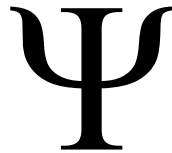




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*En systematisk litteraturgjennomgang: Lar atferdsvansker og kriminalitet seg
behandle på institusjon?*

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Anje Ingelin Alstadius Isene

Høst/2019

Veileder: Anita Lill-Hansen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
Abstract	7
Innledning	8
<i>Definisjon av alvorlige atferdsvansker</i>	9
<i>Behandlingstiltak rettet mot alvorlige atferdsvansker</i>	10
<i>Institusjonsbehandling av atferdsvansker</i>	11
<i>Komorbiditet</i>	13
<i>Hvordan definere institusjonsbehandling?</i>	14
Plasseringssettinger	14
Restriktivitet	15
Teoretisk fundament	15
<i>Behandlingsmodeller uformet for institusjonsbehandling</i>	16
Positive Peer Culture (PPC)	16
Teaching Family Model (TFM)	16
Equipping Youth to Help One Another (EQUIP)	17
<i>Differensiering</i>	17
<i>Risikofaktorer</i>	18
<i>Risk, Need and Responsivity (RNR)</i>	19
Risikoprinsippet	19
Behovsprinsippet	20
Responsivitetsprinsippet	20
<i>Metaanalyser som har vurdert effekten av RNR-prinsippene</i>	21
<i>Smitteeffekt</i>	21
<i>Hva sier forskningen om hva som er virksom behandling</i>	22
Aggression Replacement Training (ART)	23
<i>Ettervern</i>	24
<i>Denne litteraturgjennomgangen</i>	25
Metode	26
<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	26
<i>Metodesøk</i>	28
Resultatdel	31
<i>Studiekarakteristikk</i>	31
<i>Diagnoser</i>	31
Litteraturgjennomgangen	32
<i>Kaya, F. og Buzlu, S. (2016). Effects of Aggression Replacement Training on Problem Solving, Anger and Aggressive Behaviour among Adolescents with Criminal Attempts in Turkey</i>	32
<i>Steinebach, C. og Steinebach, U. (2009). Positive Peer Culture with German youth</i>	34
<i>Nas, C. N., Brugman, D. og Koops, W. (2005). Effects of the EQUIP programme on the moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents</i>	37

<i>Jones, R. J. og Timbers, G. D. (2003). Minimizing the need for physical restraint and seclusion in residential youth care through skill-based treatment programming</i>	<i>39</i>
<i>Lee, B. R. og Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care</i>	<i>41</i>
Diskusjon.....	45
<i>Smitteeffekt.....</i>	<i>45</i>
<i>Komorbiditet.....</i>	<i>47</i>
<i>Familieinvolvering.....</i>	<i>48</i>
<i>RNR-prinsippene.....</i>	<i>51</i>
<i>Follow up/ettervern.....</i>	<i>55</i>
<i>Generelle styrker og svakheter ved studiene</i>	<i>56</i>
<i>Implikasjoner for uvirksom institusjonsbehandling av barn og unge med atferdsvansker</i>	<i>57</i>
<i>Videre forskning.....</i>	<i>58</i>
Konklusjon	61
Referanser.....	62
Tabell 1 Studiekarakteristikker ved de inkluderte studiene.....	69
Tabell 2 Karakteristikker ved de inkluderte programmodellene.....	70
Tabell 3 Klassifikasjonskriterier i den empiriske rangeringsskalaen	71

Forord

Under ekstern fordypningspraksis Våren 2019, jobbet jeg som praktiserende psykolog ved Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP). FPP dekker psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for innsatte i Oslo fengsel - en fengselsenhet på Grønland med høyt sikkerhetsnivå, der hovedtyngden med innsatte er satt inn på varetekt. Varetektsfengsling innebærer innsettelse i fengsel i forbindelse med etterforskning av straffbare forhold, den innsatte har altså ikke på varetektstidspunktet ennå blitt dømt (Kriminalomsorgen, 2019).

Gjennom praksisperioden fikk jeg erfaring med vurdering, utredning og behandling av mannlige lovbrøyttere, i en særlig sårbar situasjon som varetektsinnsatt. Samtaler med unge frihetsberøvede menn, flere av dem med uttalt frykt for innskrenkede framtidsutsikter, berørte meg. Pasientene jeg hadde behandleransvar for utgjorde en svært heterogen populasjon. De var siktet i kriminalitet som spente over voldslovbrudd og seksualforbrytelser, narkotika, ran og bedrageri. Krigsopplevelser, omsorgssvikt og fattigdom var hyppig representert. Noen hadde hatt langvarig kontakt med psykisk helsevern, andre ingen. Enkelte hadde flere fengselsopphold bak seg, andre var førstegangssonere. På samme måte som at bakgrunnen og de straffbare forholdene de var siktet i varierte, spente de kliniske tilstandene jeg forholdt meg til over alt fra personlighetsforstyrrelser, rusrelaterte tilstander og atferdsproblematikk.

I havet av sammensatte, tidvis kompliserte behandlingssaker, la jeg merke til at et fellestrekk gikk igjen, særlig blant de unge førstegangsinnsatte: de hadde oppholdt deler av livene sine på ulike barnevernsinstitusjoner. Gjennom utredninger ble jeg oppmerksom på at flere av pasientene mine med erfaringer fra institusjon, tilfredsstilte kriterier for alvorlige atferdsforstyrrelser som barn, og antisosial personlighetsforstyrrelse som voksen. Disse observasjonene stimulerte og igangsatte en nysgjerrighet for hvorvidt pasientene mine hadde dratt nytte av et institusjonstilbud, eller om slike opphold i stedet hadde stimulert til negativ utvikling.

Sammendrag

Denne litteraturgjennomgangen studerer hvorvidt atferdsvansker og kriminalitet hos barn og unge lar seg behandle på institusjon. Institusjonsfeltet mangler systematisert kunnskap om effekten av institusjonsbehandling. Likevel utgjør institusjoner som retter seg mot å redusere problematferd det mest benyttede tiltaket for denne målgruppen. Det meste av forskningen på alvorlige atferdsvansker er dessuten i favør av polikliniske og hjemmebaserte tiltak. Denne litteraturgjennomgangen omfatter 5 fagfelleverderte studier som undersøker dette premisset, der 4 gruppebaserte og teoridrevne tiltak utprøves. Disse utgjør det diagnosespesifikke behandlingsprogrammet “Aggression Replacement Training” (ART), og institusjonstiltakene “Equipping Youth to Help One Another” (EQUIP), “Positive Peer Culture” (PPC) og “Teaching Family Model” (TFM). Alle behandlingsmodellene er å regne som evidensbasert praksis. Studiene ble utført på 5 ulike institusjoner: to fengsler, og tre barnevernsinstitusjoner. Utover å studere hovedeffektene fra studiene i denne litteraturgjennomgangen, diskuterer gjennomgangen i tillegg kontroversielle problemstillinger innen institusjonsforskningen. Disse inkluderer blant annet smitteeffekt, ettervern, familieinvolvering, risiko-behov-responsivitet-modellen og komorbiditet. Oppsummert indikerer resultatene fra denne litteraturgjennomgangen at multimodale behandlingsmodeller forankret i en kognitiv/atferdsorientert tilnærming kan ha effekt ved utskrivning. Det er imidlertid ikke mulig å trekke noen konklusjon om langtidseffekten av slik behandling, da fire av fem av studiene mangler follow up-data. Studien som har inkludert follow up-data, viste i tillegg til signifikant effekt på kun et av tre utfallsmål.

Nøkkelord: institusjon, behandling, alvorlige atferdsvansker, kriminalitet, RNR-modellen, barn og unge, smitteeffekt, fengsel, systematisk litteraturgjennomgang

Abstract

This review studies whether conduct disorders and delinquency among children and youth are treatable in residential care. Despite the lack of structured knowledge concerning the effect of residential treatment, group homes aimed at reducing problem behaviour is the most used measure for this group. Also, most of the research regarding severe behavioural problems is in favour of outpatient and home-based measures. This review comprises 5 peer-reviewed studies that examine this premise, where 4 theory driven and group-based treatment programs are tested. They make up “Aggression Replacement Training” (ART), which is a diagnosis specific treatment model. “Equipping Youth to Help One Another” (EQUIP), “Positive Peer Culture” (PPC) and “Teaching Family Model” (TFM), are treatment measures costumed to residential care. All the models are considered as evidence-based practice. The studies were implemented on two prisons and three child welfare residencies. Beyond studying the main effects from the studies in this review, this paper also discusses controversial problems in the research field on residential care. Among them are peer contagion, aftercare, family involvement, the risk-need-responsivity-model and comorbidity. Summarized, the results from this review indicate that multimodal treatment models rooted in a cognitive-behavioural approach can have an effect, at least up on discharge. It is, however, not possible to draw any conclusion regarding the long-term effect of this type of treatment, due to the lack of follow up-data in four of five studies. Furthermore, the one study that did include follow up-data showed significant effect for only one out of three outcome goals.

Key words: therapeutic residential care, behavioral problems, conduct disorder, treatment, delinquency, the RNR-model, children and youth, peer contagion, prison, systematic review

Innledning

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å studere hvorvidt atferdsvansker og kriminalitet hos barn og unge lar seg behandle på institusjon. Barn og ungdoms negative opplevelser på institusjon presenteres til stadighet i mediene, hvilket bidrar til at barnevernet er under sterkt press. Basert på at denne gruppen utgjør en pasientpopulasjon med svært komplekse vansker (Kayed, Jozefiak, Rimehaug, Tjelflaat, Brubakk og Wichstrøm, 2015, s. 13), synes det behørig å identifisere hvilke hjelpebehov barnevernsbarna har og hva forskningen sier om hva som er virksom behandling. Likeledes bør det på systemnivå drøftes hva som kjennetegner gode institusjonstiltak og hva som eventuelt kompliserer behandlingseffekt når barnevernsbarna plasseres på institusjon.

Barneverninstitusjonene i Norge drives av det offentlige (Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og kommunene), ideelle organisasjoner og andre private aktører. Bufetat har etter barnevernloven ansvaret for etablering og drift, samt godkjenning av private og kommunale barneverninstitusjoner. Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) har forvaltningsansvar for barnevernloven og fører tilsyn med at lov og øvrig regelverk blir anvendt riktig. Fylkesmannen fører tilsyn med at institusjonen drives i samsvar med gjeldende regelverk og at barna får forsvarlig omsorg og behandling i institusjonen. Barn under 12 år blir som regel plassert i fosterhjem (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2019).

I rapporten til Kayed et al. (2015) presenteres resultater fra forskningsprosjektet ”Psykisk Helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner”, hvor til sammen 400 norske ungdommer mellom 12-20 år deltok. Resultatene viser at 76 % av unge som er plassert i barnevernsinstitusjoner, tilfredsstiller kriterier for psykiatriske lidelser med funksjonsfall innenfor de siste 3 måneder. I tillegg rapporteres det om høy grad av komorbiditet mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser (Kayed et al., 2015, s. 44). De som kommer

dårligst ut er gjennomgående de som har atferdsavvik og rusmisbruk, og de som har tidligere plasseringer i barnehjem eller barneverninstitusjoner (Kayed et al., 2015, s. 13).

Alvorlige atferdsvansker synes å utgjøre en gjennomgående identifisert tilstand hos ungdom på institusjon, som omfatter en gruppe med symptomer kjent som vanskelige å forandre (Nock, Kazdin, Hiripin & Kessler, 2006). Det faktum at forskning viser at psykoterapeutisk behandling av ungdom generelt har mindre effekt hos de med identifiserte atferdsvansker (Andreassen, 2003, s. 118), bekrefter at det er spesielt krevende å endre vedvarende antisosial atferd. Tross manglende systematisert kunnskap om effekten av institusjonsbehandling, har de institusjoner som retter seg mot å redusere problematferd likevel vært et hyppig benyttet behandlingstiltak for målgruppen (Andreassen, 2003, s. 11). Hvorvidt alvorlige atferdsvansker og kriminalitet lar seg behandle på institusjon, synes dermed aktuelt.

Definisjon av alvorlige atferdsvansker

Alvorlig atferdsforstyrrelse heter Conduct Disorder (CD) i både det europeiske og det amerikanske diagnosesystemet. DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013), brukes som supplement i norsk spesialisthelsetjeneste, da mye av forskningen som er gjort på atferdsvansker har tatt utgangspunkt i dette systemet. Ifølge diagnosesystemet ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1992) er alvorlige atferdsvansker kjennetegnet av et gjentakende og vedvarende mønster av dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd. Når slik atferd er på sitt mest ekstreme, foreligger det klare brudd på sosiale forventninger i forhold til alderen og er derfor mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller ungdommelig opprørstrang. Isolerte asosiale eller kriminelle handlinger utgjør ikke i seg selv grunnlag for diagnosen, det må innebære et vedvarende atferdsmønster. Eksempler på atferd som ICD-10 baseres på, omfatter uttalt slåssing eller tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsetting, stjeling, gjentatt lyving, skoleskulking og hyppige

eller alvorlige raserianfall. Hvis disse atferdstrekkene er markerte, er hvert av dem tilstrekkelig for å stille diagnosen, mens enkeltstående dyssosiale handlinger ikke er nok.

Opposisjonell atferdsforstyrrelse (Oppositional Defiant Disorder, ODD), omfatter markert trass og ulydighet. Disse barna utøver ikke handlinger av antisosial karakter eller alvorlig aggressiv atferd og innebærer heller ikke kriminell atferd som man ser i alvorlige atferdsvansker. Denne typen atferd er vanlig hos barn under 8 år (WHO, 1992).

Behandlingstiltak rettet mot alvorlige atferdsvansker

Ifølge Fossum og Holmen (2011) er atferdsvansker stadig den viktigste henvisningsgrunnen for barn og unge som blir henvist til Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Skogen og Torvik (2013) anslår at summen av barn som har en atferdsvanskelig diagnose i Norden, ligger på mellom 3, 5 og 3, 7 %, og at 1,7 % møter kriteriene for en alvorlig atferdsforstyrrelse. Forholdstallene mellom gutter og jenter varierer mellom 4:1 og 2:1 (Solholm, 2014).

Omlag halvparten av de som utvikler atferdsvansker som barn, vil fortsatt ha vansker som ungdom (Bufdir, 2019). I tråd med dette viser Nock et al. (2006) at opptil 10 % av barna som debuterer med atferdsproblemer enten i barndom eller i ungdommen, står i fare for å utvikle vedvarende vansker i voksen alder. Det synes derfor svært viktig å gi barn, unge og familier hjelp, som kan motvirke eller hindre utviklingen av atferdsvansker (Bufdir, 2019).

Ifølge Lipsey (1999) er ungdommer mer formbare enn voksne og dermed mer mottakelige for å endre eller begrense antisosial atferd. Dette kan tenkes å utgjøre et viktig argument i favør av å iverksette ressurskrevende behandling av målgruppen. Rehabilitering heller enn straff utgjør dermed, ifølge Lipsey (1999), en lovende tilnærming for å redusere problematferd hos ungdommer.

I 1997 arrangerte Norges Forskningsråd en ekspertkonferanse der det ble fremlagt en skriftlig redegjørelse om hvilke tilnærminger som anbefales for forebygging og behandling av

barn og unge med atferdsvansker i Norge (Norges Forskningsråd, 1997). Blant programmene som ble anbefalt prøvd ut var De utrolige årene (DUÅ) og Parent management training – Oregon (PMTO), begge tiltakene har vært gjenstand for systematiske evalueringer med lovende resultater (Norges Forskningsråd, 1997). Likeledes ble behandlingstiltaket ”Multisystemisk Terapi” (MST), som retter seg mot ungdommer, også evaluert i en randomisert studie. Resultatene viste at behandlingseffektene hovedsakelig var i favør av MST, når denne behandlingen ble sammenlignet med ordinære behandlingsstrategier for målgruppen (Norges Forskningsråd, 1997; Ogden & Halliday-Boykins, 2005). Felles for anbefalingene var imidlertid at tiltakene var polikliniske og hjemmebaserte, altså ingen institusjonstiltak.

Fossum og Holmen (2011) problematiserer at til tross for lovende behandlingsresultater med PMTO og MST, er det fortsatt en betydelig andel av målgruppen som ikke nyttiggjør seg disse tiltakene. Fossum, Drugli, Handegård og Mørch (2010) fant for eksempel at 13 % av utvalget deres viste negativ utvikling etter implementering av DUÅ. På bakgrunn av at polikliniske og hjemmebaserte behandlingsprogrammer ikke kan hjelpe alle, synes behovet for andre behandlingstiltak nærværende, og for noen vil dette omfatte plassering på barnevernsinstitusjon.

Institusjonsbehandling av atferdsvansker

Ved plassering i institusjon i Norge defineres alvorlige atferdsvansker gjennom lov om barnevernstjenester som “alvorlig eller gjentatt kriminalitet, vedvarende misbruk av rusmidler eller på annen måte” (Andreassen, 2003, s. 26). Slik atferd medfører problemer både for samfunnet, ungdommene og for deres familier, som delvis forklarer hvorfor institusjonsplassering tradisjonelt har vært det mest benyttede tiltaket for denne gruppen.

Grunnlaget for bruk av behandlingstinstitusjoner rettet mot alvorlige atferdsvansker er at målgruppen lar seg behandle. Dersom en forutsetter at dette ikke er mulig, er beskyttelse av

samfunnet gjennom bruk av ungdomsfengsler et like naturlig tiltak, som å iverksette ressurskrevende institusjonsbehandling (Andreassen, s. 118, 2003). I tillegg bør det kunne forventes at slike opphold ikke bidrar negativt for ungdommene.

Enkelte institusjonstilbud for ungdom med atferdsvansker viser imidlertid at slike opphold stimulerer til nettopp negativ utvikling. Forholdene som ble avdekket ved stiftelsen ”Motivasjonskollektivet” eller bare (MK), oppsummerer mekanismer og faktorer som kan ha medvirket til et slikt resultat. ”MK” er en tidligere privateid barnevernsinstitusjon på Eidsvoll, tilrettelagt for ungdom i alderen 13-18 år med rus- og atferdsproblemer (Helsetilsynet, 2015). Det foreligger elektroniske tilsynsrapporter vedrørende ”MK” sin drift fra 2006 til 2014, hvor det blant annet fremgår at bruken av isolat/skjerming var overdreven og at fylkesmannen over tid og gjentatte ganger har påpekt mangler i protokollene og uttrykt bekymring for institusjonens bruk av tvang. Andre sviktområder omfatter begrensningene i barn og ungdoms frihet, unødige bruk av fysisk makt, manglende kompetanse hos personalet og uakseptable holdninger til ungdommene. Med vedtak i 2014 bestemte Fylkesmannen at ”MK” sin korttidsavdeling skulle legges ned (Helsetilsynet, 2015).

Forholdene på ”MK” er et av flere eksempler på uforsvarlig institusjonsdrift, som førte til at korttidsavdelingen som her presenteres fikk omfattende medieomtale. De fleste medias innfallsvinkler ligner denne når barnevernssaker er i fokus (Andersland, 2011). Barnevernets mandat har alltid vært å gi hjelp til utsatte barn og unge. På bakgrunn av alvorlige svikter ved enkelte institusjonsforetak har de likevel et betydelig omdømmeproblem. En negativ ringvirkning av de mange ensidige og kritiske reportasjer, har vært at folk flest umiddelbart forbinder barnevernet med noe farlig eller inkompetent (Andersland, 2011). Spørsmålet om ”MK” er representativ for moderne institusjonstilbud blir dermed viktig å avklare.

Fra internasjonal forskning har det lenge blitt konkludert med store variasjoner i effekter, både mellom institusjoner og mellom ungdommer (Lipsey, 1999). Metaanalysen til

Lipsey (1999) vedrører effekter av behandlingstiltak for ungdom med atferdsvansker og kriminalitet. Denne er å regne som svært omfattende og favner ulike behandlingstiltak i og utenfor institusjon, rettet mot ungdom mellom 12 og 21 år. Metaanalysen omfattet mer enn 200 studier gjennomført mellom 1950 og 1995, av disse utgjorde 83 institusjonsstudier. Behandlingsformen som viste best resultater var de institusjonstilbudene som baserte seg på sosial ferdighetstrening, de som viste dårligst resultater inkluderte miljøterapeutisk behandling. Lipsey (1999) konkluderte med at institusjonsbehandling av atferdsvansker og kriminalitet på den ene siden kan gi positive resultater, andre ganger dårlige, manglende eller negative resultater.

Komorbiditet

Forskning er generelt entydig i at ungdommer som viser alvorlige atferdsvansker, ikke er en homogen gruppe, til tross for observerbar problematferd (Kayed et al., 2015, s. 43). Mange av de unge som plasseres på institusjon har øvrige komorbide tilstander, som kan komplisere behandlingseffekt.

Sørland og Kjelsberg (2009) sin studie omhandler mental helse hos varetektsinnsatte under 20 år i Norge. De avdekket at 36 av 40 varetektsfengslede menn under 20 år, tilfredsstilte kriterier for psykisk lidelse, i tillegg til at komorbiditet var uttalt, med et snitt på 2, 5 diagnoser hver. Hyppigst forekommende var ruslidelse, dernest atferdsavvik, hvorav flere oppfylte kriterier for dyssosial personlighetsforstyrrelse (Sørland & Kjelsberg, 2009).

På samme måte rapporterer Kayed et al. (2015, s. 43) om svært høy forekomst av komorbiditet mellom atferdsvansker og internaliserte lidelser, som angst og depresjon, hos ungdom på barnevernsinstitusjoner i Norge. Rapporten dokumenterer at 36 % av ungdommene som ble undersøkt enten hadde en atferdsforstyrrelse eller et rusproblem. Av disse hadde 72 % også en annen diagnose; depresjon, angst, hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), en tilknytningsforstyrrelse eller Asperger syndrom. Kayed et al. (2015, s. 43)

problematiserer at den komorbide diagnosen kan tenkes å være den underliggende årsaken eller utgjøre en viktig kompliserende faktor i behandlingsprosessen. Konsekvensene av dette kan være at ungdommene risikerer å bli feilbehandlet, hvis de bare blir forstått og forsøkt hjulpet ut fra kjennetegnene til atferds- og rusproblemer.

Kayed et al. (2015, s. 44) avdekket at mange av ungdommene i barnevernsinstitusjoner har utfordringer som de i liten grad får adekvat psykiatrisk hjelp for. De peker på manglende kompetanse hos institusjonspersonalet som mulig årsak, samt at utformingen på institusjonene ikke er tilrettelagt for å ta hånd om den høye komorbiditeten mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser. Ifølge Kayed et al. (2015, s. 43) vil intervensjoner for å redusere antisosial utvikling hos en ungdom som samtidig har en depressiv lidelse eller en tilknytningsforstyrrelse, med liten sannsynlighet være gunstig behandling. Dette belyser viktigheten av å etablere gode rutiner for en bred kartlegging, før ungdommene plasseres i et institusjonstilbud.

Hvordan definere institusjonsbehandling?

Innen internasjonal forskningslitteratur på institusjonsbehandling er begrepene residential treatment/care/services, congregate care, group homes/care og therapeutic residential care (TRC), bredt benyttet, uten at det foreligger en enkelt akseptert definisjon for hva dette omfatter (James, 2011). Institusjoner varierer i hva de tilbyr, både med hensyn til form, innhold og størrelse. Felles for dem er at de utgjør en total erstatning for foreldres daglige omsorg. I det følgende vil oppgaven redegjøre for noen områder institusjonstilbud varierer på.

Plasseringssettinger. Tilnærminger til institusjonsomsorg karakteriseres av en rekke plasseringssettinger. Disse inkluderer blant annet turnusordninger, "Boot Camps", familieliknende tiltak, behandlingskollektiver, barnevernsinstitusjoner i offentlig eller privat regi og ungdomspsykiatriske institusjoner (Andreassen, 2003, s. 48). Der er også utviklet mer

fleksible måter å plassere ungdommer på, for eksempel i døgninstitusjoner med tilknyttede fosterhjem eller i egne boliger hvor den unge får tilsyn under overgangen til et selvstendig liv. I tillegg foreligger det egne enheter for utredning og korttidsivaretagelse av ungdom som befinner seg i akutte krisesituasjoner, som kan være lukket eller åpne (Andreassen, 2003, s. 44). Beredskapshjem tjener et slikt formål, og tilbys barn og unge som akutt trenger en familie å bo hos (Bufdir, 2019).

Restriktivitet. Restriktivitet refererer til i hvor stor grad behandlingssettingen begrenser ungdommens valg og frihet. Dette gjelder områder som kontakt med familie, dagligdagse aktiviteter og bevegelsesfrihet (Andreassen, 2003, s. 50). Ungdomsfengsler skiller seg fra andre institusjoner, blant annet gjennom grad av restriktivitet og hensikt med plasseringen (Andreassen, 2003, s. 50). Regionale fengselsplasser for unge lovbrytere finnes også i Norge, og har som formål at ungdom mellom 15 og 18 år skal unngå soning sammen med voksne kriminelle (Skotland, 2010). I dag eksisterer det to ungdomstiltak med tilhørende behandlingstilbud under kriminalomsorgen i Norge: Romerike fengsel, Ungdomsenhet øst (Eidsvoll) og Bjørgvin fengsel Ungdomsenhet. Begge deler tar imot innsatte av begge kjønn mellom 15 og 18 år fra hele landet, både på grunnlag av varetekt og dom. Avdelingene har kapasitet til 4 plasser med tilpasset sikkerhetsnivå (Kriminalomsorgen, 2019). For unge kriminelle under 15 år i USA, opereres det med straff eller tiltak utformet primært for å beskytte samfunnet. Ingen under 15 år kan fengsles i Norge (Gundersen & Svartedal, 2016).

Teoretisk fundament. Det eksisterer i dag en rekke teoridrevne institusjonstiltak. Disse inkluderer blant annet tilnærminger forankret i psykodynamisk teori, psykoedukativ teori og atferdsorientert teori (Andreassen, 2003, s. 53), men er på ingen måte noen uttømmende liste. Studiene i denne litteraturgjennomgangen inkluderer tre teoridrevne behandlingsmodeller utformet spesifikt for institusjonsbehandling og gruppeterapi. Disse har forankring i sosial læringsteori, ungdomskulturell tilnærming og kognitiv/atferdsteori. I det

følgende vil oppgaven beskrive disse ytterligere. Det henvises for øvrig til Tabell 2 for karakteristikk ved de ulike behandlingsmodellene.

Behandlingsmodeller utformet for institusjonsbehandling

Positive Peer Culture (PPC). PPC ble utviklet av Vorrath og Brendtro (1985) og er en ”peer-helping” (kamerathjelpende) modell utformet for å forsterke sosial kompetanse og fokusere på ungdommens styrker (California Evidence Based Clearinghouse for Child Welfare [CEBC], 2019). PPC ble utviklet med det formål å håndtere negativ smitteeffekt blant vanskeligstilt ungdom. Tilnærmingen har sitt opphav i sosialpsykologi og vektlegger den sosiale konteksten som viktig kilde til tanker og atferd. Siktemålet til PPC er å transformere en negativ kameratkontakt, inn til en positiv. Gruppenormer som forsterkes gjennom gjensidig ansvar og prososiale holdninger er tenkt å bli til gjennom utviklingen av tillit og respekt. Modellen bygger på premisset om at når ungdom blir mer forpliktet til å bry seg om andre, vil skadelig atferd bli erstattet med prososial atferd og egenverdien vil øke (James, 2011).

Teaching Family Model (TFM). Av alle behandlingsmodeller for barn og unge på institusjon, har Teaching Family Home (TFH), senere Teaching Family Model (TFM) vært gjenstand for mest forskning. TFM er en traumeinformert, kognitiv/atferdsorientert omsorgsmodell, som ble implementert i 1967. TFM er mest kjent for sin nyttiggjøring ved Boys Town (formelt Father Flanagan's Boys Town), som tjener som gruppehjem for barn og unge som har opplevd mishandling, rusmisbruk, neglekt eller vold (James, 2011). TFM baserer seg også på sosial læringsteori og anvendes både i barnevernsinstitusjoner, fosterhjem, skoler og psykiatriske institusjoner. Formålet er å tilrettelegge for mindre restriktivitet og gjenforening med familien. Enhetene drives gjerne av et par, eller andre vikarierende foreldre, som tilbyr et familieliknende miljø i boenheter med 4-8 ungdommer. Paret er også involvert med barnas foreldre, lærere og andre støttenettverk for å opprettholde

fremgang (CEBC, 2019). Av metoder som benyttes kan nevnes atferdskontrakter og tegnøkonomi, et system som muliggjør opptjening av poeng. I tillegg er oppbygging av gode relasjoner mellom ungdommer og personale vektlagt (Andreassen, 2003, s. 368).

Equipping Youth to Help One Another (EQUIP). EQUIP ble introdusert av Gibbs, Potter og Goldstein (1995) og utgjør en PPC-basert intervensjon forankret i kognitiv/atferdsteori. Modellen retter seg mot aggressive og antisosial ungdom og har som hovedmålsetting å redusere ungdommers antisosiale atferd. I likhet med PPC brukes en tilnærming basert på kameratskap for å oppmuntre og utruste unge lovbrøyttere til å tenke og handle ansvarlig (Gibbs, Potter, DiBiase & Devlin, 2008). EQUIP er også et multimodalt hjelpeferdighetsprogram, som retter seg mot begrensninger hos unge lovbrøyttere. Disse er definert som de tre D'ene: "delay or immaturity in moral judgment and egocentric bias; social information processing deficits and distortions; and social skill deficiencies" (Gibbs, Potter og Goldstein, 1996, s. 283). Møtene er delt inn i to gruppesettinger: "Equipment"-møter, som inkluderer ferdighetstrening, og "Mutual help"-møter, der ungdommene blir veiledet mens de praktiserer de lærte ferdighetene med hensikt om å hjelpe hverandre (Gibbs, Potter, DiBiase & Devlin, 2008).

Differensiering

Ungdom blir plassert i institusjoner som tjener ulike formål. En vanlig måte å differensiere institusjonstilbud på er gjennom institusjoner rettet mot atferd, rus og omsorg (Kayed et al., 2015, s. 43). Noen plasseringer er et resultat av mishandling eller uheldige omsorgsbetingelser, der hovedmålsettingen er å sikre god daglig omsorg. Andre grunner til plassering i institusjon er unges antisosiale atferd, inkludert kriminalitet, vold eller rusmisbruk. Her er formålet å intervensere for å redusere disse problemene (Whittaker et al., 2015, s. 100).

Gitt at plasseringer i institusjon tjener ulike formål, utgjør brukerne av slike tilbud en

svært sammensatt gruppe, der de identifiserte vanskene strekker seg over mange forskjellige utfordringer og hjelpebehov. Det blir dermed også et spørsmål om hvilken behandling som gir positivt eller negativt resultat for hvem. I denne litteraturgjennomgangen rettes dette spørsmålet mot unge med identifiserte atferdsvansker, som plasseres på institusjon for å motvirke eller redusere antisosial utvikling.

Flere studier peker på at ungdom som utvikler alvorlige atferdsvansker har vokst opp under svært utfordrende betingelser (for eksempel Jørgensen, Ertmann, Egelund & Hermann, 1993; Sampson & Laub, 1993). Ifølge Helgeland (2010) dokumenterer studiene personlige, så vel som familierelaterte problemer, inkludert utilstrekkelig omsorg, psykologisk og fysisk vold og mishandling, rusmiddelmisbruk hos foreldre og søsken, i tillegg til vanskelige sosiale og økonomiske forhold i hjemmet og i nærmiljøet. Disse funnene kompliserer måten å differensiere institusjonstilbud på, da mange unge med identifiserte atferdsvansker er i behov for institusjonstilbud som retter seg mot omsorg. I tråd med rapporten til Kayed et al. (2015) vil ungdom med atferdsvansker som kommer fra oppvekstvilkår som beskrevet over, risikere å bli forstått og forsøkt hjulpet ut fra for snevre kjennetegn.

Risikofaktorer

Risikofaktorer er blitt bredt definert som “de karakteristikkene og variabler som, dersom de er tilstede, for et individ øker sannsynligheten for at dette individet, i stedet for noen andre utvalgte fra den generelle befolkningen, vil utvikle en forstyrrelse” (Andreassen, s. 29, 2003). Atferdsproblemer er relatert til en rekke risiko- og årsaksfaktorer. Preventive og behandlingsrettede programmer burde dermed reflektere denne kompleksiteten. Ifølge Gundersen og Svartdal (2016) er det i dag voksende enighet omkring faktorene og kombinasjonen av faktorer som er viktige i effektiv forebygging og behandling av atferdsvansker. Slike risikofaktorer er kjent fra longitudinelle studier, som har identifisert disse under merkelappen “the Central Eight”. Andrews, Bonta og Wormith (2006) oppgir

historie med antisosial atferd, antisosialt personlighetsmønster, antisosial kognisjon og antisosialt nettverk, som de fire viktigste risikofaktorene. I tillegg angis risikofaktorer knyttet til familie- og/eller siviltilstand, skole- og/eller jobb, fritid og/eller rekreasjon og rusmisbruk.

Det foreligger forskningsmessig belegg for at rusmisbruk utgjør en vesentlig risikofaktor for utøving av kriminalitet og antisosial utvikling. Eksempelvis indikerer resultatene fra Haggerty, Wells, Jenson, Catalano og Hawkins (1989) at mange kriminelle handlinger utføres i forbindelse med rus. Ifølge Haggerty et al. (1989) er det svært mange ungdomskriminelle som benytter rusmidler rett før utøvelse av kriminelle handlinger. Studien avdekker også at alvorlige, vedvarende atferdsvansker og hyppig rusmiddelmissbruk kan ha felles etiologi. Dette støtter oppunder Andrews et al. (2006) sin modell om at behandling som retter seg mot risikofaktorer for rusmisbruk og kriminalitet kan være effektive mål for å motvirke antisosial utvikling.

Risk, Need and Responsivity (RNR)

Risk, Need and Responsivity (RNR)-modellen ble utviklet i 1980 av en kanadisk forskningsgruppe ved Carleton University med formål om å utrede og rehabilitere kriminelle i Canada. Modellen ble formalisert i 1990 og omfatter prinsipper basert på personlighetsteori og kognitiv, sosial læringsteori. Disse inkluderer risiko, behov og responsivitet, eller RNR-prinsippene (Andrews et al., 2006). Nedenfor følger beskrivelse av disse, som er hentet fra Andreassen, (2003, s. 239-249), om ikke andre referanser er oppgitt.

Risikoprinsippet. Ungdommer med høy risiko for kriminalitet kan nyttiggjøre seg intensive tiltak i større grad enn ungdommer med lav risiko.

Dette prinsippet predikerer at institusjonstiltak og andre intensive intervensjoner passer best for høyrisikoungdom, altså ungdom med mange risikofaktorer. Høyrisikoungdom har flere behov og burde i tråd med dette prinsippet, bli tilbudt flere ressurser og mer intensiv behandling enn lavrisikoungdom. Noe forskning indikerer at institusjonstiltak kan ha

uintendert eller iatrogen effekt gjennom resiprokal negativ innflytelse. Denne risikofaktoren ser ut til å operere spesifikt når lavrisikoungdom er plassert sammen med høyrisikoungdom. Dette innebærer bedret atferd for de atferdsvanskelige, men på bekostning av den gruppen som ikke viste alvorlige atferdsvansker i utgangspunktet (Andreassen, 2003, s. 212).

Behovsprinsippet. Behandlingstiltak bør rettes mot individuelle kriminogene behov hos ungdommene.

Behov hos ungdomskriminelle kan inndeles i kriminogene og ikke-kriminogene behov. Behovsprinsippet hevder at de dynamiske risikofaktorene er lovende mål for behandling og er ofte referert til som kriminogene behov. Dette konstruktet impliserer forandring i kriminell atferd og omfatter risikofaktorer for atferdsvansker og kriminalitet som det er mulig å forandre. Dette gjelder individuell atferd, ferdigheter og holdninger, men også transaksjoner med familie, venner og skole. Eksempelvis endring av antisosiale verdier, redusere rusmisbruk, redusere omgang med antisosiale bekjentskap og erstatte ferdigheter som lyving, stjeling og aggresjon med mer prososiale alternativer (Gundersen & Svartdal, 2016). Ikke-kriminogene behov er de behov som ikke er relatert til atferdsvansker og kriminalitet. Eksempelvis skjørt selvbilde, engstelse og tristhet, eller fysisk uhelse. Forandring av disse vil trolig ikke innvirke på atferdsvanskene.

Responsivitetsprinsippet. Behandlingstiltak bør tilrettelegges ut fra en kognitiv/atferdsorientert forankring og intervensjonen bør skreddersys til individets læringsstil, motivasjon, evner og styrker (Andrews et al., 2006).

Dette prinsippet omfatter spesifikk og generell responsivitet. *Generell* inkluderer generelt virksomme strategier forankret i sosial læringsteori og kognitiv/atferdsteori. *Spesifikk* refererer til skreddersydd behandling (Andrews et al., 2006). Visse personlighetstrekk og kognitive/atferdstrekk ved ungdommene innvirker på hvor responsiv han/hun vil være overfor behandlingstiltaket. Trekk ved ungdommenes læringsstil (responsivitet) har altså betydning

for hvilke konkrete metoder som bør benyttes. Eksempelvis innen tilnæringer som trener på sosiale ferdigheter, bør ungdommens angstnivå bli tatt med i betraktning i rollespill. Av de to har generell responsivitet mer forskningsmessig belegg enn spesifikk (Andrews et al., 2006).

Metaanalyser som har vurdert effekten av RNR-prinsippene

Antonowicz og Ross (1994) sin metaanalyse inkluderte 44 kontrollerte studier på høyrisikoungdom. Disse konkluderte med at gode programmer skilte seg fra dårlige, blant annet ut fra bruk av behovs- og responsivitetsprinsippet. 90 % av de vellykkede programmene var kjennetegnet av fokusering på kriminogene behov, sammenlignet med 58 % av ikke-vellykkede programmer. Tilsvarende funn ble funnet for prinsippet om responsivitet, ingen forskjell ble funnet for risikoprinsippet (Andreassen, 2003, s. 250). Dowden og Andrews (1999) sin metaanalyse omfattet 229 enkeltstudier, som viste signifikant høyere gjennomsnittlige effektstørrelser for programmer som fulgte alle prinsippene (Andreassen, 2003, s. 251). Bonta, Wallace-Capretta og Rooney (2000) sin metaanalyse inkluderte 85 programmer i sin analyse, der den gjennomsnittlige effektstørrelsen økte parallelt med antall prinsipper som ble benyttet (Andreassen, 2003, s. 252).

Basert på disse metaanalysene kan det hevdes at RNR-prinsippene har tilstrekkelig empirisk støtte til at programmodeller for aktuell målgruppe kan rette seg etter dem.

Smitteeffekt

Et sentralt forhold ved institusjonsbehandling, som skiller et slikt tilbud fra andre behandlingsformer, er samlingen av ungdommer med problematferd. En slik samling muliggjør gjensidig påvirkning i ungdomsgruppen (Andreassen, 2003, s. 135). Dette innebærer fare for overføring og smitte av atferdsproblemene mellom ungdommene (Fossum & Holmen, 2011). Dishion, McCord og Poulin (1999) sin forskning indikerer at ”avvikstrening” blant likesinnede ungdom predikerer økt ungdomskriminalitet, rusmiddelmisbruk, vold og dårlig tilpasning i voksen alder. Patterson (1993) viste at omgang

mellom unge med atferdsavvik i tidlig ungdomsalder, var assosiert med økende problematferd. Basert på forskningen om smitteeffekter, og sammenhengen mellom risikofaktorer og utvikling av atferdsvansker (Andrews et al., 2006) er det nærliggende å anta at risikoen for negativ utvikling øker når ungdommer med problematferd samles på samme sted (Andreassen, 2003, s. 135). Hvis institusjonstiltak skal benyttes, blir det dermed viktig å ta høyde for smitteeffekt og avklare hva som påvirker ungdomskulturen i institusjoner.

Hva sier forskningen om hva som er virksom behandling

Generelt har det vært vanskelig å trekke konkluderende slutninger om behandling av atferdsvansker, både i og utenfor institusjon. Det finnes talrike resultatstudier for mange forskjellige intervensjonstyper, gjennomført i forskjellige settinger og med forskjellige mål for resultater (Andreassen, 2003, s. 118). Siden 1980 tallet er det publisert en rekke metaanalyser for bredt definert behandling av kriminalitet og atferdsvansker. Blant de tidligste relevante metaanalysene er Garrets (1985) analyse av 11 studier rettet mot institusjonelle settinger rapportert i tidsrommet 1960-1983 (Andreassen, 2003, s. 78). Garret (1985) konkluderer med at en kognitiv/atferdstilnærming synes å være mer vellykket enn noen annen tilnærming. Dette funnet anses som særlig veldokumentert (Dowden & Andrews, 2000; Lipsey, 1999) og gjelder spesielt de kognitiv/atferdsorienterte tilnærmingene som disponerer flere spesifikke metoder rettet mot flere områder hos ungdom, såkalte multimodale programmer (Andreassen, 2003, s. 180). Eksempelvis trening i moralsk resonnering, sinnekontroll og sosiale ferdigheter (Gundersen & Svartdal, 2016). Dowden og Andrews (2000) konkluderte med at atferdsorienterte og sosiale læringsprogrammer er assosiert med betydelige større behandlingseffekter enn de som benytter ikke-atferdsorienterte tilnærminger. Mange av programmene som synes effektive, retter seg altså også mot økning i sosial kompetanse.

Kaya og Buzlu (2016) refererer til McMurrans og McGurie (2005), som rapporterer om

at barn og ungdom som viser aggressiv atferd har flere tilkorkkommenheter relatert til nettopp sosiale problemløsningsferdigheter. Svekket evne til problemløsning i puberteten kan videre være en viktig prediktiv faktor for impulsiv atferd, som i ytterste konsekvens kan føre til utføring av kriminelle handlinger (Kaya & Buzlu, 2016). På samme måte rapporterer Nordahl, Sørлие, Manger og Tveit (2005) om at lav sosial kompetanse er sterkt knyttet til alvorlige atferdsproblemer hos barn, som dermed utgjør en forløper til antisosial atferd. I tråd med dette konkluderer Sørлие (2000) med at lovende metoder for behandling av atferdsproblemer innebærer trening innen et bredt spektrum med sosiale ferdigheter. Oppsummert tyder altså tidligere og nyere forskning på at styrking av sosial kompetanse utgjør en viktig del av behandlingen for denne målpopulasjonen.

Aggression Replacement Training (ART). ART (Goldstein, Glick og Gibbs, 1998) er en evidensbasert kognitiv/atferdsorientert intervensjon, rettet mot å hjelpe kronisk aggressive barn og unge mellom 12 og 17 år. Modellen er gruppebasert, men ikke utviklet spesifikt for institusjonsbehandling. Ifølge CEBC (2019) viser ART imidlertid til lovende resultater som institusjonstiltak. Ifølge ART er aggressiv atferd sterkt knyttet til uadekvat emosjonell kontroll, begrenset rekkevidde med sosiale ferdigheter og mangel på prososiale normer og verdier (CEBC, 2019). ART som behandlingsprogram består av 3 komponenter: 1) En atferdsmessig komponent, som innebærer sosial ferdighetstrening, der trening i en sosial ferdighet blir praktisert per uke. 2) En emosjonell komponent, som omfatter teknikker i selvkontroll. Deltakerne bruker her sinnedagbøker for å dele erfaringene sine. 3) En kognitiv komponent, der ungdommene trenes i moralsk resonnering. Målsettingen her er å utvikle moralsk modenhet gjennom en positiv ungdomskultur. Deltakernes bevissthet rundt perspektiver trenes opp gjennom forskjellige problemutsagn, som blir gjenstand for diskusjon og som dermed skal hjelpe den unge til å fatte mer modne beslutninger i sosiale settinger

(Kaya & Buzlu, 2016). Formålet med ART er å styrke kompetanse på områder som sosiale ferdigheter, moralsk resonnering, sinnekontroll og redusere aggressiv atferd (CEBC, 2019).

Ettervern

Forskning indikerer at etterverntjenester minsker sannsynlighet for negative utfall og har vært assosiert med bedre prognose (Andreassen, 2003, s. 321). Andreassen (2003, s. 321) refererer til Bullock, Little og Millham (1998) sin studie, som undersøkte betydningen av kontinuerlig støtte etter utskrivning hos ungdom i fosterhjem og institusjon. Det ble her konkludert med at ettervern hadde stor betydning for forhindring av hjemløshet og vagabondering. Tett oppfølging bidro til at flertallet av ungdommene fant og beholdt god tilpasning og fungering innen to år.

Helgeland (2010) sin longitudinelle studie inkluderte 85 ungdommer mellom 12 og 16 år som tilfredstilte kriterier for en alvorlige atferdsforstyrrelse. Ungdommene ble fulgt opp 15 år etter utskrivning fra ulike barnevernstiltak, inkludert institusjonsbehandling. Bakgrunnen for studien var å undersøke alternativer til ungdomsfengsler for unge med antisosial atferd (Helgeland, 2010). Bakgrunnsdata indikerte blant annet at 3/4 av de 85 ungdommene vokste opp i lavinntektshjem med flere arbeidsledige foreldre med liten utdanning. 2/3 vokste opp med foreldre som misbrakte alkohol eller andre rusmidler. 1/4 var tilsynelatende normale. Oppsummert viste studien at 13 % av utvalget var døde, 19 % var ekstremt fattige og omkring 20% var fortsatt kriminelle eller misbrakte rusmidler. De som kom beklageligst ut var ungdommene som hadde mottatt behandling på institusjon. Helgeland (2010) konkluderte imidlertid med at flere av deltakerne hadde klart seg relativt greit, gitt det vanskelige utgangspunktet. 3/4 av kvinnene og rundt halvparten av mennene hadde tilsynelatende tilfredsstillende liv fritt for rusmisbruk og kriminalitet. Uavhengig av hvordan resultatene tolkes, synes det rimelig å stille spørsmål til om follow up-dataene ville vist til flere positive utfall, om integrert ettervern var inkludert i behandlingen.

Mange eksisterende programmodeller mangler integrert ettervern i behandlingen. Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings (MultifunC), tillegger denne komponenten mer vekt. MultifunC retter seg mot høyrisikoungdom med alvorlige atferdsproblemer, og er utviklet av Tore Andreassen (2003). Navnet på modellen signaliserer verdien av å ta individuelle og miljømessige risikofaktorer i betraktning, i tillegg til å inkludere integrert ettervern. Under behandling oppmuntres ungdommen til å delta i prososiale fritidsaktiviteter utenfor enheten. Slike aktiviteter betraktes som treningsarenaer, fordi de øker muligheten til å lykkes når ungdommen overføres til ettervern. I tillegg blir ungdommens foreldre gitt veiledning og trening, samt bistått i planleggingen og gjennomføringen av den unges hjemmebesøk (Whittaker et al., 2015, s. 100).

Denne litteraturgjennomgangen

Vedvarende antisosial atferd hos barn og unge medfører problemer både for samfunnet, ungdommene selv og for deres familier, hvilket underbygger viktigheten av virksomme behandlingstiltak. Til tross for kritiske medieoppslag vedrørende institusjonsbehandling og forskning som er i favør av polikliniske og hjemmebaserte tiltak, er institusjonsplassering fortsatt det mest benyttede tiltaket for denne gruppen. Oppsummert konkluderer tidligere forskning med at institusjonsbehandling av atferdsvansker og kriminalitet på den ene siden kan gi positive resultater, andre ganger dårlige, manglende eller negative resultater (Lipsey, 1999). Teoridrevne institusjonstiltak rettet mot alvorlige atferdsvansker er imidlertid i stadig utvikling og endres i tråd med det nyere forskning viser. Det synes dermed på tide med en ny oppsummering av forskning for å avklare *nåværende* eller *nyere* forskningsstatus med henblikk på institusjonsbehandling for unge med alvorlige atferdsvansker. *Problemstillingen* i denne litteraturgjennomgangen er: "Lar atferdsvansker og kriminalitet seg behandle på institusjon?"

Metode

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Forskning på institusjonsfeltet fremstår ofte med svakt forskningsdesign (James, 2011). Flere studier mangler kontrollgrupper, har metodiske begrensninger og anvender behandlingsmodeller som ikke er evidensbaserte (for eksempel Bean, White & Lake, 2005; Bettmann & Jaspersen, 2009; Hair, 2005). Basert på egne systematiske metodesøk, synes mangel på evidensbaserte behandlingsmodeller å være den begrensningen som lettest kan imøtegås. De store variasjonene i resultater fra institusjonsfeltet viser at enkelte tilnærminger har større effekt enn andre, og at det er mulig å oppnå positive effekter av behandling (Lipsey, 1999). I aktuell litteraturgjennomgang har jeg gjennom systematiske metodesøk funnet frem til studier som utelukkende bruker evidensbaserte behandlingsmodeller. Dette for å styrke evidensgrunnlaget, eliminere eventuelle feilkilder og dermed bedre kunne besvare problemstillingen. Se under metodesøk for hvordan denne prosessen fremgikk.

Denne litteraturgjennomgangen omfatter 4 behandlingstiltak: det diagnosespesifikke behandlingsprogrammet “Aggression Replacement Training” (ART), og institusjonstiltakene “Equipping Youth to Help One Another” (EQUIP), “Positive Peer Culture” (PPC) og “Teaching Family Model” (TFM). Se Tabell 2 for karakteristikk ved de inkluderte programmodellene.

Behandlingseffekt er i denne litteraturgjennomgangen målt gjennom utfall på behandlingsmål innen ART, EQUIP, PPC og TFM. Da behandlingsprogrammene har ulikt innhold og vektlegging, operasjonaliseres utfall forskjellig. For TFM operasjonaliseres bedringsmål som gunstig utskrivning og tilpasning (Lee & Thompson, 2008), eller redusert frekvens med utolerbar atferd, og dermed redusert behov for restriktive intervensjoner (Jones & Timbers, 2003). Ved ART (Kaya & Buzlu, 2016) måles dette gjennom økt kompetanse innen sosiale ferdigheter, moralsk resonnering, sinnekontroll og reduksjon i aggressiv atferd. I PPC (Steinebach & Steinebach, 2009) operasjonaliseres bedringsmål som

utvikling av prososiale holdninger/atferd, sosial kompetanse og økt egenverdi. EQUIP (Nas, Brugman & Koops, 2005) utgjør en form for krysning mellom PPC og ART. I likhet med PPC sin hovedmålsetting, er formålet til EQUIP å redusere antisosial atferd, gjennom å erstatte negative gruppenormer med positive. I tillegg vektlegges utvikling av hjelpeferdigheter, som er basert på de samme utfallsmålene som i ART.

Da det er atferdsvansker denne litteraturgjennomgangen belyser, har jeg ekskludert de studier der institusjon tjener andre formål enn å redusere og/eller motvirke antisosial utvikling. Av samme grunn har det blitt gjort forsøk på å ekskludere de studier som har undersøkt effekten institusjonsbehandling har på øvrige psykiatriske lidelser, som angst, depresjon, rusmiddelmisbruk og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Forskning rapporterer imidlertid ganske entydig om at rusmiddelmisbruk og psykiatriske vansker er vanlige problemområder ved siden av antisosial atferd (Andrews et al., 2006; Haggerty et al., 1989; Kaye et al., 2015, s. 44; Sørland & Kjelsberg, 2009). Av studiene i denne litteraturgjennomgangen synes tre av fem studier i varierende grad å ha tatt stilling til rusmisbruk, en til mentale hjelpebehov. Basert på at rusmiddelmisbruk og psykiatriske vansker utgjør vanlige tilleggsproblemer for aktuell pasientgruppe, kan det ikke utelukkes at pasientene i det totale utvalget i denne litteraturgjennomgangen har komorbide ruslidelser eller psykiatriske vansker som ikke er oppgitt eller utredet for. Fordi få studier inkluderer utvalg med "rene" atferdsdiagnoser, utgjør deltakerne i denne litteraturgjennomgangen ungdom som defineres bredt i henhold til kriminalitet og atferdsvansker.

Det har blitt gjort forsøk på å finne studier med relativt lik gjennomsnittsalder. I tråd med at de fleste institusjonstilbudene er rettet mot ungdom, har tre av fem studier i denne litteraturgjennomgangen undersøkt effekten på ungdom og unge voksne (13-21 år). TFM er imidlertid rettet mot barn og unge mellom 0-18 år. Studiene som har anvendt TFM som intervensjon (Jones & Timbers, 2003; Lee & Thompson, 2008) inkluderer dermed også barn.

Lee og Thompson (2008) sammenligner behandling rettet mot atferdsvansker i og utenfor institusjon, gjennomsnittsalderen utgjør her 13 år. I Jones og Timbers (2008) sin studie utgjør utvalget barn og unge mellom 8 og 18 år.

Gutter og jenter profitterer ulikt på behandling, i tillegg er atferdsvansker mer vanlig hos gutter (Solholm, 2014). Det er dermed primært gutter denne litteraturgjennomgangen omfatter. Unntaket er Lee og Thompson (2008), som opererer med begge kjønn, der 50% er gutter. Verken Jones og Timbers (2003) eller Kaya og Buzlu (2016) oppgir kjønn.

I et forsøk på å inkludere de studier som er oppdatert på nyere viten omkring både atferdsvansker og institusjonstiltak (eksempelvis komorbiditet, ettervern og RNR-prinsippene), har jeg kun sett på studier som er utgitt i tidsrommet 2000- i dag.

Oppsummert utgjør dette følgende seks inklusjons- og eksklusjonskriterier: 1) behandlingsmodellene er evidensbaserte og rettet mot atferdsvansker, 2) institusjonstiltakene tjener formålet om å redusere antisosial utvikling, 3) utvalgene er definert bredt i henhold til kriminalitet og atferdsvansker, 4) ingen av studiene oppgir utvalg med 100 % jenter, 5) ønskede utfallsmål tilsvarer forskjell i pre- og posttestsammenligninger etter implementering av behandlingsmodell og 6) studiene er utgitt i tidsrommet 2000-2019.

Metodesøk

Jeg utførte systematiske søk i databasene Google Scholar og Oria med følgende søkeord:

(“therapeutic residential care” OR ”group care” OR “residential treatment” OR institution*) AND (“conduct disorder*” OR antisocial* OR behavior*) AND (youth OR adolescent) AND (outcome). Dette utgjorde totalt 413 146 treff på Oria og 61 500 treff på Google scholar. Jeg tilpasset deretter søket i Oria til utgivelsesårene 2000-2019. Treffene ble også tilpasset til å kun omfatte engelske artikler og være hentet fra fagfelleverderte tidsskrift. Herfra endte jeg opp med 100 069 treff. Siste søk ble utført 05.11.2019.

Under gjennomlesing av aktuelle artikler utgjorde James (2011) et treff på både Oria og Google Scholar. I James (2011) ble det referert til søkemotoren California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). CEBC (2019) utgjør et verktøy for å identifisere, selektere og implementere evidensbasert barnevernpraksis (James, 2011).

Den tilgjengelige publiserte og fagfellevurderte litteraturen på nettsiden har blitt til gjennom søk på følgende databaser: Campbell and Cochrane Collaboratives, National Child Welfare Clearinghouse, PubMed, PsychInfo, Google, Google Scholar og The National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) (CEBC, 2019).

Utfallsstudier er gjennomgått av fagpersoner og deretter rangert på en fempunkts effektivitetsskala, referert til som "scientific rating scale". Skalaen rangerer styrken til empirien som støtter en praksis eller en programmodell. Forskningsempiri er på denne nettsiden definert som "utfallsstudier som har blitt publisert i et fagfellevurdert tidsskrift". 1 tilsvarer "godt dokumentert effektiv praksis", altså praksis med det sterkeste empirigrunnlaget. 5 korresponderer med "bekymringsfull praksis", dvs. praksis som kan utgjøre en betydelig risiko for de unge og deres familier. 1-3 tilsvarer praksis med tilstrekkelig empirigrunnlag, 4 og 5 svarer til praksis som ikke møter kriteriene for dette. Programmodeller som rangeres med 4 og 5 ble derfor ikke vurdert i denne litteraturgjennomgangen. Se Tabell 3 for spesifikke kriterier for hver klassifikasjonskategori.

CEBC (2019) bruker kategorien "higher level placement" på nettsiden sin, som i tillegg til institusjonsbehandling, også omfatter behandling i fosterhjem og poliklinikk. Denne litteraturgjennomgangen har bare inkludert studier som omfatter institusjonsbehandling.

CEBC (2019) sin nettside har identifisert behandlingsmodeller relevante for pasienter med identifiserte atferdsvansker på institusjon. Aktuelle programmodeller utgjorde dermed TFM, Stop Gap, Sanctuary Model, ART og PPC.

Siden opererer på den måten at hver behandlingsmodell viser til relevante publiserte

studier som har undersøkt modellens effekt på aktuell målpopulasjon. Stop-Gap utgjør en praksis med tilstrekkelig empirigrunnlag (vitenskapelig rangering på 3), som tilsvarer ”lovende empirigrunnlag”. Programmodellen har også barn og unge med atferdsvansker som målpopulasjon. Imidlertid kunne CEBC (2019) bare vise til én fagfellevurdert studie (McCurdy & McIntyre, 2004), der utvalgsbeskrivelsen inkluderte 100 % jenter. Da jeg ønsket mest mulig ekvivalente utvalg på tvers av aktuelle studier ble McCurdy og McIntyre (2004) ekskludert fra litteraturgjennomgangen. Sanctuary Model var rangert etter samme klassifikasjonskategori som Stop-Gap. Imidlertid er ikke denne programmodellen noen klientspesifikk intervensjon og tjener andre formål enn å redusere antisosial utvikling. Dette førte til at også denne modellen måtte ekskluderes fra litteraturgjennomgangen.

Jeg endte dermed opp med 3 relevante programmodeller. PPC har en vitenskapelig rangeringskategori på 2, mens TFM og ART har en vitenskapelig rangeringskategori på 3. Se Tabell 3 for spesifikke kriterier for aktuelle klassifikasjonskategorier.

ART er ikke utviklet spesifikt for institusjon, men viser, ifølge CEBC (2019), til lovende resultater som institusjonstiltak. Alle tre retter seg mot barn og unge med identifisert problematferd i form av ungdomskriminalitet eller atferdsvansker. Valg av artikler ble bestemt utfra utvalgsbeskrivelse og utgivelsesår. Se Tabell 1 for studiekarakteristikk ved de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen.

Søk i referanselistene til de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen og gjennomgang av relevante metaanalyser og systematiske litteraturgjennomganger ble også utført for å minimere risiko for utelatelse av aktuelle studier.

Resultatdel

Studiekarakteristikk

Studiene ble utført i totalt 4 land: én i Tyrkia, én i Tyskland, én i Nederland og to i USA. Det totale utvalget i studiene i denne litteraturgjennomgangen varierte mellom 56 og 828 barn og unge, der hovedvekten var gutter. En studie oppgir ikke antall deltakere i utvalgsbeskrivelsen. Studiene ble utført på 5 ulike institusjoner: to fengsler, og tre barnevernsinstitusjoner. Alle studiene er kvasiexperimentelle og opererer med pre- og posttestsammenligninger. En av fem studier presenterer follow up-data. Ingen av utvalgene i de fem studiene er randomiserte. Av programmodellene brukt i de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen anvender to studier TFM, en studie ART, en studie PPC og en studie EQUIP/PPC. Se Tabell 1 og 2 for henholdsvis studiekarakteristikk ved de inkluderte studiene og karakteristikk ved de inkluderte programmodellene.

Diagnoser

Det totale utvalget har bredt definerte atferdsvansker og/eller har begått ungdomskriminalitet.

Litteraturgjennomgangen

Kaya, F. og Buzlu, S. (2016). Effects of Aggression Replacement Training on Problem Solving, Anger and Aggressive Behaviour among Adolescents with Criminal Attempts in Turkey

Hensikt/hypoteser

Kaya og Buzlu (2016) belyser i sin studie viktigheten av å identifisere psykiske behov hos ungdom i fengsel, og tilby behandling deretter. Formålet med studien var å avgjøre effekten Aggression Replacement Training (ART) hadde på problemløsning, sinne og aggressiv atferd hos ungdomskriminelle i Tyrkia. Målsettingen var også å introdusere et program som kunne styrke dagligdagse ferdigheter hos ungdommer som er tilbøyelige for å utøve kriminalitet. For mer informasjon om ART, henvises det til Tabell 2.

Hypoteser. 1) Bruk av ART fører til at sinnenivåer hos ungdomskriminelle avtar, 2) Bruk av ART fører til at aggressiv atferd hos ungdomskriminelle avtar. 3) Bruk av ART fører til økning i sosiale problemløsningsferdigheter hos ungdomskriminelle.

Metode

Studiekarakteristikk. Studiedesignet var kvasiekperimentelt og hadde et pre- og posttestdesign, med et ikke-randomisert utvalg. Det totale studieutvalget ble selektert fra det eneste fengselet for unge lovbrøyttere i Istanbul, som utgjorde 65 ungdommer mellom 14 og 17 år. 32 av disse fungerte som eksperimentgruppe, 33 som kontrollgruppe. Kjønn er ikke oppgitt. Gjennomsnittsalderen var 16.3 år i eksperimentgruppen, 16.21 år i kontrollgruppen.

ART ble brukt som intervensjon, og ble tilpasset det tyrkiske språket og plasseringssettingen. Treningen ble utført over 10 uker, 3 sesjoner i uken, totalt 30 sesjoner. Gruppene var ekvivalente i henhold til alder, utdanningsnivå og rusmisbruk.

Data ble samlet inn både før og etter intervensjonen ved bruk av følgende måleinstrumenter: State Trait Anger Scale (STAS) og Anger Expression Scale (AX), en

firepunkts likertskala, bestående av 34 elementer, som berører opplevelser knyttet til sinne. Aggression Questionnaire (AQ), en fempunkts likertskala, bestående av 34 elementer, som vurderer følgende 5 dimensjoner: fysisk aggresjon, sinne, fiendtlighet og indirekte aggresjon. Social Problem Solving Inventory - Revised Short Form (SPSI-RS), bestående av 4 elementer: positiv problemorientering og rasjonell problemløsning, negativ problemorientering, unngåelsesstil og impulsiv/likegyldig stil.

Studien inkluderte ingen follow up-data.

Resultater

Hypotese 1. Målt med STAS og AX, viste resultatene signifikant nedgang i sinnenivåer hos eksperimentgruppen, etter bruk av ART ($P = 0.033$). Gjennomsnittsskåren for sinnekontroll økte signifikant hos eksperimentgruppen, etter bruk av ART ($P = 0.008$). Forskjellene mellom eksperimentgruppen og kontrollgruppen, var signifikante ($P = 0.026$).

Hypotese 2. Målt med AQ, viste resultatene at gjennomsnittsskåren for fysisk aggresjon, avtok signifikant i eksperimentgruppen etter bruk av ART ($P = 0.031$). Gjennomsnittsskåren for fiendtlighet, også målt med AQ, viste en signifikant nedgang i eksperimentgruppen, mens den økte i kontrollgruppen ($P = 0.009$; $P = 0.026$). Imidlertid ble ikke en slik endring sett *mellom* eksperiment- og kontrollgruppen ($P > 0.05$). På samme måte ble ingen signifikant endring funnet mellom eksperiment- og kontrollgruppen i den totale skåren eller ved de andre dimensjonene under AQ (verbal aggresjon, sinne eller indirekte aggresjon).

Hypotese 3. Eksperimentgruppens sosiale problemløsningsferdigheter, målt med SPSI-RS, viste signifikant bedring ($P = 0.005$).

Steinebach, C. og Steinebach, U. (2009). Positive Peer Culture with German youth**Hensikt/hypoteser**

Lokalisert i Ettlinge, Tyskland, tjener St. Augustine gruppehjem unge gutter som utviser atferdsvansker eller kriminalitet. I 2002 ble Positive Peer Culture (PPC) implementert på institusjonen. Formålet med studien var å avgjøre innvirkningen PPC hadde på beboerne ved St. Augustine. Ingen hypoteser ble oppgitt. Det henvises til Tabell 2 for informasjon om PPC.

Metode

Studiekarakteristikk: Studiedesignet var kvasiekperimentelt og hadde et pre- og posttestdesign, med et ikke-randomisert utvalg. Studien inkluderte ingen kontrollgruppe. Studieutvalget ble selektert fra St. Augustine gruppehjem for unge gutter som utviser atferdsvansker eller kriminalitet. Utvalget omfattet dermed 163 gutter på i gjennomsnitt 16 år, som hadde oppholdt seg på institusjonen i 18 måneder. Studien strakk seg over 3 år, og er derfor regnet som longitudinell.

PPC ble brukt som intervensjon. Studieutvalget ble innrullet i PPC fra 2003-2006. PPC-programmene inkluderte gruppemøter to ganger i uken og fulgte et standard PPC-format. Ungdommene adresserte egne utfordringer/problemer gjennom en uke på hjemmet, som deretter ble løst i fellesskap.

Data ble samlet inn i treårsperioden PPC ble implementert. Forfatterne av studien utformet spørreskjemaer, og utførte intervjuer. Disse ble henholdsvis tildelt og utført på seks ulike tidspunkt, hver sjette måned, som muliggjorde triangulering. Kvantitative data ble innhentet fra egendefinerte spørreskjemaer besvart av både personalet og ungdommene. Spørreskjemaene var delt inn i seksjoner vedrørende tilfredshet med gruppemøtene og mer spesifikke detaljer omkring møtenes innvirkning på dem. Disse omfattet blant annet tilstedeværelse av vold, hjelpeatferd og opplevelse av egenverdi. Kvalitative data kom fra

semistrukturerte intervjuer som berørte de samme temaene som spørreskjemaene. Både personalet, ungdommene og ungdommenes foreldre ble intervjuet.

Studien inkluderte ingen follow up-data.

Resultater

Akseptering av metode. Til å begynne med viste dataene fra spørreskjemaene en overordnet generell aksept av metode. Denne ble progressivt høyere over tid, med en voksende proporsjon med unge som hevdet å like metoden. Det samme ble observert i intervjuene. På første intervjudag, oppga fire av de seks ungdommene som ble intervjuet at de var negative til møtene. Under femte intervjudag ble ungdommene spurt om de trodde slike gruppemøter ville ha noe for seg på andre institusjoner. Alle guttene svarte at dette ville være en god ide. Sjette og siste dag oppga en av de seks ungdommene å være negative til møtene. Det samme ble observert hos personalet, som over tid oppga å aksepterte metoden.

Vold versus kommunikasjon. Initialt var vold et stort problem, både for de unge beboerne og personalet. Reduksjon i vold er derfor et viktig kriterium når en måler metodens suksess.

Etter første og siste tidspunkt for utføring av spørreskjemaene, viste resultatene signifikant mindre vold. Det samme bekreftes i intervjuene, både fra personalet og ungdommene. Personalet rapporterer om mindre aggressivitet. Flere av de unge beboerne oppgir mindre vold, et resultat som mange tilskrev styrket kommunikasjon etter implementeringen av gruppemøtene. Det oppgis eksempelvis at de har lært å ikke holde vanskelige følelser og tanker inne, at de ikke lenger ”løper fra problemene sine”, men heller setter ord på dette i møtene. Flere ungdommer nevner også at de banner og skriker mindre. Det samme ble observert av foreldrene, eksempelvis angir en forelder at barnet har begynt å ta initiativ til å snakke om ting som er vanskelig, heller enn å krangle.

Readiness (i beredskap) to help. Ifølge PPC er ikke reduksjon i negativ atferd nok, nøkkelen er å etablere prososial atferd og sunne verdier. Dette angår behovet for å ikke bare finne løsninger til problemene som blir diskutert i møtene, men også å skape en atmosfære preget av gjensidig omsorg. Ifølge dataene fra intervjuene oppgir eksempelvis en ungdom at han og de andre guttene på hjemmet har blitt et ”team”, som støtter hverandre.

Ifølge dataene fra spørreskjemaene ble ungdommens beredskap for å hjelpe andre signifikant forbedret. Dette bekreftes også fra intervjuene. En i personalet beskriver blant annet at det ser ut til at det er lettere for guttene å akseptere noe hvis det blir sagt fra en på samme alder som dem, til og med yngre.

I intervjuene beskriver de unge guttene hvordan deres evne til å hjelpe andre er utvidet til også å gjelde mennesker utover gruppen.

Egenverdi. PPC handler om mer enn å adlyde ordre. En av målsettingene vedrører verdien av å vise omsorg for andre. Genuin egenverdi kan, ifølge PPC, bare oppnås gjennom kunnskap om at en selv er verdifull for andre. Det var derfor forventet at ungdommenes egenverdi ble styrket i tandem med beredskapet til å hjelpe andre. Dette ble bekreftet fra dataene fra spørreskjemaene, som viste at jo mer guttene ble villige til å hjelpe andre, desto bedre hadde de det med seg selv (følelse av å være verdifull, å være tilfreds med den de er). Mens guttene levde i hjemmet og deltok på PPC-møtene, ble egenverdien styrket signifikant fra gang til gang.

Nas, C. N., Brugman, D. og Koops, W. (2005). Effects of the EQUIP programme on the moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents.

Hensikt/hypoteser

Nas et al. (2005) undersøkte PPC sin effekt gjennom EQUIP (Equipping Youth to Help One Another) på ungdomskriminelle i Nederland. Det henvises til Tabell 2 for mer informasjon om EQUIP. Formålet med studien var å avgjøre hvorvidt EQUIP kan justere for forsinkelser i henhold til moralsk bedømming og moralske verdier, forstyrrelser i sosial informasjonsprosessering, kognitive forstyrrelser, antisosiale holdninger og sosiale ferdigheter. Ingen hypoteser ble oppgitt.

Metode

Studiekarakteristikk: Studiedesignet var kvasiekperimentelt og hadde et pre- og posttestdesign, med en eksperimentgruppe og en ikke-randomisert kontrollgruppe. Det totale studieutvalget ble selektert fra 3 fasiliteter under kriminalomsorgen i Nederland. Dette utgjorde 108 unge menn på i gjennomsnitt 16.8 år som var fengslet for å ha begått en eller flere alvorlige kriminelle handlinger, ventet på dom eller var under tilsyn. 61 menn av disse tilhørte eksperimentgruppen (31 ved posttest), og 47 menn tilhørte kontrollgruppen (25 ved posttest).

EQUIP ble brukt som intervensjon. Hos eksperimentgruppen ble det implementert en modifisert versjon av EQUIP, i tillegg til vanlig omsorg. Kontrollgruppene mottok ordinær omsorg.

Data ble samlet inn både før og etter intervensjonen ved bruk av følgende måleinstrumenter: The Sociomoral Reflection Measure - ShortForm (SRM-SF), ble brukt for å evaluere sosialmorske verdier. Spørreskjemaet How I Think (HIT), ble benyttet for å måle kognitive forstyrrelser. Disse reflekterer kognitive beskrivelser i antisosial atferd, etter diagnosekriterier i DSM-IV (APA, 1994). Målene inkluderer blant annet grad av

selvsentrerthet, ansvarsfraskrivelse og coverte/overte (norsk oversettelse: skjult/synlig) antisosiale atferdstendenser. Synlig omfatter her konfronterende antisosial atferd, som aggresjon, ulydighet eller slåssing, mens skjult innebærer tilslørt antisosial atferd, som llying, stjeling og rusmisbruk. Ved evaluering av sosial informasjonsprosessering (SIP), ble deltakerne presentert for fire lydfiler, etterfulgt av 10 spørsmål. Lydfilene inneholdt hypotetiske situasjoner der en kamerat ga dem en ulempe, intensjonen til kameraten i historien var tvetydig. Svarene ble tatt opp, transkribert og kodet. The Attitudes towards Delinquent Behaviour Questionnaire (ADBQ), ble benyttet for å adressere moralsk bedømming. The Adolescent Problems Inventory-Short Form (IAP-SF) ble benyttet for å måle ungdommenes sosiale ferdigheter under bestemte problematiske eller stressende interpersonlige situasjoner.

Studien inkluderte ingen follow up-data.

Resultater

Sosial kompetanse. Målt med SRM-SF, IAP-SF og SIP, indikerte resultatene ingen signifikante forskjeller mellom eksperiment- og kontrollgruppen i henhold til sosialmorske verdier, sosiale ferdigheter eller sosial informasjonsprosessering.

Kognitive forstyrrelser. Målt med HIT, indikerte resultatene at eksperimentgruppen skåret lavere enn kontrollgruppen i henhold til det totale målet på kognitive forstyrrelser ($P = 0.015$), skjult antisosial atferd ($P = 0,004$), selvsentrerthet ($P = 0,003$) og ansvarsfraskrivelse ($P = 0.022$).

Antisosiale holdninger. Målt med IAP-SF, indikerte resultatene at eksperimentgruppen hadde signifikant mer negative holdninger mot ungdomskriminalitet enn kontrollgruppen ($P = 0.044$).

Jones, R. J. og Timbers, G. D. (2003). Minimizing the need for physical restraint and seclusion in residential youth care through skill-based treatment programming

Hensikt/hypoteser

Ifølge Jones og Timbers (2003) har bruken av restriktive intervensjonstiltak, som tvangsholding, farmakologiske begrensninger, ”time out” og skjerming, økt på institusjoner rettet mot unge med atferdsvansker. Dette til tross for nylig og omfattende forskning som tilsier at klienter tar stor skade av slike metoder (Helsetilsynet, 2015; Jones & Timbers, 2003). Noen behandlingstinstitusjoner har respondert på problemet ved å tilby omfattende veiledning og trening for å håndtere krisesituasjoner. Andre igjen har implementert kategoriske null-restriksjonspolisier. Formålet med denne studien var å avgjøre om implementeringen av Teaching Family Model (TFM), kunne redusere frekvensen med utolerbar atferd fra pasientene, og dermed også behovet for restriktive intervensjoner. For mer informasjon om TFM, henvises det til Tabell 2. Ingen hypoteser ble oppgitt.

Metode

Studiekarakteristikk. Studiedesignet var kvasiexperimentelt og hadde et pre- og posttestdesign basert på arkiverte data, med et ikke-randomisert utvalg. Studien inkluderte ingen kontrollgruppe. Studieutvalget ble selektert fra to omsorgsinstitusjoner; Barium Springs (BS) og Bridgehouse Program (BP). Begge var tradisjonelle, kampusbaserte institusjoner rettet mot barn og unge med atferdsvansker, henvist fra sosiale tjenester og mental helsesektoren. Verken antall deltakere eller kjønn er oppgitt i artikkelen.

TFM ble brukt som intervensjon på begge institusjonene.

Data var samlet inn før og etter implementeringen. Pretesten omfattet institusjonspersonalets arkiverte data relatert til bruksfrekvensen av ulike restriksjons- og skjermprosedyrer, som tvangsholding og skjerming. Også hendelser som ikke resulterte i offisielle registrerte restriksjoner, men som likevel utgjør former for utolerbar atferd (for

eksempel aggresjon mot jevnaldrende, bruk av rusmidler, vandalisme) ble innsamlet. Disse ble referert til som "ikke-restriktive hendelser". Posttesten omfattet på samme måte data vedrørende bruksfrekvens av restriksjon- og skjermprosedyrer, samt ikke-restriktive hendelser. Disse er også basert på institusjonspersonalets selvrapporteringer.

Studien inkluderte ingen follow up-data.

Resultater

Resultater ved Barium Springs. Ved BS ble TFM implementert på 6 hytter. Data dekker 11 måneder-intervallet fra oktober 1999 til august 2000. Etter TFM ble implementert viste gjennomsnittet med antall fysiske restriksjoner som ble brukt per kleint, per måned, for alle hyttene, en reduksjon på rundt 40 %. Videre viste resultatene at ikke-restriktive hendelser, ble redusert med over 80 %, etter TFM implementering.

Resultater ved Bridgehouse Program. Ved BP ble TFM implementert på én hytte. Data dekker intervallet august 1998 til mai 2000. Data fra BP sporet fysiske restriksjoner, innlåsing og time out-rom-intervensjoner. Fysiske restriksjoner per klient per måned ble her redusert med rundt 70 % mellom pre og post-TFM implementering. Tilsvarende nedgang i frekvens med innlåsing, ble også observert, og bruken av time out-room var nesten eliminert etterfulgt av introduksjonen av TFM.

Samlete resultater. Resultatene viste ingen signifikant reduksjon i frekvens med fysisk restriksjon ved BP fra pre til posttest ($P < 0.17$). Alle andre sammenligninger (ikke-restriktive hendelser ved BS, samt fysiske restriksjoner, innlåsing og time out-room ved BP), var imidlertid signifikant med en verdi på eller under $P < 0.01$.

Lee, B. R. og Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care

Hensikt/hypoteser

Treatment Foster Care (TFC) er utviklet som et mindre restriktivt og kommunalt alternativ til gruppeomsorg, altså en mellomting mellom institusjon og fosterhjem, der ungdom plasseres hos trente fosterforeldre (Andreassen, s. 370, 2003). Tidligere studier som har sammenlignet TFC-modeller med institusjonell gruppeomsorg (GO) viser at TFC leder til mindre ungdomskriminalitet og bedre utfall som berører tilpasning. Imidlertid innehar disse sammenligningsstudiene dårlig responsrate, fokus på prosess heller enn utfall, liten utvalgsstørrelse og mangelfulle beskrivelser av de ulike behandlingstilnærmingene (Bates, English & Kouidou-Giles, 1997; Curtis, Alexander & Lunghofer, 2001). Formålet med denne studien var å sammenligne effekten Teaching Family Model (TFM) hadde på TFC-ungdom og GO-ungdom, i tillegg til å minimere de presenterte begrensningene i tidligere studier. Det henvises til Tabell 2 for mer informasjon om TFM.

Hypotese. Unge i TFC betingelsen er mer sannsynlig til å erfare positive utfall med hensyn til ungdomskriminalitet og tilpasningsdomener etter TFM-implementering, sammenlignet med GO-ungdom.

Metode

Studiekarakteristikk. Studiedesignet var kvasiekperimentelt og retrospektivt, hadde et pre- og posttestdesign, benyttet seg av propensity matching, med et ikke-randomisert utvalg. Propensity Score Matching (PMS) kan brukes for å styrke kvasiekperimentelle design, når randomisering ikke er praktisk eller etisk mulig. Ved bruk av PMS blir en propensity-skåre utregnet for hvert individ i utvalget og reflekterer individets sannsynlighet for å bli tildelt en behandlingsbetingelse, basert på observerte bakgrunnsvariabler. I stedet for å matche på hver eneste bakgrunnsvariabel enkeltvis, samles alle bakgrunnsvariablene i et

tall, som deretter bli brukt for å matche deltakerne i hver behandlingsbetingelse. Ved å sammenligne individer fra ulike behandlingsbetingelser med samme eller lignende propensity-skårer, kan kausale effekter av behandlinger blir estimert (Lee & Thompson, 2008).

Studieutvalget ble selektert fra ulike Girls and Boys Town (GBT)-plasseringssteder. 378 barn og unge i TFC-betingelsen var plassert ved 6 forskjellige GBT-plasseringssteder i USA. 450 ungdom i GO-betingelsen var plassert på Girls and Boys Town-hjemmet i Omaha, NE, fordelt på 75 gruppehjem der. Totalt var utvalgsstørrelsen 828 barn og unge, 50 % av disse utgjorde gutter, med en gjennomsnittsalder på 13 år.

TFM ble brukt som intervensjon i begge betingelser. PMS ble dermed brukt for å sammenligne utfall for TFC, matchet med GO-utvalgene. Initiale forskjeller i variablene på tvers av gruppebetingelsene ble vurdert for å etablere en baseline. Propensity-skårer ble generert gjennom logistisk regresjon, for å modellere sannsynlighet for å motta TFC. Plasseringstype ble predikert gjennom 18 bakgrunnsvariabler, beskrevet under. Disse variablene var forventet å variere mellom gruppene og være signifikant assosiert med utfall. Fire statistiske matchingsstrategier ble anvendt. Etterfulgt av matching, ble rangeringen på oppnåelse for det aktuelle utfallet sammenlignet langs gruppene.

Data ble samlet inn før og etter implementeringen. Alle omsorgsarbeidere, inkludert fosterforeldre fullførte treningen før implementering av modellen. Pretesten omfattet arkiverte data vedrørende alle ungdommene, som ble innsamlet ved inntak til GBT. Informasjonen var basert på rapporteringer fra omsorgsgiver og ungdommen selv, i tillegg til formelle data, når tilgjengelig.

Innsamlet inntaksdata ved GBT vedrørte blant annet rapporteringer om neglekt og tidligere fysisk eller seksuell mishandling. De inkluderte problemer hos foreldrene, som mental helse, tidligere eller nåværende innsettelse i fengsel eller rusmisbruk. Ungdommens

historie med atferdsproblemer ble også kartlagt, som omfattet rusmisbruk, fysisk overfall mot voksne og jevnaldrende, beholdning av våpen, rømming, skoleatferdsproblemer, verbal aggressivitet mot andre, vandalisme eller annen kriminell aktivitet. Indikasjon på tidligere kjent ungdomskriminalitet ble målt gjennom tidligere plassering i fengsel, juridisk status som ungdomsforbryter og formell henvisning for plassering. De arkiverte dataene utgjorde til sammen 18 bakgrunnsvariabler, som ble brukt for å utvikle propensity-skårer.

Follow up-data ble generert fra et telefonintervju 6 mnd. etter utskrivning.

Utskrivning. Ved utskrivning, vurderte en klinisk spesialist, som var involvert i ungdommens omsorg, utskrivningsstatus som gunstig eller ugunstig, basert på grunn for utskrivning og oppnåelse av behandlingsmål. Det ble også kartlagt hvilken setting ungdommen ble utskrevet til. Utfallet ”vende hjem” omfattet plassering hos foreldre, slektninger eller adoptivforeldre.

Follow up. Etterfulgt av plassering, fulgte et intervju 6 mnd. senere, for å spore ungdommens utfall relatert til livssituasjon og samfunnsmessig fungering. For å måle kriminell involvering etter plassering, ble det innhentet opplysninger om eventuelle arrestasjoner, dommer, prøveløslatelse eller fengsel, siden utskrivning fra programmet. Hvis de hadde vært involvert i noen av disse, ble dette vurdert som et negativt utfall. Ny formell plassering, siden utskrivning, ble også kartlagt. Til slutt ble grad av institusjonalisering for ungdommens nåværende livssituasjon vurdert. Ungdom som bodde i en kommunebasert familiesetting (fosterhjem, hjemmet til en forelder, slektning eller venn), ble vurdert som en ”hjemmelignende” setting.

Resultater

Resultater etter matching. Gruppene var signifikant forskjellige på 14 av 18 bakgrunnsvariabler før matching, som deretter ble balansert langs fire matchingsstrategier. Propensity-skårer generert fra logistisk regresjon viste at sammenlignet med TFC-ungdom

hadde GO-ungdom flere familieproblemer, som blant annet inkluderte rusmisbrukene foreldre (67% vs. 83%) og vold i hjemmet (40% vs. 53%). Denne ubalansen kunne tyde på at GO-ungdom ville være mindre tilbøyelig til å oppnå ønskede utfall på ”vende hjem” og ”gunstig utskrivning”. Propensity-skårer generert fra logistisk regresjon viste videre at TFC ungdom hadde signifikant færre tidligere plasseringer enn det matchede GO-utvalget (3.2 vs 5.2). Siden flere plasseringer har blitt funnet å være assosiert med negative utfall, foreslo denne ubalansen at GO-ungdom var mindre sannsynlig til å oppnå ønskede utfall på ”senere formell plassering” og ”hjemmelignende settinger”. Ingen av funnene støttet imidlertid hypotesen om at TFC-ungdom ville være mer sannsynlig til å erfare positive utfall ved implementering av TFM. GO-ungdom var mer sannsynlig til å bli fordelaktig utskrevet og mer sannsynlig til å vende hjem. Ved follow up var GO-ungdom også mindre sannsynlig til å erfare senere formell plassering. For de to øvrige follow up utfallene (kriminell involvering og hjemmelignende setting), ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppebetingelsene.

Diskusjon

Hovedhensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke om alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet lar seg behandle på institusjon. Gjennom systematiske litteratursøk ble det funnet frem til behandlingsmodeller som tjener lik funksjon, og retter seg mot samme målpopulasjon. Oppsummert indikerer resultatene fra denne litteraturgjennomgangen at multimodale behandlingsmodeller forankret i en kognitiv/atferdsorientert tilnærming kan ha effekt. Denne litteraturgjennomgangen illustrerer imidlertid at de aktuelle behandlingsmodellene varierer langs en rekke andre dimensjoner, eksempelvis grad av restriktivitet, operasjonaliserte utfallsmål og modellenes spesifikke komponenter (familieinvolvering, sinnedagbøker, rollespill osv.). Dette underbygger at institusjonsbehandling ikke er en entydig konstrukt og kan derfor bety forskjellige ting i ulike kontekster. Studiene i denne litteraturgjennomgangen er også utformet med ulikt studiedesign og anvender forskjellige statistiske metoder, som bidrar ytterligere til at studiene fremstår lite ekvivalente. I diskusjonsdelen sammenlignes de ulike behandlingsmodellene i lys av øvrige problemstillinger innenfor institusjonsbehandling. Disse inkluderer smitteeffekt, komorbiditet, RNR-prinsippene, ettervern og valg av behandlingstilnærming.

Smitteeffekt

En utfordring med institusjon er faren for smitteeffekt, som er et problem som andre behandlingstiltak omgår. Som nevnt bringer gruppeterapier antisosiale ungdommer sammen, som kan medvirke til eskalering av antisosial aktivitet, og er dermed et argument mot bruk av institusjoner (Dishion et al., 1999; Patterson, 1993). Funnene presentert i denne litteraturgjennomgangen dokumenterer imidlertid ingen negativ utvikling som resultat av at ungdommer med atferdsvansker eller ungdomskriminalitet behandles sammen.

Både PPC og EQUIP vektlegger gruppemøter og etablering av en positiv ungdomskultur i sine behandlingsprogrammer. Nas et al. (2005) viser at implementeringen

med EQUIP hadde effekt på eksperimentgruppens kognitive forstyrrelser (eks. selvsentrertethet og ansvarsfraskrivelse), skjult antisosial atferd (eks. lyving og stjeling) og ungdommenes antisosiale holdninger. Ifølge Nas et al. (2005) kan EQUIP sin effekt på ungdommenes antisosiale kognisjoner tilskrives modellens tilnærming, som baseres på kameratskap. Hvis en forutsetter at dette stemmer, tyder mye på at ungdommene ble stimulert positivt, heller enn negativt gjennom gruppemøtene. Dette sammenfaller med resultater fra andre studier i denne litteraturgjennomgangen, som kan være en indikasjon på at smitteeffekter kan motvirkes, til tross for at ungdom med lignende problemer plasseres på samme sted.

PPC ble utviklet med det formål å håndtere negativ smitteeffekt blant vanskeligstilt ungdom. I tråd med dette konkluderer Steinebach og Steinebach (2009) med at kjernekomponenter i PPC har signifikant effekt på guttenes atferdsvansker og ungdomskriminalitet på institusjon. Effekten tilskrives gruppens utvikling av prososiale holdninger, som ifølge Steinebach og Steinebach (2000) er et resultat av styrket hjelpeatferd og empati, i tillegg til økt egenverdi. Studien dokumenterer videre et endret gruppeklime preget av gjensidig omsorg, der ungdommene oppgir en opplevelse å være et "team", som støtter hverandre. Ifølge forfatterne ble guttene mer villige til å hjelpe andre, parallelt med å ha det bedre med seg selv. Det synes dermed rimelig å hevde at kulturen som skapes i institusjonene er et vesentlig område i virksom institusjonsbehandling av atferdsvansker. Det samme demonstreres i Lee og Thompson (2008) sin studie.

I tråd med forskning på negativ smitteeffekt, forventet Lee og Thompson (2008) at fosterhjembetingelsen (TFC) ville produsere bedre utfall enn institusjonsbetingelsen (GO), da gruppeomsorg eksponerer ungdom for andre avvikende ungdom. Funnene indikerer imidlertid at GO-ungdommene ikke var mindre sannsynlig til å erfare positive utfall enn TFC-ungdom.

Dette funnet kan trolig forklares i lys av risikoprinsippet, som fremmer at institusjonstiltak og andre intensive intervensjoner passer best for høyrisikoungdom.

Buzlu (2016) stilling til samtidig rusmiddelmisbruk på en tilfredsstillende måte, som må kunne hevdes å utgjøre en viktig svakhet i denne litteraturgjennomgangen. Kaya og Buzlu (2016) oppgir at deltakerne var ekvivalente i henhold til alkohol og rusmisbruk, men utdyper ikke dette ytterligere. Nas et al. (2005) på deres side, opererer med tilslørt antisosial atferd, deriblant redusert rusmiddelmisbruk, som utfallsmål, gjennom spørreskjemaet How I Think (HIT).

Lee og Thompson (2008) kan trekkes frem som den studien som har tatt stilling til komorbiditet på en nokså tilfredsstillende måte. Studien var basert på arkiverte bakgrunnsvariabler, som ble brukt for å sammenligne de to gruppebetingelsene. Dataene inkluderte blant annet ungdommenes mentale hjelpebehov og foreldrenes mentale helsehistorikk, inkludert opplysninger vedrørende rusmisbruk. *Standardiserte målinger av ungdommens atferdsvansker og mentale helsebehov* var imidlertid ikke tilgjengelig i denne studien. Dataene som berørte mental historikk var basert på selvrapportering fra ungdommen, foreldre, eller personell ansvarlig for plassering. Disse har sannsynligvis interesse av å minimere eller overdimensjonere faktiske behov, for å promotere eller forhindre plassering. Mange av bakgrunnsvariablene brukt i analysen, er derfor tilbøyelig for disse feilkildene (Lee & Thompson, 2008). Det er også sannsynlig at de to gruppebetingelsene i Lee og Thompson (2008) sin studie var forskjellige på flere karakteristikk, enn de som ble målt i studien og at dette kan ha påvirket utfall. For eksempel ble ikke samtidige psykiatriske vansker i form av angst, depresjon eller posttraumatisk stresslidelse (PTSD) korrigert for, som utgjør vanlige komorbide tilstander ved siden av atferdsvansker (Kayed et al., 2015, s. 44).

Familieinvolvering

Nyere forskning (for eksempel Hoagwood & Cunningham, 1992; James, 2011; Larzelere, Dinges, Schmidt, Spellman, Criste & Connell, 2001) fastslår at familiens involvering under behandling er en viktig prediktor for å lykkes med utvikling både i

institusjonen og etter utskrivning (Andreassen, 2003, s. 312). Det er derfor regnet som god praksis å involvere foreldre og familie i behandlingen. Mange intervensjoner ser imidlertid ut til å mislykkes i å inkludere nærmiljø, familie og venner som del av behandlingsmålene (Andreassen, 2003, s. 249). Av det totale utvalget med behandlingsmetoder i denne litteraturgjennomgangen er det kun institusjonstiltaket TFM, som har familieinvolvering som en komponent, hvilket utgjør to studier (Jones & Timbers, 2003; Lee & Thompson, 2008).

Ungdomsfengsler skiller seg i stor grad fra andre institusjoner, blant annet gjennom grad av restriktivitet, for eksempel på områder som kontakt med familie. I denne litteraturgjennomgangen omfatter institusjonene to ungdomsfengsler (Kaya & Buzlu, 2016; Nas et al., 2005), der henholdsvis ART og EQUIP implementeres. Grad av restriktivitet og dermed muligheten for familieinvolvering, kan derfor utgjøre en viktig begrensning når behandlingen foregår i fengsel. Dette vil sannsynligvis være av særlig betydning ved løslatelse. Overgangen fra fengsel tilbake til livet utenfor, danner en vesentlig utfordring med tanke på jobbmuligheter, frykt for å bli ekskludert og dermed fare for å dras tilbake mot antisosiale likesinnede. I tråd med prinsippet om risiko må atferdsvansker kunne beskrives som multibestemt, hvilket forsterker ungdommens tilbøyelighet for å oppleve en rekke vanskeligheter i flere sosiale kontekster (Andreassen, 2003, s. 249). Et støttenettverk i form av familie vil imidlertid kunne tjene som en beskyttelsesfaktor, hvis disse blir inkludert både underveis og i etterkant av behandling.

I Lee og Thompson (2008) sin studie implementeres TFM-modellen på ulike Girls and Boys Town-institusjoner. Disse institusjonene er unike på den måten at de forutsetter at helsepersonell og fosterforeldre engasjerer seg i omfattende trening, med formål om å bli godt kjent med komponentene i TFM. Denne intense opplæringen og involveringen av foreldre skiller seg fra andre institusjonstiltak (James, 2011).

En av kjernekomponentene i TFM er bruken av ”vikarierende foreldre”. Hensikten er

å tilrettelegge for et familieliknende miljø i institusjonen. For å opprettholde fremgang skal de vikarierende foreldrene også involveres med barnas foreldre, lærere og andre støttenettverk. På denne måten tenderer TFM å minne mer om fosterhjembehandling (Treatment foster Care, TFC), enn større institusjonsfasiliteter, som tradisjonelt er avhengig av skiftarbeidene personale. Gitt støtten som foreligger for TFC (Chamberlain, 2003; Lee & Thompson, 2008), er det nærliggende å anta at dette er et trekk som bidrar til at TFM fremstår spesielt lovende. Konsekvente omsorgspersoner tilrettelegger også i større grad for at ungdommen utvikler et tilknytningsbånd til institusjonspersonalet. I tråd med forskning om tilknytningsteori vil institusjonspersonell som utgjør en sikker base for ungdommene, kunne stimulere den unges opplevelse av trygghet, forutsigbarhet og utforskning (Bretherton, 1992). Det er imidlertid ikke praktisk mulig at alle barn og ungdom som plasseres på institusjon blir tildelt en omsorgsperson hver. TFM synes likevel å skille seg ut som et institusjonstiltak for de med atferdsavvik gjennom å også være traumeinformert. Utover å motvirke antisosial utvikling, vektlegger TFM i tillegg betydningen av å danne tilknytningsbånd med institusjonspersonalet, for å oppnå positiv utvikling.

Vektleggingen av opplevd traume og styrking av tilknytning, gjenspeiler funn om at ungdom som utvikler alvorlige atferdsvaner ofte kommer fra vanskelige oppvekstvilkår (Helgeland, 2010). Denne litteraturgjennomgangen har kun undersøkt institusjonstiltak rettet mot atferdsvaner. Funnene som avdekkes utfordrer imidlertid den moderne måten å differensiere institusjonstilbud på, da problemstillingene hos unge i institusjon er komplekse. I tråd med Kaye et al. (2015) sine funn er det rimelig å hevde tvil til at alle ungdommer med atferdsvaner er tjent med behandling som baserer seg på kjennetegnene ved atferdsvaner alene.

Til tross for signifikante forskjeller i gruppene ved utskrivning, konkluderer Lee og Thompson (2008) med signifikante forskjeller på bare et av tre utfallsmål i follow up-

telefonintervjuet 6 mnd. senere. GO-ungdom var mindre sannsynlig enn TFC-ungdom til å erfare senere formell plassering. Hva gjelder kriminell involvering og plassering i en hjemmelignende setting, ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppebetingelsene.

I Jones og Timbers (2003) sin implementering av TFM operasjonaliseres utfallsmål som redusert frekvens med utolerbar atferd fra pasientene, og dermed også behovet for å benytte fysiske restriksjoner og intervensjoner som innlåsing. Til forskjell fra Lee og Thompson (2008), vektlegges ikke familieinvolvering i Jones og Timbers (2003) sin studie. De synes heller å trekke frem etableringen av en institusjonskultur der fysisk restriksjon anses som en "siste løsning", samt adekvat personaltrening, som utslagsgivende for utfallet. På denne måten minner implementeringen av TFM i denne studien mer om PPC og EQUIP, som peker på etablering av en positiv ungdomskultur som utslagsgivende for positive effekter. Jones og Timbers (2003) sin studie inkluderer ingen follow up-data.

Da studiene som implementerer TFM begge lykkes i å oppnå positive effekter ved utskrivning, men likevel varierer i måten foreldreinvolvering vektlegges og kan tilskrive effekt, kan det vanskelig trekkes noen slutning om i hvilken grad denne komponenten er utslagsgivende for utfall. Det er imidlertid mye som tyder på at foreldre- eller familieinvolvering kan tjene som en viktig prediktor for å opprettholde effekt, forhindre tilbakefall og avverge nytt fengselsopphold.

RNR-prinsippene

Forandringsmål er trolig de som viser best effekt på alvorlige atferdsvansker og kriminell atferd (Whittaker et al., 2015). Slike mål følger prinsippet om behov, under RNR-prinsippene og kalles kriminogene behov. Disse behovene assosieres med utvikling og opprettholdelse av problematferd, hvor forandring av disse assosieres med reduksjon i problematferd. Dette gjelder individuell atferd, ferdigheter og holdninger, men også

transaksjoner med familie, venner og skole. Tiltak som utelater å fokusere på forandring av de multiple forhold som i utgangspunktet har bidratt til atferdsvanskene, har trolig liten mulighet for å lykkes (Andrews et al., 2006).

Vektlegging av kriminogene behov belyser også nødvendigheten av brede utredninger, som tar hensyn til ungdommenes individuelle risikofaktorer (og beskyttelsesfaktorer) innen alle arenaer. En forutsetning for å ta utgangspunkt i RNR-prinsippene ved behandling, og da særlig behovsprinsippet, er at forskningen er klar på hvilke risikofaktorer som er prediktive for kriminell atferd (Andreassen, 2003, s. 254). De fire viktigste risikofaktorene: historie med antisosial atferd, antisosialt personlighetsmønster, antisosial kognisjon og antisosialt nettverk (Andrews et al., 2006), må kunne hevdes å være tilfredsstillende representert i denne litteraturgjennomgangen.

Utfallsmålene i denne litteraturgjennomgangen er ulike på tvers av de aktuelle studiene. Felles for dem er imidlertid at de berører reduksjon i trekk som virker inn på kriminell atferd og at de ikke opererer med utfallsmål som omfatter ikke-kriminogene behov. Det synes imidlertid rimelig å hevde at programmodellens utfallsmål og de kriminogene behovene de reflekterer fremstår noe vage. Alle studiene inkluderer utfallsmål som vektlegger endring av ungdommenes atferd, ferdigheter og holdninger. Hva gjelder transaksjoner med familie, venner, nærmiljø og skole, varierer studiene i måten forholdene rundt den unge vektlegges.

I Lee og Thompson (2008) sin studie operasjonaliseres bedringsmål som gunstig utskrivning og tilpasning, etter implementering av TFM. Disse faktorene virker inn på ungdommens utrustning i møte med livet utenfor i form av å motvirke tilhørighet i avvikende vennemiljø, dermed også kriminell involvering. Av alle studiene i denne litteraturgjennomgangen synes dermed Lee og Thompson (2008) å være den studien som i størst grad vektlegger forandring av antisosiale transaksjoner gjennom å også fokusere på

forhold rundt den unge.

TFM baserer seg videre på sosial læringsteori. Gjennom å observere institusjonspersonalets prososiale atferd, kan dette stimulere til at ungdommen sosialiseres inn i nye, mindre antisosiale måter å interagere med andre på. For eksempel erstatte ferdigheter i lyving, stjeling og aggresjon. Resultater fra forskning om sosial ferdighetstrening og unge med alvorlige atferdsvansker indikerer en sammenheng mellom økt sosial kompetanse og reduksjon av atferdsproblemer (Nordahl et al., 2005; Sørli, 2000). I tillegg til at sosial kompetanse utgjør viktige individuelle ferdigheter og atferd, kan styrkede sosiale ferdigheter også stimulere til gunstig interaksjon med ungdommens omgivelser.

Nas et al. (2005), Steinebach og Steinebach (2009) og Kaya og Buzlu (2016) operasjonaliserer bedringsmål som økt sosial kompetanse, etter implementering av henholdsvis EQUIP, PPC og ART. Sammenlignet med EQUIP, indikerer resultatene fra implementeringen med PPC og ART, mer positiv effekt på sosiale ferdigheter. I Nas et al. (2005) sin studie indikerte resultatene ingen signifikante forskjeller mellom eksperiment- og kontrollgruppen i henhold til utfall som berørte sosial kompetanse. De ulike utfallene kan skyldes elementer ved programmodellene. Det er også sannsynlig at de ulike resultatene beror på karakteristikker ved studiene, eksempelvis studienes utvalg. Utvalget i Nas et al. (2005) sin studie omfattet 56 gutter i høysikkerhetsfengsel, der gjennomsnittsalderen var 16.8. år, inkludert unge menn opp til 21 år. Steinebach og Steinebach (2009) sin studie, omfattet 163 gutter med atferdsvansker eller kriminalitet i barnevernsinstitusjon, der gjennomsnittsalderen var 16 år. Type institusjon, utvalgsstørrelse, omfang av problematferd og alder, utgjør alle vesentlige karakteristikker som kan virke inn på resultatet.

Det kan også tenkes at implementeringen av EQUIP ikke ble tilrettelagt for på en tilfredsstillende måte. I tråd med responsivitetsprinsippet har ungdommenes spesifikke responsivitet eller læringsstil betydning for hvilke konkrete metoder som bør benyttes

(Andrews et al., 2006). Det kan dermed tenkes at utvalget i Nas et al. (2005) sin studie utgjorde ungdommer med en viss personlighetsfungering, eksempelvis større andel med unnvikende trekk, som med all sannsynlighet vil kunne virke inn på øvelser som har som formål å styrke sosial kompetanse (eks. rollespill). Mer alvorlig svekket sosial kompetanse eller manglende motivasjon er også trekk som vil kunne virke inn på behandlingsresultatet. Spesifikk responsivitet reflekterer således vilkåret om skreddersydd behandling. Dette innebærer å ta spesifikk responsivitet i betraktning gjennom å kartlegge ungdommens ressurser, så vel som utfordringer, og tilpasse metodene deretter.

Utover sosial ferdighetstrening, vektlegges moralsk resonnering, sinnekontroll og redusert aggressiv atferd i EQUIP og ART. Disse assosieres med redusert kriminell/antisosial atferd og holdninger, dermed også antisosiale kognisjoner.

Steinebach og Steinebach (2009) sin implementering av PPC vektlegger i tillegg hjelpeatferd, styrket egenverdi og utvikling av prososiale gruppenormer. Styrket hjelpeatferd har som hensikt å motvirke antisosiale holdninger og ferdigheter. Det er grunn til å diskutere om Steinebach og Steinebach (2009) sin vektlegging av styrket egenverdi, utgjør et ikke-kriminogent behov. På den annen side kan det argumenteres for at dette utfallsmålet heller er en positiv ringvirkning av ungdommenes styrkede hjelpeferdigheter enn et selvstendig utfallsmål. Det er videre nærliggende å anta at ungdommen overfører de prososiale gruppenormene på institusjon, eksempelvis styrket kommunikasjon, til nye vennemiljø. I så fall utgjør dette et viktig forandringsmål som berører forhold rundt den unge.

Steinebach og Steinebach (2009) rapporterer også om et endret gruppeklima. Eksempelvis oppgir ungdommene at banning, vold og skriking, ble erstattet med styrkede kommunikasjonsferdigheter. De angir å utvikle omsorg for de andre gruppedeltakerne, hvilket oppstår parallelt med at de oppgir å ha det bedre med seg selv. Antisosiale holdninger og atferd erstattes altså med mer prososiale. Det synes dermed rimelig å hevde at deltakernes

endrete opplevelse av eget selv og andre likesinnede, også kan ha virket inn på utviklingen av en prososial fungering/identitet. Et utfallsmål som i så fall reflekterer en mer total forandring av den unges utgangspunkt.

I Jones og Timbers (2003) sin studie operasjonaliseres bedringsmål som redusert frekvens med utolerbar atferd, og dermed også personalets behov for bruk av restriktive intervensjoner. Dette oppnås gjennom ferdighetstrening etter TFM sine prinsipper, som har som mål å redusere antisosial aktivitet som utagering og aggressivitet. Bedringsmålene reflekterer dermed individuelle kriminogene behov, men ikke de som berører familie, venner, nærmiljø eller skole.

Follow up/ettervern

For å kunne fastslå langtidseffekten av behandling, bør follow up-data inkluderes. En viktig svakhet i denne litteraturgjennomgangen er mangelen på slike. Kun Lee og Thompson (2008) sin studie inkluderte follow up-data. Studiedeltakerne ble ringt 6 mnd. etter utskrivelse, der det ble avdekket signifikante forskjeller mellom gruppebetingelsene på kun et av tre utfallsmål.

Forskning indikerer at etterverntjenester minsker sannsynlighet for negative utfall og har vært assosiert med bedre prognose (Andreassen, 2003, s. 321; Bullock et al., 1998). Dette har blant annet betydning for forhindring av hjemløshet og vagabondering. Andre typiske utfordringer der ettervern ikke inkluderes, omfatter kriminell involvering og rusrelaterte problemer (Helgeland, 2010). Ingen av behandlingsprogrammene i denne litteraturgjennomgangen har imidlertid ettervern som del av det totale behandlingsforløpet. Dette bør ses i sammenheng med utredning av individuelle kriminogene behov, og da særlig transaksjoner med nærmiljø, skole, venner og familie. Ved å utrede for disse, vil sannsynligvis innholdet i integrert ettervern være lettere å monitorere.

Generelle styrker og svakheter ved studiene

Utover de punktene som allerede er diskutert, synes gjennomgangen tjent med å trekke frem enkelte andre trekk som studiene har til felles. En viktig styrke ved denne litteraturgjennomgangen er at alle programmodellen har forankring i en kognitiv/atferdsorientert tilnærming. Det er denne tilnærmingen forskning indikerer er den mest effektive til høyrisikoungdom i institusjon (Andreassen, 2003, s. 332). Dette fordi denne bidrar til forandring av ungdommens atferd og tenkning, samt tilrettelegger for ferdighetstrening. Å gruppere institusjoner inn i tilnærminger som dette kan imidlertid være uheldig, da institusjoner som bruker en kognitiv/atferdsorientert tilnærming, kan være forskjellige på andre områder. Dette inkluderer blant annet valg av målpopulasjon, grad av restriktivitet og institusjonspersonalets kompetanse, faktorer som alle har potensial for å virke inn på behandlingsresultatet.

Forskning viser at de institusjoner som disponerer flere metoder innen aktuell teoretisk tilnærming og som retter seg mot flere områder hos ungdommene, er de som viser best resultater. I tråd med dette er alle programmodellene i denne litteraturgjennomgangen multimodale. Eksempelvis ART, som benytter seg av aggresjonskontroll, sosial ferdighetstrening og moralsk resonnering, eller TFM som anvender tegnøkonomi, atferdskontrakter og modelløring. Den demonstrerte effekten kognitiv/atferdsorienterte tilnærminger viser, ser altså ut til å ha sammenheng med det faktum at slike tilnærminger er multimodale.

Studiene i denne litteraturgjennomgangen er utformet med ulike studiedesign, hvilket gjør sammenligning vanskeligere. Eksempelvis utgjør Lee og Thompson (2008) en retrospektiv studie, og Steinebach og Steinebach (2006) sin studie er longitudinell. Studiene fremstår også med flere metodiske begrensinger, som utgjør en viktig svakhet. Begrensinger i Kaya og Buzlu (2016) og Nas et al. (2005) sine studier inkluderer mangel på randomisering

av deltakerne, liten utvalgsstørrelse (henholdsvis $n=65$ og $n=56$) og mangel på follow up-data. Steinebach og Steinebach (2006) er også metodisk begrenset i forhold til randomisering og follow up-data, i tillegg til manglende kontroll- eller sammenligningsgruppe. Jones og Timbers (2003) sine resultater er basert på arkivert data og selvrapporing, som utgjør et spørsmål om reliabilitet, i tillegg mangler de follow up-data. Lee og Thompson (2008) har svakheter i form av manglende randomisering av deltakere, men en styrke i at follow up-data er inkludert. Imidlertid utgjør mangelen på standardiserte målinger av bakgrunnsvariablene en viktig svakhet.

Et annet punkt som ikke tas opp i denne litteraturgjennomgangen, som med all sannsynlighet vil kunne påvirke utfall, er antall ungdommer som behandles sammen på institusjon.

Implikasjoner for uvirksom institusjonsbehandling av barn og unge med atferdsvansker

Institusjonsfeltet har et ansvar for at barnevernsbarna ikke tar skade av tiltakene som iverksettes. Uansett hvor vanskeligstilte de synes å være i form av utagerende og kriminell atferd, er det viktig med kunnskap om hva som er uvirksom behandling og hva som kan stimulere til negativ utvikling. I tråd med at forskning indikerer at pasienter tar stor skade av intervensjoner som tvangsholding og skjerming, bør fysiske restriksjonsformer utgjøre et minimum på institusjon (Helsetilsynet, 2015; Jones & Timbers, 2003). Kunnskap om at atferdsvansker ikke manifesteres i et vakuum, er også relevant (Helgeland, 2010). Mange av barnevernsbarna kommer fra vanskelige omstendigheter, som har medvirket til å forme deres nåværende atferd. Fokus på brede utredninger, som kan fange opp ømfintlige trekk ved ungdommens, så vel som foreldrenes, mentale og fysiske helsehistorikk, utgjør et viktig punkt i denne sammenheng. Studiene i denne litteraturgjennomgangen har ikke tatt stilling til komorbiditet på en tilfredsstillende måte. Konsekvensene av for smale utredninger, som ikke tar høyde for komorbide tilstander, kan være at ungdommene risikerer å motta uvirksom

behandling. En måte å omgå dette på er ved at institusjonspersonalet får adekvat personaltrening og har tilstrekkelig kompetanse til å møte hjelpetrequende ungdom med svært komplekse hjelpebehov.

Denne litteraturgjennomgangen stiller spørsmål til om eksisterende differensiering av institusjonstilbud basert på kategoriene rus, atferd og omsorg er formålstjenlig. En slik kategorisering forutsetter at ungdommene som blir plassert i institusjon har en entydig hovedproblematikk. Dette stemmer imidlertid dårlig med virkeligheten, basert på funn som avdekker høy forekomst av komorbiditet (Kayed et al., 2015, s.44). I tråd med Kayed et al. (2015, s. 44) sine anbefalinger, synes gode rutiner for brede kartlegginger før ungdommene plasseres i et institusjonstilbud, å være en måte å motvirke negativ utvikling på.

Videre forskning

Denne litteraturgjennomgangen bidrar til støtte for at det kan være andre faktorer enn institusjonen i seg selv, som øker sannsynlighet for negativ smitteeffekt. Mye tyder på at effekten opererer ved institusjoner der blandingen av ungdommer er uhensiktsmessig, eksempelvis der lavrisikoungdom er plassert sammen med høyrisikoungdom. En slik blanding kan trolig forverre problemene eller forhindre positiv utvikling. Kultur og miljø i ungdomsgruppen har altså betydning for kulturen som skapes i institusjonen, som dermed blir et viktig område å forholde seg til, uavhengig av hvilke behandlingstilnæringer som benyttes. Fremtidig forskning på institusjonsbehandling av atferdsvanskelige ungdom bør derfor rettes mot karakteristikk ved institusjonskulturen. Dette innebærer mer forskning på hvorvidt smitteeffekter kan motvirkes gjennom etablering av prososiale gruppenormer.

Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen demonstrerer at det er mange faktorer som spiller inn for å lykkes med institusjonsbehandling av atferdsvansker. Felles for programmodellene er vektlegging av forandringsmål i behandling, som antisosiale ferdigheter og holdninger. Det er imidlertid uklart om studiene i denne litteraturgjennomgangen har

uredet forholdene rundt ungdommene, som i skolen, nærmiljøet og familien. De er i beste fall vagt operasjonalisert. Disse forholdene utgjør uansett en viktig del av det totale behandlingsforløpet fordi slike opplysninger tar sikte på å avklare hvilke kriminogene behov som er aktive for hver enkelt av ungdommene (Andreassen, 2003, s. 337). I tråd med prinsippet om risiko, demonstrer denne litteraturgjennomgangen også at ungdom med atferdsvansker synes å være den gruppen som kan nyttiggjøre seg institusjonstiltak best – i hvert fall på kort sikt. Det er også mye som tyder på at ungdommens responsivitet (eks. motivasjon, evner og personlighetstrekk) har betydning for hvilke konkrete metoder som bør benyttes. Basert på eksisterende forskning og funnene i denne litteraturgjennomgangen, bør det dermed kunne hevdes at fremtidig forskning på institusjonsbehandling bør rette seg etter RNR-prinsippene, og da særlig prinsippene om behov og risiko.

Integrert ettervern reflekterer premisset om at ungdommene ikke bør ”ferdigbehandles” i institusjon, en del av behandlingen bør skje utenfor (Andreassen, 2003, s. 339). På samme måte som at oppholdet i institusjon bør rette seg mot å utrede ungdommen bredt med hensyn til forholdene rundt den unge (skole, nærmiljø, familie), bør fremtidig forskning også ha disse i fokus ved oppfølging (Andreassen, 2003, s. 339). Dette innebærer at videre forskning inkluderer follow-up data og anvender programmodeller som omfatter integrert ettervern.

Alvorlige atferdsvansker regnes generelt som en tilstand som er vanskelig å behandle. For noen vil bedring innebære reduksjon i kriminelle handlinger, som reduserer sannsynlighet for (gjen)innsettelse i fengsel. For andre kan forbedringen være mer total som resulterer i et liv fritt for antisosial aktivitet og uten tilhørighet i antisosiale miljøer. Denne litteraturgjennomgangen inkluderer studier som opererer med ulike mål for bedring. For å etablere et felles språk for virksam institusjonsbehandling, bør fremtidig forskning på alvorlige atferdsvansker ta stilling til hva som kan regnes som tilstrekkelig bedring.

En svakhet ved studiene i denne litteraturgjennomgangen er manglende rapportering av om ungdommene utgjør tidlig- eller senstartere med hensyn til utvikling av antisosial atferd. Forskning på utviklingsmessig perspektiv på atferdsvansker indikerer at ungdom som fremviser de alvorligste atferdsvanskene, også er de som har vist problematferd på et tidligere alderstrinn. Disse ungdommene viser gjerne manglende eller svake ferdigheter innen en rekke områder. Senstartere utviser isteden atferdsproblemer først i ungdomsalder (Andreassen, 2003, s. 187). Selv om framvist problematferd fremstår lik mellom de to gruppene, er det nærliggende å anta at karakteristikk ved behandlingsmodeller har ulik betydning for disse gruppene, eksempelvis i forhold til sosial ferdighetstrening. Det kan dermed tenkes at de ulike effektene på utfall knyttet til sosial kompetanse i denne litteraturgjennomgangen, har sammenheng med om utvalgene utgjør senstartere eller tidligstartere. Fremtidig forskning bør derfor undersøke betydningen tidspunktet for utvikling av atferdsvansker har for behandlingsresultat og dermed hvilke forhold som blir viktige å vektlegge i behandling av senstartere sammenlignet med tidligstartere. Dette innebærer også å avklare betydningen styrking av sosial kompetanse har for behandlingsresultatet for denne målpopulasjonen.

For å imøtegå de mange metodiske begrensningene i eksisterende forskning, så vel som studiene denne litteraturgjennomgangen tar for seg, bør fremtidig forskning være basert på randomisering av deltakere, inneha større utvalgsstørrelse, inkludere kontrollgruppe og follow up-data.

Videre er det flere områder innen institusjonsfeltet som forskning illustrerer at kan ha betydning for utfall, som denne litteraturgjennomgangen ikke tar opp. Eksempelvis behandlingssammenbrudd, varighet på behandling eller integrerte skoletilbud.

Konklusjon

Bruk av institusjoner som behandlingstiltak har generelt vært mye omdiskutert. Dersom en forutsetter at institusjonsbehandling ikke under noen premisser utgjør et virksomt behandlingstiltak, er det like naturlig å vektlegge beskyttelse av samfunnet gjennom bruk av ungdomsfengsler (Andreassen, s. 118, 2003). Dersom institusjoner skal brukes, bør altså et minstekrav være at de kan vise til positive resultater, hvilket resultatene fra denne litteraturgjennomgangen demonstrerer.

Denne litteraturgjennomgangen har undersøkt institusjonstiltak som har som formål å intervenere for å redusere antisosial utvikling. Målgruppen omfatter barn og unge med identifiserte atferdsvansker og kriminalitet. De konklusjonene som trekkes om behandlingseffekt og institusjonsutforming kan dermed ikke generaliseres til institusjonstilbud primært rettet mot å sikre daglig omsorg, eller pasientgrupper med andre utfordringer utover atferdsvansker (for eksempel angst, depresjon og PTSD).

Oppsummert argumenterer litteraturgjennomgangen for bruken av institusjonsbehandling for målgruppen. Ungdommer framviser mer formbar atferd enn voksne, og er dermed mer mottakelige for behandling (Lipsey, 1999). Rehabilitering heller enn straff synes dermed å være en formålstjenlig tilnærming for å motvirke antisosial utvikling. I tråd med eksisterende forskning (Dowden & Andrews, 2000; Garret, 1985; Gundersen & Svartdal, 2016; Lipsey, 1999) indikerer resultater fra denne litteraturgjennomgangen at multimodale behandlingsmodeller forankret i en kognitiv/atferdsorientert tilnærming kan være et virksomt tiltak for aktuell målgruppe. Bruken av institusjonstiltak avhenger imidlertid av en rekke forhold. Av særlig betydning kan karakteristikk ved institusjonskulturen og gode rutiner for kartlegging, nevnes. Det behøves også mer forskning rettet mot langtidseffekten av behandlingsprogrammene presentert i denne litteraturgjennomgangen.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andersland, G. K. (2011). Mot et bedre barnevern? *Tidsskriftet for Norges Barnevern*, 88(3), s. 158-170. Hentet fra: https://www.idunn.no/file/pdf/50709197/tnb_2011_03_pdf.pdf
- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime and Delinquency*, 52(1), s. 7-27. doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1177/0011128705281756>
- Antonowicz, D. H & Ross, R. R. (1994). Essential Components of Successful Rehabilitation Programs for Offenders. *International journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 38(2), s. 97-104.
doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1177/0306624X9403800202>
- Bates, B. C., English, D. J. & Kouidou-Giles, S. (1997). Residential treatment and its alternatives: A review of the literature. *Child & Youth Care Forum*, 26(1), s. 7-51. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02589364>
- Bean, P., White, L. & Lake, P. (2005). Is residential care an effective approach for treating adolescents with co-occurring substance abuse and mental health diagnoses? *Best Practices in Mental Health*, 1(2), s. 50-60. Lenke til tidsskrift: <https://www.ingentaconnect.com/content/follmer/bpmh>
- Bettmann, J. E. & Jaspersen, R. A. (2009). Adolescents in residential and inpatient treatment: A review of the outcome literature. *Child and Youth Care Forum*, 38(4), s. 161-183.

doi: 10.1007/s10566-009-9073-y

- Bonta, J., Wallace-Capretta, S. & Rooney, J. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and Behavior*, 27(3), s. 312-329. doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1177/0093854800027003003>
- Bufdir (2019, 23. oktober). Barnevern. Om barnevernet. Organisering og oppgaver. Hentet fra: https://bufdir.no/Barnevern/Om_barnevernet/Organisering_og_oppgaver/
- Bullock, L., Little, M. & Millham, S. (1993) *Going home: The return of children separated from their families*. Aldershot: Dartmouth.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Development psychology* 28(5), s. 759-775. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759
- Chamberlain, P. (2003). *Treating chronic juvenile offenders: advances made through the Oregon multidimensional treatment foster care model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Curtis, P. A., Alexander, G. & Lunghofer, L. A. (2001). A literature review comparing the outcomes of residential group care and therapeutic foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(5), s. 377-392. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1012507407702>
- Dishion, T. J., Mccord, J. & Poulin, F. (1999). When Interventions Harm. *American Psychologist*, 54(9), s. 755-764. doi: <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/0003-066X.54.9.755>
- Dowden, C. & Andrews, D. A. (1999). What works in young offender treatment: A metaanalysis. *Forum on Corrections Research*, 11(2), s. 21-24. Hentet fra: <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-4000-eng.shtml>
- Dowden, C. & Andrews, D. A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 42(4), s. 449-467.

Hentet fra: <https://www.utpjournals.press/loi/cjccj>

- Fossum, S. & Holmen, C. I. (2011). *Implementering av behandlingsmodellen - MultifunC. Implementeringsprosessen på seks barnevernsinstitusjoner i Norge*. (RKBU Rapport 1). Hentet fra: https://uit.no/Content/259899/RKBU_Rapport_1_2011.pdf
- Fossum, S., Drugli, M. B., Handegård, B. H. & Mørch, W. (2010). Barns aggressive atferd etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(11), s. 1017-1019. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagbulletin/2010/11/barns-aggressive-atferd-etter-foreldretrening>.
- Garrett, C. J. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22(4), s. 287–309. doi: <https://journals-sagepub-com.pva.uib.no/doi/abs/10.1177/0022427885022004002>
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., DiBiase, A., & Devlin, R. (2008). The EQUIP program. *Reclaiming Children and Youth*, 17(2), s. 35-38. Hentet fra: <https://search-proquest-com.pva.uib.no/docview/214193471?accountid=8579>
- Gibbs, J. C., Potter, G. B. & Goldstein, A. P. (1996). *The EQUIP Program: Teaching Youth to Think and Act Responsibly Through a Peer-Helping Approach*. Champaign Illinois: Research Publishers.
- Goldstein, A. P., Glick, B. & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression replacement training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign Illinois: Research Publishers.
- Gundersen, K. & Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), s. 63-81. doi: 10.1080/00313830500372059
- Haggerty, K. P., Wells, E. A., Jenson, J. M., Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1989). *Delinquents and Drug Use: A Model Program for Community Reintegration*.

- Adolescence*, 24(94), s. 439-56. Hentet fra: <https://search-proquest-com.pva.uib.no/docview/1295906763?accountid=8579>
- Hair, H.J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), s. 551-575. doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1007/s10826-005-7188-9>
- Helgeland, I. M. (2010). What works? A 15-year follow-up study of 85 young people with serious behavioral problems. *Children and Youth Services Review*, 32(3), s. 423-429. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.10.015>
- Helsetilsynet (2015). *Behandling av klage på pålegg om å nedlegge driften ved Motivasjonsskollektivets korttidsavdeling*. Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2015/behandling-av-klage-pa-palegg-om-a-nedlegge-driften-ved-motivasjonsskollektivets-korttidsavdeling/>
- Hoagwood, K. & Cunningham, M. (1992). Outcomes of children with emotional disturbance in residential treatment for educational purposes. *Journal of Child and Family Studies*, 1(2), s. 129-140. doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1007/BF01321281>
- Jones, R. J. & Timbers, G. D. (2003). Minimizing the need for physical restraint and seclusion in residential youth care through skill-based treatment programming. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 84(1), s. 21-29. doi: 10.1606/1044-3894.81
- Jørgensen, P. S., Ertmann, B., Egelund, N. & Hermann, D. (1993). *Risikobørn. hvem er de - hvad gør vi?* København: Socialministeriet/Det tværministerielle Børneudvalg.
- Kaya, F. & Buzlu, S. (2016). Effects of Aggression Replacement Training on problem solving, anger, and aggressive behaviour among adolescents with criminal attempts in Turkey: A quasi-experimental study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), s. 729-

735. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.001>

Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. & Wichstrøm, L. (2015).

Resultater fra Forskningsprosjektet Psykisk Helse hos Barn og Unge i

Barneverninstitusjoner. Hentet fra:

https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

Kriminalomsorgen (2019). Straff i fengsel. Hentet fra:

<https://www.kriminalomsorgen.no/straff-i-fengsel.237611.no.html>

Larzelere, R. E., Dinges, K., Schmidt, M. D., Spellman, D., Criste, T. & Connell, P.

(2001). Outcomes of residential treatment: A study of the adolescent clients of girls and boys town. *Child and Youth Care Forum*, 30(3), s. 175-185. doi: <https://doi.org/pva.uib.no/10.1023/A:1012236824230>

Lee, B. R. & Thompson, R. (2008). Comparing outcomes for youth in treatment foster care and family-style group care. *Children and Youth Services Review*, 30(7), s. 746-757.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.12.002>

Lipsey, M. W. (1999). Can Intervention Rehabilitate Serious Delinquents? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 15(1), s. 142-166. doi: <https://doi.org/pva.uib.no/10.1177/000271629956400109>

McCurdy, B. L. & McIntyre, E. K. (2004). "And What About Residential...?" Re-Conceptualizing Residential Treatment as a Stop-Gap Service for Youth with Emotional and Behavioral Disorders. *Behavioral Interventions*, 19(3), s. 137-158. doi: <https://doi.org/10.1002/bin.151>

McMurrin, M. & McGuire, J. (2005). *Social Problem Solving and Offending: Evidence, Evaluation and Evolution*. USA: Wiley-Blackwell.

Nas, C. N., Brugman, D. & Koops, W. (2005). Effects of the EQUIP programme on the

- moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents. *Psychology, Crime & Law*, 11(4), 421-434. doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1080/10683160500255703>
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. & Kessler, R. C. (2006). Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 36(5), s. 699-710. doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1017/S0033291706007082>
- Nordahl, T., Sørli, M-A., Manger, T. & Tveit, A. (2005): *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Teoretiske og praktiske tilnærminger. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norges forskningsråd. (1997). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de?* Hentet fra: <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1169716623104.pdf>
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2005). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), s. 77-83. doi: 10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x
- Patterson, G. R. (1993). Orderly change in a stable world: The antisocial trait as a chimera. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), s. 911-919. doi:10.1037/0022-006X.61.6.911
- Sampson, R. J. & Laub, J. H. (1993). Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life. *Crime and Delinquency*, 39(3), s. 396-396. doi: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1177/0011128793039003010>
- Sigrid, J. (2011). What works in group care - A structured review of treatment models for group homes and residential care. *Children and Youth Services Review*, 33(2), s. 308-321. doi: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.09.014>
- Skogen, J. C. & Torvik, A. F. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge*.

- Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak.* Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Skotland, S. (2010). Barnefengsel. *Rus og samfunn* 4(2), s. 13-15. Hentet fra: <https://www-idunn-no.pva.uib.no/rusos/2010/02/art12>
- Solholm, R. (2014). *Målgruppen – barn med atferdsvansker. Forekomst og forløp, risiko og årsak. I:* Askeland, E., Apeland, A. & Solholm, R (red). PMTO - Foreldretrening for familier med barn med atferdsvansker. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Steinebach, C. & Steinebach, U. (2009). Positive Peer Culture with German youth. *Reclaiming Children and Youth*, 18(2), 27-33. Hentet fra: <https://search-proquest-com.pva.uib.no/docview/852771655?accountid=8579>
- Sørland, T. O. & Kjelsberg, E. (2009). Mental helse hos varetektsfengslede tenåringsgutter. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 129(23), s. 2462-2475. doi: 10.4045/tidsskr.08.0236
- Sørli, M. A. (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen. En forskningsbasert kunnskapsanalyse.* Oslo: Praxis Forlag.
- The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2006-2019). Hentet fra: <http://www.cebc4cw.org/>
- Vorrath, H. & Brendtro, L. (1985). *Positive Peer Culture (2nd ed.)*. New York, NY: Aldine Transaction.
- Whittaker, J. K., del Valle, J. F. & Holmes, L. (2015). *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice.* London: Jessica Kingsley Publishers.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: World Health Organization.

Tabell 1
Studiekarakteristikk ved de inkluderte studiene

Forfatter (år)	N	Studiedesign	Hvem	Behandling	Bedringsmål	Resultat
Kaya og Buzlu (2016)	65	Pretest-posttest m/ kontrollgruppe.	Kjønn ikke oppgitt, innsatte i Tyrkisk fengsel (14-17 år)	ART	SPSI-RS, AX og STATS	ART har effekt på sinne, fysisk aggresjon og problemløsning
Steinebach og Steinebach (2009)	163	Pretest-posttest u/ kontrollgruppe. Longitudinell studie	Gutter m/ atferdsvansker/kriminalitet i tysk barnevernsinstitusjon (gj. 16 år)	PPC	Kvalitativ og kvantitativ intervju/spørr eskjema.	PPC har effekt på vold, kommunikasjon, hjelpeatferd og egenverdi
Lee og Thompson (2008)	828	Retrospektiv studie, propensity score matching	50 % gutter (gj. 13 år) med problematferd ved Girls and Boys Town-fasiliteter.	TFM	Gunstig utskrivning og tilpasning.	TFM har bedre effekt på GO-betingelsen enn på TFC-betingelsen
Nas et al. (2005)	56	Pretest-posttest, ikke-randomisert sammenligning sgruppe	Innsatte gutter og unge menn i nederlandsk høysikkerhetsfengsel, gj. 16.8 år (12-21 år).	EQUIP/PPC	SRM-SF, HIT, IAP-SF, ADBQ, SIP	EQUIP/PPC har effekt på kognitive forstyrrelser og antisosiale holdninger
Jones og Timbers (2003)	ikke oppgitt	Pretest-posttest med arkiverte data.	Kjønn ikke oppgitt, ungdom (8-18 år), i to institusjonsprogrammer for atferd- og emosjonelle problemer i USA.	TFM	Redusert utolererbar atferd, redusert behov for restriktive intervensjoner	TFM har effekt på frekvens med utolererbar atferd, dermed også behov for fysisk restriksjon og skjerming

Tabell 2
Karakteristikker ved de inkluderte programmodellene

Programmodell	Antall, varighet, tilnærming	Målutfall	Målpopulasjon	Metoder
Aggression Replacement Training (ART)	4-8 ungdom pr gruppe, 30 t/uke, 30 uker varighet, KAT-tilnærming	Redusere aggresjon/vold/impulsivitet Øke prososiale ferdigheter, moralsk resonering, redusere tilbakefall hos fengslede ungdom	Barn og unge, 13-18 år. Alvorlige atferdsvansker, eller i risiko	Manualbasert. Sosial ferdighetstrening, sinnekontrolltrening, moralsk resonering, samtaler, rollespill
Teaching Family Model (TFM)	Institusjon: 24/7-ordning, 9 mnd. Hjemmebasert: 10-15 t/uke, 6-10 uker. Traumefokusert, styrkebasert. KAT.	Redusere restriktiv form på hjemmesituasjon, gjenforening med familie, skreddersydd måloppnåelse, styrket utfall relatert til mental helse	Barn og unge, 0-17 år. Ungdom i risiko, ungdomskriminelle, barn i fosterhjem.	Manualbasert. Atferdskontrakter, tegnøkonomi, oppbygging av gode relasjoner, vikarierende foreldre
Positive Peer Culture (PPC)	8-12 ungdom pr gruppe, 5 t/uke, 6-9 mnd. Sosial læringsteori, miljøbasert	Tilhørighet, oppnåelse, autonomi, altruisme. Sosial kompetanse, kultivere styrker, konvertere negativ innflytelse inn til omsorg	Barn og unge, 11-22 år. Høyrisikoungdom i privat, offentlig, alternativ skole, institusjon, fengsel	Manualbasert. Bygge gruppeansvarlighet, problemløsning i fellesskap, teamarbeid
Equipping Youth to Help One Another (EQUIP)	7-9 ungdommer, 5 møter pr uke. Basert på PPC/ART/KAT. Gruppebasert.	Utruste ungdom til å tenke/handle ansvarlig gjennom kamerattilnærming. Erstatte negative gruppenormer med positive. Utvikle hjelpeferdigheter.	Aggressiv og antisosial ungdom, ungdomskriminelle	Manualbasert. Modellæring, rollespill, sosialferdighetstrening, sinnekontroll, moralsk resonering, Problemløsning.

Tabell 3
Klassifikasjonskriterier i den empiriske rangeringsskalaen

1. Well-Supported by Research Evidence	Flere replikeringer og follow up	Reliable og valide utfallsmål	Publisert, fagfellevurdert forskning er i favør av programmet	Programmodellen utgjør ingen skade	Manual/bok er inkludert
2. Supported by Research Evidence	Minst en RCT og en follow up	Reliable og valide utfallsmål	Publisert, fagfellevurdert forskning er i favør av programmet	Programmodellen utgjør ingen skade	Manual/bok er inkludert
3. Promising Research Evidence	Minst en studie bruker kontrollgruppe	Reliable og valide utfallsmål	Publisert, fagfellevurdert forskning er i favør av programmet	Programmodellen utgjør ingen skade	Manual/bok er inkludert
4. Evidence Fails to Demonstrate Effect	To eller flere RCT-studier kan ikke vise til effekt	Reliable og valide utfallsmål	Publisert forskning er ikke i favør av programmet	Programmodellen utgjør ingen skade	Manual/bok er inkludert
5. Concerning Practice	Studier viser negativ effekt på målpopulasjon	ELLER: Programmodellen kan utgjøre skade	Manual/bok er inkludert		
NR. Not able to be Rated on the CEBC Scientific Rating Scale	Ingen publiserte, fagfellevurderte studier som bruker kontrollgrupper	Generell aksept innenfor barne- og familietjenester	Møter ikke kriteriene til CEBC	Programmodellen utgjør trolig ingen skade	Manual/bok er inkludert

Note. Oversikten er hentet fra CEBC (2019).