

# Treatment Foster Care Oregon for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer

Beskrivelse av behandlingstiltaket og undersøkelse av hvor godt det treffer målgruppen i Norge.

Audun Formo Hay og Åsmund Sveinsson



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

17. april, 2016

© Audun Formo Hay og Åsmund Sveinsson

2016

Treatment Foster Care Oregon for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer: Beskrivelse av behandlingstiltaket og undersøkelse av hvor godt det treffer målgruppen i Norge.

Audun Formo Hay og Åsmund Sveinsson

<http://www.duo.uio.no/>

# Sammendrag

Forfattere: Audun Formo Hay og Åsmund Sveinsson

«Treatment Foster Care Oregon for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer: Beskrivelse av behandlingstiltaket og undersøkelse av hvor godt det treffer målgruppen i Norge»

Veiledere: Terje Ogden og Nikolai Olavi Czajkowski

---

**Bakgrunn.** Ungdommer med alvorlige atferdsproblemer kjennetegnes av store og komplekse vansker, og er en krevende gruppe å behandle. Treatment Foster Care Oregon (TFCO) er et tiltak som har vist seg virksomt for denne gruppen. Behandlingen er et alternativ til institusjon, og ungdommene blir plassert i spesialiserte fosterhjem. I Norge ble modellen innført i 2008, men det er foreløpig ikke gjort studier på TFCO i norsk kontekst. Oppgaven har derfor to mål: for det første gis en inngående beskrivelse av TFCO-modellen, og hva internasjonal forskning sier om dens effekt. For det andre gjøres en undersøkelse av kjennetegn ved ungdommene som mottar behandlingen i Norge. Problemstillingene er: 1) Hvilket omfang og hvilken type problematikk har ungdommene ved oppstart av behandlingen? 2) Samsvarer dette med modellens målgruppe i andre land? Samt 3) hvilken gruppe mottar tiltaket sammenlignet med andre behandlingstilbud i Norge?

**Metode.** Undersøkelsen er et selvstendig forskningsprosjekt med data innsamlet av Atferdssenteret. TFCO-utvalgets psykososiale problembelastning ble sammenlignet med et normutvalg, samt oppgitte gjennomsnitt fra tre svenske studier (Welchs T-test). I tillegg ble atferds- og risikomål i utvalg fra TFCO, Multisystemisk terapi (MST) og Funksjonell familierapi (FFT) sammenlignet (enveis variansanalyse med kontraster). Alle ungdommene var i perioden 2009-2015 tatt inn i behandling på Østlandet i Norge.

**Resultater.** Ungdommene i TFCO hadde på flere psykososiale mål betydelig større vansker enn normutvalget. Sammenlignet med svenske utvalg hadde de liknende eller høyere gjennomsnittsskårer. De hadde også høyere gjennomsnittsskårer enn FFT på alle oppgitte mål, og høyere enn MST på flere mål på atferd og risiko.

**Konklusjon.** På grunnlag av undersøkelsens funn, konkluderer vi med at TFCO i Norge har lyktes med å treffe modellens tiltenkte målgruppe. Sammen med FFT og MST ser modellen ut til å kunne inngå i en tiltakskjede av evidensbasert behandling for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer i Norge. I denne retter TFCO seg mot ungdommer med høyest, MST nest høyest, og FFT lavest, problembelastning. Funnene fra undersøkelsen har implikasjoner for praksis og videre forskning.

# Forord

Vi er heldige som igjennom dette året har hatt mange gode hjelpere.

Takk til Terje, som har hovedæren for at vi har blitt glade i denne oppgaven.

Takk til Nikolai, for svar på metodespørsmålene selv Andy Fields kom til kort på.

Takk til Bernadette, for lunsjen som satte i gang prosjektet.

Takk til Kharim, Rebecca og Knut, for stor entusiasme og gode idéer.

Takk til alle i TFCO, som alltid har vært tilgjengelige.

Takk til Nora, for å ha stilt spørsmålene vi hadde glemt å svare på.

Takk til nattevakten, som kjørte oss hjem da det var som mørkest.

Takk til moren til Audun, som dro på hytta for å lese korrektur.

Heldigvis regnet det den helgen.

Og ikke minst vil vi takke hverandre. Vi er fortsatt gode venner.

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
2	Atferdsproblemer blant barn og unge .....	2
2.1	Utbredelse av atferdsproblemer.....	2
2.2	Begrepsavklaring.....	2
2.3	Utvikling av atferdsproblemer.....	3
2.4	Sammenheng med andre psykiske vansker .....	3
2.5	Behandling av atferdsproblemer .....	4
2.5.1	Institusjonsbehandling .....	4
2.5.2	Evidensbaserte behandlingsmetoder.....	5
2.5.3	En mulig tiltakskjede av evidensbaserte metoder.....	7
3	Treatment Foster Care Oregon.....	8
3.1	TFCO-modellens målgruppe.....	8
3.2	Modellens teoretisk bakgrunn .....	9
3.3	Mål og behandlingsprinsipper .....	11
3.3.1	Tydelig definerte roller.....	12
3.3.2	Proaktiv tilnærming .....	15
3.3.3	Et konsistent og forsterkende miljø.....	17
3.3.4	Styrker og svakheter ved modellen .....	18
3.4	Forskning på TFCO-modellen.....	19
3.4.1	Effektstudie på gutter .....	20
3.4.2	Effektstudie på jenter.....	21
3.4.3	Effektstudier utenfor USA.....	22
3.4.4	Kost-nytte-studier .....	23
3.4.5	Oppsummering av forskning på TFCO .....	23
3.5	Utvalg i TFCO-forskningen .....	24
3.5.1	Modellens tiltenkte målgruppe i Norge .....	25
3.6	Mål for denne studien.....	26

4	Metode .....	27
4.1	Deltagere .....	27
4.1.1	Treatment Foster Care Oregon (TFCO) .....	27
4.1.2	Funksjonell familierterapi (FFT) og Multisystemisk terapi (MST).....	27
4.1.3	Komparative TFCO-utvalg.....	28
4.2	Instrumenter .....	29
4.2.1	Achenbach System of Empirical Based Assessment (ASEBA).....	29
4.2.2	Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI).....	31
4.2.3	Nasjonale atferdsmål .....	31
4.3	Analyser .....	32
4.3.1	Sammenligning av norsk og svensk TFCO-utvalg.....	32
4.3.2	Sammenligning av TFCO, FFT og MST i Norge.....	32
5	Resultater .....	34
5.1	Problembelastning i det norske TFCO-utvalget.....	34
5.2	Sammenligning av det norske og svenske TFCO-utvalg .....	35
5.3	FFT, MST og TFCO på nasjonale atferdsmål .....	37
5.4	FFT, MST og TFCO på YLS/CMI.....	38
6	Diskusjon .....	40
6.1	Samsvar med den tiltenkte målgruppen .....	40
6.1.1	Problembelastningens intensitet og bredde .....	41
6.1.2	Sammenligning med TFCO i Sverige .....	41
6.1.3	Sammenligning med amerikansk målgruppe .....	42
6.1.4	Implikasjoner av samsvarende målgruppe .....	43
6.2	En mulig tiltakskjede av evidensbaserte metoder .....	44
6.2.1	Ulikheter i kriminalitet og rusmisbruk .....	44
6.2.2	Ulik familierisiko.....	45
6.2.3	Likheter mellom TFCO og MST .....	45
6.2.4	Tiltakskjede basert på ulike mål .....	46
6.2.5	Implikasjoner av en mulig tiltakskjede.....	46

6.3	Metodiske begrensninger .....	47
6.3.1	Utvalg .....	47
6.3.2	Instrumenter.....	48
6.3.3	Analyser.....	49
6.4	Videre forskning.....	49
7	Konklusjon .....	50
	Litteraturliste.....	51
	Appendix A.....	64
	Appendix B .....	65

## Tabeller og figurer

Tabell 1.	Bakgrunnsinformasjon TFCO-utvalg .....	27
Tabell 2.	Alder og kjønnsfordeling i FFT-, MST- og TFCO-utvalgene .....	28
Fig. 1:	Problemskårer med 95 % CI per skala på YSR og CBCL for det norske TFCO-utvalget .....	34
Tabell 3:	Andel ungdommer over klinisk og subklinisk grense på CBCL og YSR i TFCO-utvalg .....	35
Tabell 4:	Gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD) for norske og svenske TFCO-utvalg .....	36
Tabell 5:	T-test for hver skala mellom TFCO Norge og internasjonale studier .....	36
Fig. 2:	Gjennomsnittlig total atferdsskåre med 95 % CI fordelt på FFT, MST og TFCO .....	37
Fig. 3:	Gjennomsnittlige nasjonale atferdsmål med 95 % CI fordelt på FFT, MST og TFCO .....	37
Tabell 6.	Enveis ANOVA og kontrastanalyse for atferdsmål mellom FFT, MST og TFCO .....	38
Fig. 4:	Gjennomsnittlig total YLS/CMI-skåre med 95% CI fordelt på FFT, MST og TFCO .....	38
Fig. 5:	Gjennomsnittlige YLS/CMI-skårer med 95 % CI fordelt på FFT, MST og TFCO .....	39
Tabell 7.	Enveis ANOVA og kontrastanalyse for YLS-skalaer mellom FFT, MST og TFCO .....	39
Tabell A1:	Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD) samt nedre og øvre konfidensintervall på CBCL og YSR i TFCO-utvalg. ....	64
Tabell B1:	Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), standardfeil (SE) og konfidensintervall (CI) på atferdsmål fordelt på metodene FFT, MST og TFCO.....	65
Tabell B2:	Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), standardfeil (SE) og konfidensintervall (CI) på YLS-skårer fordelt på metodene FFT, MST og TFCO.....	66





# 1 Innledning

Om lag to prosent av norske ungdommer har alvorlige atferdsproblemer (Skogen & Torvik, 2013). Ofte havner disse på sidelinjen av samfunnet. Mange mislykkes på skole og i jobb, og risikoen for kriminell aktivitet og rusmisbruk senere i livet er betydelig større enn for andre ungdommer (Fergusson, Horwood og Ridder, 2005). Institusjonsplassering har tradisjonelt vært den vanligste behandlingsformen for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer i Norge (Andreassen, 2003). I 2014 var 1227 ungdommer på barnevernsinstitusjon, til en kostnad på nesten fire milliarder kroner (Statistisk Sentralbyrå, 2015). Å tilby behandling som virker har derfor betydning både for den enkelte ungdommen og samfunnet forøvrig. På tross av at man bruker store ressurser på denne gruppen, har effekten av institusjonsbehandling vist seg å være relativt svak (Andreassen, 2003; Ogden & Hagen, 2014). Denne oppgaven ser nærmere på en fosterhjembasert behandling som har vist seg å være et effektivt alternativ til institusjonsbehandling av ungdommer med alvorlige atferdsproblemer.

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) er en evidensbasert behandlingsmodell for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer, utviklet ved Oregon Learning Center i USA. I programmet plasseres ungdommer i alderen 12 til 18 år over en periode i spesialopplærte behandlingsfosterhjem. Det er i dag to TFCO-team i Norge. Det ene ligger i Sandvika, og fikk sin første sak i 2009, mens det andre ble opprettet i Drammen i 2014.

Vår studie har to mål. For det første vil den gi en inngående beskrivelse av TFCO-modellen og hva internasjonale studier sier om dens effekt. Dette fordi modellen er relativt ny og ukjent i norsk kontekst, samt er en av få evidensbaserte behandlingsmetoder for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. For det andre vil vi undersøke kjennetegn ved ungdommene som mottar TFCO-behandling i Norge. Problemstillingene er: 1) Hvilket omfang og hvilken type problematikk har ungdommene ved oppstart av behandlingen? 2) Samsvarer dette med modellens målgruppe i andre land? Samt 3) hvilken gruppe ungdommer mottar tiltaket sammenlignet med andre behandlingstilbud i Norge?

Innledningsvis vil vi presentere forskning og teori på atferdsproblemer. Videre vil det bli gitt en inngående beskrivelse av TFCO som behandlingsmodell, samt hva internasjonale studier sier om dens effekt. Deretter følger en kvantitativ undersøkelse av våre problemstillinger. Her sammenlignes ungdommene i TFCO med ungdommer i andre behandlingstiltak i Norge (Multisystemisk terapi og Funksjonell familierapi), samt i TFCO i Sverige. Avslutningsvis diskuteres implikasjoner av våre funn og anbefalinger for videre forskning.

## **2 Atferdsproblemer blant barn og unge**

### **2.1 Utbredelse av atferdsproblemer**

Episoder med normbrytende, utfordrende og aggressiv atferd er en normal del av barn og ungdommers utvikling (Rutter et al., 2008). En mindre gruppe unge har imidlertid atferd med omfang og varighet som fører til omfattende negative konsekvenser for dem selv og deres omgivelser. Eksempler kan være gjentakende aggresjon og vold mot andre, skoleskulk, løgn, rømming eller misbruk av rusmidler. Ungdommer med alvorlige atferdsproblemer utgjør en liten del av ungdomspopulasjonen. Ifølge Skogen og Torvik (2013) har 1.7 % problematferd i et omfang som gjør at de tilfredsstillter diagnosen «alvorlig atferdsforstyrrelse». Forekomsten er mer enn dobbelt så høy for gutter som for jenter (2.6 % mot 0.9 %; Skogen og Torvik, 2013). Antallet unge med problematferd, men som ikke tilfredsstillter noen diagnose, antas å være høyere enn dette. Normbrytende atferd er eksempelvis hyppig blant unge med ulike psykososiale vansker. Skogen og Torvik (2013) oppgir at 37 % av henvisningene til psykisk helsevern i 2011 omhandlet problematferd og/eller mistanke om ADHD.

### **2.2 Begrepsavklaring**

Flere beslektede begreper brukes for å beskrive normbrytende og utfordrende atferd. «Eksternaliserende atferd» brukes når unge handler negativt og utadrettet på omgivelsene sine, mens «antisosial atferd» er et liknende begrep som gjerne refererer til mer alvorlig problematferd (Ogden & Hagen, 2014). I diagnostisk sammenheng anvendes «atferdsforstyrrelser» der atferden er tydelig avvikende fra det som anses som normalt, og det vedvarer over tid. I diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 2000) er kategorien delt inn i «alvorlig atferdsforstyrrelse» og «opposisjonell atferdsforstyrrelse». Alvorlig atferdsforstyrrelse kjennetegnes av aggressive og normbrytende handlinger, som voldelig atferd mot mennesker og dyr, ødeleggelse av eiendom, skoleskulk, vagabondering eller kriminelle handlinger. Opposisjonell atferdsforstyrrelse anvendes vanligvis for yngre barn, og kjennetegnes ved trass, ulydighet og provoserende atferd, men omfatter ikke kriminelle handlinger.

I TFCO har man en ikke-diagnostisk tilnærming til atferdsproblemer. Videre i oppgaven brukes derfor begrepet «utagerende problematferd» om aggressiv, utfordrende og normbrytende atferd, som eksempelvis stjeling, rusmisbruk, utagering og vold. Begrepet «atferdsproblemer» brukes når problematferden vedvarer over tid og situasjoner, på en slik måte at det fører til alvorlige konsekvenser for ungdommen og hans/hennes nære relasjoner.

Disse begrepene ligger nært de diagnostiske kategoriene nevnt over, men tar ikke stilling til om kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt eller ikke.

## **2.3 Utvikling av atferdsproblemer**

Unge med atferdsproblemer er en krevende gruppe å behandle (Christensen & Mauseth, 2008). Dette kan komme av at gruppen er heterogen, med variasjon i utviklingsløp, uttrykk og etiologi. Moffit (1993) viste at det har betydning om den negative atferden viser seg tidlig eller sent i utviklingen, såkalt barndoms- eller ungdomsdebut. Barn og unge med tidlig debut har mer alvorlig atferd og større risiko for vedvarende problemer enn dem med debut i ungdomsalder (Pardini & Frick, 2013). Oppfølgingsstudier har funnet sammenheng mellom tidlig debut og større grad av innblanding i voldsepisoder, kontakt med rettsvesenet, personlighetsforstyrrelser, andre psykiske vansker, rusmisbruk, samt problemer med arbeid og familie i voksen alder (Fergusson et al., 2005; Moffit et al., 2008).

På tross av at det ikke gjøres differensieringer på debuttidspunkt eller personlighetstrekk i TFCO, er det verdt å nevne at det i senere tid har vært økt fokus på ulikheter innad i gruppen som debuterer tidlig. For eksempel skårer enkelte høyt på trekk forbundet med ufølsomhet og manglende empati (callous unemotional traits). Barn og unge med forhøyet grad av dette trekket påløper større risiko for vedvarende problemer, har mer alvorlig antisosial atferd, samt større sjanse for affektive vansker og lærevansker (Andershed, Gustafson, Kerr, & Stattin, 2002; Frick og White, 2008; Bjørnebekk & Kjøbli, 2016).

Risikofaktorene for utvikling og opprettholdelse av atferdsproblemer varierer mellom aldersgrupper. I barneårene er risiko gjerne knyttet til familiefaktorer (Odgers et al., 2008), mens omgang med normbrytende venner har vist seg å være en risikofaktor for ungdommer (Moffit, 1993). Dette har betydning for behandling. Der man overfor barn kan rette tiltak mot familien, bør man overfor ungdommer også ta hensyn til nettverket utenfor familien.

## **2.4 Sammenheng med andre psykiske vansker**

Ungdommer med atferdsproblemer rapporterer ofte om store plager på mange områder i livet (Lambert et al., 2001). Kunnskap om dette har betydning for behandling. Vår undersøkelse vil se på problembelastningen til ungdommene i norske TFCO. Mål på andre psykososiale vansker enn utagerende problematferd vil være del av dette.

I flere studier er det funnet sammenheng mellom atferdsproblemer og forhøyet risiko for psykiske vansker, med særlig sterk sammenheng med ADHD, lærevansker, rusmisbruk og affektive lidelser (Lambert, Wahler, Andrade, & Bickman, 2001; Waschbush, 2002; Nock,

Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2006). Nylig ble det publisert en undersøkelse av psykiske lidelser i norske barnevernsinstitusjoner (Jozefiak et al., 2016). I utvalget var det størst hyppighet av diagnostiserbare psykiske lidelser blant ungdommene som var tvangsplassert på grunn av utagerende problematferd. På tross av at prevalensen av alvorlige atferdsproblemer er lavere blant jenter, har de gjerne et mer komplekst tilstandsbilde. I en undersøkelse av norske ungdommer hadde 73 % av jentene og 46 % av guttene med diagnostiserbar atferdsforstyrrelse hatt en komorbid angst- eller depresjonslidelse, mens henholdsvis 63 % og 27 % hadde misbrukt rusmidler (Lehto-Salo, Närhi, Ahonen, & Marttunen, 2009).

## **2.5 Behandling av atferdsproblemer**

### **2.5.1 Institusjonsbehandling**

Institusjonsplassering har i Norge, som i de fleste andre land, vært det mest vanlige behandlingstiltaket for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer (Andreassen, 2003). Forsøk på andre plasseringer, som i ordinære fosterhjem, har gitt høy grad av sammenbrudd og derfor vist seg lite egnet for denne gruppen (Westermarck, Hansson, & Vinnerljung, 2007). I Norge gjøres institusjonsplassering enten med (§4-26), eller uten (§4-24) samtykke fra ungdommen (Barnevernloven, 1992). Juridisk sett er TFCO-behandlingen definert som en institusjonsbehandling i Norge. Dette medfører at en del av ungdommene plasseres i programmet uten eget samtykke, og behandlingen kan dermed sies å ha samme målgruppe som institusjonsbehandling (tvangaspektet omtales senere i oppgaven).

Internasjonalt finnes det imidlertid liten overenstemmelse om hvordan man skal definere institusjonsbehandling (Leichtman, 2006). Plant og Panzarella (2009) beskriver institusjonsbehandling som komplekse intervensjoner som gis 24 timer i døgnet, syv dager i uken, med varighet i mer enn seks måneder. I tillegg er et kjennetegn at ungdommer gjerne oppholder seg sammen med andre ungdommer på institusjonen. Ut over dette er det stor variasjon i struktur, organisering og behandlingsfilosofi institusjonene imellom. Eksempler kan være små familieliknende tiltak, behandlingskollektiver og barnevernsinstitusjoner i offentlig eller privat regi (Andreassen, 2003).

Den store variasjonen i form og innhold mellom institusjonene gjør det vanskelig å gi en samlet beskrivelse av hva slags behandling ungdommer i institusjon mottar. Av den grunn er det også utfordrende å vurdere hvor virksom denne typen behandling er (Plant & Panzarella, 2009). Samtidig er institusjonsbehandling et ressurskrevende og inngripende behandlingstiltak, og det er derfor av stor interesse å kunne si noe om utfallet og nytten av å plassere ungdommer

i institusjon. Det er ikke publisert effektstudier, men kun et fåtall oppfølgings- og registerstudier på denne typen behandling i Norge og Norden (Vinnerljung & Andreassen, 2015). Det gjennomføres imidlertid for tiden randomiserte kontrollerte studier på MultifunC i Norge og Sverige. MultifunC er en norsk manualbasert behandlingsmodell som de siste ti årene har vært implementert som et forsøk på å etablere en evidensbasert institusjons-behandling. Det er kun publisert foreløpige resultater, noe som gjør at man ikke har konkludert med behandlingens effekt (Fossum, Handegård, Holmen, & Adolfsen, 2015; Socialstyrelsen, 2014). Også internasjonalt er det mangel på kontrollerte evalueringsstudier av denne typen behandling (Ogden & Hagen, 2014). Resultatene i den forskningen som er publisert antyder at effekten av institusjonsbehandling er begrenset, særlig i et langtidsperspektiv (Andreassen, 2003; Ogden & Hagen, 2014; Vinnerljung & Andreassen, 2015). Samtidig er variasjonen mellom behandlingsformene stor. Der enkelte studier viser moderat til sterk positiv effekt, rapporterer andre liten eller til og med negativ effekt (Knorth, Harder, Zandberg, & Kendrick, 2008).

### **2.5.2 Evidensbaserte behandlingsmetoder**

Interessen for å måle nytten av psykologisk behandling har økt de siste tiårene, noe som også gjelder behandling av atferdsproblemer (Lyons, Woltman, Martinovich, & Hancock, 2009). Som den mest utbredte og kostnadskrevenende behandlingen av atferdsproblemer, er det samfunnsøkonomisk problematisk at institusjonsbehandling kan vise til begrenset effekt (Aos, Miller & Drake, 2006). Dette også i et etisk perspektiv, siden mange av ungdommene er i behandling uten eget samtykke. I Norge økte etterspørselen etter mer virksomme behandlingsmetoder ut over 1990-tallet. Dette blant annet grunnet medieomtale av lovbrudd og voldssaker der norske ungdommer var involvert (Ogden, Hagen, Askeland & Christensen 2009). Fra rundt årtusenskiftet ble flere evidensbaserte behandlingstiltak innført i Norge.

Med evidensbasert behandling menes behandling som gjennom kontrollerte studier har vist seg å være virksom (Kazdin, 2008). Evidensgrunnlaget kan komme fra ulike kilder, og det er vanlig å gjøre et skille mellom såkalte effektstudier og effektivitetsstudier. Effektstudier (efficacy) undersøker om en metode er virksom under optimale betingelser, mens effektivitetsstudier gjennomføres i naturlig kontekst for å undersøke om metoden er virksom i praksis (Flay et al., 2005). Randomisert kontrollert design («randomized controlled trial», RCT), regnes for gullstandarden innen effekt- og effektivitetsforskning (Levant, 2005). Dette innebærer at de som mottar behandlingen sammenlignes med en kontrollgruppe og fordeling i gruppene gjøres tilfeldig. TFCOs evidensgrunnlag vil bli gjennomgått senere i oppgaven.

Selv om TFCO er organisert under nasjonalt barnevern, har Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis) det faglige ansvaret for behandlingen i Norge. Atferdssenteret er et kunnskaps- og kompetansesenter med mål om å gi evidensbasert hjelp til norske barn og unge med atferdsproblematikk. Atferdssenteret har i tillegg til TFCO implementert to behandlingsprogrammer som retter seg mot ungdommer med atferdsproblemer. Disse, Funksjonell familieterapi (FFT) og Multisystemisk terapi (MST), er begge hjemmebaserte tiltak. Ungdommene i TFCO vil i denne studien bli sammenlignet med ungdommer som er tatt inn i disse to programmene. FFT og MST vil derfor beskrives kort, før det gis en mer inngående beskrivelse av TFCO.

### **Multisystemisk Terapi (MST)**

MST er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdommer i alderen 12 til 17 år med alvorlige atferdsproblemer. Programmet bygger på Bronfenbrenners (1979) utviklingsøkologi, der ungdommen blir sett som del av et system bestående av familie, venner, skole og nærmiljø. Selv om ungdommen bor hjemme gjennom behandlingsforløpet, rettes intervensjonene i hovedsak mot de sosiale systemene rundt ham/henne. Dette medfører at det ikke kreves at ungdommen deltar i møter med MST-terapeuten (Henggeler, Melton, & Smith, 1992). Flere studier har vist at MST-behandling er effektiv i å redusere kriminell aktivitet hos ungdommer (Schaeffer & Borduin, 2005; Butler, Baruch, Hickey, & Fonagy, 2011). En metastudie fant i tillegg en liten, men signifikant, effekt på reduksjon av rusmisbruk (van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković, & van der Laan, 2014).

I 1999 ble MST implementert i Norge. Metoden ble valgt ut som det foretrukne evidensbaserte behandlingstiltaket for ungdommer med atferdsforstyrrelser, der Barne- og familiedepartementet var initiativtaker til et landsdekkende implementeringsprosjekt (Ogden et al., 2009). Senere er det gjennomført en RCT-studie på MST-behandlingen i Norge. Denne konkluderte med at behandlingen var effektiv i å redusere ungdommenes vansker, samt styrke deres sosiale ferdigheter (Ogden & Halliday-Boykins, 2004). Effekten vedvarte også to år etter behandlingen (Ogden & Hagen, 2006). I dag er det totalt 21 MST-team i Norge, fordelt på 16 fylker (Atferdssenteret, 2016).

### **Funksjonell familieterapi (FFT)**

FFT er en familierapeutisk behandlingsmodell som integrerer system-, atferds-, kommunikasjons- og kognitiv teori (Mørkrid & Christensen, 2007). Tiltaket har vanligvis et omfang på mellom 10 og 30 terapitimer, og gjennomføres poliklinisk der både ungdommen og dens familie møter sammen til familieterapi ukentlig. At ungdommen deltar i møtene er en

forutsetning for behandlingen. Målgruppen for behandlingen er ungdommer med alvorlige atferdsproblemer i alderen 11-18 år. Som i MST forstås ungdommens atferd i lys av miljøet og konteksten han eller hun er en del av. Behandlingen bygger på forskning på virksomme terapeutiske prosesser i familierapi, og fokuset er rettet mot relasjonelle prosesser i ungdommens familie (Sexton & Alexander, 2005). Flere studier har vist at FFT-behandling har en positiv effekt på ungdommenes atferdsproblemer, samt at den reduserer sannsynligheten for alvorlig kriminalitet (Sexton & Turner, 2010; Graham, Carr, Rooney, Sexton, & Wilson Satterfield, 2014). De første FFT-teamene i Norge ble etablert i 2007, og det er i dag fem team i landet. Det gjennomføres for tiden en randomisert effektstudie av behandlingen i Norge, men det er foreløpig ikke publisert resultater fra denne.

### **2.5.3 En mulig tiltakskjede av evidensbaserte metoder**

I 2008 ble TFCO implementert i Norge som det tredje evidensbaserte tiltaket for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. Programmet skulle være et alternativ til institusjonsbehandling for ungdommer med behov for behandling utenfor hjemmet. Foreløpig er det ikke publisert studier på TFCO i Norge. Å kartlegge hva som kjennetegner ungdommene som blir henvist og tatt inn i programmet vil kunne si noe om man har truffet målgruppen som TFCO er utviklet for. Det vil i tillegg kunne gi oss informasjon om TFCO-behandlingens rolle blant andre tiltak i Norge. Ved å sammenligne ungdommenes problematikk ved inntak til TFCO, MST og FFT, kan vi se om programmene gir hjelp til like eller ulike grupper. Vår antagelse er at ungdommene som får TFCO-behandling har større problembelastning ved inntak, sammenlignet med ungdommene som får FFT- og MST-behandling. Begrunnelsen for dette ligger blant annet i inklusjons- og eksklusjonskriterier for programmene. Et inklusjonskriterium i FFT og MST er at ungdommen kan bo hjemme gjennom behandlingsforløpet. Dette er et eksklusjonskriterium i TFCO, fordi norsk lov tilsier at hjemmebaserte tiltak skal vurderes før ungdommen starter i TFCO (barnevernloven, 1992).

Vår hypotese er at vi i inntaksdataene vil finne høyere total problembelastning hos ungdommene i TFCO enn hos ungdommene i MST, samt høyere problembelastning hos ungdommene i MST enn hos ungdommene i FFT. Sagt med andre ord forventer vi at problembelastningen fordeler seg hierarkisk, slik at FFT, MST og TFCO utgjør en «tiltakskjede» av evidensbaserte behandlingsprogrammer for ungdommer med ulik grad av alvorlig atferdsproblematikk. Graden av atferdsproblematikk vil i tilfelle samsvare med metodenes behandlertetthet og behandlingsintensitet. Før dette blir undersøkt, vil vi videre gi en inngående beskrivelse av TFCO-modellen.

### **3 Treatment Foster Care Oregon**

Treatment Foster Care Oregon (TFCO), tidligere kalt Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC; Chamberlain, 2003), er en familiebasert behandlingsmodell for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. TFCO ble utviklet av Patricia Chamberlain og hennes medarbeidere ved Oregon Social Learning Center i USA på 1980-tallet (Leve, Fisher & Chamberlain, 2009), og har vist seg effektiv i å redusere blant annet ungdomskriminalitet (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008; Turner & MacDonald, 2011). I TFCO-behandlingen plasseres ungdommene i spesialiserte fosterhjem, og forløpet varer som regel mellom ni og tolv måneder (Atferdssenteret, 2015). I dag finnes det over 50 TFCO-team i USA, samt til sammen over 35 i England, Norden og Nederland (Fisher & Gilliam, 2012). I Norge ble første TFCO-team opprettet i 2008 som en følge av behov for tiltak for ungdommer som ikke kunne motta hjemmebasert hjelp, men som man heller ikke ønsket å plassere på institusjon sammen med andre ungdommer. I denne delen av oppgaven vil det redegjøres for modellens målgruppe, teoretiske bakgrunn, målsetninger og praktiske gjennomføring, samt hva forskning sier om behandlingens effekt.

#### **3.1 TFCO-modellens målgruppe**

TFCO-modellen er utviklet for ungdommer med alvorlig og kronisk kriminell atferd (Chamberlain, 2003). I USA er behandlingen organisert under ungdomsrettsvesenet (juvenile justice system), som gir tiltak til ungdommer dømt i ungdomsdomstoler (juvenile court). Til å begynne med var gutter den primære målgruppen, mens det senere er gjort tilpasninger for å imøtekomme spesifikke behov hos jenter. I ettertid har begge kjønnene vært i målgruppen for behandlingen (Leve, Chamberlain, Smith, & Harold, 2012).

I Norge er TFCO-behandlingen organisert som et statlig barnevernstiltak under barne-, ungdoms-, og familieetaten, med faglig oppfølging fra Atferdssenteret. Målgruppen for tiltaket er ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. Eksempler på slik atferd kan være kriminalitet, rus eller gjentatt bruk av vold. TFCO-behandlingen forutsetter at ungdommen har en familie (kan være biologisk familie, fosterfamilie, slekt eller andre) han/hun skal flytte tilbake til etter plasseringen, og at denne forplikter seg til å delta i behandlingen. Om ungdommen har pågående psykose, stor risiko for selvmord, har historikk som seksualforbryter, brannstifter, eller på annen måte kan være til fare for seg selv eller behandlingsfosterhjemmet, er dette regnet som eksklusjonskriterier for inntak til behandlingen (Westermarck, Hansson, & Olsson, 2011).



## 3.2 Modellens teoretisk bakgrunn

TFCO-modellens teoretiske grunnlag er i stor grad empirisk fundert. Med dette menes at behandlingsprinsippene er basert på akkumulert kunnskap om institusjonsbehandling, samt risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling og opprettholdelse av atferdsproblemer. Førstnevnte forskningsfelt har funnet særlig to problematiske sider ved institusjonsbehandling av atferdsproblemer. Disse er sosial smitteeffekt mellom ungdommer og manglende økologisk validitet (Ogden & Hagen, 2014).

På institusjon samhandler gjerne ungdommene som har atferdsproblemer med hverandre. Det kan da oppstå såkalte lærings- eller smitteeffekter, der ungdommene forsterker hverandres utagerende problematferd eller rusmisbruk (Dishion, Spracklen, Andrews & Patterson, 1996; Ogden & Hagen, 2014). I verste fall kan dette medføre at ungdommer med moderat risiko for senere kriminalitet tar skade av å plasseres sammen med høyrisiko-ungdommer (Latessa & Lowenkamp, 2005). En forskningsgjennomgang (Ryan, Marshall, Herz, & Hernandez, 2008) viste for eksempel at risikoen for å bli arrestert etter behandling var omtrent to en halv gang større for ungdommer på institusjon enn ungdommer i fosterhjem. Denne konkluderte med at sosial smitteeffekt var en sannsynlig forklaring på denne forskjellen.

Involvering av familie og nettverk rundt ungdommen varierer i institusjonsbehandling. Siden ungdommer til vanlig lever i et miljø med relasjoner til familie og andre, har flere hevdet at institusjonsbehandling har begrenset økologisk validitet. Innvendingen er at ungdommene på institusjonen lærer og tilpasser seg et miljø som er ulikt det de skal leve i etter behandlingen (Andreassen, 2003; Ogden & Hagen, 2014). Med andre ord kunne behandlingen vært mer virksom dersom den ikke bare rettet seg mot ungdommene selv, men også deres familie og nærmiljø (Snyder, 1977; Patterson, 2002). Det er påvist sammenheng mellom familiekonflikt, oppdragerstil og utvikling av atferdsproblemer (Odgers et al., 2008; Shaw, Hyde, & Brennan, 2012). Om familien ikke involveres i behandlingen, og ungdommen kommer tilbake til et dysfunksjonelt familiemiljø etter opphold på institusjon, kan dette opprettholde atferdsproblemene også etter behandlingen (Andreassen, 2003). For eksempel fant Borduin og medarbeidere (1995) at ungdommer som deltok i familierapi under institusjonsbehandling hadde utført signifikant færre kriminelle handlinger 15 måneder senere sammenlignet med dem som ikke deltok.

TFCO-behandlingen er blant annet utviklet for å minimere de kjente risikofaktorene ved institusjonsbehandling. Behandlingsstrukturen tar hensyn til dette på flere måter. For det første skiller den seg fra konvensjonell institusjonsbehandling ved at ungdommene plasseres i

spesialiserte behandlingsfosterhjem. Dette er blant annet ment for å minimere smitterisikoen. Behandlingsfosterhjemmet er rekruttert blant vanlige familier, og det bor kun én ungdom i hvert hjem. Den grunnleggende filosofien i TFCO er med andre ord sosialøkologisk: for at ungdommer med alvorlige atferdsproblemer skal ha effekt av behandlingen må den skje i en naturlig kontekst (Fisher & Chamberlain, 2000). I behandlingsfosterhjemmet får ungdommen øvd på, og forsterket, prososiale ferdigheter i en vanlig familie.

For det andre gjøres behandlingen økologisk valid ved å involvere familien. Forskning på risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling og opprettholdelse av atferdsproblemer anerkjenner god foreldreoppfølging som en universell beskyttelsesfaktor (Piko, Fitzpatrick, & Wright, 2005). Som flere andre evidensbaserte behandlingsmodeller (for eksempel Parent Management Training Oregon, PMTO) baserer TFCO seg på Gerald Patterson og hans kollegers sosiale læringsmodell (Patterson, Reid, & Eddy, 2002). Utgangspunktet var en rekke longitudinelle studier fra 1960- og 70-tallet som viste at enkelte kvaliteter ved foreldrenes oppdragerstil predikerte barn og unges grad av negativ atferd. De mest sentrale var; bruk av streng og inkonsekvent disiplin, mangelfullt tilsyn samt mangel på positiv involvering og belønning for prososial atferd. Disse funnene har senere latt seg replikere både for unge med barndoms- og ungdomsdebuterende problematferd (Odgers et al., 2008; Shaw et al., 2012). I tillegg har man funnet at omgang med antisosiale venner er en risikofaktor (Moffit, 2006), mens gode sosiale ferdigheter er en beskyttelsesfaktor mot utvikling av atferdsproblemer (Dodge & Pettit, 2003; Stattin, Romelsjø, & Stenbacka, 1997).

Kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer er i hovedsak basert på korrelasjonsstudier, noe som gjør det vanskelig å konkludere med hva som er årsaker til, følger av eller opprettholdende mekanismer for atferdsproblemene. De originale funnene til Patterson og hans medarbeidere har imidlertid dannet grunnlaget for teorien om tvingende samspill (Coercion theory; Patterson, 1982). Teorien legger vekt på at utagerende problematferd både utvikles og opprettholdes av interaksjoner mellom barnet/ungdommen og dens foreldre. Interaksjonene kjennetegnes av at problematferden fremtvinger uheldige reaksjoner fra foreldrene, som igjen opprettholder atferden. En rekke studier har bekreftet at endring av disse interaksjonene er vesentlige for et godt utfall i behandling av barn og unge med atferdsproblemer (Eddy, Reid, Stoolmiller, & Fetrow, 2003; Webster-Stratton, 1985; Patterson, Chamberlain, & Reid, 1982; Patterson et al., 2002). I TFCO-modellen etterstreber man derfor å bryte det tvingende samspillet ved å redusere ungdommens utagerende problematferd, og samtidig styrke foreldrenes foreldreferdigheter (Leve, Fisher & Chamberlain, 2009).

### 3.3 Mål og behandlingsprinsipper

På bakgrunn av det ovennevnte har TFCO-behandlingen to sentrale mål; 1) å tilrettelegge og hjelpe ungdommen til å fungere i sitt nærmiljø slik at de kan delta på samme utviklingsarenaer som andre ungdommer, samt 2) gi ungdommens familie muligheter, ressurser og ferdigheter til å støtte ungdommen på en slik måte at denne utviklingen fortsetter også etter TFCO-behandlingen (Chamberlain, 2003). Dette nås gjennom åtte delmål for behandlingsprosessen oppgitt i tabell 1 (vår oversettelse; Fisher & Chamberlain, 2000).

Tabell 1. Delmål i TFCO-behandlingen

- 
- Forsterke og gi oppmerksomhet til normalatferd.
  - Holde ungdommen under tett tilsyn.
  - Holde oppsyn med ungdommens vennerelasjoner.
  - Gi ungdommen klare grenser og konsistente ikke-straffende konsekvenser for regelbrudd.
  - Hjelpe ungdommen med å utvikle gode arbeidsvaner og skoleferdigheter.
  - Hjelpe familie til å forbedre sine foreldreferdigheter.
  - Dempe konflikt mellom familiemedlemmer.
  - Forbedre ungdommens sosiale ferdigheter slik at de skal kunne ha prososiale relasjoner til jevnaldrende og voksne.
- 

Delmålene er som nevnt basert på et forskningsfelt som anerkjenner at inkonsistent, negativ og autoritær foreldrepraksis med liten grad av tilsyn, høy grad av konflikt i familien, venner med normbrytende atferd og svake akademiske ferdigheter, er betydelige risikofaktorer for utvikling og opprettholdelse av atferdsproblemer (Loeber, 1990; Wong et al. 2010; Hoeve et al., 2009). Å lære ungdommene prososiale ferdigheter, samtidig som risikofaktorene reduseres, vil kunne bidra til at ungdommene kan ta del i en normal utvikling. For å oppnå dette er TFCO-modellen bygget opp rundt tre endringsmekanismer; 1) tydelig definerte roller i behandlingsteamet 2) en proaktiv tilnærming til utagerende problematferd, samt 3) et konsistent og forsterkende miljø der ungdommene får mer prososial atferd (Fisher & Chamberlain, 2000). Videre følger en beskrivelse av komponentene i behandlingsmodellen gjennom disse mekanismene (med utgangspunkt i: Fisher & Chamberlain, 2000; Chamberlain, 2003 og Fisher & Gilliam, 2012), før forskningsresultater på TFCO og behandlingens målgruppe presenteres.

### **3.3.1 Tydelig definerte roller**

Strukturen i TFCO består av et behandlingsteam med tydelig definerte roller som følger opp mellom fem og ti ungdommer samtidig. Disse rollene holdes atskilt, slik at hvert teammedlem har sine egne oppgaver overfor ungdommen, ungdommens familie og behandlingsfosterhjemmet. Målet med behandlingsstrukturen er å gi ungdommen tydelige grenser og støtte til mestring på samme tid. I tillegg til behandlingsfosterhjemmet består teamet rundt hver ungdom av fem personer; behandlingsleder, fosterhjems konsulent, familierapeut, individualterapeut og ferdighetstrener (Chamberlain, Fisher & Moore, 2002). Deres spesifikke oppgaver er beskrevet nedenfor.

#### **Behandlingsfosterhjem**

For å bli behandlingsfosterhjem i TFCO må man igjennom en omfattende seleksjonsprosess, samt delta på en seksdagers opplæring. Det er ingen formelle kriterier for hvem som kan være fosterforeldre i TFCO, og rekrutteringen skjer blant vanlige familier. Ifølge Fisher & Gilliam (2012) er imidlertid viljen til tett samarbeid i en systematisk behandlingsmodell sentral for vellykket behandling. Overfor ungdommen har behandlingsfosterhjemmet en støttende og ikke-disiplinerende rolle. Deres oppgave er å hjelpe ungdommen igjennom programmet. I opplæringen får de trening i å legge merke til, beskrive og forstå foranledningene til ulik atferd. De lærer å lage og å følge opp daglige aktiviteter for ungdommen, samt lærer hvordan opprettholde et mestringsfokus der ungdommen får anerkjennelse og ros for oppgaver og rutiner han/hun får til. Samtidig som daglige forsterkere og insentiver for normal atferd er en sentral endringsmekanisme i TFCO, er dette uvant og fremmed for mange. I opplæringen legges det derfor vekt på hvordan man kan rose og oppmuntre ungdommer på en naturlig måte (Fisher & Chamberlain, 2000).

#### **Behandlingsleder**

Behandlingslederen har ansvar for å veilede terapeutene og styre progresjonen og retningen i behandlingen. Han/hun har den primære kontakten med samarbeidspartnerne (skole, helsevesen, barnevern etc.), og leder ukentlige veiledninger av behandlingsfosterhjemmene. I tillegg leder han/hun kliniske møter med resten av behandlingsteamet, der ungdommens behandlingsplan justeres etter hans/hennes progresjon. Her samkjøres intervensjoner mellom fosterhjems konsulent, ferdighetstrener, individualterapeut og familierapeut. Ungdommen kan eksempelvis roses i behandlingsfosterhjemmet hver gang han/hun holder avtaler, samtidig som individualterapeuten gir ham/henne strategier for å få dette til. Ferdighetstreneren kan sammen med ungdommen øve på strategiene i praksis, mens

familieterapeuten kan hjelpe ungdommens familie i å følge opp dette på hjemmebesøk. I rollen som behandlingsleder kreves fleksibilitet og gode problemløsningsferdigheter: han/hun skal vekte ønsker fra ungdom, behandlingsfosterhjem, familie og terapeuter slik at behandlingsplanen til enhver tid er helhetlig og samkjørt.

### **Fosterhjems konsulent**

Denne rollen fungerer som et bindeledd mellom behandlingslederen og behandlingsfosterhjem. Fosterhjems konsulenten bistår i praktisk tilrettelegging og formidler beskjeder mellom behandlingslederen og behandlingsfosterhjemmet hver dag. Dette gjør at arbeidsmengden til behandlingslederen blir mindre, og rollen bidrar til at intervensjoner kan knyttes til dagligdagse situasjoner og praktiske gjøremål. For eksempel kan ungdommen få belønning (se «et konsistent og forsterkende miljø», s. 17) for å komme hjem til avtalt tid, avhengig av om dette er noe han/hun øver på. Konsulenten deltar også i rekruttering og opplæring av nye behandlingsfosterhjem.

### **Familieterapeut**

Ungdommens familie er i TFCO den viktigste bidragsyteren til vedvarende endring. Flere studier viser at ungdommer har mindre utagerende problematferd og kriminalitet om han/hun opplever belønning og oppmerksomhet ved prososial atferd, tett tilsyn, konsekvente og rettferdige konsekvenser for regelbrudd og mindre kontakt med antisosiale jevnaldrende (Patterson, Chamberlain, & Reid, 1982; Snyder & Stoolmiller, 2002; Chamberlain et al., 2002). For at endringene skal generaliseres og vedvare når ungdommen flytter hjem etter behandlingen, er det derfor sentralt at foreldrene mestrer disse ferdighetene. Familieterapeutens oppgave er å øve med dem på dette.

Prinsippene i familieterapien er hentet fra Pattersons sosiale læringsmodell, og fremgangsmåten har sine grunnleggende komponenter fra Parent Management Training (Patterson et al., 1982; Patterson et al., 2002). Innledningsvis jobber terapeuten med å etablere en støttende og konstruktiv arbeidsallianse med familien. Mange av familiene i TFCO har tidligere hatt negative erfaringer med hjelpeapparatet. En god arbeidsallianse blir derfor sett på som avgjørende for endring av foreldrenes praksis. I familieterapien introduseres familien for nye og mer adaptive måter å kommunisere på. Til å begynne med gjøres dette gjennom rollespill uten ungdommen tilstede. Etter hvert som foreldrene gjør fremskritt inkluderes ungdommen i større grad. For de fleste av ungdommene oppleves familieterapien som aversiv, og individualterapeuten er derfor med for å gi dem støtte og oppmuntring. Dette muliggjør at

familie- og individualterapeuten kan modellere god og mindre god kommunikasjon, før ungdommen og foreldrene utfører det samme.

### **Individualterapeut**

Ved oppstart i programmet har mange av ungdommene utfordringer knyttet til sosiale ferdigheter (Chamberlain, 2002). Dette kan gjøre det vanskelig å følge regler, forhandle og fremme egne ønsker på sosialt aksepterte måter. Individualterapeuten skal derfor ha rolle som ungdommens talsperson, og er tilgjengelig for ungdommen på telefon til enhver tid. Eksempelvis kan ungdommen synes at fosterforeldrene har for strenge krav til leggetider eller hjemmelekser, og nekte å følge disse. Individualterapeuten vil da sympatisere med ungdommen og vise forståelse for at programmet kan være strengt. Samtidig vil terapeuten hjelpe ungdommen til å ytre og forhandle frem sine ønsker på en mer sosialt akseptert måte. Parallelt vil terapeuten kommunisere med behandlingslederen. Sammen med fosterforeldrene finner de en løsning som gir ungdommen belønning når han eller hun har gode strategier for problemløsning. På denne måten muliggjør individualterapeutens rolle korrigerende erfaringer for ungdommen: Ved å ha en modell for gode problemløsningsferdigheter, samt å få støtte når han/hun prøver seg på egen hånd, kan dette føre til positive erfaringer for ham/henne.

Individualterapien i TFCO-behandlingen tilpasses hver ungdoms behandlingsplan. Ungdommene i TFCO har ofte kompleks og sammensatt problematikk (se «utvalg i TFCO-forskningen», side 24), som gjør at de har individuelle behov. Eksempler på temaer i individualterapien kan derfor være emosjonsregulering, sosial identitet, sinnemestring, rus, holdninger, traumbearbeiding og/eller andre psykiske vansker som angst og depresjon (Leve et al., 2012). De individualterapeutiske behovene har vist seg å være særlig store for jentene i behandlingen (Leve et al., 2005).

### **Ferdighetstrener**

Den sosiale ferdighetstreneren møter ungdommen ukentlig for å øve på grunnleggende sosiale ferdigheter i nærmiljøet. Dette kan være blant ungdommens venner eller på den lokale fotballbanen, skolen eller fritidsklubben. Ferdighetstreningen består i å forklare, modellere og sammen prøve ut ulike måter å samhandle på. Ferdighetstreneren samarbeider tett med individualterapeuten, slik at treningen samsvarer med individualterapien. Eksempler på øvelser kan være å gå alene i butikken, snakke med andre ungdommer eller ytre et ønske på en sosialt akseptert måte. For ungdommer med negative erfaringer fra skolen er ferdighetstreningen spesielt nyttig: målet for ferdighetstreningen kan da være å øve på normal klasseromsatferd.

## **Betydningen av tydelig definerte roller**

I mange andre tiltak er behandlerne generalister som jobber med både ungdommen, familien, skolen og andre involverte. De tydelig definerte og avgrensede rollene i TFCO muliggjør både grensesetting og støtte til ungdommen, samt hans/hennes familie. Eksempelvis er behandlingslederens oppgave å sette klare grenser og krav. Behandlingsfosterhjemmet kan derfor legge «skylden» på behandlingslederen om det er nødvendig å lage strengere husregler eller å ha tettere tilsyn med ungdommen. Individualterapeuten skal derimot ikke være grensesettende, men fungere som ungdommens talsperson. I vanskelige situasjoner støtter han/hun ungdommen i å finne sosialt aksepterte måter å forholde seg til behandlingslederens krav og grenser. Ungdommens familie har sin allierte i familieterapeuten. Ønsker de et ekstra hjemmebesøk, eller at ungdommen skal få være med på en fest, vil familieterapeuten argumentere for dette i behandlingsteamet. Avhengig av for eksempel om ungdommen har vist at han/hun kommer hjem til avtalt tid, avstår fra rus og at familien har vilje og evne til å følge opp disse reglene, vil behandlingsleder godkjenne eller avslå forespørselen. På denne måten muliggjøres klare grenser og regler, samtidig som ungdommen og familien får støtte til å forholde seg til disse på en god måte. Tanken er at dette skal gi både ungdommen og hans/hennes familie korrigerende erfaringer. Ved at ungdommen og familien har positiv relasjon til én behandler, mens en av de andre i teamet konfronterer problemer som oppstår, jobber man for at trygge relasjoner til enhver tid opprettholdes. På den måten kan de definerte rollene også fungere preventivt mot brudd i behandlingen.

### **3.3.2 Proaktiv tilnærming**

Den andre endringsmekanismen i TFCO-behandlingen er en proaktiv tilnærming til utagerende problematferd. Behandlingsfosterhjemmet og behandlingsteamet jobber kontinuerlig med å forebygge konflikter og utagerende problematferd som potensielt kan føre til sammenbrudd i plasseringen. Gjennom hele behandlingen blir det daglig innhentet informasjon om ungdommens atferd, progresjon og problemer. Dette gjøres ved hjelp av observasjonsskjemaet Parent Daily Report (PDR; Chamberlain & Reid, 1987; Westermarck et al., 2008). PDR er en liste med konkret atferd som behandlingsfosterhjemmet angir om har forekommet siste 24 timer. Den består av 25 positive (for eksempel «bryr seg om andres ønsker») og 37 negative (for eksempel «er grinete/sur») kategorier.

Ved å følge ungdommens utvikling på daglig basis, er tanken å sette inn ekstra tiltak og intervensjoner før det oppstår kriser eller utageringer. En rekke studier har vist høye forekomster (40-50 %) av sammenbrudd i fosterhjems plasseringer for ungdommer. Risikoen for

sammenbrudd øker for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer, spesielt når de også har komorbide vansker (Westermarck et al., 2008). I en studie av fosterhjemsbarn i alderen fem til tolv år fant Chamberlain og kolleger (2006) at mengden negativ atferd markert på PDR predikerte sammenbrudd i plasseringen det påfølgende året. Et gjennomsnitt på seks eller færre negative atferder per dag ga 8 % sannsynlighet for brudd. Dette ble regnet som en grenseverdi siden sannsynligheten økte med 25 % per heltall over seks. Flere studier har også funnet at risiko for brudd øker med barnets eller ungdommens alder ved plassering (Smith, Stormshak, Chamberlain, & Whaley, 2001; Westermarck et al., 2008). For å redusere sannsynligheten for brudd, er derfor støtte til behandlingsfosterhjemmet en sentral del av TFCO-modellen. Gjennom PDR holder behandlingsteamet øye med både ungdommens atferd og fosterhjemmets stressnivå, og tilpasser kontinuerlig intervensjoner og oppfølging på grunnlag av dette.

### **Støtte og oppfølging**

Behandlingsfosterhjemmet snakker daglig med fosterhjemskonsulentene på telefon. Meningen med konsultasjonen er å gi behandlingsfosterhjemmet støtte i tilrettelegging og praktiske gjøremål samt å innhente PDR. I tillegg til dette deltar alle behandlingsfosterhjemmene tilknyttet det samme behandlingsteamet i ukentlig veiledning, der ungdommens progresjon og atferd drøftes. Tanken bak dette er at behandlingsfosterhjemmene i TFCO har unik erfaring i hvordan håndtere og hjelpe vanskeligstilte ungdommer. I møtene kan de fungere som støttespillere og rådgivere for hverandre (Fisher & Gilliam, 2012).

Behandlingslederen er tilgjengelig for behandlingsfosterhjemmet på telefon til enhver tid. Dette i tilfelle utfordrende situasjoner oppstår. I opplæringen oppfordres de til å ringe behandlingslederen i forkant av potensielle konflikter. Dette for å gi mulighet til å håndtere en eventuell konflikt på et tidlig stadium, før den eskalerer til utagering (Fisher & Chamberlain, 2000).

### **Samarbeidspartnere**

Ved oppstart i programmet samarbeider behandlingsteamet med behandlingsfosterhjemmet om å skaffe et lokalt skoletilbud til ungdommen. Behandlingsfosterhjemmet har den primære kontakten med skolen og hjelper ungdommen med det praktiske i oppstarten. I tillegg samarbeider behandlingsteamet med skolens lærere og ansatte for å tilpasse ungdommens pedagogiske plan. Ungdommene i TFCO har gjerne en vanskelig utdanningshistorikk (Leve et al., 2005). Hver dag har de derfor med seg et poengkort som gjennom belønning for registrert oppmøte, for at de forbereder seg til timene og for positive holdninger i klasserommet, skal gi dem motivasjon. Dette fylles ut av lærerne (Chamberlain et al., 2002).



Som tidligere nevnt er et inklusjonskriterium i TFCO at ungdommen har omsorgsgivere de skal flytte tilbake til etter avsluttet behandling. I de fleste tilfeller er dette familien ungdommen bodde med før oppstarten i programmet. Selv om mange av intervensjonene rettes mot ungdommens familie, er de også TFCO-programmets viktigste samarbeidspartner. Ved oppstart er familien, sammen med ungdommen, med på å definere målene for behandlingen. Behandlingsteamet hjelper familien med å få oversikt over sentrale aktører i deres nærmiljø. Dette kan være andre foreldre, slektninger, trenere og lærere. Grunnen til dette er todelt. For det første gjør det at familien får bedre oversikt over hvor ungdommen er, hva han/hun gjør, og hvem han/hun er sammen med i nærmiljøet. For det andre har mange av foreldrene et dårlig forhold til aktører i nærmiljøet på grunn av ungdommenes utfordrende bakgrunn. Med hjelp fra behandlingsteamet får de muligheten til å etablere et bedre forhold til hjemskolen, idrettslaget eller andre arenaer der ungdommen deltar (Fisher & Gilliam, 2012).

### **3.3.3 Et konsistent og forsterkende miljø**

Den tredje endringsmekanismen i TFCO-modellen er et konsistent og forsterkende miljø rundt ungdommen. Behandlingsprosessen styres av et individuelt og detaljert poengsystem (Chamberlain, 2003). Poengsystemet justeres med hensyn på ungdommens behandlingsplan, og det gis poeng for en rekke aktiviteter og atferd som er forventet og ønsket i hverdagen (for eksempel «stå opp, kle på seg og pusse tennene» eller «være hyggelig med de andre i familien»). Poengene ungdommen får, avgjør progresjonen i behandlingen. Fosterforeldrene og ungdommen går igjennom poengskjemaet hver kveld og evaluerer hvordan dagen har vært. Meningen med skjemaet er å gi ungdommen hyppig og positiv tilbakemelding på prososial og normativ atferd. På denne måten skal det virke relasjonsbyggende mellom ungdommen og behandlingfosterhjemmet. Poengskjemaet skal altså være forsterkende, og ikke disiplinerende. Ved å trekke en mindre poengsum der ungdommen ikke har oppfylt forventningene, har behandlingfosterforeldrene mulighet til å veilede ungdommen. De blir opplært til å gjøre dette på en styrkefokusert og omformulerende måte (for eksempel: «i dag var du litt morgengretten og derfor må jeg trekke noen poeng, men likevel klarte du å komme deg til skolen i tide, bra jobba!»). Poengene kan ungdommen bytte mot ekstra goder. Dette kan eksempelvis være ekstra tid med venner, eller å bestemme hva familien skal spise til middag.

### **Faser i behandlingen**

Poengsystemet ligger til grunn for et fasesystem som bestemmer progresjonen i behandlingen. I første fase er målet at ungdommen skal bli kjent med fosterfamilien og tilpasse seg hverdagen i det nye hjemmet. I denne fasen blir poengene fra én dag byttet mot privilegier

den påfølgende dagen. Fasen varer som regel mellom to og tre uker inntil ungdommen har samlet opp et gitt antall poeng. Dette er den mest restriktive fasen i behandlingsprosessen, siden ungdommen er uten internett og telefon, samt har minimal kontakt med familie og venner. En god relasjon til behandlingsfosterhjemmet har vist seg å være avgjørende for behandlingsresultatet i TFCO. Ved at ungdommen bryter kontakten med sitt tidligere miljø, samtidig som behandlingsfosterhjemmet tar i bruk poengskjema, belønninger og fellesaktiviteter, er tanken å gi dem anledning til å etablere en god relasjon tidlig i behandlingen (Eddy & Chamberlain, 2000).

I fase to begynner ungdommen å dra på hjemmebesøk og får være sammen med venner som er godkjent av behandlingslederen. I starten varer hjemmebesøkene kun noen timer, men dette øker til overnattings- og helgebekesøk avhengig av ungdommens og familiens progresjon i behandlingen. I forkant av hjemmebesøkene får foreldrene konkrete oppgaver fra familieterapeuten. Oppgavene endres gjennom behandlingsforløpet samtidig som besøkene gradvis blir mer langvarige. Under hjemmebesøkene er familieterapeuten tilgjengelig på telefon til enhver tid. Mange foreldre synes det er vanskelig og uvant å gi ungdommen positiv oppmerksomhet for daglige rutiner og normal atferd. Familien bruker derfor ofte et tilsvarende, men forenklet, poengskjema som ungdommen er vant til fra behandlingsfosterhjemmet. Bakgrunnen for dette er at foreldrene skal være med å gjøre overgangen fra TFCO liten, og at ungdommens fremskritt dermed vedvarer over tid.

I den andre fasen blir ungdommens poeng lagt sammen slik at han/hun kan bytte dem mot privilegier den påfølgende uken. I tillegg bruker han/hun poengene til å kjøpe ett «fase tre-kort» per uke. Når ungdommen har tolv slike (som regel i løpet av tre måneder) går behandlingen over i tredje fase. I fase tre får ungdommen større frihet og flere privilegier, og bor for det meste hjemme hos sin familie. Dette gir mulighet for at nye ferdigheter generaliseres til hans/hennes opprinnelige familie- og nærmiljø (Fisher & Chamberlain, 2000).

Oppbygningen med poengsystem og faser har til hovedhensikt å motivere ungdommene. Rasjonalet er at de på denne måten skal være med å påvirke sin egen progresjon i behandlingen, og at de får positiv oppmerksomhet når atferden deres er positiv og prososial.

### **3.3.4 Styrker og svakheter ved modellen**

TFCO-behandlingens oppbygning er kompleks, der endringsmekanismer, roller og verktøy er flettet inn i hverandre. Dess mer kompleks en behandlingsmodell er, dess vanskeligere kan en anta at den er å gjennomføre på en hensiktsmessig måte. Samtidig er behandlingstilnærmingen ambisiøs. For å gi dem mest mulig normale utviklingsrammer,

plasseres ungdommer med atferd som rusmisbruk, vold og kriminalitet i vanlige familier. Dette for å i minst mulig grad svekke ungdommens normalitet og autonomi. Denne gruppen ungdommer har imidlertid vist seg vanskelig å behandle og har høy risiko for sammenbrudd i plasseringen (Westermarck et al., 2008). Flere av behandlingskomponentene (som begrensninger i bruk av telefon, kontakt med jevnaldrende eller regelmessige rustester) må i tillegg ofte gjennomføres uten ungdommens samtykke. I TFCO-behandlingen kan man begrense, tilbakeholde eller bruke tvang overfor ungdom med hjemmel i barnevernloven (1992). Dette kan gjøre det ytterligere krevende å etablere en god behandlingsallianse med både ungdommen selv og deres familie (Thøgersen, Lønnum, Tollefsen, & Christensen, 2012).

Tvangsaspektet medfører altså både etiske og behandlingstekniske utfordringer. Sammen med modellens kompleksitet kan dette være en svakhet ved behandlingen. På den annen side er de mange rollene, der både ungdommen og familien til enhver tid har sine talsmenn, et forsøk på å skape nettopp trygge og gode relasjoner i behandlingen. På tross av at modellen kan være vanskelig å gjennomføre i praksis, kan altså den komplekse behandlingsstrukturen være nødvendig for et godt utfall.

Som nevnt er TFCO-modellen utviklet gjennom forskning på behandling og utvikling av atferdsproblemer. Dette alene gjør den imidlertid ikke evidensbasert. Gjennom TFCO-behandlingen forventer man at ungdommenes utagerende problematferd (som for eksempel kriminelle handlinger) reduseres, og at deres normalatferd (for eksempel oppmøte på skolen) økes. Hvorvidt man lykkes med dette er et empirisk spørsmål. Fra TFCO-behandlingen ble utviklet har man derfor vært opptatt av å måle behandlingens effekt (Leve et al., 2009). Vi vil videre legge frem de mest sentrale funnene fra utfallsforskning på TFCO-modellen.

### **3.4 Forskning på TFCO-modellen**

Studiene referert nedenfor ble inkludert etter søk i følgende databaser: *Campbell and Cochrane Database of Systematic Reviews*, *PsycINFO*, *PubMed*, *Web of Science*, *PubPsych* og *Google Scholar*.

I to systematiske forskningsoversikter har MacDonald og Turner, basert på Cochrane Collaboration sine retningslinjer, evaluert effekten av Treatment Foster Care (TFC) (MacDonald & Turner, 2007; Turner & MacDonald, 2011). De konkluderer med at TFC ser ut til å være en nyttig behandlingsform for vanskeligstilte barn og ungdommer, til tross for at forskningen på modellen er begrenset. I sin gjennomgang inkluderte de fem randomiserte kontrollerte forsøk som sammenlignet effekten av TFC med gruppebasert behandling (group care; GC). To av disse undersøkte effekten av et mindre intensivt tiltak, der enkelte

komponenter fra TFCO ble implementert i vanlige fosterhjem, (Clark, Lee, Prange, & McDonald, 1996; Chamberlain, 1990) mens én undersøkte effekten av TFC for ungdommer utskrevet fra psykiatrisk sykehus (Chamberlain & Reid, 1991). De to siste studiene sammenlignet effekten av TFCO og GC for henholdsvis gutter (Chamberlain & Reid, 1998) og jenter (Leve et al., 2005) med alvorlige atferdsproblemer. Begge studiene ble gjennomført av programutviklerne ved Oregon Social Learning Center, og det har senere blitt publisert en rekke funn fra dette datamaterialet. Vi vil her gå igjennom funnene basert på disse studiene, for så å presentere publikasjoner fra nyere studier gjennomført i Sverige og England.

### **3.4.1 Effektstudie på gutter**

Chamberlain og Reid publiserte i 1998 det første kontrollerte randomiserte forsøket på TFCO. Utvalget inkluderte 79 gutter mellom 12 og 17 år som ble henvist fra ungdomsdomstolen i USA (Juvenile Court) på grunn av kriminelle handlinger. Ungdommene ble randomisert til enten TFCO (N=39) eller ulike gruppebaserte tiltak (GC; N=40). De gruppebaserte tiltakene varierte, men var i hovedsak basert på varianter av «Positive Peer Culture» (PPC; se Brendtro, Mitchell, & McCall, 2007). Ungdommene i begge grupper ble kartlagt på en rekke mål ved oppstart, samt etter 6, 12, 18, og 24 måneder. I tillegg ble antatte nøkkelkomponenter i TFCO målt tre måneder etter oppstart. Disse var grad av 1) tilsyn, 2) konsekvenser for regelbrudd, 3) involvering med voksne rollemodeller og 4) tid tilbrakt med kriminelle jevnaldrende (juvenile peers).

Sammenlignet med GC-gruppen hadde TFCO-gruppen signifikant færre arrestasjoner tolv måneder etter oppstart. Behandlingsgruppe var sterkeste prediktor for senere arrestasjoner også etter at det ble kontrollert for alder på første kriminelle handling, samt alder og antall tidligere arrestasjoner ved oppstart. Færre i TFCO-gruppen rømte (GC: 58 %, TFCO: 31 %), og flere fullførte behandlingen (GC: 36 %, TFCO 73 %). Ungdommene i TFCO hadde i gjennomsnitt færre dager med internering (locked-up setting; GC: 69 dager, TFCO: 21 dager) og nesten dobbelt så mange dager på hjemmebesøk (Chamberlain & Moore, 1998). Foreldreferdigheter (tilsyn, konsekvenser, involvering) og kontakt med kriminelle jevnaldrende tilfredsstilte Baron og Kennys (1986) kriterier for medierende variabler, og kunne forklare 32 % av variansen i arrestasjoner etter 12 måneder (Eddy & Chamberlain, 2000).

De signifikante gruppeforskjellene mellom TFCO og GC vedvarte også 18 og 24 måneder etter oppstart. 18 måneder etter oppstart rapporterte TFCO-gruppen om signifikant større reduksjon i bruk av rusmidler (tobakk, alkohol, marijuana og andre stoffer) enn GC-gruppen (Smith, Chamberlain & Eddy, 2010). Etter 24 måneder hadde 24 % i GC-gruppen,

mot 5 % i TFCO-gruppen, hatt to eller flere arrestasjoner i løpet av det siste året (Eddy, Whaley, & Chamberlain, 2004).

### **3.4.2 Effektstudie på jenter**

I 2005 publiserte Leve med kolleger en randomisert kontrollert studie der de undersøkte effekten av TFCO på jenter. Utvalget besto av totalt 81 jenter mellom 13 og 17 år som var henvist fra ungdomsdomstolen grunnet alvorlig atferdsproblematikk. Jentene fikk enten TFCO (N=37) eller en gruppebasert behandling (GC, N=44). De gruppebaserte behandlingene varierte i type og teoretisk tilnærming. Majoriteten av jentene var på institusjon sammen med andre ungdommer (2-51, gjennomsnittlig 21). Institusjonene ble oppgitt å ha en atferdsteoretisk (70 %), eklektisk (26 %) eller familieteoretisk (4 %) tilnærming til behandlingen.

12 måneder etter oppstart hadde jentene i TFCO gjennomsnittlig hatt signifikant færre dager med internering, vært mer på skolen og fullført flere hjemmelekser enn jentene i GC (Leve & Chamberlain, 2007). Foreldrene i TFCO-gruppen rapporterte signifikant færre lovbrudd, og jentene hadde 42 % færre offentlig registrerte arrestasjoner (ikke signifikant, kun statistisk trend; Leve et. al., 2005). Forskjellen mellom gruppene økte fra 12 til 24 måneder etter oppstart på et sammenslått mål for utagerende problematferd (selvrapportert kriminalitet, registrerte arrestasjoner og antall dager med bevegelsesbegrensning; Chamberlain, Leve, & DeGarmo, 2007).

I senere publikasjoner har forskningsgruppen inkludert et nytt randomisert utvalg jenter som enten fikk GC- eller TFCO-behandling, i tillegg til det originale utvalget (fra Leve et. al, 2005). Nye komponenter som omhandlet seksuell risikoatferd ble inkludert i TFCO-behandlingen for det nye utvalget (Kerr, Leve, & Chamberlain, 2009). Siden det var tidspunktet for henvisning som avgjorde hvilket utvalg jentene var med i, kunne man imidlertid ikke si noe om effekten av de nye komponentene. I senere studier brukes derfor et sammenslått utvalg med 166 jenter, tilfeldig fordelt mellom GC- (N=85) og TFCO-behandling (N=81). 24 måneder etter oppstart fant Kerr, Leve og Chamberlain (2009) en signifikant forskjell mellom gruppene på andel jenter som hadde vært gravide i løpet av det siste året (GC: 47%, TFCO: 27%). Graviditet ved 24 måneder, men ikke behandlingsgruppe, var fem år senere en signifikant prediktor for narkotikamisbruk, antall aborter og kontakt med barnevern for egne barn (Child welfare services; Leve, Kerr, & Harold, 2013).

Flere studier har undersøkt om graden av kontakt med kriminelle jevnaldrende medierer effekten av behandlingsresultatet (Van Ryzin & Leve, 2012; Leve & Chamberlain, 2007). Blant annet hadde jentenes selvrapporterte tilknytning til kriminelle ungdommer 12 måneder

etter oppstart sammenheng med antall arrestasjoner etter 24 måneder (Van Ryzin & Leve, 2012). Sammenhengen tilfredsstilte Baron og Kennys (1986) kriterier for medierende variabler; 1) TFCO-jentene hadde signifikant færre arrestasjoner enn GC-jentene 24 måneder etter oppstart, 2) de rapporterte om signifikant mindre grad av tilknytning til kriminelle ungdommer, 3) denne tilknytningen hadde signifikant sammenheng med antall arrestasjoner ved 24 måneder, og 4) effekten av behandlingsgruppe på antall arrestasjoner ble signifikant redusert når man kontrollerte for tilknytning til kriminelle ungdommer.

Basert på det samme utvalget (se Kerr et. al., 2009) har publikasjoner de siste årene funnet at TFCO-behandlingen hadde signifikant effekt på depressive (Harold et al., 2013) og psykotiske symptomer (Poulton et. al., 2014) etter 24 måneder, samt rusmisbruk i ung voksen alder (Rhoades, Leve, Harold, Kim, & Chamberlain, 2014).

### **3.4.3 Effektstudier utenfor USA**

Westermarck med kolleger publiserte i 2011 den første uavhengige studien av TFCO-behandlingens effekt. I deres studie ble 35 svenske ungdommer (17 jenter og 18 gutter) tilfeldig tildelt TFCO (N=20) eller annen behandling (treatment as usual, TAU; N=15). TAU-gruppen var enten på institusjon (N=7), i fosterhjem (N=5) eller fikk hjemmebaserte tiltak (N=3). Alle ungdommene ble kartlagt med Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self Report (YSR) og Symptom Checklist 90 (SCL-90R) ved oppstart, samt etter 12 og 24 måneder. Sammenlignet med TAU-gruppen hadde gruppen som fikk TFCO-behandling signifikant større reduksjon på fem av ni subskalaer 24 måneder etter oppstart. Konklusjonen var at TFCO også var effektiv i svensk kontekst. En annen svensk studie (Hansson & Olsson, 2012) klarte imidlertid ikke replikere disse funnene. I denne studien hadde både TFCO- og TAU-gruppen signifikant reduksjon på CBCL, YSR og SCL-90 fra oppstart til 24 måneders oppfølging, men det var ikke signifikante forskjeller mellom dem. Med utgangspunkt i Hansson og Olssons utvalg ble det nylig gjennomført en undersøkelse av registerdata 36 måneder etter oppstart av behandlingen. I denne fant Bergström og Højman (2016) at ungdommene som fikk TFCO-behandling hadde hatt signifikant færre registrerte voldsepisoder og dager med internering enn ungdommene i TAU-gruppen.

Det er også gjennomført flere studier som undersøker TFCO i en Engelsk kontekst (kalt Intensive Fostering, her brukes TFCO). Biehal, Ellison og Sinclair publiserte i 2011 en kvasi-eksperimentell, ikke-randomisert, studie som sammenlignet 23 ungdommer i TFCO-behandling med 24 ungdommer i et nærmiljøbasert tiltak kalt Intensive Supervision and Surveillance Program (ISSP). Sammenlignet med ISSP-gruppen begikk ungdommene som fikk

TFCO-behandling signifikant færre kriminelle handlinger 12 måneder etter oppstart. Denne effekten vedvarte imidlertid ikke etter 24 måneder. En annen studie (Rhoades, Chamberlain, Roberts, & Leve, 2013) sammenlignet 58 engelske jenter mellom 12 og 16 år som fikk TFCO-behandling i England med et amerikansk TFCO-utvalg på 81 jenter (fra Leve et. al., 2005). De fant lignende effektstørrelser før og etter behandling på reduksjon i arrestasjoner, voldelig atferd, seksuell risikoatferd, selvskading og skoleaktivitet som i det amerikanske utvalget. De fant ingen signifikant reduksjon i bruk av marihuana. Resultatene ble imidlertid tatt til inntekt for at TFCO kunne være en effektiv metode i England.

Nylig ble det publisert en pragmatisk randomisert kontrollert studie fra England der 34 av 219 ungdommer ble randomisert til enten TFCO eller annen behandling (Usual Care, UC; Green et. al., 2014). På grunn av at enkelte regionale myndigheter ikke var villige til å randomisere ungdommene til ulike tiltak, ble eksperiment- og kontrollgruppen sammenlignet med ikke-randomiserte observasjonsgrupper. Designet har i etterkant fått kritikk for at de ikke-randomiserte gruppene var ulike ved inntak, og resultatene fra studien bør muligens tolkes med nøysomhet (Harold & deGarmo, 2014). Både ungdommene i TFCO- og UC-gruppen hadde reduksjon i psykososial problematikk etter 12 måneder (målt på Child Global Assessment Scale, se Shaffer et. al., 1983), men det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

#### **3.4.4 Kost-nytte-studier**

En rapport publisert av Aos og Drake (2013) anslo TFCO til å være en av de mest samfunnsøkonomisk lønnsomme modellene for behandling av ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. Av behandlingene som var alternativer til ungdomsfengsel, kom TFCO best ut med en nytte-kost ratio på i underkant av fem dollar i gevinst per investerte dollar. Per ungdom ble det beregnet at TFCO-behandlingen ga en samfunnsøkonomisk gevinst på 33 788 dollar. En lignende rapport er publisert av Rambøll (2012) i Danmark. Basert på konservative beregninger fra registerdata ble TFCO-behandlingen anslått å ha positiv økonomisk gevinst i et livsløpsperspektiv.

#### **3.4.5 Oppsummering av forskning på TFCO**

Studiene gjort på TFCO-behandlingens effekt er begrenset i antall og har små utvalgsstørrelser. På grunn av varierende utvalg og utfallsmål er det også vanskelig å sammenligne resultatene mellom studiene. Dette gjør det utfordrende å konkludere om modellens effekt. Behandlingens målgruppe er imidlertid relativt liten og har generelt vist seg vanskelig å forske på. Oss bekjent finnes det svært få eksperimentelle studier på ungdommer med alvorlige atferdsproblemer som mottar behandling utenfor hjemmet. At ungdommene blir

henvist til behandling fra juridiske instanser kan antagelig komplisere randomiseringen i slike forsøk. Blant andre tiltak for denne målgruppen fremstår derfor TFCO som en av de mest effektive og studerte behandlingsmodellene (Eyberg et al., 2008; Turner & MacDonald, 2011).

I de amerikanske effektstudiene har TFCO-behandlingen vist seg virksom sammenlignet med annen behandling. Dette gjelder både for gutter og jenter, og effekten ser ut til å vedvare på en rekke variabler over tid. Bildet kompliseres imidlertid av nye effektivitetsstudier fra Sverige og England, som har hatt blandete resultater. I noen av disse har ungdommene større nytte av TFCO enn annen behandling, mens andre ikke finner slike sammenhenger over tid. Dette kan komme av flere grunner: For det første har de europeiske studiene variert mer i utvalgsstørrelse og design enn de amerikanske studiene, noe som kan ha gjort det vanskeligere å finne forskjeller mellom behandlingene. For det andre er alle de amerikanske studiene gjennomført av programutviklerne, noe som er forbundet med høyere effekter enn uavhengige studier (Osei, Gorey, & Jozefowicz, 2016). For det tredje beregnes behandlingseffekten i et eksperimentelt design relativt til kvaliteten på behandlingen kontrollgruppen (TAU) mottar. Effekten av TFCO vil derfor delvis være avhengig av hvor god behandling kontrollgruppen får. Dette kan ha vært ulikt i USA, England og Sverige (slik blant andre Green med kolleger, 2014, påpeker), og dermed føre til ulike effektestimater. For det fjerde kan målgruppen i USA, altså de ungdommene som har fått behandling, være ulik målgruppen rapportert i de europeiske studiene.

Selv om en behandlingsmodell er utviklet for en bestemt målgruppe, kan man bare si noe om evidensgrunnlaget for gruppene inkludert i utfallsstudier. Dette medfører at det delvis er de studerte utvalgene som definerer målgruppen til en evidensbasert behandling. TFCO-utvalget i vår studie vil derfor sammenlignes med utvalg fra andre studier. Før resultatene fra denne blir presentert vil det imidlertid gis en kort oversikt over noen av disse utvalgene.

### **3.5 Utvalg i TFCO-forskningen**

Som tidligere nevnt er TFCO-behandlingen utviklet for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. I både atferdsuttrykk og psykososiale problemer ser de amerikanske og svenske ungdommene ut til å samsvare med modellens tiltenkte målgruppe. I studien av amerikanske gutter (Chamberlain & Reid, 1998) hadde ungdommene i gjennomsnitt utført 14 lovbrudd ved inntak til behandlingen. 59 % kom fra familie med eneforsørger, 61 % hadde høy grad av skoleskulk, 75 % hadde tidligere rømt fra behandling. Gjennomsnittlig alder ved oppstart av behandlingen var 14.8 år. I studien av jenter oppga Leve med kolleger (2005) at ungdommene i snitt hadde begått 12 lovbrudd før inntak, 68 % kom fra familie med



eneforsørger, og gjennomsnittlig alder var 15.3 år. I videre studier på jenteutvalget er det rapportert om stor grad av komplekse og komorbide vansker. Leve og Chamberlain (2007) fant at nesten alle jentene i deres utvalg hadde opplevd mishandling. 88 % hadde dokumenterte episoder av fysisk mishandling og 69 % av seksuelle overgrep. Leve med kolleger (2013) oppga at 77 % brukte hasj mens 62 % brukte andre narkotiske stoffer ved inntak. Harold og medarbeidere (2013) oppga at nesten 25 % tilfredstilte kriteriene for klinisk depresjon ved oppstart, mens Kerr, Leve og Chamberlain (2009) rapporterte at 27 % hadde historikk med graviditet ved påbegynt behandling. Ungdommene i de amerikanske TFCO-studiene kjennetegnes altså av kompleks problematikk som strekker seg ut over antisosial atferd og kriminalitet. Tilstedeværelsen av komorbide vansker er stor.

Westermarck med kolleger (2011) undersøkte effekten av TFCO-behandling for svenske ungdommer. I deres utvalg kom omlag 71 % av ungdommene fra familier med eneforsørgere. Gjennomsnittlig alder var 15.4 år. Frivillig deltakelse i behandlingen var mest vanlig, mens i overkant av en tredjedel var plassert uten eget samtykke. Om lag halvparten av ungdommene hadde en lengre historie med tidligere tiltak (mellom seks og 25 behandlingsforsøk). Dette kunne være institusjonsplassering, barne- og ungdomspsykiatrisk behandling og familierapi. Også de svenske ungdommene var kjennetegnet av kompleks problematikk. Gustle, Hansson, Sundell, Lundh, og Löfholm (2007) oppga at ungdommene i deres svenske utvalg hadde signifikant høyere total- og eksternaliserende problematikk sammenlignet med ungdommer i poliklinisk ungdomspsykiatrisk behandling (målt på kartleggingsinstrumentet Child Behavior Checklist).

### **3.5.1 Modellens tiltenkte målgruppe i Norge**

TFCO ble i 2009 implementert i Norge som et alternativ til institusjonsbehandling av ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. Dette var fordi man ønsket et tilbud til ungdommer som ikke kunne motta hjemmebasert behandling, men som man heller ikke ønsket å plassere på institusjon med andre ungdommer. Blant Atferdssenterets tiltak er TFCO-behandlingen den mest intensive, og er ment for ungdommer som har for stor problembelastning til å nyttiggjøre seg av de hjemmebaserte tiltakene Funksjonell familierapi (FFT) eller Multisystemisk terapi (MST). Om ungdommene som har fått TFCO-behandling i Norge har større problembelastning enn ungdommene i FFT og MST vet man foreløpig lite om. Man vet heller ikke om ungdommene har tilsvarende problematikk som ungdommer i TFCO-behandling i andre land. Dette er empiriske spørsmål. Disse problemstillingene er aktuelle delvis på grunn av hvordan henvisningssystemet for ungdommer med alvorlige

atferdsproblemer er bygget opp i Norge. Ungdommene i TFCO er henvist fra kommunalt barnevern på grunn av atferd som vold, rus, kriminalitet eller vagabondering. For å få TFCO-behandling må imidlertid ungdommene ha nemndsvedtak etter barnevernloven (1992), enten med (§4-26) eller uten (§4-24) samtykke. I praksis betyr dette at det er andre enn de faglig ansvarlige for tiltaket som avgjør om ungdommene skal ha TFCO-behandling eller andre tiltak. Dette kan føre til at ungdommer med annen type eller grad av problematikk blir henvist metoden.

### **3.6 Mål for denne studien**

Denne studien undersøker atferdsmessig og psykososial problembelastning hos ungdommene ved inntak til behandling i TFCO. Målet med dette er å få bedre kunnskap om ungdommene som deltar i behandlingen, samt hvordan disse samsvarer med den tiltenkte målgruppen. Dette gjøres ved å sammenligne utvalget med tre svenske studier som har brukt samme mål på problembelastning. Samtidig undersøker vi om TFCO kan inngå i en tiltakskjede med FFT og MST. Dette er, etter vår kjennskap, den første studien som ser på sammenhengen mellom metodene i Norge. I den kommende delen av denne oppgaven vil vi presentere fremgangsmåte for, og resultater fra, vår undersøkelse.

## 4 Metode

### 4.1 Deltagere

#### 4.1.1 Treatment Foster Care Oregon (TFCO)

Data for TFCO-utvalget ble i perioden 2009 til 2015 innhentet som en del av utredning ved inntak til behandling. Bakgrunnsinformasjon for utvalget er oppgitt i tabell 1. Utvalget besto av samtlige 40 ungdommer (17 jenter og 23 gutter) som i tidsrommet hadde påbegynt TFCO-behandlingen i Norge. Alle ungdommene var i behandling på Østlandet og hadde gitt samtykke til at data kunne brukes i forskning. Ungdommene ble plassert på bakgrunn av barnevernlovens (1992) § 4-24 (uten eget samtykke;  $n = 19$ ) og § 4-26 (med eget samtykke;  $n = 21$ ). Gjennomsnittsalderen i utvalget var 14.95 år ( $SD = 1.51$ ). 26 av ungdommene hadde én, mens 14 av ungdommene hadde to forsørgere som deltok i behandlingen.

Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon TFCO-utvalg

	Antall (SD / %)
Antall	40
Alder	14.95 (SD=1.51)
Kjønn	
<i>Gutter</i>	23 (57%)
<i>Jenter</i>	17 (43%)
Forsørger	
<i>Én forsørger</i>	26 (65%)
<i>To forsørgere</i>	14 (35%)
Eget samtykke	
<i>Ja</i>	21 (53%)
<i>Nei</i>	19 (47%)

#### 4.1.2 Funksjonell familierapi (FFT) og Multisystemisk terapi (MST)

Data fra FFT og MST ble hentet fra Atferdssenterets database PRIMULA. Databasen brukes som utgangspunkt for periodiske evalueringer av FFT, MST og TFCO. Dataene var behandlet på gruppenivå og dermed anonymisert. Målene ble innhentet fortløpende i perioden 2009-2015 etter utredning i forbindelse med oppstart av behandling.

På bakgrunn av vår problemstilling ønsket vi å inkludere ungdommer fra geografiske områder der både FFT-, MST- og TFCO-team var operative. Dette for å forhindre at ungdommenes geografiske bosted var avgjørende for hvilket tiltak de mottok. Data fra FFT- og MST-team i samme region som TFCO-teamene ble derfor inkludert.

FFT-utvalget besto av 140 ungdommer (83 gutter og 57 jenter) med gjennomsnittsalder 15.03 ( $SD = 1.45$  år). MST-utvalget besto av 546 ungdommer (352 gutter og 194 jenter) med gjennomsnittsalder 14.86 ( $SD = 1.3$  år). Dataene for både FFT- og MST-utvalget inkluderte skårer for samtlige ungdommer på Youth Level of Service/Case Management Inventory og nasjonale atferdsmål (se side 31). Achenbach System of Empirical Based Assessment

(ASEBA; se side 29) brukes ikke ved inntak til disse metodene, og var derfor ikke en del av datasettet. Deskriptive data for FFT, MST og TFCO er gjengitt i tabell 2. Det var ingen signifikante forskjeller mellom metodene på gjennomsnittlig alder på enveis ANOVA,  $F(2, 726) = .94, p > .05$ , eller kjønnsfordeling på chi-kvadrat-test,  $X^2(2, N = 726) = 1.85, p > .05$ .

Tabell 2. Alder og kjønnsfordeling i FFT-, MST- og TFCO-utvalgene

Metode	Alder			Gutter		Jenter	
	n	m	SD	n	%	n	%
FFT	140	15.03	1.45	83	59.3	57	40.7
MST	546	14.86	1.30	352	64.5	194	35.5
TFCO	40	14.95	1.51	23	57.0	17	43.0

### 4.1.3 Komparative TFCO-utvalg

For å sammenligne det norske TFCO-utvalget med internasjonale utvalg, ble det i januar 2016 gjennomført søk i databasene *PsycINFO*, *PubMed*, *Web of Science*, *PubPsych* og *Google Scholar*. Vi fant tre publikasjoner som oppga gjennomsnittsskårer og standardavvik for overordnede problemskalaer på Child Behavior Checklist og Youth Self Report (beskrevet nedenfor) for et avgrenset TFCO-utvalg. Disse ble publisert av Gustle og kolleger i 2007, Westermark med kolleger i 2011, samt Hansson og Olsson i 2012. Alle studiene ble gjennomført i Sverige, og sammenlignet en gruppe ungdommer som fikk TFCO med ungdommer som fikk annen behandling (for mer, se «Forskning på TFCO-modellen», side 19).

Gustle med kollegers (2007) utvalg besto av 63 ungdommer (36 gutter og 27 jenter), med gjennomsnittsalder på 15.2 år ( $SD = 1.4$ ), mens utvalget til Westermark med kolleger (2011) besto av 10 gutter og 10 jenter med snittalder 15.0 år ( $SD = 0.7$ ). Hansson og Olssons (2012) utvalg besto av 19 ungdommer (8 jenter og 11 gutter) med snittalder 14.5 år.

På Welchs T-test (se «Analyser», s. 32) hadde det norske utvalget ikke signifikant forskjellig gjennomsnittsalder fra Gustle og hans kollegers utvalg ( $t(80) = 0.83, p > 0.05$ ), eller Westermark og hennes kollegers utvalg ( $t(58) = 0.17, p > 0.05$ ). Selv om Hansson og Olssons utvalg hadde lignende snittalder som det norske utvalget (hhv. 14.50 og 14.95 år), kunne gruppene ikke sammenlignes på grunn av manglende rapportering av standardavvik.

På chi-kvadrat-test hadde det norske utvalget verken signifikant forskjellig kjønnsfordeling sammenlignet med utvalgene til Gustle og hans kolleger ( $X^2(1, N = 103) = .01, p > .05$ ), Westermark og hennes kolleger ( $X^2(1, N = 60) = .30, p > .05$ ) eller Hansson og

Olsson ( $X^2(1, N = 59) = .01, p > .05$ ). Det ble på bakgrunn av dette antatt at alle utvalgene lot seg sammenligne.

## 4.2 Instrumenter

### 4.2.1 Achenbach System of Empirical Based Assessment (ASEBA)

ASEBA er utviklet for å kartlegge kompetanse samt atferdsmessige, emosjonelle og sosiale problemområder hos barn og ungdommer (Achenbach & Rescorla, 2001). Systemet inkluderer *Youth Self Report* (YSR), *Child Behavior Checklist* (CBCL) og *Teacher Report Form* (TRF). Disse er blant de mest brukte kartleggingsverktøyene av psykologer i det norske barne- og ungdomsfeltet (Vaskinn & Egeland, 2012), og har vist seg å ha god validitet og reliabilitet på tvers av en rekke land og kulturer (Achenbach, & Rescorla, 2001; Rescorla et al., 2007a; Rescorla et al., 2007b). YSR og CBCL ble brukt som mål på problembelastning i vår studie.

#### Child Behavior Checklist for aldersgruppen 6 til 18 år (CBCL)

CBCL er et spørreskjema som fylles ut av barnets/ungdommens nærmeste omsorgsperson(er). I denne studien ble mødrene, som vanligvis var primær omsorgsperson, valgt som respondent på CBCL. Spørreskjemaet består av en problemdel, som omhandler emosjonell problematikk og atferdsproblemer, og en kompetansedel som omhandler mengde og kvalitet på barnets deltakelse i idrett, hobbyer, lek og skole. I vår undersøkelse ble førstnevnte brukt som mål på ungdommenes problembelastning. Denne består av 120 utsagn som respondentene skal bedømme på en skala fra 0 til 2. «0» tilsier at utsagnet ikke stemmer, «1» at det stemmer delvis eller noen ganger og «2» at det stemmer veldig bra eller ofte. Summen av svarene utgjør en total problemskåre mellom 0 og 240. Nøvik (1999) anslår at klinisk grense ligger mellom en råskåre på 31 og 33 i Norge.

Svarene grupperes i åtte subskalaer, som igjen utgjør to overordnede problemskalaer; «engstelig/deprimert» (videre kalt «angst»), «tilbaketrukket/deprimert» (videre kalt «depresjon») og «somatiske problemer» grupperes i internaliserende problemskala, mens «regelbrytende atferd» og «aggressiv atferd» grupperes i eksternaliserende problemskala. Subskalaene «sosiale problemer», «oppmerksomhetsproblemer» og «tankeproblemer» grupperes ikke i en egen overordnet skala.

Manualen oppgir høy test-retest reliabilitet ( $r = .94$  for total problemskåre; Achenbach & Rescorla, 2001). For subskalaene oppgis intern konsistens (Cronbachs alfa,  $\alpha$ ) mellom .78 og .97. Alfa for internaliserende, eksternaliserende og total problemskåre oppgis til

henholdsvis .90, .94 og .97. Den norske oversettelsen av CBCL har vist tilfredsstillende begrepsvaliditet basert på faktorstruktur (Kornør & Jozefiak, 2012), og kriterievaliditet for dens evne til å identifisere psykiatriske diagnoser opp mot andre instrumenter (Nøvik, 1999; Indredavik, et al., 2005). Den indre konsistensen har også for oversettelsen vist seg å være relativt høy ( $\alpha = .80 - .95$  for de overordnede problemskalaene; Kornør & Jozefiak, 2012). Skårene fra CBCL ble hentet fra normeringsprogrammet Assessment Data Manager (ADM; ASEBA, 2016). Vi hadde derfor ikke tilgang på hvert ledd i besvarelsene, og kunne av den grunn ikke beregne konsistens for vårt utvalg. Normeringen av CBCL omtales nedenfor.

### **Youth Self Report (YSR)**

YSR er et selvrapporteringskjema for barn og ungdommer mellom 11 og 18 år. Som CBCL består YSR av en problemdel og en kompetansedel, der problemdelen ble inkludert i denne studien. Den består av 120 utsagn som skåres på skala fra 0 til 2, med samme inndeling i totalskåre, subskalaer og overordnede internaliserende og eksternaliserende skalaer som i CBCL. Manualen rapporterer høy test-retest reliabilitet ( $r = .87$ , total problemskåre). For subskalaene oppgis intern konsistens (alfa) mellom .71 og .95. Alfa for internaliserende, eksternaliserende og total problemskåre oppgis til henholdsvis .90, .90 og .95 (Achenbach & Rescorla, 2001). Antallet studier som har undersøkt de psykometriske egenskapene til YSR i Norge er lavere enn tilsvarende studier for CBCL. Det er imidlertid funnet at den norske oversettelsen har tilfredsstillende indre konsistens (Kvernmo & Heyerdahl, 1998). Dette gjelder også begrepsvaliditet hvor liknende faktorstruktur er funnet i Norge som i andre land (Ivanova et al., 2007). Som for CBCL ble YSR-skårer hentet fra ADM. Vi hadde derfor heller ikke mulighet til å beregne intern konsistens for YSR-skårene i vårt utvalg.

### **Normering av CBCL og YSR**

I litteraturen er det vanlig å bruke råskårer for å analysere data fra CBCL og YSR. I vår undersøkelse ble det derfor brukt råskårer for å sammenligne det norske TFCO-utvalget med de svenske utvalgene. For å gi et bilde av TFCO-ungdommenes oppgitte problemer på subskalnivå valgte vi imidlertid å bruke standardskårer (T-skårer) i den deskriptive fremstillingen av CBCL og YSR. Dette for å gi en enklere sammenligning av ungdommenes ulike problemområder.

T-skårer for CBCL og YSR ble normert med ADM (Aseba, 2016). Ifølge Kornør og Jozefiak (2012) er norske publikasjoner med CBCL-data basert på lokalt avgrensede populasjoner og har varierende utvalgsstørrelse med begrenset svarprosent. De konkluderer med at materialet ikke er tilfredsstillende som nasjonale normeringsdata. Etter det vi kjenner til

finnes det også få norske publikasjoner med tilfredsstillende YSR-data. Dette, samt ASEBAs anbefalinger, gjorde at normeringsutvalget for lavtskårende land ble valgt (ASEBA, 2014). På de overordnede problemskalaene er klinisk og subklinisk grenseverdi satt henholdsvis halvannet ( $T > 65$ ) og ett standardavvik ( $T > 60$ ) over normgjennomsnittet ( $T = 50$ ). For subskalaene er grenseverdiene henholdsvis to ( $T > 70$ ) og halvannet ( $T > 65$ ) standardavvik over normgjennomsnittet. Grenseverdiene er like for både CBCL og YSR.

#### **4.2.2 Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)**

YLS/CMI er et instrument for strukturert vurdering av risiko og behov hos ungdommer i alderen 12 til 18 år (Hoge & Andrews, 2002). Instrumentet er utviklet for ungdommer som har begått straffbare handlinger, og brukes i beslutninger om ungdommenes behandlingsbehov. I Norge er det implementert som en del av Atferdssenterets monitorering av FFT, MST og TFCO. Instrumentet består av 42 ledd som grupperes i åtte subskalaer: 1) tidligere eller nåværende lovbrudd (fem ledd), 2) familieforhold og oppdragelse (seks ledd), 3) utdanning/arbeid (syv ledd), 4) vennerelasjoner (fire ledd), 5) rusmisbruk (fem ledd), 6) fritid/rekreasjon (tre ledd), 7) personlighet/atferd (sju ledd) og 8) holdninger knyttet til antisosial aktivitet (fem ledd). Hver subskala skal reflektere risikoområder for fremtidig kriminell aktivitet og summen av skårene gir en total risiko-/behovsskåre mellom 0 og 42.

Manualen for YLS/CMI (Hoge & Andrews, 2002) oppgir interrater-reliabilitet mellom .50 og .92 på subskalaene til YLS/CMI, og .75 for total risiko-/behovsskåre. Det oppgis god intern konsistens for total risiko/behovsskåre med alfa .91. Som for CBCL og YSR hadde vi ikke tilgang på råskårene for hvert ledd på YLS/CMI. Dette gjorde at vi ikke kunne beregne intern konsistens i vårt datamateriale. Vi har heller ikke funnet norske studier som oppgir intern konsistens for instrumentet. Internasjonale metastudier indikerer at YLS/CMI har beskjeden til moderat prediktiv validitet på kriminelle handlinger, med gjennomsnittlig vektete korrelasjoner i størrelsesorden .25 og .32 (Schwalbe, 2007; Olver, Stockdale og Wormith, 2009). Instrumentet har lignende prediktiv validitet for begge kjønn (Schwalbe, 2008).

#### **4.2.3 Nasjonale atferdsmål**

Nasjonale atferdsmål inngår også som et ledd i Atferdssenterets monitorering av alle FFT-, MST- og TFCO-team i Norge. Målene er ment for å kartlegge ungdommenes bosituasjon og eventuell tilstedeværelse av atferd knyttet til vold, rus, kriminalitet og skole (Strother, Swenson & Schoenwald, 2009). I FFT, MST og TFCO skåres nasjonale mål av behandlingsteamet på bakgrunn av henvisningsinformasjon fra kommunalt barnevern, samt ut

ifra egen kartlegging før oppstart av behandling. Atferdsmålene består av fem dikotome kategorier som besvares med enten ja eller nei: ungdommen 1) bor hjemme, 2) går på skole eller har arbeid 3), er ikke i konflikt med loven, 4) (mis)bruker ikke rusmidler og 5) avstår fra å utøve fysisk vold eller avstår fra å true med å utøve fysisk vold (Strother et al., 2009). Mens FFT og MST er hjemmebaserte tiltak, kommer mange av ungdommene i TFCO fra akutt plassering på institusjon. Atferdsmålet «bor hjemme» ble derfor ekskludert i denne studien.

Målene ble videre invertert, og det ble laget en likevektig sammenlagtskåre («composite score») kalt «atferd total», som representerte summen av atferdsmålene for hver ungdom. Det var lave korrelasjoner mellom atferdsmålene som utgjorde skåren (gjennomsnittlig  $r = .17$ ), og målet på den interne konsistensen ble dermed lavt ( $\alpha = .48$ ). Dette var muligens forsterket av få, dikotome atferdsmål, som generelt gir lavere alfaverdier (Cronbach, 1951; Sijtsma, 2009). Den lave interne konsistensen ble godtatt på bakgrunn av sammenlagtskårens formål. Heller enn å måle en felles variabel, var den ment å måle hver ungdoms totale atferdsproblematikk. Vi valgte derfor å inkludere sammenlagtskåren som et overordnet mål på ungdommenes problembelastning.

De fem endelige atferdsmålene ble derfor; 1) «atferd total», 2) «bruker eller truer med vold», 3) «har kriminell atferd», 4) «misbruker rusmidler» og 5) «er ikke i skole eller jobb».

## **4.3 Analyser**

### **4.3.1 Sammenligning av norsk og svensk TFCO-utvalg**

Welchs T-test ble brukt for å sammenligne gjennomsnittsskårene til det norske TFCO-utvalget med skårer oppgitt i de tre svenske studiene nevnt over (Gustle et al., 2007; Westermarck et al., 2011; Hansson & Olsson, 2012). Denne er egnet til å teste om to grupper har like gjennomsnitt når utvalgene har ulike gruppestørrelser og varians (Ruxton, 2006). Welch-Satterthwaites ligning (Welch, 1947) for beregning av sammenslåtte frihetsgrader ble brukt for å finne p-verdien mellom utvalgene.

### **4.3.2 Sammenligning av TFCO, FFT og MST i Norge**

Det ble gjennomført enveis variansanalyse (ANOVA) i IBMs Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22 for å sammenligne TFCO-, FFT-, og MST-utvalgenes skårer på YLS/CMI og nasjonale mål. Planlagt kontrastanalyse med to kontraster ble utført, der første kontrast undersøkte om gjennomsnittene i MST var høyere enn gjennomsnittene i FFT. Andre kontrast undersøkte om TFCO-gjennomsnittene var forskjellige fra MST-gjennomsnittene.



Årsaken til valg av fremgangsmåte var todelt: 1) Som tidligere nevnt hadde vi en forventning om at FFT, som er implementert som et poliklinisk hjelpetiltak, ville ha lavere gjennomsnittskårer på alle mål sammenlignet med TFCO, som er definert som institusjon. 2) Sannsynligheten for falskt positivt resultat øker for hver sammenligning man gjør mellom gruppene etter ANOVA. Ved planlagt kontrastanalyse kan man, i motsetning til ved post-hoc test (f.eks. Games-Howell), redusere antall sammenligninger på bakgrunn av a priori forventninger (Fields, 2009). På grunn av en sterk forventning om at TFCO hadde høyere gjennomsnitt enn FFT på samtlige variabler, ble sammenligninger mellom FFT og TFCO utelatt og de endelige kontrastene ble derfor FFTxMST og MSTxTFCO. For å redusere sannsynligheten for falskt positivt resultat, ble altså disse kontrastene foretrukket fremfor post-hoc test. Signifikansnivået ble likevel satt til .025 for å kompensere for forhøyet feilrate (sannsynlighet for sant positivt resultat =  $.975 \times .975 \approx .95$ ).

Levins test av homogenitet i varians ble gjennomført i forkant av kontrastanalysen. Den viste at variansen var forskjellig mellom gruppene for alle variabler. Dette ble tatt hensyn til ved at vi ikke antok homogen varians i rapporteringen av resultatene.

## 5 Resultater

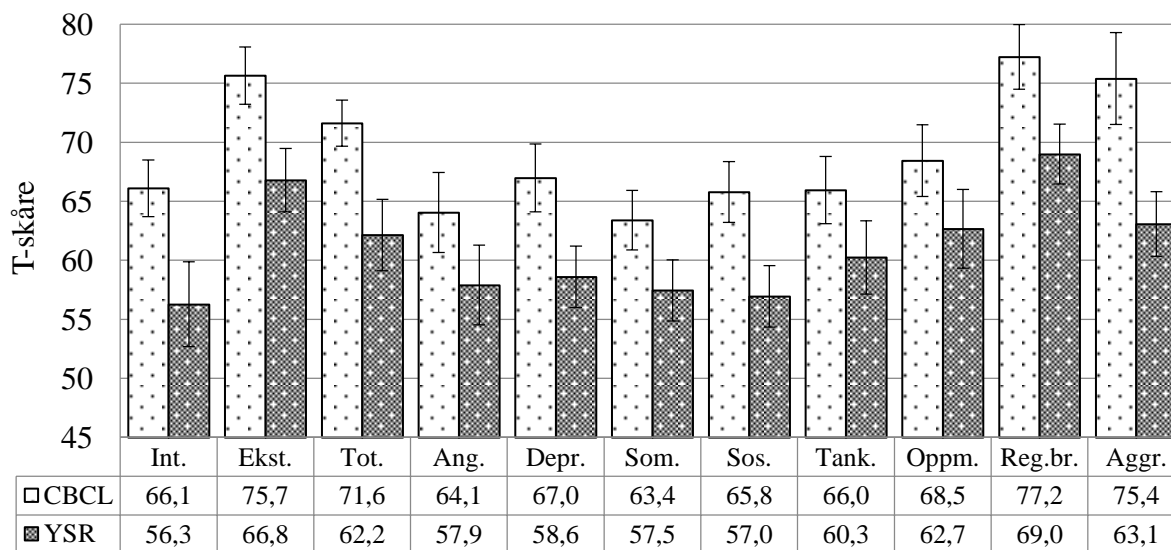
### 5.1 Problembelastning i det norske TFCO-utvalget

Som fremstilt i figur 1 rapporterte ungdommenes mødre på CBCL i gjennomsnitt forhøyede T-skårer på alle skalaer sammenlignet med normgjennomsnittet ( $T = 50$ ). Et konfidensintervall (95 % CI), som tilsier at den faktiske gjennomsnittsskåren med 95 % sannsynlighet ligger i intervallet, er markert i søylediagrammet og oppgitt ( $\pm$ ) i teksten. Samtlige skårer er oppgitt med standardavvik og konfidensintervall tabell A1 i appendix A.

Gjennomsnittene for internaliserende problemskåre ( $T = 66.1 \pm 2.4$ ), eksternaliserende problemskåre ( $T = 75.7 \pm 2.4$ ), og total problemskåre ( $T = 71.6 \pm 2.0$ ) var alle over klinisk grense ( $T > 65$ ) på CBCL. På subskalanivå var gjennomsnittet for regelbrudd ( $T = 77.2, \pm 2.7$ ) og aggresjon ( $T = 75.4 \pm 3.9$ ) over klinisk grense på  $T = 70$ . Subskalaene depresjon ( $T = 67.0 \pm 2.9$ ), samt sosiale- ( $T = 65,8 \pm 2.6$ ), tanke- ( $T = 66.0 \pm 3.0$ ) og oppmerksomhetsproblemer ( $T = 68.5 \pm 3.0$ ) hadde et gjennomsnitt over subklinisk grense ( $T > 65$ ).

Ungdommene rapporterte i gjennomsnitt lavere problemskårer enn mødrene på alle skalaer. Av de overordnede skalaene på YSR var gjennomsnittet for eksternaliserende problemskåre ( $T = 66.8 \pm 2.7$ ) det eneste over klinisk grense, mens total problemskåre ( $T = 62.2 \pm 3.0$ ) lå innenfor subklinisk område. Ingen av gjennomsnittene på subskalanivå lå over klinisk grense, mens subskalaen regelbrudd ( $T = 69.0 \pm 2.5$ ) var over subklinisk grense.

Fig. 1: Problemskårer med 95 % CI per skala på YSR og CBCL for det norske TFCO-utvalget



Tabell 3 viser andelen ungdommer i TFCO-utvalget som på hver skala skåret over klinisk og subklinisk grense. På CBCL rapporterte mødrene at 93 % av ungdommene var over klinisk grense på total problematikk, mens 67 % og 93 % hadde henholdsvis internaliserende og eksternaliserende problematikk over klinisk grense. Av subskalaene var det flest ungdommer over klinisk grense på «regelbrudd» (73 %) og «aggresjon» (63 %). På de andre subskalaene var mellom 30 og 48 % over klinisk grense. Sammenlignet med mødrene, rapporterte færre av ungdommene om klinisk signifikante vansker på YSR. På de overordnede skalaene var majoriteten over klinisk grense på eksternaliserende problematikk. Henholdsvis 40 % og 23 % rapporterte om kliniske vansker på total og internaliserende problematikk. Andelen ungdommer over klinisk grense varierte mellom 8 % og 40 % for subskalaene.

Tabell 3: Andel ungdommer over klinisk og subklinisk grense på CBCL og YSR i TFCO-utvalg

		Int.	Ekst.	Tot.	Ang.	Dep.	Som.	Sos.	Tank.	Oppm.	Reg.br.	Aggr.
CBCL	Klinisk	.65	.93	.93	.35	.30	.33	.35	.48	.38	.73	.63
	Sub	.20	.03	.03	.15	.20	.13	.30	.10	.25	.18	.20
YSR	Klinisk	.23	.73	.40	.15	.10	.15	.08	.13	.18	.40	.23
	Sub	.20	.08	.15	.03	.13	.08	.10	.13	.23	.33	.33

## 5.2 Sammenligning av det norske og svenske TFCO-utvalg

Tabell 4 viser gjennomsnitt og standardavvik for CBCL og YSR på de overordnede skalaene internaliserende, eksternaliserende og total problemskåre i fire ulike utvalg; det norske rapportert i denne studien samt tre svenske studier (se «komparative TFCO-utvalg», s. 28). Tabell 5 viser resultatene fra Welchs T-test, der det norske utvalget er sammenlignet med de tre svenske utvalgene. Ingen av skalaene på CBCL eller YSR var signifikant forskjellige mellom utvalget til Westermark og kolleger (2011) og det norske. Utvalget rapportert av Hansson og Olsson (2011) hadde signifikant lavere gjennomsnitt på CBCL (total problemskåre), men dette var ikke tilfelle for YSR-gjennomsnittet. Gustle med kolleger (2007) rapporterte signifikant lavere gjennomsnitt på total problemskåre, samt en trend mot lavere eksternaliserende problemskåre på CBCL. Ingen av gjennomsnittene for de andre skalaene var signifikant ulike det norske TFCO-utvalget.

Tabell 4: Gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD) for norske og svenske TFCO-utvalg

	CBCL		YSR	
	M	SD	M	SD
TFCO Norge	n = 40		n = 40	
Internaliserende	18.0	8.0	16.5	15.0
Eksternaliserende	37.1	12.6	26.2	12.3
Total	84.3	25.9	63.9	29.3
Westermarck Hansson & Olsson (2011)	n = 20		n = 20	
Internaliserende	18.4	8.3	13.8	9.4
Eksternaliserende	36.2	12.5	25.9	6.8
Total	74.7	24.3	60.2	19.0
Hansson & Olsson (2012)	n = 19		n = 19	
Total	62.6	38.2	56.6	22.1
Gustle et. al (2007)	n = 58		n = 63	
Internaliserende	15.8	9.4	13.8	9.2
Eksternaliserende	32.3	14.3	24.2	8.5
Total	69.1	30.9	59.1	23.4

Tabell 5: T-test for hver skala mellom TFCO Norge og internasjonale studier

	CBCL			YSR		
	t	df	p	t	df	p
Westermarck, Hansson & Olsson (2011)						
<i>Internaliserende</i>	.200	36.875	.842	.852	54.858	.398
<i>Eksternaliserende</i>	.253	38.383	.801	.101	57.302	.920
<i>Total</i>	1.407	40.369	.167	.584	53.912	.562
Hansson & Olsson (2012)						
<i>Total</i>	2.240	26.144	.034*	1.059	45.852	.295
Gustle et al. (2007)						
<i>Internaliserende</i>	1.217	91.727	.227	1.014	59.137	.315
<i>Eksternaliserende</i>	1.742	90.306	.085	.870	64.158	.388
<i>Total</i>	2.635	92.296	.010**	.858	71.403	.394

\*  $p < .05$  sannsynlighet for likt gjennomsnitt i gruppene

\*\*  $p < .01$  sannsynlighet for likt gjennomsnitt i gruppene

### 5.3 FFT, MST og TFCO på nasjonale atferdsmål

Figur 2 viser det sammenslåtte målet «atferd total», mens figur 3 viser andel ungdom (%) som skårer positivt på fire atferdsmål, fordelt på metodene FFT, MST og TFCO. Et konfidensintervall på 95 % er markert for hver søyle og oppgitt ( $\pm$ ) i teksten. Samtlige skårer er oppgitt med standardavvik og konfidensintervall i tabell B1 i Appendix B. Som det fremgår av figur 2 hadde TFCO ( $3.03 \pm .32$ ) høyest, MST nest høyest ( $2.62 \pm .09$ ) og FFT lavest ( $.94 \pm .14$ ) gjennomsnittsskårer på det sammenslåtte målet. Denne fordelingen gikk også igjen for de andre atferdsmålene fremstilt i figur 3.

Tabell 6 viser resultatene av enveis ANOVA med kontrastanalyse for atferdsmålene. På enveis ANOVA var det signifikant ( $p < .001$ ) forskjell mellom gruppene på samtlige mål. Kontrasten mellom FFT og MST viste at sistnevnte hadde signifikant ( $p < .001$ ) høyere andel ungdommer i samtlige atferdskategorier enn FFT. Kontrasten mellom MST og TFCO viste at TFCO-ungdommene hadde signifikant høyere gjennomsnittsskåre enn ungdommene i MST på «atferd total» ( $p < .025$ ) og «kriminelle handlinger» ( $p < .025$ ). På «bruker vold», «misbruker rusmidler» og «ikke i skole/arbeid» var det ikke signifikante forskjeller mellom MST- og TFCO-ungdommene.

Fig. 2: Gjennomsnittlig total atferdsskåre med 95 % CI fordelt på FFT, MST og TFCO

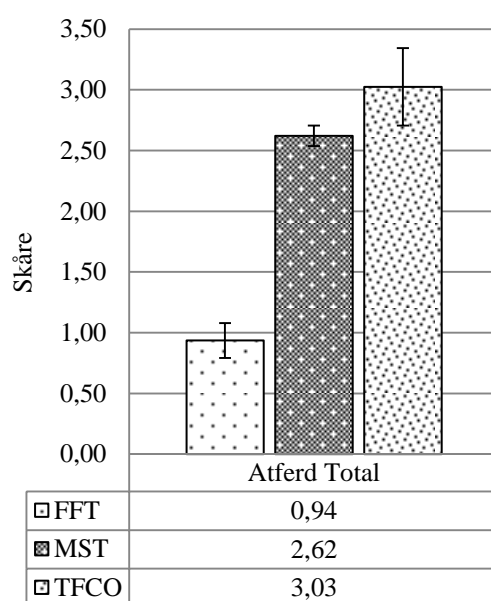
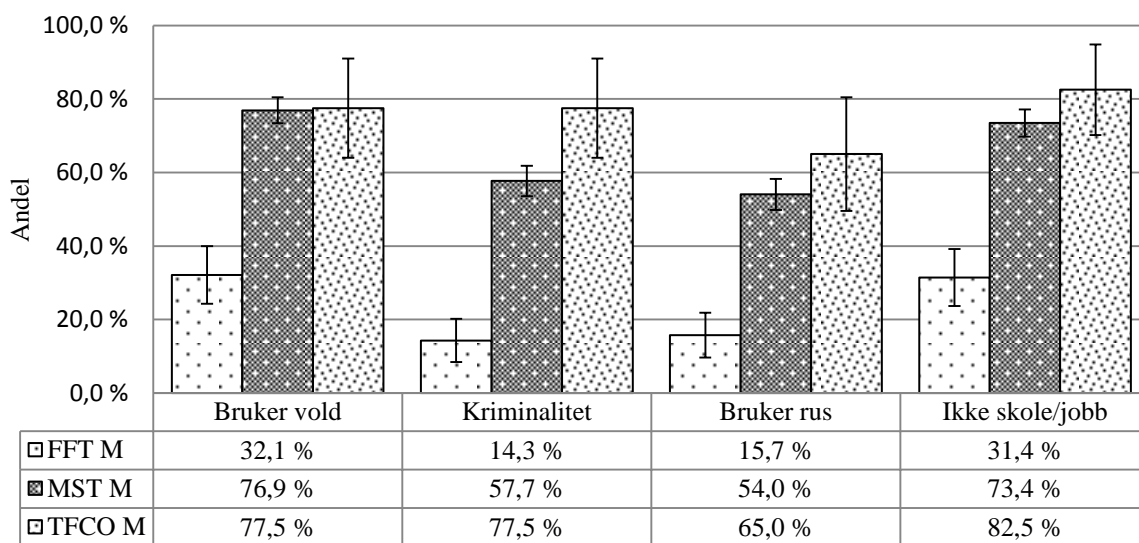


Fig. 3: Gjennomsnittlige nasjonale atferdsmål med 95 % CI fordelt på FFT, MST og TFCO



Tabell 6. Enveis ANOVA og kontrastanalyse for atferdsmål mellom FFT, MST og TFCO

	Enveis ANOVA				Kontrastanalyse			
	<i>MS</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	FFT x MST		MST x TFCO	
					<i>Mdiff</i>	<i>p</i>	<i>Mdiff</i>	<i>p</i>
Atferd total	168.79	2	173.86	.000***	1.69	.000***	.40	.018**
Bruker vold	11.35	2	61.04	.000***	.45	.000***	.01	.934
Kriminelle handlinger	12.05	2	55.36	.000***	.43	.000***	.20	.007**
Misbruker rusmidler	8.85	2	39.18	.000***	.38	.000***	.11	.173
Ikke i skole/arbeid	10.42	2	52.90	.000***	.42	.000***	.09	.162

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .025$ ; \*\*\*  $p < .001$

## 5.4 FFT, MST og TFCO på YLS/CMI

Figur 4 viser gjennomsnittlig totalskåre på YLS/CMI fordelt på ungdommene i de tre metodene FFT, MST og TFCO. Et konfidensintervall på 95 % er markert for hver søyle og oppgitt ( $\pm$ ) i teksten. Alle skårene er oppgitt med standardavvik og konfidensintervall i tabell B2 i appendix B. Som det fremgår av figuren hadde ungdommene i TFCO høyest (23.08  $\pm$  1.19), MST nest høyest (19,09  $\pm$  .46) og FFT (11,34  $\pm$  1.04) lavest totalskåre på YLS/CMI.

Denne fordelingen gikk igjen for fem subskalaer fremstilt i figur 5. For subskalaene «lovbrudd», «familie», «utdanning / arbeid», «venner» og «rusmisbruk», hadde altså TFCO høyere gjennomsnitt enn MST, og MST høyere gjennomsnitt enn FFT. For sub-skalaene «fritid», «personlighet» og «holdninger» hadde MST høyere gjennomsnitt enn TFCO. Begge hadde høyere snittskårer enn FFT. Det er verdt å nevne at antall ledd (oppgitt i figur 5) er ulikt for subskalaene, og at problembelastningen derfor ikke kan sammenlignes på tvers av dem.

Fig. 4: Gjennomsnittlig total YLS/CMI-skåre med 95% CI fordelt på FFT, MST og TFCO

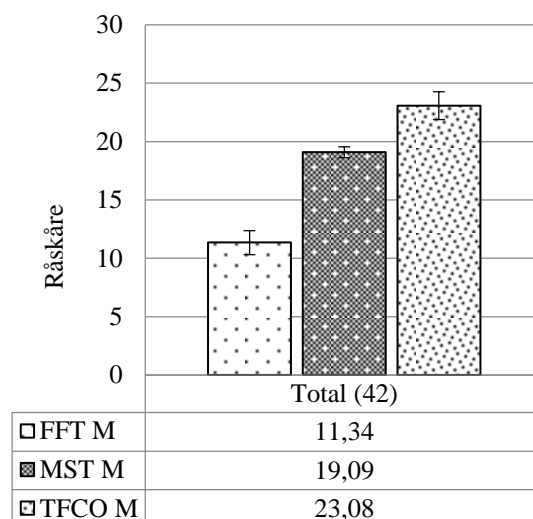
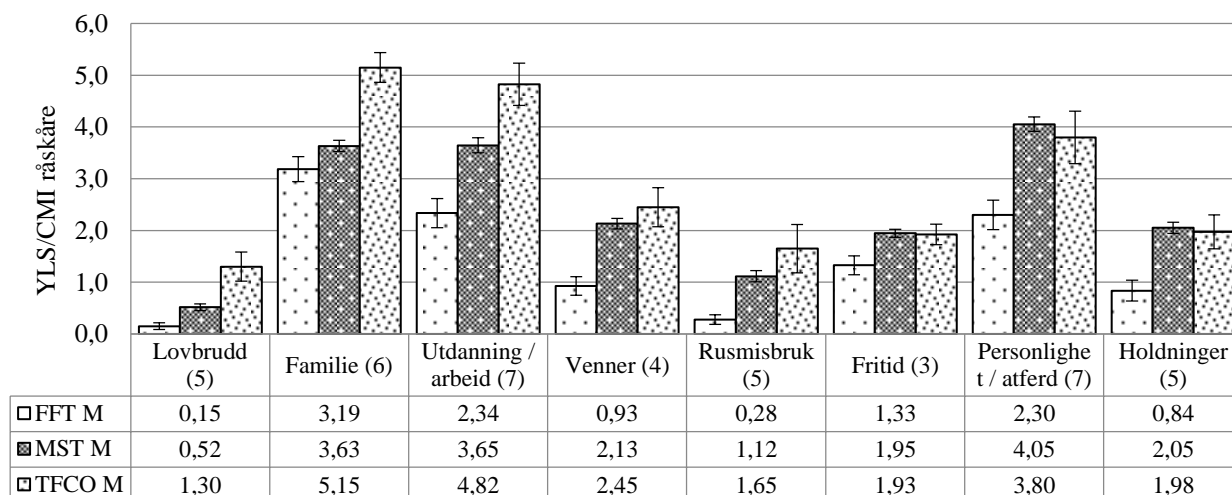


Fig. 5: Gjennomsnittlige YLS/CMI-skårer med 95 % CI fordelt på FFT, MST og TFCO



Tabell 7 viser resultatene av enveis ANOVA med kontrastanalyse for YLS-skalaene mellom FFT, MST og TFCO. Analysen viste at det var signifikant ulikt gjennomsnitt på total YLS/CMI-skåre mellom metodene,  $F(2, 723) = 129,39$ ,  $p < .001$ . Det var også signifikant forskjell på alle subskalaer ( $p < .001$ ).

Kontrastanalysen viste at MST hadde signifikant høyere gjennomsnitt enn FFT på alle skalaene ( $p < .001$ ). TFCO hadde høyere gjennomsnitt enn MST på total YLS/CMI-skåre, samt subskalaene «kriminalitet», «familie», «utdanning» ( $p < .001$ ). På subskalaen «rusmisbruk» var det en statistisk trend ( $p = .029$ ) mot høyere skåre i TFCO enn MST, men denne tilfredsstilte ikke vårt krav om  $p < .025$  (se «analyser», s. 33). På subskalaene «venner», «fritid», «personlighet» og «holdninger» var det ikke signifikante forskjeller mellom MST og TFCO.

Tabell 7. Enveis ANOVA og kontrastanalyse for YLS-skalaer mellom FFT, MST og TFCO

	Enveis ANOVA				Kontrastanalyse			
	<i>MS</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	FFT x MST		MST x TFCO	
					<i>Mdiff</i>	<i>p</i>	<i>Mdiff</i>	<i>p</i>
Total	3930.45	2	129.39	.000***	7.75	.000***	3.98	.000***
Kriminalitet	21.41	2	40.24	.000***	.37	.000***	.78	.000***
Familie	60.03	2	34.71	.000***	.45	.001**	1.52	.000***
Utdanning	135.24	2	46.61	.000***	1.31	.000***	1.18	.000***
Venner	86.68	2	60.27	.000***	1.20	.000***	.32	.107
Rusmisbruk	48.42	2	35.28	.000***	.84	.000***	.53	.029*
Fritid	21.39	2	24.01	.000***	.62	.000***	-.02	.849
Personlighet	171.44	2	62.82	.000***	1.75	.000***	-.25	.350
Holdninger	82.88	2	51.98	.000***	1.22	.000***	-.08	.658

\*  $p < .05$ ; \*\* $p < .025$ ; \*\*\* $p < .001$

## 6 Diskusjon

Som et relativt nytt og ukjent tiltak i Norge representerer TFCO et alternativ til både ordinære fosterhjem og institusjonsbehandling. Av den grunn var ett av målene for denne oppgaven å gi en inngående beskrivelse av modellen. Et viktig spørsmål var imidlertid også hva som kjennetegner ungdommene som mottar TFCO-behandling. Vår undersøkelse gir kunnskap om dette. Ungdommenes problembelastning ble sammenlignet med utvalg rapportert i svenske studier. For å si mer om behandlingen treffer målgruppen i Norge, sammenlignet vi også ungdommene i TFCO med ungdommer som har mottatt andre behandlingstiltak for alvorlige atferdsproblemer i samme geografiske område.

Våre funn tilsier at ungdommene har store og komplekse vansker ved inntak til TFCO-behandlingen. På CBCL rapporterte mødrene i vårt utvalg om betydelige problemer på alle overordnede skalaer, samt på flere av subskalaene. Ungdommene hadde både alvorlige atferdsproblemer og andre psykososiale plager. På YSR rapporterte imidlertid ungdommene om mindre grad av problemer, sammenlignet med hva mødrene gjorde på CBCL.

Det er foreløpig ikke gjort utfallsstudier av TFCO-behandlingen i Norge, og vår studie sier heller ikke noe om hvor virksom behandlingen er. Vi har imidlertid undersøkt om programmet retter seg mot en gruppe som ligner målgruppen i andre land, der modellen har vist seg å være effektiv. Sammenlignet med svenske utvalg fant vi at ungdommene hadde liknende, og i noen tilfeller større, problembelastning målt på CBCL og YSR.

Atferds- og risikomålene (YLS/CMI) ga også et bilde av at TFCO-ungdommene hadde stor problembelastning. Sammenlignet med ungdommene i FFT og MST hadde TFCO-ungdommene de høyeste totalskårene på disse målene. Selv om inntaksdataene var fra en geografisk avgrenset region, tyder funnene på at programmene har potensiale for å danne en tiltakskjede, der TFCO tar inn ungdommene med størst, MST med nest størst og FFT med lavest problembelastning. Dette støtter opp om vår hypotese om at programmene systematisk retter seg mot ungdommer med ulik grad av alvorlig atferdsproblematikk. Videre følger en diskusjon av disse funnene med utgangspunkt i våre problemstillinger.

### 6.1 Samsvar med den tiltenkte målgruppen

Vi ønsket å undersøke omfang og type problematikk hos ungdommene ved oppstart av TFCO-behandlingen i Norge. Ut fra dette ville vi undersøke om ungdommene ligner på målgruppen som TFCO-modellen ble utviklet for og har blitt testet på.



Våre funn viser at ungdommene hadde høy grad av psykososial problembelastning på flere mål. På bakgrunn av dette konkluderer vi med at man i Norge har lyktes med å ta inn ungdommer som er i målgruppen for TFCO-modellen. Med «er i målgruppen» mener vi at ungdommene som er tatt inn i TFCO-behandling har lignende problembelastning som ungdommene modellen er utviklet for, og ungdommene som har mottatt behandling i Sverige. Det er imidlertid sider ved konklusjonen som er aktuelle å utdype og diskutere nærmere.

### **6.1.1 Problembelastningens intensitet og bredde**

Ved måling av problembelastning kan det gjøres et skille mellom intensitet og bredde. Med intensitet menes problemenes alvorlighetsgrad, som gjenspeiles i hvor høye skårer ungdommene har på instrumentene. Med bredde menes problematikk over flere områder, som gjenspeiles i hvor mange og hvilke skalaer ungdommene har forhøyede skårer på. I vårt datamateriale fremkom det at ungdommene hadde betydelige problemer på flere områder. Eksempelvis rapporterte mødrene om stor problembelastning hos ungdommene på CBCL. Sammenlignet med normgruppen skåret mer enn ni av ti av ungdommene over klinisk grense på total- og eksternaliserende problematikk, mens om lag to tredjedeler hadde internaliserende vansker over klinisk grense. Majoriteten hadde også kliniske vansker på subskalaene knyttet til aggresjon og regelbrudd. Dette gjorde at ungdommene i gjennomsnitt skåret markant høyere enn vanlig for ungdommer på deres alder.

YSR-skårene viste at ungdommene, relativt til målgruppen, rapporterte om mindre grad av problemer sammenlignet med hva mødrene deres gjorde på CBCL. Ut fra våre data kan vi ikke forklare hva disse forskjellene skyldes. De kan både ha bakgrunn i overrapportering hos mødrene eller underrapportering hos ungdommene. Om lag tre av fire ungdommer rapporterte imidlertid eksternaliserende vansker over klinisk grense. Dette ga et gjennomsnitt langt høyere enn i normgruppen. At ungdommene selv rapporterer om stor grad av disse vanskene, indikerer at de er i målgruppen for TFCO-behandlingen.

### **6.1.2 Sammenligning med TFCO i Sverige**

For å undersøke om man har truffet målgruppen for TFCO-modellen ble det også gjort en sammenligning med utvalg fra andre studier på TFCO. Av internasjonal forskning var det kun svenske studier som brukte CBCL og YSR som mål på problembelastning. Vi fant at de norske ungdommene hadde noe høyere totalskåre på CBCL og YSR enn utvalgene i to av de svenske studiene, og lignende skårer som utvalget i den tredje. Det var ikke forskjell på internaliserende og eksternaliserende skårer mellom det norske, og de to svenske utvalgene som hadde oppgitt disse målene. Med andre ord ser det ut til at TFCO i Norge, ut fra

psykososiale problemer, har nådd en målgruppe som har lignende eller noe høyere grad av belastning enn ungdommene tatt inn til TFCO i Sverige.

Vi er ikke godt nok kjent med forholdene for behandling av alvorlige atferdsproblemer i Sverige til å gi en forklaring på hva forskjellene skyldtes. Muligens kan én årsak være at antallet MST-team i Sverige (11) er lavere enn i Norge (21). Det kan derfor tenkes at enkelte ungdommer som hadde vært i målgruppen til MST, av hensyn til kapasitet eller geografi, ble gitt TFCO-behandling. Utvalgene er dessuten basert på råskårer, som er sårbare for kulturelle forskjeller. Normeringsstudier i både Norge og Sverige tyder imidlertid på at råskårene er sammenlignbare mellom landene (Rescorla et al., 2007b).

### **6.1.3 Sammenligning med amerikansk målgruppe**

I USA brukes gjerne registerdata for ungdommene som tas inn til TFCO-behandling. Disse fungerer også som utfallsmål etter avsluttet behandling. I amerikanske TFCO-studier oppgis blant annet debutalder for atferdsproblemene, tidligere behandlingshistorikk og antall tidligere arrestasjoner. Slike data har vi ikke hatt tilgang til i vårt datamateriale. Vi kunne heller ikke finne amerikanske studier med CBCL og YSR som mål på problembelastning. Av disse grunnene fikk vi ikke gjennomført en systematisk sammenligning mellom norske og amerikanske ungdommer. Det er dermed begrenset hva vi kan si om likheter og ulikheter mellom de norske og amerikanske målgruppene.

I flere av de amerikanske studiene fremgår det imidlertid at også de amerikanske ungdommene har problembelastning bestående med stor intensitet og bredde. Ved siden av å ha begått lovbrudd og kriminelle handlinger, har mange erfaringer og problemer som går ut over utagerende problematferd. Eksempelvis hadde nesten samtlige av jentene i utvalget til Leve og Chamberlain (2007) vært offer for mishandling, mens Harold med kolleger (2013) oppga at omlag én av fire tilfredsstilte kriteriene for klinisk depresjonsdiagnose ved oppstart.

### **Ulikheter i kulturell kontekst**

TFCO har sitt teoretiske og empiriske grunnlag fra USA. Av den grunn har målgruppen for programmet også blitt definert der. Kulturelle ulikheter mellom USA og Norge vil potensielt gjøre at målgruppene ser forskjellige ut. TFCO ble utviklet for å gi behandling til ungdommer med kriminell atferd. I USA tas ungdommer inn i TFCO-programmet på bakgrunn av domfellelse i ungdomsdomstoler (juvenile courts). Det er også ungdomsrettsvesenet (juvenile justice system) som har ansvaret for behandlingen. Behandlingseffekten har, som en følge av dette, blitt målt ut fra programmets evne til å redusere kriminell aktivitet. I Norge har derimot barnevernet, altså ikke en strafferettslig myndighet, ansvar for behandling av

ungdommer med atferdsproblemer. Systemet behandlingen inngår i er altså ulikt i de to kulturelle kontekstene.

De amerikanske publikasjonene antyder stor bredde i problembelastning. På de nasjonale atferdsmålene fant vi at også majoriteten av de norske ungdommene hadde en historie med bruk av vold og kriminalitet og/eller hadde et misbruk av rusmidler. Kulturelle ulikheter til tross; dette tyder på at man i Norge har lyktes i å treffe ungdommer med lignende problematikk som i USA. Dette selv om inntakssystemet og overordnet organisering av behandlingen er ulikt landene imellom. Denne konklusjonen må imidlertid tas med forbehold, da vi som nevnt ikke har kunnet gjøre en empirisk sammenligning mellom gruppene.

#### **6.1.4 Implikasjoner av samsvarende målgruppe**

Siden flere av ungdommene blir tatt inn i TFCO-programmet uten eget samtykke, finnes det etiske aspekter ved å gi behandlingen til riktig målgruppe. Flere av komponentene i TFCO, for eksempel inndragelse av telefon eller begrensning i omgang med kriminelle jevnaldrende, reduserer ungdommenes frihet og autonomi. I Norge kan slike restriksjoner kun benyttes i institusjonsbehandling på grunnlag av en individuell risikovurdering (barnevernloven, 1992). Målgruppen til TFCO har en problembelastning som tilsier at disse begrensningene er nødvendige, og restriktive komponenter er derfor en del av TFCO-behandlingen. Juridisk sett er behandlingen av den grunn definert som en institusjon. Dette understreker imidlertid betydningen av at ungdommene som tas inn i behandlingen samsvarer med målgruppen. Om ungdommene ikke har alvorlig nok problematikk, kan motta mindre inngripende behandling, eller har behov for andre intervensjoner for et vellykket behandlingsresultat, vil det både etisk og juridisk sett være problematisk å gjennomføre TFCO-behandlingen. Denne studien tilsier at ungdommene i vårt utvalg kjennetegnes av høy risiko og alvorlig atferd på gruppenivå. Det er likevel verdt å nevne at funnene gir begrenset informasjon om hver enkelt ungdom. Derfor kan noen av dem ha lavere problembelastning enn det et vedtak uten eget samtykke skulle tilsi.

At TFCO har lyktes i å treffe den målgruppen behandlingen er utviklet for og testet på, er også sentralt i et implementeringsperspektiv. Implementering er definert som et sett spesifikke aktiviteter som har til hensikt å iverksette en aktivitet eller intervensjon med kjent innhold (vår oversettelse; Fixsen, Naoom, Blase, & Friedman, 2005). Disse aktivitetene har som mål å gjøre avstanden mellom forskning og praksis kortere. TFCO-behandlingen har gjennom flere studier vist seg å være effektiv overfor målgruppen, ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. Vi vet imidlertid ikke noe om behandlingens effekt på andre grupper. At

behandlingen faktisk blir gitt den tiltenkte målgruppen, er derfor sentralt (Bertram, Blase, & Fixsen, 2015). Selv om vi ikke kan si noe om behandlingens effekt eller inkluderer spesifikke mål på implementering, gir våre resultater holdepunkter for at man med hell har innført programmet på en hensiktsmessig måte i norsk kontekst.

## **6.2 En mulig tiltakskjede av evidensbaserte metoder**

Det andre målet for denne studien var å undersøke hvilken gruppe ungdommer som mottar TFCO-behandling sammenlignet med andre behandlingstilbud i Norge. For å besvare problemstillingen sammenlignet vi ungdommene ved inntak til TFCO med ungdommer tatt inn i FFT og MST fra en geografisk definert region. På forhånd antok vi at ungdommene i TFCO skulle ha større total problembelastning enn ungdommene i MST, og at ungdommene i MST skulle ha større total problembelastning enn ungdommene i FFT. Denne hypotesen ble bekreftet av både overordnede nasjonale atferds- og YLS/CMI-skårer i våre data. På alle mål hadde både MST- og TFCO-ungdommene høyere gjennomsnittskårer enn ungdommene i FFT. På flere delmål fant vi imidlertid signifikante forskjeller mellom ungdommene i MST og TFCO. Både forskjellene og likhetene kan gi nyttig informasjon om behandlingsprogrammets målgrupper, og er verdt å diskutere nærmere.

### **6.2.1 Ulikheter i kriminalitet og rusmisbruk**

På de nasjonale atferdsmålene i vårt utvalg var det, foruten på den sammenslåtte totalskåren, kun signifikant forskjell i andelen MST- og TFCO-ungdommer som hadde begått kriminelle handlinger. TFCO-ungdommene hadde også signifikant høyere risikoskårer enn MST-ungdommene på subskalaen knyttet til lovbrudd på YLS/CMI. I motsetning til FFT og MST, tar TFCO inn ungdommer som i fylkesnemnda har fått vedtak om behandling uten eget samtykke. Et slikt vedtak kan blant annet fattes på bakgrunn av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, samt av vedvarende misbruk av rusmidler (barnevernloven, 1992; § 4-24). At en høyere andel av ungdommene i TFCO var i konflikt med loven, sammenlignet med ungdommene i FFT og MST, er derfor ikke overraskende.

I motsetning til hva vi hadde forventet, fant vi imidlertid ikke forskjeller i andelen av TFCO- og MST-ungdommer som misbrakte rusmidler. Dette kan etter vår oppfatning ha to årsaker. For det første er ikke TFCO primært utviklet og implementert som en rusbehandling. Det er derfor mulig at andre behandlingsmetoder (som ruskollektiver eller rusinstitusjoner; Bufdir, 2015) blir prioritert der ungdommens rusmisbruk er særlig fremtredende. For det andre er atferdsmålet binært og relativt grovt definert. Dette medfører at det ikke skiller mellom ulike

grader av rusmisbruk. En mulighet er derfor at andelen ungdommer i TFCO med et vedvarende og alvorlig misbruk er høyere enn i MST, men at dette ikke fremkommer av våre data. På YLS/CMI-skalaen for rusmisbruk, som består av flere ledd som graderer alvorlighetsgrad, hadde derimot TFCO-ungdommene høyere gjennomsnittlig risikoskåre enn MST-ungdommene. Det kan tenkes at dette målet i større grad fanget opp forskjeller i ungdommenes rusmisbruk enn hva atferdsmålet gjorde. Denne slutningen må imidlertid gjøres med forsiktighet, siden forskjellen kun viste en statistisk trend, men ikke tilfredstilte vårt krav til signifikans.

### **6.2.2 Ulik familierisiko**

I denne studiens utvalg hadde ungdommene i TFCO på YLS/CMI signifikant høyere gjennomsnitt enn MST-ungdommene på subskalaene knyttet til familie og utdanning. At ungdommene i TFCO hadde forhøyede skårer på familierisiko var i tråd med vår forventning. Den største forskjellen mellom MST- og TFCO-modellens behandlingsstruktur er at førstnevnte er en hjemmebasert behandling, mens man i TFCO-behandlingen tar ungdommene ut av hjemmet. Selv om man i begge behandlingene anser ungdommenes nære relasjoner og familie som sentrale for å oppnå endring, er et inklusjonskriterium i MST at ungdommene må kunne bo hjemme gjennom behandlingen. Man kan anta at konfliktnivået i en del av ungdommenes familier gjør at dette ikke er mulig. I disse tilfellene vil derfor ungdommene bli ekskludert fra MST-behandling, og trolig få tilbud om TFCO-behandling på bakgrunn av høy familierisiko.

### **6.2.3 Likheter mellom TFCO og MST**

Ikke alle skårene var signifikant ulike mellom MST og TFCO. På risikoskårer knyttet til negative venner, fritidsaktiviteter, personlighet og holdninger fant vi ingen forskjeller. Selv om vi forventet at TFCO-ungdommene totalt sett skulle ha større problembelastning enn MST-ungdommene, er det flere fellestrekk ved programmene. Både MST og TFCO er systemorienterte behandlingsmetoder, med intervensjoner som retter seg mot det sosiale nettverket rundt ungdommen (som nærmiljø, skole, fritidsaktivitet og lignende). Eksempelvis er ikke omgang med kriminelle jevnaldrende et eksklusjonskriterium i verken MST eller TFCO. Dette kommer av at begge metodene har intervensjoner som er ment å redusere denne risikofaktoren. Det er derfor ikke nødvendigvis å forvente at gjennomsnittsskåren skulle være ulik i behandlingene. Om programmene er like effektive i å redusere risiko knyttet til negative venner og fritidsaktiviteter, er imidlertid et empirisk spørsmål som man hadde behovd

utfallsmål i begge metodene for å kunne besvare. Siden dette ikke var en del av vår undersøkelse, er dette et spørsmål som eventuelt må undersøkes i senere forskning.

#### **6.2.4 Tiltakskjede basert på ulike mål**

Vi har tatt utgangspunkt i ungdommenes totale problematikk i vår beskrivelse av tiltakskjeden. Det var imidlertid flere atferdsmål og risikoområder der vi ikke fant statistisk signifikante forskjeller mellom ungdommene i TFCO eller MST. Disse funnene reiser spørsmål som kan være gjenstand for videre forskning. Én mulighet er at ungdommenes totale problembelastning ikke er et presist nok mål for å bedømme hvilket tiltak de bør motta. På den ene siden kan en ungdom med moderat total problembelastning, men med store problemer knyttet til kriminalitet og familieforhold, ha behov for TFCO-behandling. På den annen side kan en ungdom med høy total problembelastning, men med mindre grad av kriminalitets- og familieproblematikk, ha god nytte av MST-behandling. Om så er tilfelle vil en tiltakskjede trenge nyanseringer for å fungere optimalt. Siden det, i tillegg til bruk av de formelle kartleggingsverktøyene, blir gjort en klinisk vurdering av inklusjons- og eksklusjonskriterier ved inntak til programmene, er det imidlertid rimelig å anta at slike hensyn blir gjort i praksis. Et interessant forskningsspørsmål er om denne fordelingen er hensiktsmessig med hensyn på hvilken nytte ungdommene har av behandlingen. Igjen hadde en slik problemstilling krevd utfallsdata på en stor gruppe ungdommer fra alle programmene, noe som gjør at spørsmålet går ut over vår undersøkelses omfang.

#### **6.2.5 Implikasjoner av en mulig tiltakskjede**

For å gjøre empiriske sammenligninger på tvers av behandlingsprogrammer kreves samme type mål på problembelastning. Etter vår kjennskap er det bare én annen studie som har gjort slike komparative undersøkelser av evidensbaserte behandlingsprogrammer for ungdommer. I denne brukte Gustle og medarbeidere (2007) psykososiale mål fra tre tidligere gjennomførte svenske RCT-studier på FFT, MST og TFCO, og sammenlignet ungdommene ved oppstart av behandlingen. Utvalgene var imidlertid innhentet til ulik tid og i forskjellige geografiske områder, noe som kompliserer tolkningen av resultatene. I tillegg til å ha samme type mål på problembelastning, er styrken ved vår undersøkelse at data ble innhentet i samme tidsperiode og geografiske region. Dette kan altså sies å være den første studien som undersøker forskjeller mellom ungdommer i FFT, MST og TFCO, der programmene i praksis har vært reelle alternativer til hverandre. Selv om dette er en styrke ved undersøkelsen, er det verdt å bemerke at generaliseringer til regioner som mangler enten FFT-, MST- eller TFCO-

team, må gjøres med forsiktighet. Hvordan problembelastningen fordeler seg mellom metodene i disse områdene kan vi ikke si noe om.

På tross av de ubesvarte spørsmålene tilsier våre funn at det finnes systematiske forskjeller i ungdommenes vansker ved inntak til FFT, MST og TFCO. Dette gjør at det er potensiale for en nasjonal tiltakskjede for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. For å etablere en slik tiltakskjede kreves det imidlertid at behandlingsmodellene er tilgjengelige i flere regioner og at inntaket koordineres metodene imellom.

### **Etiske og samfunnsøkonomiske aspekter ved en tiltakskjede**

Etter vår kjennskap er det til nå ikke beskrevet en slik formell strukturering av tiltak i andre land. Vi mener det kunne vært fordeler med en slik organisering. Tiltakskjeden er i tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON; Prop. 91 L (2010-2011), s. 323). LEON-prinsippet tilsier at klienter skal motta det behandlingstilbudet som er minst mulig inngripende, men likevel effektivt. Med andre ord skal behandlingen fortrinnsvis gjennomføres mens ungdommen bor hjemme, på en måte som i minst mulig grad reduserer ungdommens autonomi. Selv om dette først og fremst er et etisk prinsipp, vil også samfunnsøkonomiske besparelser kunne følge av en slik praksis. Siden behandlertettheten og behandlingsintensiteten er lavest i FFT, nest lavest i MST og høyest i TFCO, ser ungdommenes ulike problembelastning ut til å samsvare med programmenes ressursbruk. Ved å gradere innsatsen på bakgrunn av ungdommenes problematikk, frigjøres nødvendige ressurser til å gi virksom behandling også til gruppen med størst vansker. Dette virker som en hensiktsmessig måte å organisere tjenestetilbudet på. Likevel trengs det utfallstudier utført i norsk kontekst for å bekrefte dette. Til nå er det kun publisert en effektstudie på MST-behandlingen i Norge, og det er først når det er gjennomført utfallsforskning på FFT- og TFCO-metoden at en kan konkludere med hensyn på tiltakskjeden.

## **6.3 Metodiske begrensninger**

### **6.3.1 Utvalg**

Denne studien baserte seg på et relativt lite TFCO-utvalg (n=40). Dette gjorde at vi ikke kunne undersøke systematiske ulikheter innad i utvalget. Eksempler kunne være forskjeller mellom gutter og jenter, eller endringer i problembelastning avhengig av inntaksdato. I tillegg hadde vi begrenset bakgrunnsinformasjon om de norske ungdommene. I amerikanske TFCO-studier oppgis blant annet debutalder for atferdsproblemene samt tidligere behandlingshistorikk og arrestasjoner. Slike data hadde vi ikke tilgang til i vårt datamateriale. Et større utvalg, med

mer bakgrunnsinformasjon, kunne muliggjort en kvantitativ sammenligning med funn fra de amerikanske studiene.

Av internasjonal forskning på TFCO var det bare svenske studier som brukte CBCL og YSR som mål på ungdommenes problembelastning. Disse hadde varierende og til dels små utvalgsstørrelser. At vår sammenligning kun lot seg gjøre med TFCO i Sverige legger begrensninger for hvordan vi kan konkludere ut fra våre funn. TFCO-modellen er utviklet og har bredest empirisk belegg i USA. Dette gjør at behandlingens målgruppe har blitt definert der. En statistisk sammenligning med amerikanske utvalg hadde derfor vært å foretrekke.

### **6.3.2 Instrumenter**

Det er flere potensielle svakheter ved instrumentene vi har brukt i denne studien. Målene for FFT-, MST og TFCO-utvalgene ble hentet inn i perioden 2009-2015. At de er oppgitt av ulike respondenter over et lengre tidsrom er mulige feilkilder som kan ha gitt skjevheter i resultatene. YLS/CMI og nasjonale atferdsmål er lite studert i norsk kontekst, noe som gjør at vi ikke vet hvilken validitet og reliabilitet de har nasjonalt. Internasjonale studier rapporterer varierende inter-rater reliabilitet for YLS/CMI (.50-.92; Hoge & Andrews, 2002).

Atferdsmålene er dikotome og krever en enten-eller respons. De nasjonale atferdsmålene vil med andre ord ikke fange opp variasjon og omfang i kriminalitet, rus, vold og skolegang. En ungdom som eksempelvis har begått én kriminell handling, vil altså sidestilles med en som har begått mange. I vår undersøkelse ble det laget en sumskåre basert på de fire andre nasjonale atferdsmålene. Vi ønsket et overordnet mål på ungdommens atferdsmessige belastning, og inkluderte derfor variabelen på tross av dens lave interne konsistens. Det må imidlertid understrekes at skåren ikke reflekterer en felles underliggende faktor, men en sum av flere ulike former for negativ og normbrytende atferd.

Mange av ungdommene i TFCO-behandlingen hadde eneforsørgere. Siden majoriteten av disse var mødre, valgte vi å bruke mødrenes respons på CBCL også for ungdommene som hadde to foreldre i behandlingen. Dette kan potensielt ha gitt andre resultater enn om fedrenes besvarelser ble inkludert. Antallet studier som har undersøkt YSR i norsk kontekst er begrenset. Selv om CBCL er noe bedre dokumentert, kunne vi ikke benytte nasjonale standarder for hverken YSR- eller CBCL-skårene. Vi brukte derfor et internasjonalt utvalg oppgitt i ASEBA-manualen. Vi vet imidlertid ikke om ungdommer i Norge likner ungdommene i normeringsutvalget. Det hadde i tillegg vært ønskelig om vi hadde hatt tilgang på skårer fra hvert ledd i testene, slik at vi kunne undersøke intern konsistens i hver skåre.



Å inkludere et instrument for lærervurdering (for eksempel Teacher Report Form) kunne ha styrket multiinformant-aspektet ved studien. Dette er imidlertid ikke en del av kartleggingen ved inntak, siden mange av ungdommene i TFCO står utenfor skole.

### **6.3.3 Analyser**

Vi valgte å bruke kontrastanalyse for å redusere antall sammenligninger av YLS/CMI- og nasjonale atferdsskårer mellom FFT-, MST- og TFCO-utvalgene. Dette gjorde vi på bakgrunn av vår hypotese om ulik problembelastning i tiltakene. Et alternativ til dette hadde vært å bruke post-hoc-analyser til å undersøke slike forskjeller. Siden en post-hoc-test gjør sammenligninger av alle gruppene, opererer den med et strengere signifikansnivå. Dette kunne gitt enda større tiltro til de signifikante forskjellene. Vi utførte i forkant av analysene også Games-Howell post-hoc-test for grupper med ulik varians og gruppestørrelse, og fikk tilsvarende resultater som ved kontrastanalyse. Kontrastanalyse ble derfor valgt for å redusere antallet sammenligninger. Ved at sannsynligheten for falskt positivt resultat følgelig ble redusert, kunne vi dermed ha noe større toleranse for statistisk signifikans.

## **6.4 Videre forskning**

Vår undersøkelse gir kunnskap om ungdommene som har mottatt TFCO-behandling i Norge. Selv om ungdommene i vårt utvalg ser ut til å ha liknende kjennetegn som målgruppen TFCO er utviklet for, kan vi ikke ut ifra våre funn si noe om behandlingens effekt eller effektivitet i norsk kontekst. Av samme grunn kan vi heller ikke konkludere om tiltakskjeden vi fant i våre data utgjør en effektiv organisering av disse behandlingstilbudene for ungdommer med alvorlige atferdsproblemer i Norge. Til dette måtte man også ha inkludert data på hvordan det har gått med ungdommene etter fullført behandling. Til nå er det publisert én effektstudie på MST-behandlingen, og det er først når det er gjennomført utfallsforskning på FFT- og TFCO-behandlingen at en kan konkludere med hensyn på tiltakskjeden. Denne studien bereder imidlertid grunnen for å gjennomføre en empirisk evaluering av behandlingsresultatene for TFCO i norsk kontekst. Siden TFCO er en manualbasert metode som er utviklet i USA, er det å treffe riktig målgruppe en del av vellykket implementering. Våre funn tilsier at man har lyktes med dette i Norge, og at undersøkelser av behandlingens effekt eller effektivitet derfor vil være meningsfulle.

## 7 Konklusjon

Denne oppgaven hadde tre problemstillinger. For det første ønsket vi å undersøke hvilket omfang og hvilken type problematikk norske ungdommer har ved oppstart av TFCO-behandlingen. På ulike mål viste våre resultater høy problembelastning på flere områder. Dette gjaldt både ungdommens psykososiale vansker og atferd, samt risikofaktorer i deres familie og nærmiljø. Funnene gjorde at vi kunne svare på vår andre problemstilling: har TFCO-behandlingen truffet den tiltenkte målgruppen i Norge? De norske ungdommene hadde lik, eller noe høyere problembelastning sammenlignet med ungdommer i TFCO-behandling i Sverige. Ut ifra dette, samt de norske ungdommenes samlede problembelastning, konkluderer vi med at TFCO-behandlingen har lyktes med å treffe den tiltenkte målgruppen i Norge.

Vår tredje problemstilling var hvilken gruppe ungdommer som mottar TFCO-behandlingen sammenlignet med andre behandlingstiltak. Vi fant at ungdommene i TFCO-utvalget hadde høyere totale atferds- og risikoskårer sammenlignet med ungdommer i FFT og MST. Selv om utvalgene kom fra et geografisk avgrenset område, konkluderer vi med at programmene har potensiale til å danne en tiltakskjede for behandling av ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. I denne retter TFCO seg mot de med høyest, MST de med nest høyest, og FFT de med lavest problembelastning.

At TFCO-behandlingen ser ut til å treffe den tiltenkte målgruppen, samt å utfylle andre behandlingstilbud i Norge, tilsier at metoden er innført på en hensiktsmessig måte. Våre funn gir derfor holdepunkter for at en videre evaluering av programmet i norsk kontekst vil være meningsfull.

# Litteraturliste

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: ASEBA.
- Andershed, H., Gustafson, S. B., Kerr, M., & Stattin, H. (2002). The usefulness of self-reported psychopathy-like traits in the study of antisocial behaviour among non-referred adolescents. *European Journal of Personality*, 16(5), 383-402. doi: [10.1002/per.455](https://doi.org/10.1002/per.455)
- Andreassen, T. (2003) *Behandling av ungdom i institusjoner: Hva sier forskningen?*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates. *Federal Sentencing Reporter*, 19, 275. Hentet fra [http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/fedsen19&g\\_sent=1&collection=journals%23&id=1](http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/fedsen19&g_sent=1&collection=journals%23&id=1)
- Aos, S. & Drake, E. (2013). *Prison, Police and Programs: Evidence-Based Options that Reduce Crime and Save Money*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy. Hentet fra <http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1396/>
- Atferdssenteret (2014). *Funksjonell familierapi (FFT)*. Hentet 15.02.16, fra <http://www.atferdssenteret.no/funksjonell-familierapi-fft/>
- Atferdssenteret (2015). *Treatment Foster Care Oregon*. Hentet 15.02.16, fra <http://www.atferdssenteret.no/treatment-foster-care-oregon-tfco/>
- Atferdssenteret (2016). *MST-team i Norge*. Hentet 15.02.16, fra <http://www.atferdssenteret.no/finn-narmeste-mst-team/>
- ASEBA (2016). Assessment Data Manager (ADM). Hentet 08.03.16, fra [www.aseba.org/adm.html](http://www.aseba.org/adm.html)
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173. doi: [10.1037/0022-3514.51.6.1173](https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173)
- Barnevernloven (1992). Lov om barneverntjenester. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>.
- Barnes, J. C., & Boutwell, B. B. (2012). On the relationship of past to future involvement in crime and delinquency: A behavior genetic analysis. *Journal of Criminal Justice*, 40(1), 94-102. doi: [10.1016/j.jcrimjus.2011.12.003](https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2011.12.003)

- Bergström, M., & Højman, L. (2016). Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. *European Journal of Social Work*, 19(2), 219-235. doi: [10.1080/13691457.2015.1030361](https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1030361)
- Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving programs and outcomes implementation frameworks and organization change. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 477-487. doi: [10.1177/1049731514537687](https://doi.org/10.1177/1049731514537687)
- Biehal, N., Ellison, S., & Sinclair, I. (2011). Intensive fostering: An independent evaluation of MTFC in an English setting. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 2043-2049. doi: [10.1016/j.chilyouth.2011.05.033](https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.05.033)
- Bjørnebekk, G., & Kjøbli, J. (2016). Observed callousness as a predictor of treatment outcomes in parent management training. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1–4. doi: [10.1177/1359104515621961](https://doi.org/10.1177/1359104515621961)
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(4), 569-578. doi: [10.1037/0022-006X.63.4.569](https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.4.569)
- Brendtro, L. K., Mitchell, M. L., & McCall, H. (2007). Positive Peer Culture: Antidote to "Peer Deviance Training". *Reclaiming children and youth*, 15(4), 200-206. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/214192797>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bufdir (2015). *Differensiering av målgrupper ved plassering i adferdsinstitusjon*. Hentet 19.03.16, fra [http://www.bufdir.no/Barnevern/Inntak/Instrument\\_for\\_risikovurdering](http://www.bufdir.no/Barnevern/Inntak/Instrument_for_risikovurdering)
- Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1220-1235. doi: [10.1016/j.jaac.2011.09.017](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.017)
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 6(4), 624-633. doi: [10.1037/0022-006X.66.4.624](https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.4.624)

- Chamberlain, P., Fisher, P. A. & Moore, K. (2002). Multidimensional Treatment Foster Care: Applications of the OSLC Intervention Model to High-Risk Youth and their families. I: Reid, J. B., Patterson, G. R. & Snyder (red.), *Antisocial Behavior in Children and Adolescents* (203-218). Washington: American Psychological Association.
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon multidimensional treatment foster care model: Features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 303-312. doi: [10.1016/S1077-7229\(03\)80048-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80048-2)
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9(1), 97-109.
- Chamberlain, P., Price, J. M., Reid, J. B., Landsverk, J., Fisher, P. A., & Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care?. *Child abuse & neglect*, 30(4), 409-424. doi: [10.1016/j.chiabu.2005.11.004](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.004)
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1991). Using a specialized foster care community treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology*, 19(3), 266-276. doi: [10.1002/1520-6629\(199107\)19:3<266::AID-JCOP2290190310>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199107)19:3<266::AID-JCOP2290190310>3.0.CO;2-5)
- Chamberlain, P. (1990). Comparative evaluation of specialized foster care for seriously delinquent youths: A first step. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 2(2), 21-36.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(4), 624-633. doi: [10.1037/0022-006X.66.4.624](https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.4.624)
- Chamberlain, P., & Moore, K. (1998). A clinical model for parenting juvenile offenders: A comparison of group care versus family care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3(3), 375-386. doi: [10.1177/1359104598033004](https://doi.org/10.1177/1359104598033004)
- Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D. S. (2007). Multidimensional Treatment Foster Care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 187-93. doi: [10.1037/0022-006X.75.1.187](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.187)
- Christensen, B., & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44, 1095-1106. Hentet fra <http://www.atferdssenteret.no/getfile.php/Filer/Atferdssenteret.no/Ekstranett/MST>

- Clark, H. B., Lee, B., Prange, M. E., & McDonald, B. A. (1996). Children lost within the foster care system: Can wraparound service strategies improve placement outcomes?. *Journal of Child and Family Studies*, 5(1), 39-54. doi: [10.1007/BF02234677](https://doi.org/10.1007/BF02234677)
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334. doi: [10.1007/BF02310555](https://doi.org/10.1007/BF02310555)
- Dishion, T. J., Spracklen, K. M., Andrews, D. W., & Patterson, G. R. (1996). Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior therapy*, 27(3), 373-390. doi: [10.1016/S0005-7894\(96\)80023-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80023-2)
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39(2), 349-371. doi: [10.1037/0012-1649.39.2.349](https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.349)
- Eddy, J. M., Reid, J. B., Stoolmiller, M., & Fetrow, R. A. (2003). Outcomes during middle school for an elementary school-based preventive intervention for conduct problems: Follow-up results from a randomized trial. *Behavior therapy*, 34(4), 535-552. doi: [10.1016/S0005-7894\(03\)80034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80034-5)
- Eddy, J. M., & Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 857. doi: [10.1037/0022-006X.68.5.857](https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.857)
- Eddy, J. M., Whaley, R. B., & Chamberlain, P. (2004). The prevention of violent behavior by chronic and serious male juvenile offenders A 2-Year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 12(1), 2-8. doi: [10.1177/10634266040120010101](https://doi.org/10.1177/10634266040120010101)
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 215-237. doi: [10.1080/15374410701820117](https://doi.org/10.1080/15374410701820117)
- Fergusson, D. M., John Horwood, L., & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(8), 837-849. doi: [10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x)
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., ... & Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention science*, 6(3), 151-175. doi: [10.1007/s11121-005-5553-y](https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y)
- Fields, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Beverly Hills: Sage Publications.

- Fisher, P. A., & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional Treatment Foster Care: A Program for Intensive Parenting, Family Support, and Skill Building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(3), 155-164. doi: [10.1177/106342660000800303](https://doi.org/10.1177/106342660000800303)
- Fisher, P. A., & Gilliam, K. S. (2012). Multidimensional treatment foster care: An alternative to residential treatment for high risk children and adolescents. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 195-203. doi: [10.5093/in2012a20](https://doi.org/10.5093/in2012a20)
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Hentet fra <http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/nirnmonograph>
- Fossum, S., Handegård, B. H., Holmen, C. I., & Adolfsen, F. (2015). *Behandling av ungdom på barnevernsinstitusjoner – resultater ett år etter inntak*. Hentet fra <http://www.bufdir.no/Global/Aktuelt/Barnevern/Ett%C3%A5rsrapporten%20%20effektstudien%20MultifunC>
- Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01862.x>
- Graham, C., Carr, A., Rooney, B., Sexton, T., & Wilson Satterfield, L. R. (2014). Evaluation of functional family therapy in an Irish context. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 20-38. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.12028>
- Green, J. M., Biehal, N., Roberts, C., Dixon, J., Kay, C., Parry, E., Rothwell, J., Roby, A., Kapadia, D., Scott, S., & Sinclair, I. (2014). Multidimensional Treatment Foster Care for Adolescents in English care: randomized trial and observational cohort evaluation. *The British Journal of Psychiatry*, 204(3), 214-221. doi: [10.1192/bjp.bp.113.131466](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131466)
- Gustle, L. H., Hansson, K., Sundell, K., Lundh, L. G., & Löfholm, C. A. (2007). Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of functional family therapy (FFT), multisystemic therapy (MST) and multidimensional treatment foster care (MTFC). *Nordic journal of psychiatry*, 61(6), 443-451. doi: [10.1080/08039480701773196](https://doi.org/10.1080/08039480701773196)
- Hansson, K., & Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 34(9), 1929-1936. doi: [10.1016/j.childyouth.2012.06.008](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.06.008)
- Harold, G. T., & DeGarmo, D. S. (2014). Concerns regarding an evaluation of MTFC-A for adolescents in English care. *The British Journal of Psychiatry*, 205(6), 498-498. doi: [10.1192/bjp.205.6.498a](https://doi.org/10.1192/bjp.205.6.498a)

- Harold, G. T., Kerr, D. C., Van Ryzin, M., DeGarmo, D. S., Rhoades, K. A., & Leve, L. D. (2013). Depressive symptom trajectories among girls in the juvenile justice system: 24-month outcomes of an RCT of Multidimensional Treatment Foster Care. *Prevention Science, 14*(5), 437-446. doi: [10.1007/s11121-012-0317-y](https://doi.org/10.1007/s11121-012-0317-y)
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(6), 953. doi: [10.1037/0022-006X.60.6.953](https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.6.953)
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology, 37*(6), 749-775. doi: [10.1007/s10802-009-9310-8](https://doi.org/10.1007/s10802-009-9310-8)
- Hoge, R. D., & Andrews, D. A. (2002). *Youth Level of Service Case Management Inventory (YLS/CMI): User's manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hyde, L. W., Shaw, D. S., & Hariri, A. R. (2013). Understanding youth antisocial behavior using neuroscience through a developmental psychopathology lens: Review, integration, and directions for research. *Developmental Review, 33*(3), 168-223. doi: [10.1016/j.dr.2013.06.001](https://doi.org/10.1016/j.dr.2013.06.001)
- Indredavik, M. S., Vik, T., Heyerdahl, S., Kulseng, S., & Brubakk, A. M. (2005). Psychiatric symptoms in low birth weight adolescents, assessed by screening questionnaires. *European child & adolescent psychiatry, 14*(4), 226-236. doi: [10.1007/s00787-005-0459-6](https://doi.org/10.1007/s00787-005-0459-6)
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... & Erol, N. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 729. doi: [10.1037/0022-006X.75.5.729](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.729)
- Jozefiak, T., Kaye, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. K., Brubakk, A. M., & Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European child & adolescent psychiatry, 25*(1), 33-47. doi: [10.1007/s00787-015-0700-x](https://doi.org/10.1007/s00787-015-0700-x)
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American psychologist, 63*(3), 146. doi: [10.1037/0003-066X.63.3.146](https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146)
- Kerr, D. C., Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2009). Pregnancy rates among juvenile justice girls in two randomized controlled trials of multidimensional treatment foster care. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(3), 588. doi: [10.1037/a0015289](https://doi.org/10.1037/a0015289)



- Knorth, E. J., Harder, A. T., Zandberg, T., & Kendrick, A. J. (2008). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review, 30*(2), 123-140. doi: [10.1016/j.chilyouth.2007.09.001](https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.09.001)
- Kornør, H. & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist (CBCL). *PsykTestBarn, 2012, 1*(3), 2-7. Hentet fra [http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb\\_mm.nsf/lupgraphics/CBCL](http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb_mm.nsf/lupgraphics/CBCL)
- Kvermmo, S. I. V., & Heyerdahl, S. (1998). Influence of ethnic factors on behavior problems in indigenous Sami and majority Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*(7), 743-751. doi: [10.1097/00004583-199807000-00014](https://doi.org/10.1097/00004583-199807000-00014)
- Lambert, E. W., Wahler, R. G., Andrade, A. R., & Bickman, L. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of abnormal psychology, 110*(1), 110-123. doi: [10.1037/0021-843X.110.1.110](https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.110)
- Latessa, E. J., & Lowenkamp, C. (2005). What works in reducing recidivism. *University of St. Thomas Law Journal, 3*, 521-535. Hentet fra [https://www.uc.edu/content/dam/uc/ccjr/docs/articles/What\\_Works\\_STLJ.pdf](https://www.uc.edu/content/dam/uc/ccjr/docs/articles/What_Works_STLJ.pdf)
- Lehto-Salo, P., Närhi, V., Ahonen, T., & Marttunen, M. (2009). Psychiatric comorbidity more common among adolescent females with CD/ODD than among males. *Nordic journal of psychiatry, 63*(4), 308-315. doi: [10.1080/08039480902730615](https://doi.org/10.1080/08039480902730615)
- Leichtman, M. (2006). Residential treatment of children and adolescents: Past, present, and future. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 285. doi: [10.1037/0002-9432.76.3.285](https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.285)
- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association. Hentet fra <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2007). A randomized evaluation of Multidimensional Treatment Foster Care: Effects on school attendance and homework completion in juvenile justice girls. *Research on Social Work Practice, 17*(6), 657-663. doi: [10.1177/1049731506293971](https://doi.org/10.1177/1049731506293971)
- Leve, L. D., Chamberlain, P., Smith, D. K., & Harold, G. T. (2012). Multidimensional treatment foster care as an intervention for juvenile justice girls in out-of-home care. I: *Delinquent Girls* (s. 147-160). Springer New York. doi: [10.1007/978-1-4614-0415-6\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0415-6_9)
- Leve, L. D., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: effects on delinquency. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(6), 1181. doi: [10.1037/0022-006X.73.6.1181](https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1181)

- Leve, L. D., Fisher, P. A., & Chamberlain, P. (2009). Multidimensional treatment foster care as a preventive intervention to promote resiliency among youth in the child welfare system. *Journal of personality*, 77(6), 1869-1902. doi: [10.1111/j.1467-6494.2009.00603.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00603.x)
- Leve, L. D., Kerr, D. C., & Harold, G. T. (2013). Young adult outcomes associated with teen pregnancy among high-risk girls in a randomized controlled trial of multidimensional treatment foster care. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(5), 421-434. doi: [10.1080/1067828X.2013.788886](https://doi.org/10.1080/1067828X.2013.788886)
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical psychology review*, 1(1), 1-41. doi: [10.1016/0272-7358\(90\)90105-J](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90105-J)
- Lyons, J. S., Woltman, H., Martinovich, Z., & Hancock, B. (2009). An outcomes perspective of the role of residential treatment in the system of care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26(2), 71-91. doi: [10.1080/08865710902872960](https://doi.org/10.1080/08865710902872960)
- Macdonald, G., & Turner, W. (2007). Treatment foster care for improving outcomes in children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(1). doi: [10.1002/14651858.CD005649.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005649.pub2)
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674-701. doi: [10.1037/0033-295X.100.4.674](https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674)
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, 2nd edition: Risk, disorder, and adaptation* (s. 570- 598). New York: Wiley.
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., ... & Viding, E. (2008). Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 3-33. doi: [10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x)
- Mørkrid, D. & Christensen, B. (2007). Funksjonell familierapi: En evidensbasert familierapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Norges Barnevern*, 3, 15-23. Hentet fra [http://www.atferdssenteret.no/getfile.php/Filer/Atferdssenteret.no/Internett/Programmer\\_Metoder/FFT/](http://www.atferdssenteret.no/getfile.php/Filer/Atferdssenteret.no/Internett/Programmer_Metoder/FFT/)
- 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), 699-710. doi: [10.1017/S0033291706007082](https://doi.org/10.1017/S0033291706007082)

- Nøvik, T. S. (1999). Validity of the Child Behaviour Checklist in a Norwegian sample. *European child & adolescent psychiatry*, 8(4), 247-254. doi: [10.1007/s007870050098](https://doi.org/10.1007/s007870050098)
- Ogden, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M. R., Thomson, W.M. & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and psychopathology*, 20(02), 673-716. doi: [10.1017/S0954579408000333](https://doi.org/10.1017/S0954579408000333)
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and adolescent mental health*, 9(2), 77-83. doi: [10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x)
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and adolescent mental health*, 11(3), 142-149. doi: [10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x)
- Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 582-591. doi: [10.1177/1049731509335530](https://doi.org/10.1177/1049731509335530)
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2014). *Adolescent mental health*. East Sussex: Routledge.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2009). Risk Assessment With Young Offenders A Meta-Analysis of Three Assessment Measures. *Criminal Justice and Behavior*, 36(4), 329-353. doi: [10.1177/0093854809331457](https://doi.org/10.1177/0093854809331457)
- Osei, G. K., Gorey, K. M., & Jozefowicz, D. M. H. (2016). Delinquency and Crime Prevention: Overview of Research Comparing Treatment Foster Care and Group Care. *Child & Youth Care Forum*, 45 (1), 33-46. doi: [10.1007/s10566-015-9315-0](https://doi.org/10.1007/s10566-015-9315-0)
- Pardini, D., & Frick, P. J. (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: current conceptualizations and clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 20-25. Hentet fra [http://www.instantwebsetup.com/uploads/documents/Multiple\\_Developmental\\_Pathways\\_Pardini.pdf](http://www.instantwebsetup.com/uploads/documents/Multiple_Developmental_Pathways_Pardini.pdf)
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (2002). Etiology and treatment of child and adolescent antisocial behavior. *The behavior analyst today*, 3(2), 133-144. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/journals/bar/3/2/>
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). A brief history of the Oregon model. I: Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. E.(Red.) *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*, (s. 3-21). doi: [10.1037/h0099971](https://doi.org/10.1037/h0099971)

- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of parent training procedures. *Behavior Therapy*, 13(5), 638-650. doi: [10.1016/S0005-7894\(82\)80021-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(82)80021-X)
- Piko, B. F., Fitzpatrick, K. M., & Wright, D. R. (2005). A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *European child & adolescent psychiatry*, 14(2), 95-103. doi: [10.1007/s00787-005-0437-z](https://doi.org/10.1007/s00787-005-0437-z)
- Plant, R. W., & Panzarella, P. (2009). Residential treatment of adolescents with substance use disorders: Evidence-based approaches and best practice recommendations. I: C.G. Leukefeld, T.P. Gullotta & M. Staton-Tindall, (Red.), (2009) *Adolescent Substance Abuse, Evidence-based approaches to prevention and treatment* (s. 135-154). New York: Springer.
- Poulton, R., Van Ryzin, M. J., Harold, G. T., Chamberlain, P., Fowler, D., Cannon, M., & Leve, L. D. (2014). Effects of multidimensional treatment foster care on psychotic symptoms in girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1279-1287. doi: [10.1016/j.jaac.2014.08.014](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.08.014)
- Prop. 91 L (2010-2011). (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven): Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 8. april 2011, godkjent i statsråd samme dag: (Regjeringen Stoltenberg II). [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs>
- Rambøll (2012). *Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge*. København: Rambøll. Hentet fra <http://vidensportal.dk/filer/born-unge/Udadreagerende-adfaerd/analyse-af-de-okonomiske-konsekvekser-pa-området-for-udsatte-born-og-unge.pdf>
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... & Erol, N. (2007a). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and behavioral Disorders*, 15(3), 130-142. doi: [10.1177/10634266070150030101](https://doi.org/10.1177/10634266070150030101)
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., ... & Erol, N. (2007b). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 351. doi: [10.1037/0022-006X.75.2.351](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.351)
- Rhoades, K. A., Chamberlain, P., Roberts, R., & Leve, L. D. (2013). MTFC for high-risk adolescent girls: A comparison of outcomes in England and the United States. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 22(5), 435-449. doi: [10.1080/1067828X.2013.788887](https://doi.org/10.1080/1067828X.2013.788887)

- Rhoades, K. A., Leve, L. D., Harold, G. T., Kim, H. K., & Chamberlain, P. (2014). Drug use trajectories after a randomized controlled trial of MTFC: Associations with partner drug use. *Journal of Research on Adolescence*, 24(1), 40-54. doi: [10.1111/jora.12077](https://doi.org/10.1111/jora.12077)
- Rutter, R., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry Fifth edition*. Oxford: Blackwell Publishing Limited.
- Ruxton, G. D. (2006). The unequal variance t-test is an underused alternative to Student's t-test and the Mann–Whitney U test. *Behavioral Ecology*, 17(4), 688-690. doi: [10.1093/beheco/ark016](https://doi.org/10.1093/beheco/ark016)
- Ryan, J. P., Marshall, J. M., Herz, D., & Hernandez, P. M. (2008). Juvenile delinquency in child welfare: Investigating group home effects. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 1088-1099. doi: [10.1016/j.childyouth.2008.02.004](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.02.004)
- Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 445. doi: [10.1037/0022-006X.73.3.445](https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.445)
- Schwalbe, C. S. (2007). Risk assessment for juvenile justice: a meta-analysis. *Law and human behavior*, 31(5), 449-453. doi: [10.1007/s10979-006-9071-7](https://doi.org/10.1007/s10979-006-9071-7)
- Schwalbe, C. S. (2008). A meta-analysis of juvenile justice risk assessment instruments predictive validity by gender. *Criminal Justice and Behavior*, 35(11), 1367-1381. doi: [10.1177/0093854808324377](https://doi.org/10.1177/0093854808324377)
- Sexton, T. L. & Alexander, J. F. (2005). Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents. I: J. L. Lebow (Red.) *Handbook of clinical family therapy*, (s. 164-191). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Sexton, T., & Turner, C. W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 339-348. doi: [10.1037/a0019406](https://doi.org/10.1037/a0019406)
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General psychiatry*, 40(11), 1228. doi: [10.1001/archpsyc.1983.01790100074010](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010)
- Shaw, D. S., Hyde, L. W., & Brennan, L. M. (2012). Early predictors of boys' antisocial trajectories. *Development and psychopathology*, 24(03), 871-888. doi: [10.1017/S0954579412000429](https://doi.org/10.1017/S0954579412000429)
- Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. doi: [10.1007/s11336-008-9101-0](https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0)

- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* (FHI rapport 2013:4). Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/de3ab474a7.pdf>
- Smith, D. K., Stormshak, E., Chamberlain, P., & Whaley, R. B. (2001). Placement disruption in treatment foster care. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 9(3), 200-205. doi: [10.1177/106342660100900306](https://doi.org/10.1177/106342660100900306)
- Smith, D. K., Chamberlain, P., & Eddy, J. M. (2010). Preliminary support for multidimensional treatment foster care in reducing substance use in delinquent boys. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 19(4), 343-358. doi: [10.1080/1067828X.2010.511986](https://doi.org/10.1080/1067828X.2010.511986)
- Snyder, J. J. (1977). Reinforcement analysis of interaction in problem and nonproblem families. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(5), 528-535. doi: [10.1037/0021-843X.86.5.528](https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.5.528)
- Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and Coercion Mechanisms in the Development of Antisocial Behavior: The Family. I: Reid, J. B., Patterson, G. R. & Snyder (red.), *Antisocial Behavior in Children and Adolescents* (s. 203-218). Washington: American Psychological Association.
- Socialstyrelsen (2014). *MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem – resultat efter ett år*. Hentet fra <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19480/2014-6-27.pdf>
- Statistisk Sentralbyrå (2015). *Barnevernsinstitusjoner, 2014*. Hentet fra <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverni/aar>.
- Stattin, H., Romelsjö, A., & Stenbacka, M. (1997). Personal Resource as Modifiers of the Risk for Future Criminality. An Analysis of Protective Factors in Relation to 18-Year-Old Boys. *British Journal of Criminology*, 37(2), 198-223. doi: [10.1093/oxfordjournals.bjc.a014155](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjc.a014155)
- Strother, K. B., Swenson, M. E., & Schoenwald, S. K. (2009). *Multisystemisk terapi. Organisasjonsmanual*. Oslo: Atferdssenteret og Budir.
- Thøgersen, D., Lønnum, K., Tollefsen, N., & Christensen, B. (2012). Ungdom med atferdsforstyrrelser. I: Martinsen, K., & Hagen, R. (Red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s.251-283). Oslo: Gyldendal.
- Turner, W., & Macdonald, G. (2011). Treatment foster care for improving outcomes in children and young people: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 21(5), 501-527. doi: [10.1177/1049731511400434](https://doi.org/10.1177/1049731511400434)

- Van Ryzin, M. J., & Leve, L. D. (2012). Affiliation with delinquent peers as a mediator of the effects of multidimensional treatment foster care for delinquent girls. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(4), 588-596. doi: [10.1037/a0027336](https://doi.org/10.1037/a0027336)
- Vaskinn, A., & Egeland, J. (2012). Testbruksundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norske psykologer. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 49*, 658-665. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2012/658-665.pdf>
- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): a meta-analysis. *Clinical psychology review, 34*(6), 468-481. doi: [10.1016/j.cpr.2014.06.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006)
- Vinnerljung, B. & Andreassen, T. (2015). Barn och unga i samhällets vård - Forskning om den sociala dygnsvården. *Forskning i korthet, 4*. Hentet fra <http://forte.se/wp-content/uploads/2015/02/forskning-i-korthet-barn-och-unga-i-samhallets-varld.pdf>
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological bulletin, 128*(1), 118-150. doi: [10.1037/0033-2909.128.1.118](https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.1.118)
- Webster-Stratton, C. (1985). Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children. *Behavior Therapy, 16*(2), 223-243. doi: [10.1016/S0005-7894\(85\)80048-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(85)80048-4)
- Welch, B. L. (1947). The generalization of student's' problem when several different population variances are involved. *Biometrika 34*(1), 28-35. doi: [10.2307/2332510](https://doi.org/10.2307/2332510)
- Westermarck, P. K., Hansson, K., & Vinnerljung, B. (2008). Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) reduce placement breakdown in foster care. *International Journal of Child & Family Welfare, 4*, 155-171. Hentet fra [https://www.researchgate.net/publication/242262481\\_Does\\_MTFC\\_reduce\\_placement\\_breakdown\\_in\\_Foster\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/242262481_Does_MTFC_reduce_placement_breakdown_in_Foster_Care)
- Westermarck, P. K., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication. *Journal of Family Therapy, 33*(1), 20-41. doi: [10.1111/j.1467-6427.2010.00515.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00515.x)
- Wong, T. M., Slotboom, A. M., & Bijleveld, C. C. (2010). Risk factors for delinquency in adolescent and young adult females: A European review. *European Journal of Criminology, 7*(4), 266-284. doi: [10.1177/1477370810363374](https://doi.org/10.1177/1477370810363374)
- WHO (2000). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Statens helsetilsyn.

# Appendix A

Tabell A1: Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD) samt nedre og øvre konfidensintervall (CI) for T-skårer på CBCL og YSR i TFCO-utvalg.

	CBCL (n=40)				YSR (n=40)			
	M	SD	95 % CI		M	SD	95 % CI	
			nedre	øvre			nedre	øvre
Internaliserende	66.1	7.7	63.7	68.5	56.3	11.6	52.7	59.9
Eksternaliserende	75.7	7.8	73.2	78.1	66.8	8.7	64.1	69.5
Total	71.6	6.3	69.7	73.6	62.2	9.8	59.1	65.2
Angst	64.1	10.9	60.7	67.4	57.9	10.9	54.5	61.3
Depresjon	67.0	9.3	64.1	69.9	58.6	8.4	56.0	61.2
Somatikk	63.4	8.1	60.9	65.9	57.5	8.3	54.9	60.0
Sosiale problemer	65.8	8.3	63.2	68.4	57.0	8.4	54.3	59.6
Tankeproblemer	66.0	9.2	63.1	68.8	60.3	10.0	57.1	63.4
Oppmerksomhetsproblemer	68.5	9.8	65.4	71.5	62.7	10.8	59.3	66.0
Regelbrudd	77.2	8.8	74.5	80.0	69.0	8.2	66.5	71.5
Aggresjon	75.4	12.5	71.5	79.3	63.1	8.8	60.3	65.8



# Appendix B

Tabell B1: Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), standardfeil (SE) og konfidensintervall (CI) på atferdsmål fordelt på metodene FFT, MST og TFCO

Atferdsmål	Metode	M	SD	SE	95 % CI	
					nedre	øvre
Atferd total	FFT	.936	.858	.073	.792	1.079
	MST	2.621	1.014	.043	2.536	2.706
	TFCO	3.025	1.000	.158	2.705	3.345
Bruker vold	FFT	.321	.469	.040	.243	.400
	MST	.769	.422	.018	.734	.805
	TFCO	.775	.423	.067	.640	.910
Kriminalitet	FFT	.143	.351	.030	.084	.202
	MST	.577	.495	.021	.535	.618
	TFCO	.775	.423	.067	.640	.910
Bruker rus	FFT	.157	.365	.031	.096	.218
	MST	.540	.499	.021	.498	.582
	TFCO	.650	.483	.076	.496	.804
Ikke skole/jobb	FFT	.314	.466	.039	.236	.392
	MST	.734	.442	.019	.697	.772
	TFCO	.825	.385	.061	.702	.948

Tabell B2: Gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), standardfeil (SE) og konfidensintervall (CI) på YLS-skårer fordelt på metodene FFT, MST og TFCO

Risikområde	Metode	M	SD	SE	95 % CI	
					nedre	øvre
Total	FFT	11.34	6.21	.52	10.30	12.38
	MST	19.09	5.43	.23	18.64	19.55
	TFCO	23.08	3.72	.59	21.88	24.27
Kriminalitet	FFT	.15	.40	.03	.08	.22
	MST	.52	.78	.03	.45	.58
	TFCO	1.30	.88	.14	1.02	1.58
Familie	FFT	3.19	1.44	.12	2.95	3.43
	MST	3.63	1.31	.06	3.52	3.74
	TFCO	5.15	.89	.14	4.86	5.44
Utdanning	FFT	2.34	1.69	.14	2.05	2.62
	MST	3.65	1.73	.07	3.50	3.79
	TFCO	4.83	1.28	.20	4.42	5.23
Venner	FFT	.93	1.07	.09	.75	1.11
	MST	2.13	1.23	.05	2.03	2.24
	TFCO	2.45	1.18	.19	2.07	2.83
Rus	FFT	.28	.56	.05	.18	.37
	MST	1.12	1.26	.05	1.01	1.22
	TFCO	1.65	1.46	.23	1.18	2.12
Fritid	FFT	1.33	1.10	.09	1.15	1.51
	MST	1.95	.92	.04	1.87	2.02
	TFCO	1.93	.62	.10	1.73	2.12
Personlighet	FFT	2.30	1.71	.14	2.01	2.59
	MST	4.05	1.64	.07	3.92	4.19
	TFCO	3.80	1.59	.25	3.29	4.31
Holdninger	FFT	.84	1.20	.10	.64	1.04
	MST	2.05	1.29	.06	1.94	2.16
	TFCO	1.98	1.03	.16	1.65	2.30