svensk fosterhemsvård var risken för sammanbrott 3,5 gånger högre jämfört med svenska MTFC-programmet. Gällde placeringen en flicka var risken åtta gånger högre. Aggressivt beteende visade sig vara gemensamt för de ungdomar som avbrutit sina placeringar i svenska MTFC. Studien pekar på att det svenska MTFC-programmet har en god potential att behålla ungdomar i behandling jämfört med traditionell dygnsvård i Sverige.

I den *tredje studien* ställs frågan hur svenska fosterföräldrar uppfattar det är att arbeta med olika standardiserade behandlingskomponenter i ett manualbaserat behandlingsprogram. I både den kvantitativa och den kvalitativa analysen framgick det att majoriteten av fosterföräldrarna var positiva till att arbeta utifrån MTFC-manualen. En mindre grupp fosterföräldrar hade svårt att acceptera MTFC-programmet som metod. Ändå skattade fosterföräldrarna som grupp närmare 80 procent av högsta möjliga positiva värde på samtliga komponenter i programmet. Att introducera en manualbaserad behandlingsmetod inom fosterhemsvården kan upplevas som ett intrång i fosterföräldrarnas privata sfär och som ett kontra-intuitivt sätt att arbeta. Studiens resultat visade likväl att fosterföräldrarna var nöjda med att arbeta manualbaserat, oavsett deras inställning till MTFC-programmet. De lättanvända behandlingsverktygen och dygnet-runtstödet var viktiga för fosterföräldrarnas tillfredsställelse. Enligt vår tolkning av föräldrarnas respons gav studien stöd för möjligheten att kunna introducera den här typen av manualbaserad metod inom svensk fosterhemsvård.

I den *fjärde studien* var vi intresserade av att undersöka huruvida MTFC-programmet är mer effektivt när det gäller att behandla ungdomar med beteendeproblem jämfört med svensk traditionell dygnsvård. Grupperna hade inga signifikanta skillnader avseende bakgrundsfaktorer eller symptom mängd vid förmätningen. Generellt visade alla analyser på positiva behandlingsresultat till förmån för MTFC. Ungdomarnas symptombelastning sjönk över tid såväl i MTFC-gruppen som i TAU-gruppen. Vid uppföljningen visade ungdomarna i MTFC en signifikant minskning av de externaliserade problembeteendena. De internaliserade beteendeproblemen var mer svårbehandlade för både MTFC och TAU, även om MTFC lyckades något bättre än TAU. Även mödrarna till ungdomarna inom MTFC visade signifikant förbättrad psykisk hälsa vid uppföljningen, vilket mödrarna till TAU-gruppen inte gjorde. Majoriteten av MTFC-ungdomarna (72 %) och ungefär en tredjedel av TAU-ungdomarna (36 %) lyckades reducera sina problemsymptom med minst 30 procent (beräknat på värden från YSR och CBCL). Den kliniska analysen av minskad symptom mängd med minst en standardavvikelse visade på liknande resultat (68 % av MTFC och 42 % av TAU lyckades minska symptom mängden en standardavvikelse). När samtliga variabler för samtliga ungdomar analyserades påträffades

endast 9 procent negativa symptomförändringar. Eftersom genderanalysen innebar jämförelse mellan små grupper var resultatet osäkert. Det fanns dock en antydning till att MTFC-pojkarnas förbättringsvärden var något bättre än flickornas. Resultatet är dock för osäkert för vidare analys. Vi har undersökt resultaten både utifrån statistisk signifikans och klinisk signifikans och trenden för MTFC är positiv. Huvudresultatet pekar på att MTFC är en lovande metod för behandling av ungdomar med beteendeproblem, även i en svensk kontext.

Min medverkan i avhandlingsstudierna

Min medverkan i avhandlingens studier framgår av tabell 2.

Tabell 2. Redogörelse för min medverkan i avhandlingens studier

	<i>Datainsamling</i>	<i>Dataanalys</i>	<i>Skrivande</i>
<i>Studie I</i>	Medverkade	Medverkade	Medverkade
<i>Studie II</i>	Huvudansvar	Huvudansvar	Huvudansvar
<i>Studie III</i>	Huvudansvar	Huvudansvar	Huvudansvar
<i>Studie IV</i>	Huvudansvar	Delat ansvar med Martin Olsson	Huvudansvar

I tabellen framgår att jag har varit aktivt medverkande i samtliga studier i alla momenten. I den första studien ingick jag i en projektgrupp på tre personer. För den andra och tredje studien hade jag huvudansvaret. Den sista studien hade delvis startat innan jag blev delaktig och flera personer har varit inblandade under projektets gång. Bo Vinnerljung var forskningsledare för den första studien och Kjell Hansson var forskningsledare för studie 2–4.

Diskussion

Det övergripande syftet med denna avhandling är att undersöka hur Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) fungerar som behandlingsmetod i en svensk kontext. Resultatet från avhandlingens studier tyder på att MTFC är ett lovande behandlingsprogram för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. I den första studien konstaterades att ungdomar med beteendeproblem är svåra att behålla inom dygnsvården och risken för sammanbrott är stor. I jämförelse med traditionell dygnsvård visade den andra studien att MTFC har en god potential att behålla ungdomarna i programmet och därmed slutföra behandlingen. Den tredje studien fokuserade på fosterföräldrarnas inställning till att arbeta i ett manualbaserat behandlingsprogram. Majoriteten av fosterföräldrarna visade sig positiva till det stöd i form av behandlingsverktyg och uppbackning från behandlingsteamet som MTFC erbjuder. Därefter undersöktes hur effektiv behandlingen inom MTFC var jämfört med traditionella insatser för målgruppen. Här visade resultaten signifikanta skillnader mellan grupperna till fördel för MTFC-ungdomarna. Både statistiska och kliniska jämförelser bekräftade resultatet. Innan jag drar några slutsatser om resultatet tänkte jag relatera detta till annan befintlig forskning. Därefter kommer jag att återgå till de sju punkterna på sidan 34 som beskriver vad som kännetecknar en effektiv intervention och utifrån dem försöka förstå resultatet. I den diskussionen kommer behandlingsutfallet att vara centralt.

Resultaten i relation till annan forskning

Forskning från USA, Australien och Europa visar att instabila tonårsplacementar inom dygnsvården är vanliga, ofta med negativa konsekvenser för tonåringarna (Fratter et al., 1991; Courtney, 1995; Vogel, 1999; Scholte et al., 2000; Frame & Berrick, 2000; Newton et al., 2000; Barber et al., 2002;

Vinnerljung et al., 2001; Holland & Gorey, 2004; Egelund, 2006; Vinnerljung & Sallnäs, 2008). Flera studier har gjorts om förekomsten av sammanbrott. I Sverige finns exempel på att sammanbrott har använts som utfall vid utvärderingar av verksamheter inom socialtjänsten. Resultaten har där visat liknande sammanbrottsfrekvenser som i studie I (Johansson et al., 2006; Leoson, 2007). I Danmark har det gjorts en longitudinell studie av sammanbrott inom dygnsvård av ungdomar som visar 26–49 procent sammanbrott (Egelund & Vitus, 2009). Författarna konstaterar att resultaten är i linje med tidigare forskning och menar att sammanbrott i hög grad är en risk som bör uppmärksammas vid tonårsplaceringar.

I den amerikanska forskningen om MTFC utgör sammanbrott ett viktigt behandlingsutfall (Smith et al., 2001) och man har även försökt finna faktorer som kan predicera sammanbrott (Chamberlain et al., 2006). I studie II jämförs sammanbrottsresultaten för MTFC i Sverige med motsvarande resultat för MTFC i USA samt med nationella resultat för svensk dygnsvård riktad till målgruppen. Resultatet från studien visade att MTFC i Sverige i högre utsträckning hade lyckats slutföra den planerade behandlingen jämfört med både MTFC i USA och den traditionella dygnsvården.

Manualbaserade behandlingsmetoder har funnits i många år men så vitt jag vet finns det ingen litteratur, vare sig i USA eller i Sverige, om fosterföräldrars attityder och erfarenheter av att arbeta manualbaserat. Studien (studie III) visar att fosterföräldrar kan uppleva det positivt att arbeta strukturerat efter en manual. Fosterhemmets traditionella uppdrag att ”ge vård och omsorg”, där fosterföräldern förlitar sig på sin egen intuition och erfarenhet, skiljer sig markant från ett strukturerat manualbaserat arbete i det egna hemmet. Det vore därför önskvärt med fler liknande studier för att få resultaten bekräftade.

I USA har flera randomiserade effektutvärderingar av MTFC visat positiva resultat (se litteraturgenomgång, sid 49). I Sverige finns generellt få randomiserade studier som undersökt effekten av behandlingsinsatser inom socialt arbete (Andreassen, 2003; Lundberg, 2005). Den svenska studien (studie IV) är den första effektutvärderingen av MTFC utanför USA. Målgruppen för studien hade en symtombelastning jämförbar med ungdomar placerade inom §12-hemsvården eller ungdomspsykiatrisk öppenvård (Gustle et al., 2007; Westerstrand & Zetterberg, 2007). I studien lotades ungdomar mellan MTFC och socialtjänstens traditionella insatser för

målgruppen. De flesta ungdomarna i den grupp som lottades till traditionella insatser placerades i dygnsvård. Resultatet visade på större förbättringar för MTFC-ungdomarna än för de ungdomar som fick traditionella insatser. Det talar för att MTFC kan vara ett alternativ till traditionell dygnsvård av tonåringar med allvarliga beteendeproblem. En förhoppning är att studien även kan inspirera till fler utvärderingar av behandlingsprogram inom ungdomsvården.

Tänkbara förklaringar till resultatet

Under utvecklingen av MTFC i USA har metoden kontinuerligt utvärderats och resultaten har varit positiva (se tabell 1, sid 50). Metoden beskrivs som en väl utvärderad behandlingsmodell och finns omnämnd i flera kunskapsöversikter (Reddy & Pfeiffer, 1997; Hansson, 2001; Andreassen, 2003; Mihalic et al., 2004; Andershed & Andershed, 2005; Ferrer-Wreder et al., 2005). Den samlade empirin för MTFC riktad mot ungdomar med beteendeproblem består av sju effektstudier som härrör från tre olika undersökningar från 1991 till 2007. Samtliga sju utvärderingar har genomförts av programutvecklarna själva. Med tanke på att metoden har omnämnts som välutvärderad i många olika sammanhang kan det tyckas märkligt att underlaget utgörs av relativt få enskilda utvärderingar. Dessutom är materialet insamlat under en period på femton år, vilket innebär en risk för att de förutsättningar som gällde då studien genomfördes kan ha förändrats. Detta kan tolkas som ett tillkortakommande, men visar samtidigt både på hur tidskrävande effektstudier är och på betydelsen av att kunna tillvarata data.

Att framgångsrika metoder får samma positiva effekt i en ny och annorlunda social kontext än där de först utformades är dock ingen självklarhet (Tengvald, 2003; Andrée Löfholm et al., 2009). Vid implementeringen av MTFC fanns förhoppningar om att programmet skulle kunna utgöra ett alternativ till traditionell dygnsvård för målgruppen. Samtidigt förväntades inte den första svenska utvärderingen av programmet att resultera i så distinkta skillnader mellan MTFC och traditionell behandling som effektstudien (studie IV) senare kom att visa, eftersom den hade relativt få deltagare. Studier med ett litet urval kan begränsa möjligheten att uppnå statis-

tiskt säkerställda skillnader (Shadish et al., 2002). Behandlingsresultatet har dock visat såväl statistiskt säkerställda som kliniskt signifikanta skillnader till fördel för MTFC. När det gäller effektstorlekarna visade utvärderingen på medelstarka effektstorlekar (Kyhle Westermarck et al., submitted). Samtidigt är det värt att notera att även de ungdomar som fått traditionella insatser visade signifikanta förbättringar över tid, dock inte i samma utsträckning som MTFC-ungdomarna. Studien behöver emellertid replikeras i fler sammanhang för att säkerställa de positiva resultaten av behandlingsprogrammet. Även MTFC:s effektstorlekar bör tolkas med viss försiktighet. Effektstorlekar beräknas utifrån de båda jämförelsegruppernas olika medelvärden för ett visst utfallsmått. Om studiens urval är litet får varje enskild individs värde (svar) stort genomslag, vilket kan påverka medelvärdet i en eller annan riktning. Följden blir att effektstorlekar, beräknade på resultaten från ett litet urval, riskerar att antingen överskattas eller underskattas.

I avhandlingens genomgång av forskning om interventioner för antisociala ungdomar sammanfattades avsnittet med följande kriterier för vad som utmärker effektiva interventioner för målgruppen (sid 34);

1. Interventionen bör vara både teoretiskt och empiriskt baserad på risk och skyddsfaktorer.
2. Interventionens omfattning bör styras av ungdomarnas risknivå (riskprincipen).
3. Interventionen bör genomföras så att den anpassas till den unges kognitiva förutsättningar att lära (responsivitetsprincipen).
4. Interventionerna bör inriktas på strukturerade metoder baserade på kognitiv beteendeteori och social inlärningsteori.
5. Interventionen bör vara nära kopplad till den lokala sociala kontexten, till exempel familj eller skola.
6. Interventionens inriktning bör utgå ifrån den unges dynamiska risk faktorer för att kunna förändra det antisociala beteendet (behovsprincipen).
7. Programtrohet innebär att vid implementering av en ny metod ska man vara trogen ursprungsmetoden och noga följa metodmanualerna.

MTFC är ett behandlingsprogram som utvecklats utifrån samma forskning om vad som kännetecknar effektiva interventioner. Det betyder att det är rimligt att en granskning av MTFC i förhållande till de sju punkterna kommer visa att programmet motsvarar ett flertal av kriterierna. Den första interventionen som ungdomarna i traditionella gruppen fick efter randomisering utgörs av placering i familjehem, på institution och i hemmet, och benämns TAU (treatment-as-usual). Då det saknas närmare information om insatsernas varaktighet och innehåll, går det inte att göra empiriska jämförelser. I diskussionen som här följer används de sju punkterna som utgångspunkt för att bättre försöka förstå på vilket sätt MTFC motsvarar de krav som ställs på en effektiv intervention och på vilket sätt programmet skiljer sig från de traditionella insatser som TAU-gruppen fått. Eftersom det saknas närmare kunskap om de traditionella insatser som getts under studiens gång ska diskussionen ses som ett försök att ge tänkbara förklaringar till resultaten. Diskussionen blir därför med nödvändighet spekulativ.

Den första punkten handlar om att interventionen ska vara teoretiskt och empiriskt baserad på kunskaper om risk- och skyddsfaktorer. Generellt inom forskningen av barn- och ungdomsbehandling finns en ökad medvetenhet om vikten av att utveckla och använda teoribaserade behandlingsprogram (Borduin et al., 1995). Däremot är det inte lika självklart att teorierna har prövats empiriskt. MTFC är en produkt av många års empirisk forskning om risk- och skyddsfaktorer (Patterson et al., 1992; Reid et al., 2003). Dessa risk- och skyddsfaktorer finns inom social inlärningsteori som utgör den teoretiska basen för MTFC, vilket också genomsyrar behandlingen. Både den unge och de biologiska föräldrarna lär sig nya färdigheter under behandlingstiden. Programmet har olika verktyg till hjälp för att kunna uppnå beteendeförändringar. Skolkort används för att följa upp den unges närvaro, prestationer och beteende i skolarbetet. Poänglistor är till för att stödja sociala färdigheter istället för att uppmärksamma negativt beteende och indikerar vilket beteende som förväntas av den unge (Chamberlain, 2003). De ungdomar i TAU-gruppen som placerades i familjehem eller i hemmet erbjöds sannolikt ingen teoretiskt grundad behandling. Det finns en risk att dessa ungdomar har en mindre strukturerad vardag, med färre möjligheter till strukturerad hjälp med skolarbete jämfört med MTFC-ungdomarna. För de ungdomar som placerades på HVB-hem är det svårt att veta vad insatsen innehållit. Även om miljöterapi kan vara en vanlig be-

handlingsform (Leoson, 2007) är det inte ovanligt att verksamheten på HVB-hem saknar teori eller modell (Sallnäs, 2000; Länsstyrelsen & Socialstyrelsen, 2009).

Nästa punkt var att interventionen ska styras av den unges risknivå – riskprincipen (se sid 32). Det innebär att en högriskungdom bör få en intensiv och omfattande intervention medan en lågriskungdom bör få minimal eller ingen intervention alls (Lipsey & Wilson, 1998; Rutter et al., 1998; Dowden & Andrew, 2000; Lowenkamp et al., 2006). MTFC rubriceras som en intensiv behandlingsform med fokus på högriskungdomar, där behandlingen är systematiskt anpassad efter individen. För att säkerställa att rätt målgrupp inkluderades i vår studie användes allvarliga beteendeproblem, motsvarande dem som anges i bedömningsgrunden för conduct disorder, som inklusionskriterium. Enligt tidigare studier har ungdomarna i MTFC lika stora, och i vissa fall större, psykiatriska- och externaliserade problem jämfört med en referensgrupp från barn- och ungdomspsykiatri och andra evidensbaserade behandlingsprogram (Gustle et al., 2007). Mycket talar alltså för att ungdomarna i denna utvärdering kan rubriceras som högriskungdomar. Att placeringar inom den traditionella dygnsvården sker med hänsyn till ungdomars risknivå motsägs av det faktum att fosterhem är den vanligaste placeringen för ungdomar som kommer i vård på grund av kriminalitet eller misshandel (Vinnerljung et al., 2001). Forskningen visar också att risken är överhängande att ungdomar med hög risknivå inte stannar i fosterhemmen (Sallnäs et al., 2004). Att riskprincipen har styrt valet av TAU-ungdomarnas placeringar är därför mindre troligt.

Enligt en metaanalys har ungdomars risknivå visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för återfall i kriminalitet (Lipsey, 2009). Effekten av behandling var något sämre om individen hade en historia av våld eller aggressivitet. I studie II fann vi att tre av fyra ungdomar som bröt behandlingen inom MTFC hade aggressivitet med mer eller mindre inslag av våld som gemensam faktor (Kyhle Westermarck et al., 2007). Resultaten kanske talar för att ungdomarnas risknivå missbedömts, vilket resulterade i sammanbrott. Vi har idag liten kunskap om vad som styr socialarbeters riskbedömning och beslutsfattande vid placering av en antisocial tonåring (Sundell et al., 2008). När ungdomar begått allvarliga förseelser är risken att socialtjänsten gör en bedömning utifrån den unges situation just vid det tillfället, med risk att överdriva den unges totala riskbild. Om den unge saknar

tidigare historia av allvarliga beteendeproblem, men ändå bedöms som en högriskungdom och får behandling därefter, finns det en risk att interventionen kan ge skadliga effekter (Lipsey & Wilson, 1998; Rutter, et al., 1998; Lowenkamp et al., 2006).

Den tredje punkten handlar om responsivitetsprincipen, dvs. att interventionen ska genomföras så att den anpassas till den unges kognitiva förutsättningar (se sid 33). Om man matchar den unges inlärningsförmåga är det lättare att lyckas med behandlingen (Andrew et al., 1990; Gendreau, 1996). Exempelvis bör ungdomar med begränsad kognitiv förmåga ha en mer strukturerad omgivning jämfört med andra ungdomar. Zarnecki (1991) visade i en studie om ungdomar med beteendeproblem som var placerade på §12-hem, att cirka hälften av ungdomarna hade läs- och skrivsvårigheter. I MTFC är behandlingen uppbyggd så att den ska kunna anpassas efter individens förmågor. Poänglistan är ett centralt verktyg i arbetet med att förändra ungdomarnas beteende. Den kan användas på specifika områden där man vill uppnå förändringar. Hur mycket ett poäng på listan är värd bestäms med utgångspunkt från den unges förmåga. Den unges färdighetstränare ska också hjälpa honom/henne att utveckla sina färdigheter. Under implementeringen upplevde behandlingspersonalen inom MTFC problem med ungdomar som hade kognitiva svårigheter eller läs- och skrivsvårigheter. Utan att göra anspråk på någon systematisk kunskap baserad på datainsamling har det under utvärderingens gång framkommit att ungdomar inom såväl MTFC-gruppen som TAU-gruppen har haft kognitiva svårigheter sedan lång tid tillbaka, som aldrig har blivit utredda. Eventuellt kan ungdomarna som placerats på HVB-hem ha fått en mer individanpassad behandling jämfört med ungdomar placerade i familjehem eller hemma, men om svårigheterna är okända eller i alla fall obekräftade finns det en risk för att socialtjänstens traditionella insatser inte anpassats efter den unges kognitiva förutsättningar.

Punkt fyra tar upp att interventioner som omfattar kognitiv beteendeteori och social inlärningsteori generellt sett är mer effektiva än de som inte gör det. Ungdomar med beteendeproblem har visat god respons på behandling som bygger på kognitiv beteendeteori och social inlärningsteori (Lipsey, 1992; Lipsey & Wilson, 1998; Farrington & Welsh, 2007). MTFC-programmet har utvecklats utifrån social inlärningsteori och i det terapeutiska arbetet med den unge inriktar sig ungdomsbehandlaren på kognitiv bete-

endeterapi (Chamberlain, 2003). Ungdomar placerade hemma eller i fosterhem får sannolikt inte behandling utifrån strukturerade metoder i samma utsträckning. Däremot är det inte omöjligt att ungdomar placerade i HVB-hem har fått behandling med kognitiv beteendeterapi eller att verksamheten arbetar utifrån social inlärningsteori. Båda dessa teorier förekommer inom behandling på de statliga §12-hemmen (SiS hemsida, www.stat-inst.se).

Den femte punkten pekar på vikten av att interventionen är nära kopplad till den lokala sociala kontexten (Lipsey, 1992; Lipsey & Wilson, 1998). Inom MTFC betyder det att arbetet sker på olika nivåer, såsom individnivå, familjen, skolan och kamraterna. Exempelvis är familjebehandling en viktig del i MTFC (Höjman & Dovick, 2008). Samtalen går ut på att ge de biologiska föräldrarna samma verktyg som används i behandlingen inom MTFC för att förändra den unges beteende. Familjebehandling förekommer även för ungdomar placerade i HVB-hem, men det är inte säkert att insatsen på samma strukturerade sätt syftar till att ge de biologiska föräldrarna möjlighet att använda de verktyg som redan introducerats i vården av den unge. Om ungdomarna som är placerade i fosterhem och/eller i hemmet får familjeterapi är osäkert.

Skolan är ett annat prioriterat område för MTFC. Samarbete sker med både den unge, föräldrarna och den lokala skolan där den unge går, och metoden styr även den unges umgänge med prosociala kamrater. Erfarenheter från utvärderingen visade att ungdomarna hade bra närvaro i skolan, hade gott uppförande och hade tillgodogjort sig kunskap, trots tidigare omfattande skolk- och skolproblem (Höjman & Dovick, 2008). Det kan förutsättas att det förekommer samarbete med skolan även för ungdomar placerade i fosterhem och HVB-hem. Inom MTFC sker dock samarbetet strukturerat och konkret, med hjälp av skolkort som avrapporteras varje dag. Därutöver finns möjligheten att låta en färdighetstränare vid behov vara med i skolan för att ge den unge stöd.

Den sjätte punkten utgår ifrån behovsprincipen (se sid 32). Även om ungdomar med beteendeproblem inte är någon homogen grupp, är många av dem utsatta för liknande riskfaktorer (Dowden & Andrew, 2000). Om en intervention ska kunna förändra antisocialt beteende måste den utgå ifrån individens *dynamiska riskfaktorer*. Det betyder att interventionen ska fokusera på de riskfaktorer som är möjliga att förändra och på de problem som direkt främjar antisocialitet. MTFC är en multisystemisk intervention,

vilket krävs om förändring ska ske inom flera områden (Andrews et al., 1990; 2004). Utifrån den enskilda individens behov fokuserar MTFC på flera dynamiska riskfaktorer såsom antisociala kamrater, dåliga familjerelationer och dåliga skolresultat. Om socialtjänsten ska välja behandling som fokuserar på den unges förändringsbara riskfaktorer krävs en systematisk riskbedömning av den unge. En riskbedömning är dock ingen garanti för att de förändringsbara riskfaktorerna särskiljs och behandlas. Inom HVB-hem finns en möjlighet att behandlingen kan fokusera på individens förändringsbara riskfaktorer, men sannolikt kan man inte arbeta på samma systematiska sätt som inom MTFC. Om socialtjänsten identifierat och valt behandling utifrån TAU-ungdomarnas förändringsbara riskfaktorer hade man förmodligen inte valt att placera den unge i fosterhem eller i hemmet. Möjligheterna till förändring av antisociala beteenden kräver en mer intensiv och strukturerad insats.

Den sista punkten, programtrohet, handlar om vikten av att följa ursprungsprogrammet för att kunna uppnå de förväntade effekterna (Mihalic et al., 2004; Petrosino & Soydan, 2005). Om ett verkningsfullt program implementeras med hög programtrohet ökar möjligheten till bättre behandlingseffekt (Hollin, 1995; Latessa, 2006). Då behandlingsprogrammet ska börja användas av praktiker i reguljär verksamhet finns det risk för att behandlingstroheten inte upprätthålls. Den svenska utvärderingen av MTFC har genomförts när programmet har implementerats i en ordinarie verksamhet. Programtrohet inom MTFC beskrivs som en hörnsten inom behandlingen, med manualen som redskap (Höjman & Dovik, 2008). Genom att manualen noga följs, underlättas kvalitetssäkringen av programmet. Det är svårt att jämföra MTFC:s behandlingstrohet med TAU-gruppens. MTFC är systematiskt uppbyggt av olika delar, där programmet i sin helhet utgör en påverkan. Det är mindre sannolikt att finna en motsvarighet inom HVB, i familjehem eller i hemmet.

Genomgången av de sju punkterna visar att MTFC innehåller flera viktiga komponenter som visat sig vara kännetecknande för effektiva interventioner riktade till ungdomar med beteendeproblem. Komponenterna finns dels direkt inbyggda i programmets struktur och organisation, till exempel programtrohet eller närhet till social kontext, dels indirekt inbyggda genom att behandlingen anpassas till varje enskild individs behov. Det som kan tolkas som framgångsfaktorer för MTFC i jämförelsen med traditionella insat-

ser är alltså att MTFC är ett strukturerat, teorigrundat behandlingsprogram där behandlingsprocessen kontinuerligt anpassas till individen, med hänsyn till individuella risk- och skyddsfaktorer. Traditionell dygnsvård arbetar mer sällan enligt lika strukturerade metoder och har inte samma stöd för kontinuerlig individanpassning inbyggt i behandlingen.

En begränsning är att vi inte vet om det är just dessa kriterier eller komponenter – eller till vilken grad – som förklarar MTFC:s resultat. Det kan vara så att metoden är sekundär och att det är kompetensen hos utövarna som är viktig. Projektet har kanske attraherat särskilt engagerade behandlare som haft stora förväntningar på metoden. Det resultat vi ser kan ha genererats av deras kompetens och engagemang snarare än av metoden. Ett exempel på att det finns en risk för att de som arbetar med MTFC i studien är en selekterad grupp, kan hämtas från avhandlingens tredje studie. Studien visade att några fosterföräldrar hade svårt att acceptera MTFC som behandlingsprogram. Senare i undersökningen har det framkommit att dessa fosterföräldrar inte blev långvariga inom MTFC utan avslutade uppdraget efter första placeringen. Vi vet inte heller hur många fosterföräldrar som blivit avskräckta av metoden på grund av att de inte velat arbeta med en manualbaserad metod. Det skulle i sin tur kunna innebära problem att rekrytera fosterföräldrar och att resultatet är svårt att replikera om MTFC implementeras i större och bredare skala. Å andra sidan är ungdomar med allvarliga beteendeproblem en svårbehandlad målgrupp som löper risk att utveckla fortsatta problem i vuxen ålder, med svåra konsekvenser för såväl individen som samhället. Finns det en typ av behandling som visat sig fungera bättre än andra för vissa av dessa ungdomar, är det rimligt att acceptera att det krävs mer aktiva och handlingsinriktade fosterföräldrar för att lyckas med uppdraget (Hansson, 2001). Dessutom finns det en efterfrågan på mer stöd och utbildning från fosterföräldrar och praktiker (SOU, 2005).

En annan viktig punkt är diskussionen om effektstudien är genomförd av oberoende utvärderare. Kjell Hansson som initiativtagare till att introducera MTFC i Sverige har varit delansvarig för implementeringen och även handlett och undervisat, framförallt i initialskedet av implementeringsprocessen, MTFC-teamet och fosterföräldrarna. Kontakten med de biologiska föräldrarna har däremot varit minimal. Här finns skäl att kommentera hur oberoende det kan tolkas vara. Vid introduktionstillfället hade Kjell Hansson den mesta kunskapen om programmet och sågs av metodansvari-

ga i USA som en garant för att programmets kunde genomföras på rätt sätt. Det finns möjlighet att både hans kunskap och engagemang i modellen kan ha påverkat MTFC-teamet positivt. Det väsentliga är ändå att implementeringen har varit helt skild från själva forskningen. All data har samlats in av personal oberoende av implementeringen och bör därför inte ha påverkats nämnvärt.

Med hänsyn till bristen på empiri får vi utifrån den kunskap vi har idag vara nöjda med en generell tolkning av resultaten. Möjligheten till effektiv behandling för ungdomar med allvarliga beteendeproblem verkar öka om de sju punkterna finns integrerade i interventionen (Whitehead & Lab, 1989; Andrew, et al., 1990; Lösel, 1995; Lipsey & Wilson, 1998; Rutter, et al., 1998; MacKenzie, 2000; Andreassen, 2003; Lipsey, 2009).

Metodologiska begränsningar

Studie I

Den empiri som ligger till grund för sammanbrottsstudien är hämtad från en nationell kohort av ungdomar som placerades under 1991. Hur pass generaliserbara dessa resultat är efter så många år, är svårt att avgöra. En förändring inom dygnsvården som skett sedan dess är att Statens Institutionsstyrelse 1994 tog över huvudmannaskapet för §12-hemmen från kommunerna. Den selektionspraxis som fanns 1991 (se vidare Vinnerljung et al., 2001, sid 207) innan staten övertog §12-hemmen kan ha inneburit att ungdomar, som egentligen skulle placeras på §12-hem, istället hamnade i fosterhem eller på andra institutioner. Förmodligen skulle en del av dessa ungdomar idag återfinnas på §12-hem. Vi har dock gjort den bedömningen att det endast kan röra sig om ett litet antal ungdomar och att resultatet förmodligen inte påverkats. En annan begränsning är att studiens empiri är hämtad från socialtjänstens akter. Akter är en vanlig informationskälla inom forskningen, men innebär vissa problem. Den information som finns i akterna ligger utanför forskarens kontroll, vilket begränsar vad som kan undersökas (se Vinnerljung et al., 2001). Konsekvensen av att använda akter i denna studie är att vi snarare kan ha underestimerat antalet sammanbrott än överestimerat.

Studie II

Eftersom vi har använt ett suburval från den nationella kohortstudien (studie I) medföljer vissa begränsningar som vi redovisat i studie I. En annan begränsning är att den svenska MTFC-gruppen är relativt liten i jämförelse med de övriga undersökningsgrupperna, vilket kan ha påverkat möjligheten till signifikanta resultat (Shadish et al., 2002). Ytterligare en begränsning är att två undersökningsgrupper har en gemensam sammanbrottsdefinition medan den tredje undersökningsgruppen, MTFC i USA, har en annan definition. I samråd med ansvarig forskare för MTFC-studien i USA bedömde

vi ändå att sammanbrottsdefinitionerna var tillräckligt samstämmiga för att kunna göra jämförelser mellan undersökningsgrupperna (personlig kommunikation med Patricia Chamberlain, Oregon, USA, jan-08).

Studie III

I studien om fosterföräldrars uppfattning om att arbeta manualbaserat, utgör urvalet en begränsning. Den grupp som deltog i undersökningen bestod av samtliga fosterföräldrar som arbetade med MTFC vid studiens start. MTFC är en krävande modell som ställer höga krav på fosterföräldrarna. Det kan i sig ha haft en selekterande effekt. Det finns också en risk att de fosterhemsföräldrar som valt att arbeta med MTFC var tilltalade av modellen redan från början, vilket i sin tur kan ha påverkat resultatet positivt.

Studie IV

En första begränsning i studien är urvalet av ungdomar. Det finns en risk att de ungdomar som ingår i studien från början har selekterats av socialtjänsten utifrån en önskan att satsa på just dessa ungdomar. Eftersom urvalet är randomiserat borde det inte ha påverkat studiens behandlingsresultat, men däremot möjligheten att generalisera resultaten till andra ungdomar inom målgruppen. En annan begränsning är att behandlingen av MTFC-ungdomarna uteslutande har skett i en privat vårdorganisation, medan traditionella insatser genomförts i kommunal/statlig regi. Här kan spekuleras i om en privat vårdorganisation kan förväntas ha mer välutbildad personal, större engagemang hos personalen, mer resultatinriktad organisation och lägre personalomsättning jämfört med en kommunal/statlig vårdorganisation. Det skulle i så fall kunna påverka utfallet av behandlingen. Ytterligare en metodologisk begränsning är att effektstudiens traditionella insatser (TAU) utgör en heterogen grupp, vilket påverkar möjligheten att förklara resultaten. Samtidigt speglar studien den praxis som finns inom svensk socialtjänst. Därutöver har ett litet antal individer i studien begränsat möjligheten att statistiskt analysera genderskillnader eftersom grupperna har varit för små.

Statistisk validitet, externvaliditet och drop-outs

En begränsning i effektstudien är *statistisk validitet*. Eftersom urvalet är litet riskerar det att påverka den statistiska styrkan (Farrington & Welsh, 2007). Med statistisk styrka avses vilken förmåga en undersökning har att med säkerhet påvisa att det finns en skillnad mellan grupperna. Urvalets storlek begränsade även möjligheten att analysera resultat för undergrupper, som till exempel könsskillnader.

En annan begränsning gäller den *externa validiteten* som beskriver hur generaliserbara resultaten är för den svenska ungdomsvården. Antalet socialtjänstkontor som ansvarade för att placera kontrollgruppens ungdomar (TAU-gruppen) i studien är begränsat. Användningen av institutionsvård och familjehemsvård skiljer sig mellan svenska kommuner, vilket gör att socialtjänstkontorens val av vårdform inte självklart är representativt för resten av landet (Sallnäs, 2005).

Drop-outs, eller avbruten behandling, är ett vanligt problem att ta hänsyn till vid utvärdering inom behandlingsforskning (Soydan & Vinnerljung, 2002). En risk kan vara att bortfallet är selektivt, vilket kan påverka resultatet. I effektstudien har alla ungdomar som randomiserats medtagits i analyserna (intent-to-treat). Tillvägagångssättet är en fördel eftersom randomiseringen då bibehålls och den interna validiteten ökar. Nackdelen är att behandlingseffekten kan underskattas (Sundell, 2008).

Konklusion

Ungdomar med beteendeproblem är en svårbehandlad grupp som ofta har multipla problem och därför kräver massiva behandlingsinsatser. I utvärderingen av MTFC har programmet visat sig vara ett lovande behandlingsalternativ. Dels verkar MTFC lyckas bra med att behålla ungdomarna i behandling, dels har behandlingen visat på goda effekter. Ungdomarnas föräldrar (mödrar) har också påverkats positivt av behandlingen. Även för fosterföräldrarna, som är centrala i behandlingarbetet har det strukturerade arbetssättet inom MTFC visat sig fungera väl. Min slutsats är att MTFC kan vara ett gott alternativ till traditionell dygnsvård. Dock krävs ytterligare utvärderingar av MTFC för att säkra resultaten. För att en bredare implementering ska ske måste socialtjänsten intresseras för att driva MTFC i kommunal regi. Samtidigt bör det noteras att MTFC inte är den enda lösningen för flertalet ungdomar med problem. Den vänder sig till ungdomar med allvarliga beteendeproblem och ska inte ses som en modell som generellt passar *stökiga* ungdomar. Dessutom kommer det även i framtiden att finnas behov av institutionsvård för ungdomar som kräver större personalitet och möjligheter till inlåsning. MTFC kan vara ett bra komplement till det utbud av vård som socialtjänsten idag erbjuder.

Implikationer för framtida forskning

Följande implikationer begränsas till att endast beröra randomiserade studier. Den här typen av studier är svåra att genomföra eftersom de är resurskrävande, både ekonomiskt och personalmässigt. Tillflödet av ungdomar till projekten drar ofta ut på tiden och genomströmningen av ungdomar i behandling tar lång tid. Detta medför att studierna tar lång tid att genomföra. Erfarenheter från denna studie är att det ursprungliga antalet ungdomar som var tänkt att ingå i studien fick revideras efter hand.

Nästa steg för forskningen bör vara att replikera utvärderingen av MTFC med ett större underlag av ungdomar för att se om de lovande resultaten består. Eftersom vår utvärdering har genomförts inom en privat vårdorganisation, finns det anledning att undersöka hur programmet skulle fungera i kommunal regi. Vid eventuella nya utvärderingar finns skäl att överväga jämförelser mellan olika specificerade behandlingsmetoder (som till exempel MTFC och MST) med samma typ av målgrupp, vilket ger en bättre kontroll över vilka behandlingar som jämförs. En annan möjlighet är att avgränsa jämförelsegruppen genom att endast inkludera fosterhemsvård eller institutionsvård.

När fler effektutvärderingar av MTFC har genomförts, och om resultaten fortfarande verkar lovande, borde nästa steg bli en komponentstudie där vi ställer frågan vad det är som gör MTFC effektivt.

Implikationer för praktiker

Resultaten tyder på att implementering av MTFC i den reguljära verksamheten kan vara ett bra alternativ för kommunerna. Det pågår idag en satsning på MTFC i reguljär verksamhet i Västerås kommun. Där finns erfarenhet att hämta om problem som kan uppstå när en ny metod ska introduceras. Att implementera metoden ställer höga krav både på resurser och på kompetent personal, och kräver dessutom en stabil organisation. Det är viktigt att säkerställa att metoden kommer att finnas kvar i verksamheten tillräckligt länge för att kunna visa på effekt. Ett alternativ för mindre kommuner är att gå samman och använda gemensamma resurser för att sätta igång ett MTFC-team.

Summary in English

The main goal of this thesis is to examine MTFC, a treatment programme for youth with severe behaviour problems, in a Swedish context. The programme is thoroughly evaluated in the United States and has demonstrated encouraging treatment results. It is a community-based multi-modal intervention programme that uses specialized foster homes as an alternative to restrictive residential care or group care in the United States. The foster parents provide the youth with a structured and therapeutic living environment.

Youth with antisocial problems are the focus of this thesis. The majority (70%) of individuals within the Swedish out-of-home care are youths placed mostly because of behaviour and relation problems. Young people with behaviour problems are difficult to treat and conventional interventions seem to be ineffective. Placement breakdown is a well-known phenomenon in treatment research that usually affects antisocial youth. The first study explores the frequency of breakdown for teenagers placed in different types of out-of-home care in Sweden.

MTFC has demonstrated low breakdown rates in the United States. In the second study the aim is to investigate the possibility to replicate the same low breakdown rates at a Swedish MTFC site. Furthermore, the study looks at whether the Swedish MTFC site could be more effective in keeping the youth in treatment in comparison with traditional Swedish foster and residential care.

In Sweden there is a lack of evaluated treatment programmes for antisocial youth. This has resulted in an interest in importing already evaluated treatment programmes from other countries. Many of the programmes, including MTFC, are highly structured and manual-based. MTFC is also a programme where the tasks and duties required of foster parents contrast greatly with the role of traditional foster parents. The third study reports on foster parents' experiences of working in a manual-based treatment programme for antisocial youth. The study focuses on foster parents' attitudes

towards being guided by a manual instead of the traditional approach based on the confidence in the foster parents' good parenting.

In the last study we are interested to explore whether the MTFC programme is more effective in treating youth with antisocial problems compared with Swedish traditional out-of-home care. A randomized effect study is conducted and the treatment effect of MTFC is compared with treatment as usual (TAU) that includes foster care, residential care and home-based intervention.

Study I

This study deals with the problem of breakdown in different types of out-of-home care (foster care/residential care) for Swedish teenagers. The sample consists of a national cohort of 776 youths who started 922 placements during 1991. Every placement was followed in municipal case files for a maximum period of five years. Between 30 and 37% of all placements were prematurely terminated, depending on whether a narrow or wide definition of breakdown was applied. The lowest rates of breakdown were found in kinship care and secure units, the highest in non-kinship foster homes. Teenagers who display antisocial behaviour and/or have mental health problems constitute a high-risk category for most types of out-of-home care but especially in non-kinship foster homes. Risk factors in relation to breakdown were analysed in the four main forms of Swedish out-of-home care separately (foster homes, privately/publicly run residential care and secure units). The analysis pointed out that risk factors are not the same in all types of care, but antisocial behaviour at time of placement increased the risk in most forms of care. Prior research indicates that placement breakdown is a major problem in child welfare in other countries, and this study found that Sweden is no exception.

Study II

This study describes and compares placement breakdown rates and relative risk of breakdown between three samples of antisocial youth in a child welfare system: a Swedish MTFC programme (n=31) and a MTFC programme from the United States (n=90), and a sub sample from a Swedish nation-

nal cohort study (n=275) focusing on youth breakdown in traditional out-of-home care. The participants in all three studies displayed problem behaviour common to youth diagnosed with CD (conduct disorder) or/and emotional problems. Breakdown rates were calculated at 6 and 12 months after intake. After 12 months the Swedish national cohort study had more than a three-fold (residential care 29% and foster care 45%) increase in risk of breakdowns compared to the Swedish MTFC programme (13%). Independent of time the Swedish MTFC programme had half as many breakdowns as the US MTFC programme. Although not all the differences were statistically significant, the trend in the material was clear. Regardless of type of care, gender, and time of breakdown, MTFC youths in Sweden with their combination of high internalizing and externalizing symptoms showed lower breakdown rates compared to the other two studies. The authors conclude that multi-contextual treatment programmes such as MTFC help youths complete their treatment better than traditional out-of-home care.

Study III

In this study the focus is on 28 Swedish foster parents and their experience of working in MTFC, a manual-based treatment programme for troubled youth. Using interviews and questionnaires, the study addresses how foster parents perceive the components and core terms specific to MTFC. Both quantitative and qualitative analyses were conducted. The quantitative analysis demonstrated that 80 per cent of the foster parents as a group rated all the programme components the highest possible positive value. From the qualitative analysis a difference appeared between the foster parents about their view on foster parenthood and the attitudes towards the programme. One group perceived themselves as professionals and accepted the programme. The second group, although seeing themselves as professionals, found it difficult to accept the programme. The third group viewed foster parenthood as a 'way of life'. The highlight of this study is the positive attitude towards the MTFC programme manual. It appears that 24-hours a day access to treatment tools and a treatment team are very important for the satisfaction of foster parents.

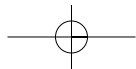
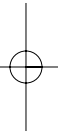
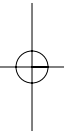
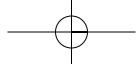
Study IV

MTFC has been successful in treating chronic juvenile offenders in the United States. This study examines two years post treatment outcomes for 35 Swedish antisocial youth. They received either treatment in Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) or treatment as usual (TAU) that included foster care, residential care and home-based intervention. This is the first randomized control study outside the United States. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) was used to estimate symptom load among youths and Symptom Checklist-90 (SCL-90) to estimate symptom load among the youths' mothers. Two years after intake MTFC and TAU together showed reductions in symptoms in more or less all outcome variables. Though separating the groups, the MTFC showed consistently statistically significant symptom reduction. The clinical significant positive treatment effects were mostly in favour of MTFC. The effect size favoured MTFC in all variables and five out of nine variables confirmed medium effect. Despite the small sample size of the study, the results were convincing but there is a need of further evaluation studies before disseminating the programme. The results suggest that MTFC is an effective method in treating youth with severe behaviour problems in a Swedish context. Even though the different programme components exist in Sweden, there is a tentative discussion on whether one of the reasons for the favourable result could be the combination of all components together in one programme.

Conclusion

The programme has shown good potential in keeping youth in treatment as well as positive treatment effects. The majority of the foster parents, crucial in the treatment process, are very optimistic about using the MTFC manual while implementing the core components of the programme. The evaluation of the MTFC programme indicates a promising treatment alternative.

The results suggest that MTFC is an effective method in treating youth with behavioural problems and that the programme ought to be of great interest for Swedish social services as an alternative to traditional care. Logically, the next step would be to set up trials where the MTFC programme is implemented in several local authorities under "real-life" conditions.



Referenser

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- af Klinteberg, B., Andersson, T., Magnusson, D., & Stattin, H. (1993). Hyperactive behaviour in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending: a longitudinal study of male subjects. *Personality and Individual Differences*, 15, 4, 381-388.
- Ainsworth, F., & Maluccio, A. (2003). *Towards new models of professional foster care*. Adoption & Fostering, 27, 4, 46-50.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition, Text Revision, Washington DC.
- Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Andersson, G. (1998). "Vad säger fosterföräldrar om barnens socialsekreterare?" *Familjehemmet*, 16, 4, (13-16).
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar; vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia/Centrum för utvärdering av socialt arbete/Statens Institutionsstyrelse.
- André Löfholm, C., Olsson, T., Sundell, K. & Hansson, K. (2009). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: Resultat efter två år*. Stockholm, IMS.
- Andrew, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of Criminal Conduct*. Anderson Publishing Co.
- Andrew, D.A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional Treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of programme integrity. *Legal and criminological Psychology*, 10, 173-187.
- Andrew, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of Criminal Conduct*. Fourth Edition, Anderson Publishing Co.

Andrew, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.

Andrew, D.A., Bonta, J. & Wormith, J.S. (2006). The recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7-27.

Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R. & Leib, R. (1999). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: A review of national research findings with implications for Washington state*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

Anttila, S. (2008). Systematiska översikter. I: U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*, kap 5. Stockholm: Gothia/IMS, Socialstyrelsen.

Appathurai, C., Lowery, G. & Sullivan, T. (1986). An expanded role for foster-care? *Canada's Mental Health*, September, 1986.

Armeliu, B-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P-A., Sarnecki, P. & Söderholm Carpelan, K. (1996). *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber utbildning AB.

Armeliu, B-Å., Fogelstam, H., Granberg, Å., Jeanneau, M. & Lundqvist, C. (1999). *En 5-årsstudie av patienter och personal vid Viksjö Gård 1991-1996*. Umeå Universitet: Inst. för tillämpad psykologi. Slutrapport nr 16 från Behandlingshemsprojektet.

Axberg, U. (2007). *Assessing and treating three to twelve-year-olds displaying disruptive behaviour problem*. Akademisk avhandling, Göteborgs universitet, psykologiska institutionen, Göteborg.

Bank, L., Marlowe, J.H., Reid, J.B., Patterson, G.R. & Weinrott, M.R. (1991). A comparative evaluation of parent training for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 444-449.

Barber, J. G. & Delfabbro, P. H. (2002). The Plight of Disruptive Children in Out-of-home care. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice*, 3, 201-212.

Bebbington, A. & Miles, J. (1990). The supply of Foster Families for Children in Care. *The British Journal of Social Work*, 20, 283-307.

Berg, M-L (2002). *Problemsyndrom hos flickor på särskilda ungdomshem*. SiS-rapport 2002:2. Statens Institutionsstyrelse.

Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2000). Om behandlingsbegreppet inom alkoholvården. I: *Behandling av alkoholproblem*. Stockholm: Liber Utbildning/CUS.

Bergmark, A. & Lundsöm, T. (2006). Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktning i socialt arbete, *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2, 99-113.

Berridge, D. (1997). *Foster Care: A Research Review*. The Stationery Office, London.

Berridge, D. & Cleaver, H. (1987). *Foster Hem Breakdown*. Oxford: Blackwell.

Berry, M. & Barth, R. (1990). A study of adoptive placements of adolescents. *Child Welfare*, 69, 209-225.

Biheal, N., Calyden, J., Stein, M. & Wade, J. (1995). *Moving on, young people and leaving care schemes*. London: H.M.S.O.

Bonta, J., Wallace-Carpretta, S. & Rooney, J. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and Behavior*, 3, 312-329.

Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Henggeler, S.W., Fucci, B.R., Blaske, D.M. et al. (1995). Multisystemic Treatment of serious juvenile offenders: Long-Term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.

Brennan, P.A., Mednick, B.R. & Mednick, S.A. (1993). Parental Psychopathology, Congenital Factors, and Violence. In S. Hodgins (ed.), *Mental Disorder and Crime*, Newbury Park, California: Sage.

Broberg, A.G., Ekeröth, K., Gustafsson, P.A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T. & Larsson, B. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 186-193.

Brottsförebyggande rådet (2000). Strategiska brott. Vilka brott förutsäger en fortsatt brottskarriär? *BRÅ-rapport 2000:3*. Stockholm, Brottsförebyggande rådet.

Bullock, R., Little, M. & Millham, S. (1993). *Residential Care for Children. A Review of the Research*. Dartington Social Research Unit, Department of Health, London: HMSO.

Börjesson, B. (1990) Frivillighet och tvång inom missbrukarvården. I *Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården*. Stockholm: DSF.

Capaldi, D.M. & Patterson, G.R. (1996). Can Violent Offenders be Distinguished from Frequent Offenders? Prediction from Childhood to Adolescence. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 33, 206-231.

Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G.R. & Forgatch, M. (2002). Contextual Risk Across the Early Life Span and Association with Antisocial Behaviour. In J.B. Reid, G.R. Patterson, J. Snyder (eds) *Antisocial Behaviour in Children and Adolescents. A development Analysis and Model for Intervention*. American Psychological Association, Washington DC, 123-146.

Caspi, A. (2000). The child is father of the man: Personality Continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 158-172.

Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A.M., Lonczak, H. & Hawkins, J.D. (1999). *Positive youth development in the United States: Research findings in evaluations of positive youth development programs*. Washinton, DC: US Department of Health and Human Services.

Cederblad, M. (2003). *Från barndom till vuxenliv. En översikt av longitudinell forskning*. Stockholm: Gothia Förlag.

Chamberlain, P. (1990). Comparative evaluation of special foster care for seriously delinquent youth: A first step. Community Alternatives: *International Journal of Family Care*. 2, 21-36.

Chamberlain, P. (1994). *Family connections: Treatment Foster Care for adolescents with delinquency*. Eugene, OR: Castalia Publishing.

Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, Outcomes, and Progress in Dissemination. *Cognitive and Behavioural Practice*, 10, 303-321.

Chamberlain, P. & Reid, J. (1991). Using a specialized foster care treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology*, 19, 266-276.

Chamberlain, P. & Reid, J. (1994). Differences in risk factor and adjustment for male and female delinquents in treatment foster care. *Journal of Child and Family studies*, 1, 23-39.

Chamberlain, P. & Moore, K. (1998). A clinical Model for Parenting Juvenile Offenders: A Comparison of Group Care versus Family Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1359-1045.

Chamberlain, P. & Reid, J.B. (1998). Comparison to two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 624-633.

Chamberlain, P., Moreland, S. & Reid, K. (1992). Enhanced services and stipends for foster parents: Effects on retention rates and outcomes for children. *Child Welfare* 71, 387-401.

Chamberlain, P., Fisher P.A. & Moore, K. (2003). Multidimensional treatment foster care: Applications of the OSLC Intervention Model to High Risk Youth and Their Families. In J.B. Reid, G.R. Patterson & J. Snyder (eds.) *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A development analysis and model for intervention*. American Psychological Association Washington, DC.

Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P. A., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placements in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect*, 30, 409-424.

Chamberlain, P., Leve, L.D. & DeGarmo, D.S. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care for Girls in the Juvenile Justice System: 2-Year Follow-Up of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 187-193.

Cicchetti, D. & Rogosche, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

Derogatis, L.R. & Cleary, P. (1997). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33, 981-989.

Dowden, C. & Andrew, D.A. (2000). *Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis*. Canadian Journal of Criminology, October, 449-467.

DSM-IV-TR (2000). *Diagnostical and statistical manual: Mental disorders*. American Psychiatric Association, Washington DC.

Cocoza, M. (2003). *Anmälningsplikten som instrument för att identifiera barn som behöver samhällets skydd*. Avdelning för barn och ungdomspsykiatri, Rapport nr. 26, Linköpings Universitet, Linköping.

Courtney, M. E. (1995). Re-entry to foster care of children returned to their families. *Social Services Review*, 69, 226-241.

- Courtney, M.E. (2000). Research needed to improve the prospects for children in out-of-home placement. *Children and Youth Services Review*, 69, 226-241.
- Courtney, M. & Barth, R. (1996). Pathways of older adolescents out of foster care: implications for independent living services. *Social Work*, 1, 75-83.
- Cullen, F.T. & Gendreau, P. (2000). Assessing correctional rehabilitation: Policy, practice, and prospects. In J. Horney (ed.), *National Institute of Justice criminal justice 2000: Changes in decision making and discretion in the criminal justice system*. Washington, DC: Department of Justice, National Institute of Justice.
- Daleflod, B. (1996). Är det möjligt att rehabilitera kriminella ungdomar? I B-Å. Armelius et al. (red.) *Vård av ungdomar med sociala problem. En forskningsöversikt*, (398-438), Stockholm: Liber.
- Department of Health, (2002). *Fostering for the Future: Inspection of Foster Care Services*, Social Services Inspectorate, London, DH Publications.
- Dishion, T.J., McCord, J. & Poulin, F. (1999). When intervention harms: Peer group and problem behaviour. *American Psychologist*, 9, 755-764.
- Dodge, K., Dishion, T. & Lansford, J. (2006). *Deviant peer influences in intervention and public policy for youth*. Social Policy Report, 3-19.
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, October, 449-467.
- Eddy, M.J. & Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 857-863.
- Eddy, M.J., Whaley, R.B. & Chamberlain, P. (2004). The prevention of Violent Behavior by Chronic and Serious Male Juvenile Offenders: A two year follow-up of a randomized trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 12, 2-8.
- Egelund, T. (2006). *Sammenbrud i anbringelser; en forskningsmessig belysning*. Socialforskningsinstituttet, 06:01, København.
- Egelund, T. & Hestbaek, A-D. (2003). *Anbringelse af born og unge uden for hjemmet. En forskningsoversigt*. Socialforsknings instituttet, 03:04, København.
- Egelund, T. & Vitus, K. (2009). Breakdown of care: the case of Danish teenage placements. *International Journal of Social Welfare*, 1, 45-56.

Eklund, T. & af Klintberg, B. (2003). Childhood Behavior as Related to Subsequent Drinking Offenses and Violent Offending: A Prospective Study of Eleven to Fourteen-Year-Old Youths into their Fourth Decade. *Criminal Behavior and Mental Health*, 13, 294-309.

Elliot, D.S. (ed.) (1998). *Blueprints for violence prevention*. Boulder, CO: Institute of Behavioral Science, University of Colorado.

Farmer, E. (1993). *Going home – what makes reunification works?* In: Prevention and Reunification in Child Care. (pp.147-166). London: Batsford.

Farmer, E., Lipscombe, J. & Moyers, S. (2005). Foster Carer Strain and its Impact on Parenting and Placement Outcomes for Adolescents. *British Journal of Social Work*, 35, 237-253.

Farrington, D.P. (2003 a). Key results from the first 40 years of the Cambridge study in Delinquent Development. In T.P. Thornberry, and M.D. Krohn (eds.) *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp.137-83). New York: Kluwer/Plenum.

Farrington, D.P. (2003). Advancing knowledge about the early prevention of adult antisocial behaviour. In D. Farrington & J. Coid (eds.) *Early prevention of adult antisocial behaviour* (pp. 1-31). Cambridge University Press, Cambridge.

Farrington, D.P. (2006). Key Longitudinal-Experimental studies in Criminology. *Journal of Experimental Criminology*, 2, 121-141.

Farrington, D.P. & Hawkins, J.D. (1991). Predicting participation, early onset and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behavior and Mental Health*, 1, 1-33.

Farrington, D. & Coid, J.W. (2003). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge University Press, Cambridge.

Farrington, D. P. & Welsh, C. (2007). *Saving children from a life of crime. Early Risk factors and effective interventions*. Oxford University Press, New York.

Farrington, D.P., Jolliffe, D.J., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Kalb, L.M. (2001). The Concentration of Offenders in Families, and Family Criminality in the Prediction of Boys' Delinquency. *Journal of Adolescence*, 24, 579-596.

Farrington, D.P., Loeber, R., Yin, Y. & Anderson, S. (2002). Are Within-Individual Causes of Delinquency the Same as Between-Individual Causes? *Criminal Behavior and Mental Health*, 12, 53-68.

Fenyo, A., Knapp, M. & Baines, B. (1989). *Foster Care Breakdown: A Study of a Special Teenager Foster Scheme*. Personal Social Services Research Unit, Discussion Paper 616. University of Kent, Canterbury.

Ferguson, D.M. & Horewood, J. (1998). Exposure to Interparental Violence in Childhood and Psychosocial Adjustment in Young Adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 22, 339-357.

Ferguson, D.M., Swain-Campbell, N. & Horwood, L.J. (2004). How does childhood economic disadvantage lead to crime? *Journal of child psychology and psychiatry*, 45, 956-966.

Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C. C., Tubman, J. G. & Adamson, L. (2005). *Successful Prevention and Youth Development Programs, Across Borders*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, USA.

Fisher, P.A., Heidi Ellis, B. & Chamberlain, P. (1999). Early Intervention Foster Care: A Model for Preventing Risk in Young Children Who Have Been Maltreated. *Children's Services Social Policy, Research and Practice*, 3, 159-182.

Fisher, P.A., Burraston, B. & Pears, K. (2005). The Early Intervention Foster Care Program: Permanent Placement Outcomes From a Randomized Trial. *Child Maltreatment*, 1, 61-71.

Forgatch, M.S. & DeGarmo, D.S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711-724.

Fossum, S. & Ogden, T. (2007). "MultifunC" – Multifunctional intervention program in institution and community targeting serious behaviour problems in adolescents. *Revised research protocol*, University of Tromsø, Atferdsenteret.

Frame, L., Berrick, J.D. & Brodowski, M. L. (2000). Understanding re-entry to out-of-home care for reunified infants. *Child Welfare*, 79, 339-369.

Fratter, J., Rowe, J., Sapsford, D. & Thoburn, J. (1991). *Permanent Family Placement: A Decade of Experience*. BAAF, London.

Garbarino, J. (2000). *Pojkar som har gått vilse*. Norstedts Tryckeri AB.

Garrett, C.J. (1985). *Effects of residential treatment of adjudicated delinquents: A meta-analysis*. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287-308.

Gelles, R.J. (2000). How evaluation research can help reform and improve the

child welfare system. How evaluation research help perform and improve the child welfare system? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4, 7-28.

Gendreau, P. (1996). Offender Rehabilitation: What we know and What needs to be done. *Criminal Justice and Behaviour*, 1, 144-161.

Gendreau, P. & Ross, R.R. (1979). Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics, *Crime and Delinquency*, 25, 463-489.

Gendreau, P., Smith, P. & French, P.A. (2006). The theory of effective correctional intervention: empirical status and future directions. In F.T. Cullen, J.P. Wright & K.R. Blevins (red.) *Taking stock: The status of Criminological Theory – Advances in Criminological Theory*. 15, 419-446. New Brunswick, NJ: Transaction.

George, V. (1970). *Foster Care: Theory and Practice*. London: Routledge & Kegan.

Gilberston, R. & Barber, J. (2003). Breakdown of foster care placements: carer perspectives and system factors. *Australian Social Work*, 4, 329-338.

Goodkind, S., Wallace, J.M., Shook, J.J., Bachman, J. & O'Malley, P. (2009). Are girls really becoming more delinquent? Testing the gender convergence hypothesis by race and ethnicity, 1976-2005. *Children and Youth Services Review*, 31, 885-859.

Gordon, R.A., Lahey, B.B., Kawai, E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Farrington, D.P. (2004). Antisocial Behavior and Youth Gang Membership: Selection and Socialization. *Criminology*, 42, 55-87.

Gustle, L-H. (2006). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi. En svensk randomiserad multicenterstudie angående Multisystemisk terapi*. Akademisk avhandling, Institutionen för Psykologi, Lunds universitet, Lund.

Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K., Lundh, L-G., & André Löfholm, C. (2007). Blueprints in Sweden: Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multi-dimensional Treatment Foster Care (MTFC). *Nordic Journal of Psychiatry*, 6, 443-451.

Hallerstedt, G. (2006). *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Daidalos AB, Göteborg.

Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder*. Centrum för utvärdering av socialt arbete, Gothia förlag.

Hansson, K., Olsson, M., Balldin, T., Kristoffersson, R., & Schuller, P. (2001). Multidimensional Treatment Foster Care. Ett nytt sätt att arbeta med fosterhem. *Socionomen*, 2, 40-45.

Harvey, R.J., Fletcher, J., & French, D.J. (2001). Social Reasoning: A source of influence on aggression. *Clinical Psychology Review*, 21, 447-469.

Hengeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., & Swenson, C.C. (2006). Methodological critique and meta-analysis as a Trojan horse. *Children and Youth Services Review*, 28, 447-457.

von Hofer, H. (2001). Åtgärder mot ungdomsbrottslighet. I F. Estrada, & J. Flyghet (red.), *Den svenska brottsligheten* (s. 317-331), Lund: studentlitteratur.

Hojat, M., & Xu, G. (2004). A Visitor's Guide to Effect Sized. Statistical significance Versus Practical (Clinical) Importance of research Findings. *Advances in Health Sciences Education*, 9, 241-249.

Holland, P., & Gorey, K. M. (2004). Historical, Development, and Behavioural Factors Associated with Foster Care Challenges. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2, 117-135.

Hollin, C.R., Epps, K.J., & Kendrick, D.J. (1995). *Managing behavioural treatment. Policy and practice with delinquent adolescents*. London: Routledge.

Hussey, D.L., & Guo, S. (2005). Characteristics and Trajectories of Treatment Foster Care Youth. *Child and Welfare League*, 4, 485-505.

Höjman, L., & Dovik, N. (2008). MTFC Ett evidensbaserat manualstyrt behandlingsprogram. *Statens Institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar*, Rapport 2.

IMS hemsida, <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/6BC037B7-814F-4637-AA29-426450A71175/0/Svenskaeffektstudieruppdatt090618RN.pdf>, info hämtad den 26 juni-09.

Janson, C-G. (2000). Background of Swedish Longitudinal Projects in the Behavioral Sciences. I C-G. Janson, (ed) *Seven Swedish Longitudinal studies in the behavioural sciences*. Forskningsrådsnämnden, Rapport 8.

Janson, C-G. (2004). Youth Justice in Sweden. In M.Tonry, & A.N. Doob, (eds.) *Youth Crime and Youth Justice. Comparative and cross-national perspectives*. The University of Chicago Press, Chicago and London.

Jergeby, U. (2008). *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. IMS, Socialstyrelsen, Gothia Förlag.

Jergeby, U. & Tengvald, K. (2005). Evidensbaserad praktik och IMS uppdrag. *Socionomen*, 8.

Johansson, S., Bergmark, Å., & Lundström, T. (2006). Tonåringar som inte kan bo hemma. En utvärdering av jourhemspoolen nordvästra Stockholm, *CKP Rapport 2*, Stockholm.

Jonsson, G. (1968). *Delinquent Boys, their Parents and Grandparents*. Akademisk avhandling, Stockholm.

Jonson-Reid, M., & Barth, R. (2003). Probation Foster Care as an Outcome for Children Exiting Child Welfare Foster Care. *Social Work*, 3, 348-361.

Kadzin, A.E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatment for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 533-545.

Kazdin, A., & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.

Kazdin, A. E., Mazurick, J., & Siegel, T. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 549-557.

Kazdin, A., Helena, E., Kraemer, C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J., & Offord, D.R. (1997). Contributions of risk-factors research to development Psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.

Kasen, S., Johnson, J., & Cohen, P. (1990). The impact of school emotional climate on student psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 165-177.

Kendrick, A. (1996) Residential Child Care: The use and outcome of residential placements. In A. Kendrick, & A. McQuarrie (red.) *A Better kind of Home*, Glasgow: Centre for Residential Child Care, 11-19.

Kutash, K., & Rivera, V.R. (1996). *What works in children's mental health services?* Baltimore: Brookes.

Kutchins, H., & Kirk, S. (1999). *Making us crazy. DSM – The psychiatric bible and creation of mental disorders*. Constabel. London.

Kyhle Westermarck, P., Hansson, K., & Olsson, M. (submitted). Multidimensional Treatment Foster Care - Results from an independent replication. *Journal of*

Family Therapy.

Kyhle Westermarck, P., Hansson, K., & Vinnerljung, B. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care - how do they deal with implementing standardized components? *Children and Youth Services Review*, 29, 442-459.

Kyhle Westermarck, P., Hansson, K., & Vinnerljung, B (2008). Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) Reduce Placement Breakdown in Foster Care? *International Journal of Child & Family Welfare*, 4, 155-171.

Lagerberg, D., & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat*. Centrum för utvärdering av socialt arbete, Gothia, Stockholm.

Lahey, B., Miller, T., Gordon, R., & Riley, A. (1999). Development epidemiology of the disruptive behaviour disorders. In H. Quay & J. Hogans (eds.) *Handbook of disruptive behavior disorder*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, (pp.23-48).

Larsson, B., & Frisk, M. (1999). Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Child & Adolescents Psychiatry*, 8, 24-33.

Latessa, E.J., & Lowenkamp C.T. (2006). What works in reducing recidivism? *University of St. Thomas Law Journal*, 3, 521-535.

Lauritsen, J.L. (1993). Sibling Resemblance in Juvenile Delinquency: Findings from the National Youth Survey. *Criminology*, 31, 387-409.

Leoson, T. (2007). Avslutade institutions- och familjehemsplaceringar av ungdomar 2004-2005. Beskrivning och analys. *FoU-rapport 39*. Linköpings kommun, Unetryck, Linköping.

Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2005). Association with Delinquents Peers: Intervention Effects for Youth in the Juvenile Justice System. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 339-347.

Leve, L.D., & Chamberlain, P. (2007). A randomized Evaluation of Multidimensional treatment Foster Care: Effects on school Attendance and Homework Completion in Juvenile Justice Girls. *Research on Social Work Practice*, 7, 657-663.

Leve, L.D., Chamberlain, P., & Reid, J.B. (2005). Intervention Outcomes for Girls Referred From Juvenile Justice: Effects and Delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1181-1185.

Levin, C. (1998). *Uppfostringsanstalten: Om tvång i föräldrars ställe*. Akademiska avhandling, Lund, Lunds Universitet, Socialhögskolan.

Levin, C., Sunesson, S., & Swärd, H. (1998) Behandling. I V. Denvall & T. Jacobson (red.) *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*, (s. 21-44). Nordsteds Juridik AB. Stockholm

Lindén, G. (1998). *Att bli fosterbarn i tonåren: Om frigörelsen från internaliserade föräldrarobjekt*. Akademisk avhandling, Lund, Lunds universitet, avdelningen för tillämpad psykologi.

Lilienfeld, S.O., Purcell, C. & Jones Alexander, J. (1997). Assessment of antisocial behaviour in adults. In D.M. Stoff, J. Breiling, & J.D. Maser (eds.), *Handbook of antisocial behaviour*. New York: Wiley.

Littell, J.H., (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review*, 28, 458-472.

Littell, J.H. (2008). Evidence-Based or biased? The quality of published review of evidence-based practices. *Children and Youth Review*, 30, 1299-1317.

Littell, J.H., Popa, J.H., & Forsythe, B. (2005). *Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10-17*. The Campbell Collaboration 2005. Tillgänglig på www.campbellcollaboration.org.

Lipsey, M.W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In T.D. Cook, H. Cooper, D.S. Cordray, H. Hartmann, L.V. Hedges, R.J. Light, et al. (eds.), *Meta analysis for explanation: A casebook* (pp.83-125). New York: Russell Sage Foundation.

Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. Mcguire (ed.), *What works? Reducing reoffendings* (pp.63-78). New York: John Wiley.

Lipsey, M.W. (2002). Meta-Analysis and Program Outcome Evaluation. *Social-vetenskaplig tidskrift*, 9, 2-3, 194-208.

Lipsey, M.W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. Special issue of *Victims and offenders*, 4, 124-147.

Lipsey, M.W., & Derzon, J.H. (1998). Predictor of violent of serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In D.P. Farrington, & R. Lober (eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and*

successful interventions (pp. 86-105). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1998). Effective interventions for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D.P. Farrington (eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 3313-345). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lipsey, M.W., & Cullen, F.T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, December.

Loeber, R., & Farrington, D.P. (1998). *Serious and violent Juvenile Offenders, Risk factors and Successful Intervention*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Loeber, R., Green, S., Keenan, K., & Lahey, B. (1995). Which boys Will Fare Worse? Early Predictors of Onset of conduct disorder in a Six-year Longitudinal Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 499-509.

Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T.E., & Caspi, A. (1998). The development of male offending: key findings from the first decade of the Pittsburgh Youth Study. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 2, 141-171.

Loeber, R., Green, S. & Lahey, B. (2003a). Risk factors for adult antisocial personality. In D. Farrington, & J. Coid (eds.), *Early Prevention of adult antisocial behaviour*, Cambridge, University Press.

Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T.E., Avshalom Caspi, H.R., White, E.W., & Beyers, J.M. (2003b). The Development of Male Offending: Key Findings from 14 years of the Pittsburgh Youth Study. In T.P. Thornberry & M.D. Krohn (eds.), *Taking stock of Delinquency: An overview of Findings from Contemporary Longitudinal studies*, New Yourk: Kluwer/Plenum.

Lowenkamp, C.T., & Latessa, E.J., & Holsinger, A.M. (2006). The risk principles in Action: What have we learned from 13.676 offenders and 98 correctional programs? *Crime and Delinquency*, 51, 1, January.

Lundberg, I. (2005). *Utsatta flickor och pojkar. En översikt av aktuell svensk forskning*. Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Lundström, T., & Vinnerljung, B. (2001). Omhändertagna barn under 1990-talet. I M. Szebehely (red.), *Välfärdstjänster i omvandling*, Antologi/Kommittén Valfärsbokslut/SOU, 52, 289-330.

Länstyrelsen & Socialstyrelsen (2009). *Hem för vård eller boende för barn och unga*. Slutrapport från en nationell tillsyn 2006-2008.

Lösel, F. (1995). Increasing Consensus in the Evaluation of offender Rehabilitation? Lessons from recent research syntheses. *Psychology, Crime and Law*, 2, 19-39.

Macdonald, G.M., & Turner, W. (2008). *Treatment Foster Care for improving outcomes in children and young people*. The Cambell Collaboration Social Welfare Group.

MacKenzie, D.L. (2000). Evidence-based corrections: Identifying What Work. *Crime and delinquency*, 4, 457-471.

Magnusson, D. (2001). Ett helhetsperspektiv på individers utveckling. I K. Söderholm Carpelan & W. Runquist (red.) *Ung med tung social problematik, Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling*, (s. 282 -310) Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.

Magnusson, D., & Bergman, L.R. (1988). Individual and Variable-Based Approaches to Longitudinal Research of Early Risk Factors. In M. Rutter (ed.) *Studies of Psychosocial Risk: The Power of Longitudinal Data*, Cambridge, University Press.

Maluccio, A.N., Ainsworth, F., & Thoburn, J., (2000). *Child Welfare Outcome Research in the United States, the United Kingdom and Australia*, Washington, DC: Child Welfare League of America Press.

Martinson, R. (1974). What Works? Questions and answers about prisons reform. *Public Interest*. 35, 22-54.

Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D., & Elliot, D. (2004). Successful Program Implementation: Lesson from Blueprints. U.S. Department of Justice. *Juvenile Justice Bulletin*, July 2004.

Millham, S., Bullock, R., Hosie, K. & Haak, M. (1986). *Lost in the Care: The Problems of Maintaining Links between Children in Care and their Families*. Gower, Aldershot.

Moffitt, T. (2003). Life-Course-Persistent and Adolescence-Limited Antisocial Behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 647-701.

- Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways, among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M. & Silva, P.A (2001). *Sex differences in antisocial behaviour*. Cambridge university press.
- Morch, S (1985). *At förskole i ungdom, et socialpsykologisk essay*, Köpenhamn.
- Månsson, S-A. (2000) Kunskapsutveckling inom socialtjänsten och den akademiska forskningen – drar vi åt samma håll? *Socionomen*, 8, 4-9.
- Napier, H. (1972). Success and failure in Foster Care. *British Journal of Social Work*, 2, 187-204.
- Nelson, S.E., & Dishion, T.J. (2004). From Boys to Men: Predicting Adult Adaptation from Middle Childhood Sociometric Status. *Development and Psychopathology*, 16, 441- 459.
- Newton, R. R., Litrownik, A.J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and Youth in Foster Care: Disentangling the relationship between problem behaviours and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 10, 1363-1374.
- Ogden, T. (2002). Kommentarer till en konferens om ungdomar med tung problematik. I K. Söderholm Carpelan & W. Runquist (red.), *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.
- Ogden, T., & Hagen, K.A. (2006). Virker MST? Kommentarer til en systematisk forskningsoversikt og meta-analyse av MST. *Nordisk Socialt Arbeide*, 26, 222-233.
- Ohlsson, L.B. (1997) *Bilden av den Hotfulla ungdomen, Om ungdomsproblem och om fastställandet och upprätthållandet av samhällets moraliska gränser*. Akademisk avhandling, Lunds universitet, socialt arbete, Värpinge Ord och Text, Lund.
- Ohlsson, L.B., & Swärd, H. (1994). *Ungdom som samhällsproblem*. Studentlitteratur, Lund.
- Olsson, M. (2006). *Unga vuxna med en historia av uppförandestörning – en långtidsuppföljning med ett salutogent och ekologiskt perspektiv*. Akademisk avhandling, Socialhögskolan, Lunds universitet, Lund.
- Olsson, M., Hansson, K., & Cederblad, M. (2006). A long-term follow-up of conduct disorder adolescents into adulthood. *Nord J Psychiatry*, 60, 469-479.

Olsson, T. (2009). *Crossing the Quality Chasm? The short-term effectiveness and efficiency of MST in Sweden: An example of evidence-based practice applied to social work*. Akademisk avhandling, Socialhögskolan, Lunds universitet, Lund.

Palmer, T. (1975). Martinson revisited. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 12, 133-152.

Parker, R. (1966). *Decision in Child Care, A study of Prediction in Fostering*. London: Allen & Unwin.

Patterson, G.R. (1982). *Coersive family process*. Eugene, OR: Castilia.

Patterson, G.R. (1992). Developmental changes in antisocial behaviour. In R.De.V., Peters, R.J. McMahon, & Quinsey, V.L. (reds.). *Aggression and Violence throughout the life span*, (52-82). Newbury Park, CA: Sage.

Patterson, G.R. (2003). The early development of coersive family process. In Reid, J.B., G.R., Patterson, & J. Snyder (reds.). *Antisocial Behaviour in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and Model for Intervention*, (pp. 25-44). American Psychological Association, Washington.

Patterson, G.R., & Dishion, T.J. (1999). Model-building in developmental psychopathology: A pragmatic approach to understanding and intervention. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 502-512.

Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1987). A social interactional approach. *Antisocial Boys*, 4. Oregon Social Learning Center, Eugene, Oregon.

Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *A social interactional approach: Vol.4. Antisocial boys*: Eugene, OR:Castilia.

Payne, M. (2002). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Pecora, P., William, J., Kessler, R.C., Downs, A.C., O'Brien, K., Hiripi, E., & Morello, S. (2002). *Assesing the Effects of Foster Care: Early results from the Casey National alumni study*, Seattle, WA: Casey Family Programmes.

Petrosino, A., & Soydan, H. (2005). The impact of program developers as evaluators on criminal recidivism: Results from a meta-analysis of experimental and quasi experimental research. *Journal of experimental criminology*, 1, 435-450.

Qvarsell, R. (1996). Ungdomars brottslighet och samhällets vård. I B-Å. Armelius, S. Bengtzon, P-A, Rydelius, J. Sarnecki, & K. Söderholm Carpelan (red.) *Vård av ungdomar med sociala problem*. Statens Institutionsstyrelse, Liber utbildning AB.

- Raine, A. (1993). *The Psychopathology of Crime: Criminal Behavior as a Clinical Disorder*, San Diego. California: Academic Press.
- Raine, A., Moffitt, T.M., Caspi, A., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Lynam, (2005). Neurocognitive Impairments in Boys on the Life-course Persistent Antisocial Path. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 38-49.
- Reid, J., Patterson, G.R., & Snyder, J. (2003). *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A Development Analysis and Model for intervention*. American Psychological Association Washington, DC.
- Reddy, L.A., & Pfeiffer, S.I. (1997). *Effectiveness of Treatment Foster Care with Children and Adolescents: A review of Outcomes studies*. J. AM.ACAD. Child Adolesc. Psychiatry, 5, 581-587.
- Riksrevisionsverket (2002). *Tillsyn av behandlingshem för barn och ungdomar*. RRV, 6, Stockholm.
- Ross, R.R., & Ross, R.D. (1995). *Thinking Straight: The Reasoning and Rehabilitation Program for Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*. Ottawa: Air Training and Publication.
- Rushton, A. (1989). Annotation: Post-Placement Services for Foster and Adoptive Parents – Support, Counselling or Therapy? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 197-204.
- Rutter, M. (2000). Children in Substitute Care: Some Conceptual Consideration and Research Implications. *Children and Youth Service Review*, 22, 685-703.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University press.
- Sallnäs, M. (2000). *Barnavårdens institutioner: Framväxt, ideologi och struktur*. Akademisk avhandling, Stockholm, Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Sallnäs, M. (2005). Institution eller familjehem? Om kommunal variation och vad den hänger samman med. *Socionomen, Forskningssupplementet*, 6, 15-28.
- Sallnäs, M., Vinnerljung, B., & Kyhle Westermarck, P. (2004). Breakdown in teen-age placements in Swedish foster and residential care. *Child and Family Social Work*, 2, 141-152.
- Sarnecki, J. (1991). *Ungdomarna på institutionerna. Uppföljning av §12-hemsvården*. Stockholms läns landsting, Delrapport 2.

Sarnecki, J. (1996). Problemprofiler hos ungdomar på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990-1994. I B-Å, Armelius, S. Bengtson, P-A, Rydelius, J. Sarnecki, & K.Söderholm Carpelan (red.), *Vård av ungdomar med sociala problem, en forskningsöversikt*. Statens Institutionsstyrelse, Liber Utbildning AB.

Scott, S. (2004). Childhood antecedents of juvenile delinquency. Bailey, S. & Dolan, M. (Eds). *Adolescent Forensic Psychiatry*. Chapt. 7, London:Arnold.

Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental design for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin company.

Shaw, D.S., & Winslow, E.B. (1997). Precursors and correlates of antisocial behavior from infancy to preschool. In D.M. Stoff, J. Breiling, & J.D. Maser (eds.), *Handbook for antisocial behaviour*, (pp. 384-394). New Your: Wiley.

Smith, D.K., Stormshak, E., Chamberlain, P., & Whaley, R.B. (2001). Placement Disruption in Treatment Foster Care. *Journal of Emotional and Behavioural Disorder*, 3, 200-207.

Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and Coercion Mechanisms in the Development of Antisocial Behavior: The Family. In Reid, J.B., Patterson, G.R. & Snyder, J. (eds.) *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A development Analysis and Model for Intervention*. American Psychological Associatio, Washington D.C., Chap, 4, 65-100.

Socialstyrelsen (2001). *Barn och unga – insatser år 2000*. Statistisk Socialtjänst, 2001:8, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2004). *För en kunskapsbaserad socialtjänst – Slutrapport*. Socialstyrelsen: 131-11, Stockholm.

Socialstyrelsen (2008). *Barn och unga – insatser år 2007*. Statistik Socialtjänst, 2008:9. Socialstyrelsen.

SOU, Statens Offentliga Utredningar (2005). *Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården*. Betänkande av sociala barn- och ungdomsvårdskommittén, 81.

Soydan, H., & Vinnerljung, B. (2002). Några problem i utvärdering av sociala interventioner och utfallstudier. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 160-174.

Sprengelmeyer, P.G., & Chamberlain, P. (2001). Treating antisocial and delinquent

youth in out-of-home settings. In J.N. Hughes, A.M. La Greca, C. Coloney (eds.) *Handbook of Psychological services for Children Adolescents*, (pp.285-299). New York: Oxford University Press.

Stattin, H. (2002). Om protektiva faktorer. I K. Söderholm Carpelan, & W. Runquist (red.) *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.

Stattin, H., & Magnusson, D. (1991). Stability and Change in Criminal Behaviour up to age 30. *The British Journal of Criminology*, 4, 327-345.

Stattin, H. & Klackenber-Larsson, I. (1993). Early language and intelligence skills, maternal socializations of emotions, regulations and child behavior problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 121-142.

Stattin, H., & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645.

Stattin, H., Romelsjö, A., & Stenbacka, M. (1997). Personal Resources as Modifiers of the Risk for Future Criminality: An Analysis of Protective Factors in Relation to Eighteen-Year-old Boys. *British Journal of Criminology*, 37, 198-223.

Steffenmeier, D., Schwartz, J., Zhong, H., & Ackerman, J. (2005). An assessment for recent trends in girls' violence using diverse longitudinal sources: Is the gender gap closing? *Criminology*, 43, 355-405.

Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Farrington, D.P., Zhang, Q., van Kammen, W., & Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk factors for delinquency: Inter-relations and development patterns. *Development and Psychopathology*, 5, 683-701.

Sundelin, J. (1999). *Intensive family therapy a concept for hopes put into practice*. Department of Child and Youth Psychiatry, Lund University.

Sundell, K., (2008). Effektvärderingar. I U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*, IMS, Gothia förlag.

Sundell, K., & Gustavsson, C. (2007). Etik och evidens. *Psykologtidningen*, 10.

Sundell, K., & Vinnerljung, B. (2008). Goda intentioner kan vålla skada – om etik i socialt arbete. I U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*, IMS, Gothia förlag.

Sundell, K., Vinnerljung, B., Andrée Löfholm, C., & Humlesjö, E. (2004). Socialtjänstens barn, Hur många är de, vilka är instatserna, hur ofta återaktualiseras de

och vad händer dem i vuxen ålder. Forsknings- och Utvecklingsenheten, Stockholms stad, *FoU-rapport*, 4.

Sundell, K., Egelund, T., Andrée Löfholm, C., & Kaunitz, C. (2008). *Barnavårdsutredningar, en kunskapsöversikt*. IMS, Gothia Förlag, Stockholm.

Svensson, K. (2007). *Normer och normalitet i socialt arbete*. Studentlitteratur.

Swärd, H. (1993). *Mångenstädes svårt vanartade. Om problemen med det uppväxande släktet*. Akademisk avhandling, Lund, Lunds Universitet, Socialhögskolan.

Söderholm Carpelan, K. (1992). *Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja – en studie av 208 ungdomar vid Maria ungdomsenhet i Stockholm*. Akademisk avhandling, Stockholms universitet, Socialhögskolan, Rapport i Socialt Arbete nr 59.

Söderholm Carpelan, K., & Runquist, W. (2002). *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Statens Institutionsstyrelse, Stockholm.

Tengvald, K. (2001). Kunskapsutveckling av socialt arbete – för klienters bästa. *Socionomen*, 1, 22-27.

Tengvald, K. (2003). Vad kan vi lära av andra länder? Om strävan att skapa och förmedla forskningsbaserad kunskap om verkningsfulla insatser i socialt arbete. I Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS), *Blir det bättre med behandling*, Konferenspapper.

Tengvald, K. (2008). Den evidensbaserade praktikens i sitt sammanhang. I U. Jergeby (red.) *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*, IMS, Gothia förlag.

Thoburn, J. (2007). Globalisation and child welfare: *Some lessons from a Cross-national study of children in Out-of-home care*. Social work monographs no. 226. University of East Anglia, Norwich.

Tolan, P.H., Gorman-Smith, D., & Henry, D.B. (2003). The Developmental Ecology of Urban Males' Youth Violence. *Developmental Psychology*, 39, 274-291.

Tonry, M., & Doob, A.N. (2004). *Youth Crime and Youth Justice. Comparative and cross-national perspectives*. The University of Chicago Press, Chicago and London.

Trasler, G. (1961). *In place of Parents. A study of Foster Care*. London: Routledge & Kegan.

Triseloitis, J., Borland, M., & Hill, M. (2000). *Delivering Foster Care*, London, British Agencies for Adoption and Fostering.

- Van der Ploeg, J. D. (1993). The Netherlands. In M. J. Colton & W. Hellincxk (Eds.), *Child Care in EC*. Cambridge: Arena
- Vinnerljung, B. (1996). *Fosterbarn som vuxna*. Akademiska avhandling, Lunds universitet, Socialt arbete, Arkiv förlag, Lund.
- Vinnerljung, B. (1998). Socialt arv. I V. Denvall & T. Jacobson (red.) *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*, (s. 21-44). Nordsteds Juridik AB. Stockholm.
- Vinnerljung, B., & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: a follow-up study of 718 youths who were placed in out-of-home care during their teens. *Journal of Child and Family Social Work*, 13, 144-155.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Oscarsson, L. (1999). *Dygnsvård för barn och ungdom 1984-1995 – förändringar i vårdlandskapet sedan socialtjänstens tillkomst*. Forskningssupplementet, nr 11, Socionomen, 2-21.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Kyhle Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. Socialstyrelsen/Cus, Stockholm
- Vinnerljung B, Hjern A, Ringbäck Weitof G, Franzén E & Estrada F (2007). Children and young people at risk. Social Report 2006. *International Journal of Social Welfare*, 16, Supplement 1, S163-S202.
- Vinterhed, K. (1985). *De andra föräldrarna*. Stockholm, Skeab.
- Vogel, C. A. (1999). Using administrative databases to examine factors affecting length of stay in substitute care. *Children and Youth Services Review*, 21, 677-690.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programmes for families with conduct-problems children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 550-553.
- Weisburd, D., Lum, C.M., & Petrosino, A. (2001). Does research design affect study outcomes in criminal justice? *Annals of the American academy*, 578, 50-70.
- Weissberg, R.P., & Greenberg, M.T. (1998). School and community competence-enhancement and prevention programs. In W. Damon (Series Ed.) & I.E. Sigel & K.A. Renninger (Vol.Red.), *Handbook of child Psychology: Vol 5. Child psychology in practice*, (5tt ed, s. 877-954). New York: John Wiley.
- Weissberg, R.P., Kumpfer, K.L., & Seligman, M.E.P. (2003). Prevention That

- Works for Children and Youth. *American Psychologist*, 6/7, 425-432.
- Werner, E.F. (1989). Children of the garden Island. *Scientific American*, 260, 106-111.
- Werner, E.F. (1993). Risk, Resilience, and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-15.
- Werner, E.E., & Smith, S.S. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife, Risk, Resilience and Recovery*. Cornell University Press, Ithaca and London.
- West, D.J. (1982). *Delinquency. Its roots, careers and prospects*. Gower, Aldershot, Hants.
- Wetterstrand, C., & Zetterberg, P. (2007). *Ät var och en efter behov? Kriminalitet som markör för olika behandlingsalternativ*. D-uppsats, Socialt arbete, Lunds Universitet, Lund.
- White, J.L., Moffitt, T.E., Earls, F., Robins, L., & Silva, P.A. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28, 507-533.
- WHO (2002). *World health organisation: World report on violence and health*. Geneva: World Health Organisation.
- Wiklund, S. (2006). Signs of child maltreatment. The extend and nature of referrals to Swedish child welfare agencies. *European Journal of Social Work*, 9, 39-59.
- Wilson, K., Sinclair, I. & Gibbs, I. (2000). The Trouble with Foster Care: The Impact of Stressful 'Events' on Foster Carers. *British Journal of Social Work*, 30, 193 - 209.
- Woolfendern, S.R., Williams, K., & Peat, J. (2008). *Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17*, Cochrane Review, John Wiley & Sons, Ltd.
- Wählander, E. (1990). *Familjehem – stöd och hjälp*. Stockholm, Social Services, R & E Report no. 133.