

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 252/2016

# Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård

En systematisk översikt och utvärdering av  
ekonomiska, sociala och etiska aspekter

**Rapportserie** Denna rapport hör till serien SBU Utvärderar (ISSN 1400-1403). Rapportserien baseras på systematiska litteraturgenomgångar av forskningsartiklar. Rapporten har utarbetats av en grupp sakkunniga inom ämnesområdet. De sakkunniga har bland annat preciserat frågeställningen, bedömt forskningens kvalitet och diskuterat de sammanvägda resultat som framkommit. Frågeställningen belyses ur ett etiskt och hälsoekonomiskt perspektiv och rapporten omfattar även en evidensgradering som visar hur starkt det samlade vetenskapliga underlaget är. Rapporten har granskats såväl internt inom SBU som av externa granskare inom området.

**Innehållsdeklaration**

✓ Utvärdering av ny/etablerad metod	✓ Patienter/brukare medverkar
✓ Systematisk litteratursökning	✓ Etiska perspektiv
✓ Relevansgranskning	✓ Ekonomiska perspektiv
✓ Kvalitetsgranskning	✓ Samhälleliga perspektiv
✓ Sammanvägning av resultat	✓ Godkänd av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
✓ Evidensgradering gjord av SBU	✓ Godkänd av SBU:s nämnd
✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga	

**Nyckelord** Institutionsvård, Ungdomar, Institutionsplacerade ungdomar, Antisocial problematik, Antisociala ungdomar, Behandlingsprogram

**Utgiven** Juni 2016

**Giltighetstid** Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat

**Beställ** Denna rapport (nr 252) kan beställas från Strömberg distribution.  
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: sbu@strd.se

**Produktion** Grafisk produktion av Emma Österman, SBU. Tryckt av Elanders Sverige AB, Mölnlycke, 2016. Omslagsfoto: Shutterstock

**Diarienummer** UTV2014/588

**Citera denna rapport** SBU. Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU-rapport nr 252. ISBN 978-91-85413-95-9.

# Innehåll

<b>Sammanfattning och slutsatser</b>	<b>5</b>
<b>1 Inledning</b>	<b>9</b>
<b>2 Bakgrund</b>	<b>13</b>
Ungdomar med antisocial problematik	13
— Från riskfaktorer till orsaker	15
Institutionsvård	16
— Program i institutionsvården	20
— Ungdomskulturen som moderator	20
— Hemmamiljön – ungdomarnas sociala miljö och eftervård	21
Program som pågår under institutionsvistelsen	22
— Aggression Replacement Therapy (ART)	22
— Dialektisk beteendeterapi (DBT)	23
— Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)	24
— Teckenekonomi (TE)	24
Program initierade i samband med utskrivning	25
— Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)	25
— Family Integrated Transitions Program (FIT)	26
Program för vilka relevanta vetenskapliga resultat saknas	27
— Funktionell familjeterapi (FFT)	27
— Återfallsprevention (RP)	27
— Parent Management Training (PMT)	28
Effektmått som förekommer i studierna	28
— Aggression Replacement Therapy (ART)	29
— Dialektisk beteendeterapi (DBT)	29
— Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)	30
— Teckenekonomi (TE) inklusive Contingency Management (CM)	30
— Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)	30
— Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST-FIT)	30
<b>3 Metod för den systematiska översikten</b>	<b>31</b>
Frågeställning	31
Sökning och urval av litteratur	32
— Vetenskaplig kvalitet, sammanvägning av resultat och evidensstyrka	33

<b>4</b>	<b>Resultat</b>	<b>37</b>
	Sammanfattning	37
	— ART (Aggression Replacement Therapy)	39
	— DBT (Dialectical Behavioral Therapy)	42
	— SITCAP-ART (Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth)	43
	— TE (Teckenekonomi)	44
	— A-CRA (Adolescent Community Reinforcement Approach) och CM (Contingency Management)	46
	— MST-FIT (Family Integrated Transitions Program)	48
	— Program för vilka relevanta vetenskapliga resultat saknas	49
<b>5</b>	<b>Ekonomiska aspekter</b>	<b>51</b>
	Sammanfattning	51
	Inledning	51
	Beslutsproblem	52
	Systematisk litteraturgranskning	54
	Diskussion	55
<b>6</b>	<b>Etiska aspekter</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>Verksamheten i Sverige</b>	<b>61</b>
<b>8</b>	<b>Diskussion</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>Kunskapsluckor</b>	<b>67</b>
<b>10</b>	<b>Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd</b>	<b>69</b>
	Projektgrupp	69
	— Sakkunniga	69
	— SBU	70
	Externa granskare	70
	SBU:s vetenskapliga råd – Brage	71
	SBU:s nämnd	71
<b>11</b>	<b>Ordförklaringar och förkortningar</b>	<b>73</b>
<b>12</b>	<b>Referenser</b>	<b>77</b>
	<b>Bilaga 1 Tabeller - inkluderade studier</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/252">www.sbu.se/252</a>
	<b>Bilaga 2 Sökstrategier</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/252">www.sbu.se/252</a>
	<b>Bilaga 3 Exkluderade studier</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/252">www.sbu.se/252</a>
	<b>Bilaga 4 GRADE</b>	tillgänglig på <a href="http://www.sbu.se/252">www.sbu.se/252</a>

# Sammanfattning och slutsatser

## Syfte

Syftet är att sammanställa ett kunskapsstöd gällande nio specifika och namngivna program<sup>1</sup> vid institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik.

1. Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)
2. Aggression Replacement Training (ART)
3. Dialectical Behavior Therapy/Dialektisk beteendeterapi (DBT)
4. Functional Family Therapy/Funktionell familjeterapi (FFT)
5. Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST–FIT)
6. Parent Management Training (inklusive Komet)
7. Relapse Prevention/Återfallsprevention (RP)
8. Token Economy/Teckenekonomi (TE)
9. Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)

De flesta strukturerade behandlingsprogram för barn med antisocial problematik har utvecklats för att användas inom öppenvård, skola, familj eller annan närmiljö. De har även blivit utvärderade i sådana sammanhang. Exempel på program är Multisystemisk terapi (MST), Funktionell familjeterapi (FFT), Parent Management Training (PMTO, Triple P, De otroliga åren, Komet m m).

<sup>1</sup> I rapporten används genomgående de engelska benämningarna, men för vissa program/metoder finns etablerade svenskspråkiga begrepp; dialektisk beteendeterapi, funktionell familjeterapi, återfallsprevention och teckenekonomi. Vi använder även begreppet ”program” genomgående trots att teckenekonomi, som är ett icke-manualbaserat förstärkningssystem, snarare är en metod än ett program.

Med undantag för ART (Aggression Replacement Training) så är det ytterst få program som har modifieringar anpassade till en institutionsmiljö. Därför är det inte så konstigt att det saknas utvärderingar av programmens effekter när de används inom institutionsvård.

## Slutsatser

- ▶ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma följande program: ART, DBT, FFT, MST-FIT, PMT (inklusive Komet), RP, TE och SITCAP-ART. Det går därför inte att avgöra vilka effekter programmen har, jämfört med de alternativ som vanligtvis förekommer, när det gäller institutionsplacerade ungdomar.
- ▶ A-CRA (inklusive case manager) minskar risken för återfall i bruk av marijuana jämfört med vanligt förekommande alternativ, men det vetenskapliga underlaget är begränsat.
- ▶ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma relationen mellan programmens kostnader och effekter.

Vilka kan de praktiska konsekvenserna vara av dessa resultat? Avsaknaden av relevanta, tillförlitliga resultat behöver inte betyda att program bör tas bort från befintlig verksamhet. Det betyder inte heller att man måste avstå från att införa nya program som bedöms som lovande. Det som krävs är strukturerade former för hur man avvecklar, bibehåller eller inför program. Detta kan ske genom lokal uppföljning där både positiva och eventuellt skadliga effekter utvärderas systematiskt.

## Resultat

Underlaget inkluderar i sin helhet 17 studier, varav en redovisar svenska förhållanden. Dessa studier omfattar i sin tur data från cirka 1 680 ungdomar. För programmen FFT, PMT och RP saknas dock relevanta studier. För FFT och PMT beror detta på att dessa program inte avser institutionsvård. För återfallsprevention (RP) finns studier, men inte avseende den åldersgrupp som ingått i vårt uppdrag.

SBU:s kunskapssammanställning visar att det vetenskapliga underlaget generellt sett är otillräckligt för att kunna bedöma effekten av de flesta program som används vid institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik. Detta betyder att valet mellan alternativa program inte kan avgöras med stöd av det vetenskapliga underlag som sammanställts i rapporten. Istället är därför andra aspekter avgörande för sådana val, till exempel bedömning av de placerade ungdomarnas behov vid respektive institution, personalens kompetens, lokal, budget med mera.

## Diskussion

Otillräckligheten beror på alltför få individer per studie, oklarheter kring programinnehåll och kontrollvillkor, tveksamma eller oklara mätmetoder samt att metaanalyser inte har kunnat genomföras på grund av att studierna inte är tillräckligt lika. Det sätt som studierna har lagts upp på har dessutom inte varit anpassat efter hur verksamheten bedrivs på institutionerna. Arbetssättet på institutionerna innebär att program och programkomponenter ingår i en helhet och där målet är att anpassa de olika insatsernas innehåll och intensitet efter individens behov. I de flesta studierna utvärderades endast ett program där det inte framgår om och i så fall på vilket sätt insatserna individanpassats.

Eftervårdsprogrammet Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) är ett undantag. Jämfört med vanligt förekommande alternativ så minskar A-CRA (inklusive case manager) risken för återfall i marijuanabruk. Det vetenskapliga underlaget är dock begränsat. Skattade effekter (inklusive den statistiska felmarginalen) är därmed mycket osäkra och nya forskningsresultat kan mycket väl förändra bilden av hur effektiv A-CRA är. Skälen till de begränsade resultaten är samma problem som för övriga studier, med framför allt den skillnaden att två studier var möjliga att väga samman vilket medförde en större statistisk teststyrka.

## Kunskapsluckor

Det behövs forskning där studieupplägget är anpassat till hur verksamheten på institutionerna är sammansatt, med fokus på flera olika faktorer som påverkar beteendeproblemen. Studierna måste dessutom vara mer rigorösa och omfatta betydligt fler individer jämfört med befintliga studier.

Ungdomarnas antisociala problematik påverkas av många olika faktorer både i och utanför institutionen. De program som undersökts i översikten är inriktade på att förändra några få faktorer. Inget program bygger på ett helhetsperspektiv där avsikten är att påverka flera faktorer.





# 1 Inledning

Under år 2013 fick drygt 32 000 barn och unga social heldygnsvård någon gång under året, antingen frivilligt med stöd av socialtjänstlagen eller utan samtycke enligt lagen om vård av unga (LVU). Dygnsvården ges i familjehem eller på institution. Av dessa placeras ungefär 1 000 ungdomar årligen på något av Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem efter beslut i förvaltningsdomstol. Ett fåtal ungdomar placeras även på SiS enligt lagen om sluten ungdomsvård (LSU) som är en straffrättslig påföljd. Sammantaget rör det sig alltså om ett stort antal personer som får någon form av social dygnsvård varje år.

Inom SiS används flera typer av behandlingsprogram i vården av unga med anti-social problematik. Program för ungdomar med antisocial problematik har ofta sina ursprung i öppenvård och frivillig verksamhet. De har i många fall tagits fram utifrån dokumenterade erfarenheter och teoretiska antaganden. Syftet kan vara att minska ungdomarnas antisociala problematik generellt, specifika former av antisocialt beteende såsom aggressivt beteende eller missbruk, eventuellt sociala färdigheter och kompetens. Programmen kan innehålla både undervisning, sociala övningar av olika slag samt enskild- respektive gruppbehandling. Ytterligare inslag kan vara övningar i socialt och moraliskt resonerande. Programmen kan också innehålla belöningssystem där gott uppförande medför vissa förmåner och ökad frihet, medan problembeteende leder till inskränkningar av olika slag.

Denna SBU-rapport vänder sig i första hand till personer som är verksamma vid SiS-institutioner, socialtjänstpersonal, ledamöter i socialnämnder samt berörda jurister inom förvaltningsrätten.

Många program syftar till att stärka positiva sociala nätverk och arbeta för att den placerade ungdomen bryter med nätverk som ökar risken för antisocialt beteende. Den unges familj kan också ingå som en viktig del i programmen. Själva institutionsvistelsen kan ibland försvåra inslag som har med sociala nätverk att göra. För det första sammanförs ungdomar med andra ungdomar som också har en antisocial problematik när de placeras på institutionerna. Detta ökar risken för negativ kamratpåverkan, något som försvårar försöken att bryta med problematiska nätverk. För det andra kan institutionsvistelsen försvåra möjligheten att utveckla positiva kontakter samt försvåra familjens delaktighet i vården och behandlingen. Några program pågår endast under institutionsvistelsen medan andra påbörjas i samband med att institutionsvistelsen upphör. Det finns även program som omfattar båda dessa perioder.

Syftet med denna rapport är att sammanställa ett kunskapsstöd gällande nio specifika och namngivna program vid institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik: Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA), Aggression Replacement Training (ART), Dialektisk beteendeterapi/Dialectical Behavior Therapy (DBT), Parent Management Training (PMT) inklusive Komet, Funktionell familjeterapi/Functional Family Therapy (FFT), Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART), Teckenekonomi/Token Economy (TE)<sup>1</sup>, Återfallsprevention/Relapse Prevention (RP) samt Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST–FIT).

Rapporten utgör ett kunskapsunderlag från SBU till Statens Institutionsstyrelse (SiS). Rapporten är tänkt som ett stöd för en evidensbaserad praktik. Eftersom det förekommer så många missförstånd kring detta, följer nedan en kort förklaring.

Begreppen evidensbaserad praktik (EBP) och evidensbaserad medicin (EBM) växte fram under 1990-talet i en strävan efter att uppnå en trygg och verksam vård och omsorg. Då evidensbaserad praktik framför allt avser det sociala området är det EBP-begreppet som fortsättningsvis används i denna text<sup>2</sup>. En evidensbaserad praktik bygger på att man vid beslut och utredningar inom vård och omsorg använder information från tre olika informationskällor:

- brukarens erfarenhet, behov och önskemål
- vårdgivarens erfarenhet och förmåga
- den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen

---

<sup>1</sup> Token Economy är egentligen inte ett eget program utan verktyg som syftar till att få vardagen att fungera bättre bl a genom att öka ungdomarnas motivation till att delta i verksamheten.

<sup>2</sup> EBM bygger på samma principer men inom det medicinska området.

EBP betyder alltså inte en verksamhet som enbart bygger på interventioner som testats i randomiserade och kontrollerade studier. EBP är istället en beslutsprocess inom vilken ”vetenskapligt underlag” utgör en av tre viktiga informationskällor. Resultat från vetenskapligt tillförlitliga studier kan omfatta resultat från studier med flera olika forskningsdesign, till exempel randomiserade och kontrollerade studier.

Om man i sin verksamhet använder program vars effektivitet inte utvärderats i randomiserade och kontrollerade studier, innebär då detta att verksamheten inte sköts i enlighet med EBP? Svaret är att verksamheten mycket väl kan skötas i enlighet med EBP. Det handlar om att väga samman den bästa tillgängliga informationen från de tre informationskällorna.

Om man å andra sidan skulle ha tillförlitliga vetenskapliga resultat (t ex baserade på randomiserade och kontrollerade studier) men struntar i att beakta brukarens behov och den erfarenhet som man själv har som vårdgivare och som ens kollegor har, så skulle verksamheten definitivt inte bedrivas i enlighet med EBP-principer.

För att institutionsvård ska bedrivas i enlighet med EBP, krävs det alltså inte att det finns vetenskapligt tillförlitliga resultat till stöd för de program som används, men en situation där sådan information finns är naturligtvis bättre än där tillförlitligt vetenskapligt underlag saknas.

I nästa kapitel presenteras studiepopulationen (ungdomar med antisocial problematik), institutionsvården, de nio programmen (syfte och innehåll) samt vanligt förekommande sätt att mäta effekter av programmen.



# 2 Bakgrund

I detta kapitel beskrivs ungdomar med antisocial problematik som får institutionsvård. Vidare ges en bild av innehållet i de program som omfattas av rapportens syfte. Slutligen ges en kort översikt över de sätt att mäta behandlingseffekter som förekommer inom forskningen.

## Ungdomar med antisocial problematik

De aktuella ungdomarna är relativt sett få men de tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Det är också en grupp som ofta sätter skolan, barnvården, sjukvården och rättsväsendet på prov och som får mycket uppmärksamhet. Många rapporter visar på att dessa ungdomar ofta kännetecknas av en kombination av utåtagerande beteende (externalisering), missbruk, kriminalitet, hälsoproblem och erfarenheter av trauma eller svåra familjeförhållanden. När insatser på hemmaplan eller i öppenvård inte längre är tillräckliga kan någon form av institutionsplacering bli aktuellt.

I forskningslitteraturen används ofta uttrycket ”antisocialt” beteende<sup>1</sup> som ett samlingsbegrepp för utåtagerande handlingar som kränker andras rättigheter eller som strider mot samhälleliga normer. Uttrycket ”antisocialt” står för upprepade brott mot socialt accepterade beteendemönster och inkluderar aggressivitet, regelbrott, motstånd mot vuxenauktoriteter och brott mot allmänt accepterade samhälleliga och sociala normer. Aggressivt beteende är den enskilt viktigaste egenskapen, men begreppet omfattar också olydnad, skolk, stöld, våld, skadegörelse och missbruk.

Uppförandestörning (conduct disorder) är den psykiatriska diagnos som bäst motsvarar antisocialt beteende<sup>2</sup>. Det handlar dels om handlingar som faller inom kategorin lagbrott och dels om faktorer som ökar risken för den typen av handlingar hos ungdomar och vuxna. Lagöverträdelser är i sig inte kvalificerande för beteckningen allvarlig uppförandestörning. Svagheten med psykiatriska diagnoser är att de beskriver individens beteende, men inte de sociala omständigheterna kring problembeteenden. Detta innebär att frågor som är viktiga för att avhjälpa svårigheterna inte ingår i beskrivningen av problemet.

Risikfaktorer är variabler som uppvisat ett samband med ett givet utfall, till exempel en beteendestörning, men det behöver inte finnas ett direkt orsaks-samband mellan riskfaktorn och det bestämda utfallet. Annorlunda uttryckt, om en individ presterar dåliga resultat i skolan, så är sannolikheten större att en störning utvecklas jämfört med om individen presterade goda resultat. Detta betyder dock inte att det är de dåliga skolresultaten som orsakar beteendestörning [1,2]. Flera studier av orsakssamband har emellertid visat att antisocialt beteende är direkt kopplat till egenskaper hos ungdom, familj, vänner, skolengagemang och närmiljö [3,4]. Henggeler och medarbetare påpekar att följande samband konsekvent påvisats av forskning inom flera områden [4]:

**Individ:** Berusning, bristande social anpassning, attityder som bidrar till antisocialt beteende, svag kognitiv förmåga och felaktiga föreställningar om andra personers onda avsikter.

**Familj:** Bristande helhetsbild och osäker disciplin, konflikter, föräldraproblem samt avsaknad av värme och gemenskap.

**Vänner:** Socialt avvikande vänner och bristande sociala förmågor.

**Skola:** Lågt deltagande, bristande engagemang och prestationer med dåliga resultat.

**Närmiljö:** Kriminella subkulturer som bidrar till negativ och normbrytande problematik samt liten tillgänglighet till socialt stöd.

---

<sup>1</sup> Ibland används termen ”normbrytande beteende”.

<sup>2</sup> Efter 18 års ålder används diagnosen antisocial personlighetsstörning, DSM-IV.

Andrews och Bonta sammanfattar forskning om riskfaktorer genom att klassificera dem som viktiga respektive mindre viktiga. Det är också samma riskfaktorer som gäller för flera olika typer av kriminellt beteende. Viktiga riskfaktorer är följande enligt Andrews och Bonta [5,6]:

- Antisociala- prokriminella attityder, värderingar och antaganden om hur socialt samspel fungerar.
- Prokriminella vänner och isolering från ungdomar utan allvarliga problem av denna art.
- Hett temperament, personlighetsfaktorer såsom psykopatologi, impulsivitet, egocentricitet, lägre intelligens än genomsnittet och bristande problemlösningsförmåga.
- En lång historia av problembeteende från tidig ålder.
- Föräldrar som själva är kriminella.
- Andra psykosociala problem i familjen såsom omsorgssvikt.
- Låg utbildningsnivå och dåliga prestationer.

De mindre viktiga faktorerna, enligt Andrews och Bonta är att tillhöra lägre sociala klasser eller att vara drabbad av psykisk ohälsa i form av låg självkänsla, ångest, depression samt ett antal biologiska och neuropsykiatriska indikatorer.

### **Från riskfaktorer till orsaker**

I studier, där man följt barn över tid under 1970- och 1980-talen, har man värderat hur barnens beteenden och miljöer kan påverka risken för att de utvecklar antisocialt beteende. I huvudsak rörde det sig om observationsstudier. Man identifierade stabila samband mellan antisocialt beteende och ett antal faktorer. Med stöd av dessa fynd lades grunden till såväl förebyggande insatser som interventioner för att behandla den antisociala problematiken.

En begränsning rörande observationsstudier är att det är mycket svårt att avgöra vilka riskfaktorer som också är orsaker till antisocialt beteende. I nyare forskningsöversikter har man dock, med hjälp av nya statistiska metoder försökt sammanställt vilka riskfaktorer som också utgör orsaker. Det handlar om att barnen varit med om följande [7]:

- barnmisshandel,
- hårda och auktoritära uppfostringsmetoder,
- skilsmässor,
- deprimerade mödrar,
- antisociala föräldrar,
- mödrar som varit yngre än 20 år,
- vänner med avvikande beteenden, samt
- i viss mån fattigdom.

I en studie sammanfattar Pardini och Frick [8] att forskningen under de senaste tio åren tydliggör att det finns ett flertal olika orsaker till allvarliga beteendeproblem och kriminalitet bland ungdomar. Bland de många påverkansfaktorerna inkluderas genetiska faktorer, neurokognitiva faktorer, temperamentsfaktorer, kamratrelationer, skolfaktorer och familjefaktorer. En rad longitudinella studier har visat att ungdomar med beteendeproblem som har sitt ursprung i barndomen löper hög risk att utveckla ihållande antisocialt- och brottsligt beteende i vuxen ålder. Ungdomar som utvecklar beteendeproblem i barndomen har ofta långvariga problem relaterat till exempelvis ADHD och trotsyndrom i tidig ålder [9].

Interventionseffekter kan mätas i form av förändringar av attityder, antaganden och föreställningar om hur socialt samspel fungerar liksom beteendeförändringar. I forskningslitteraturen har man samlat en uppsättning generella riskfaktorer. Det finns dock behov av att identifiera olika riskförlopp som kan innehålla åtskilliga olika kombinationer av riskfaktorer. Dessa olika riskförlopp kan ha betydelse för hur interventionerna bör se ut. Det kan vara så att vissa interventionskomponenter påverkar antisocialt beteende generellt samt att andra komponenter är relaterade till specifika effekter.

## Institutionsvård

Inom forskningen, kring ungdomar med antisocial problematik och institutionsvård, finns det ingen allmänt accepterad uppfattning om vad som kännetecknar en institution. Det man är överens om är att en institution erbjuder insatser 24 timmar om dygnet till barn och ungdomar.

Generellt sett är variationerna mycket stora avseende innehåll, organisation, etc. Detta har medfört stora svårigheter att utvärdera effekterna av institutionen som sådan. Varje institution präglas av en bestämd miljö. Denna miljö anses ofta vara en central del inom institutionsvården där grupper, familjer och individanpassad vård inkluderas. Denna miljö är emellertid ett oklart begrepp som ofta är dåligt beskrivet [10].



Den mest kraftfulla komponenten i miljöarbetet på institution är förmodligen det dagliga samspelet mellan ungdom och personal. Detta samspel är inte särskilt utförligt beskrivet i forskningen. Kärnan i institutionsvården är de frågor som dessa interaktioner handlar om samt de metoder som används vid interaktionen. Forskarna Plant och Panzarella påpekar att institutionsvård är ett komplext begrepp som inkluderar regler, terapier, metoder, samspelet inom personalgruppen, strukturer, filosofier etc – egentligen allt som sker under varje helt dygn [10].

Det finns relativt lite stöd för goda resultat av institutionsvård som sådan [11]. Bland utvärderingar inom Sverige kan Levins utvärdering nämnas [12]. I denna studie fann man att 80 procent av ungdomarna från en institution begick brott efter utskrivning. En del av dessa ungdomar hade inte begått brott före sin institutionsvård. Man bedömde att 13 procent lämnade sin kriminella bana. Hela 70 procent missbrukade narkotika efter behandlingen vilket kan jämföras med att 60 procent missbrukade före behandlingen. Endast 5 procent hade slutat med sitt missbruk.

Ungdomarna tillfrågades om vilken effekt institutionsvården haft avseende drogmissbruk [12]. Andelen som ansåg att vården inte haft någon positiv effekt var 75 procent, medan den resterande andelen menade att vården påverkat dem i positiv riktning. Huvudintrycket från utvärderingen var att de som missbrukade före placeringen fortsatte med detta efter utskrivningen.

En annan svensk studie fann att många ungdomar använde mer narkotika efter vård vid statliga ungdomshem än vad de gjorde före placeringen [13]. En tredjedel av ungdomarna var drogfria då institutionsvården påbörjades, men var missbrukare av tung narkotika ett år efter utskrivning. I ytterligare en svensk studie fann Pettersson [14] att 68 procent av ungdomarna, som dömts till slutna ungdomsvård, dömdes för nya brott inom tre år och 78 procent blev lagförda.

I internationella studier varierar motsvarande resultat från negativa effekter, till inga effekter eller till positiva effekter. I en studie undersökte man relationen mellan institutionsvård och beteendeproblem efter institutionsvistelsen [15]. Studien omfattade över 5 000 ungdomar som placerats på institution och som matchats, avseende relevanta riskfaktorer, med ungdomar placerade i familjehem. Matchningen syftade till att de jämförda grupperna skulle vara så lika varandra som möjligt.

Av särskilt intresse är att studien omfattar ungdomar som inte placerats på grund av sitt kriminella beteende [15]. Istället berodde placeringen på annat såsom föräldrarnas sociala och känslomässiga problem, omsorgssvikt eller övergrepp. Resultaten visar att risken för att institutionsungdomarna ska bli arresterade efter utskrivning var två och en halv gånger större jämfört med familjehemsplacerade ungdomar [15]. Denna risk ökade ju längre institutionsvården pågick. Den slutsats man drog var att institutionsbehandling generellt bör vara det sista alternativet för dessa ungdomar. Man bör även ifrågasätta själva institutionsvården för ungdomar med denna typ av problem.

I studien av James pekar han på att svagheten i en stor del av den befintliga forskningen om institutionsbehandling är att institutionerna betraktas som om de vore enhetliga [16]. Med få undantag utvärderas institutionerna utan att man redogör för specifika modeller eller att det ges tillräcklig information om vilken typ av behandling ungdomarna har fått. James framhåller behovet av redogörelser av specifika institutionsmodeller och utvärderingen av dessa [16]. Whittaker menar att en växande skepsis vad gäller effektiviteten hos ”traditionella” institutioner har lett till ett sökande efter effektivare insatser [17].

Det finns idag mycket forskning kring de mekanismer som är involverade i utvecklingen av missbruks- och beteendestörningar och om effektiva åtgärder. Pattersons teori om social interaktion och inlärning (coercion theory) handlar om riskfaktorer och hur dessa samspelar med resulterande beteendeproblem [18]. Barnets erfarenheter av inlärning i familjen är en av de viktigaste tidiga riskfaktorerna för utveckling av antisocial problematik. Enligt teorin är svagheter i föräldraskapet den viktigaste drivkraften bakom en avvikande utveckling.

Det svaga föräldraskapet lägger även grunden för senare påverkan från dåliga vänner och bristande förmåga att klara av skolan. Det svaga föräldraskapet kan i sin tur bland annat påverkas av de stressbelastningar som familjen drabbas av. Exempel på detta är, enligt Patterson; sjukdomar, psykiska problem, droger, dålig ekonomi, arbetslöshet, skilsmässor osv. Detta kan i sin tur påverka barnen till exempel genom att förstärka ett aggressivt beteende. Centralt i Pattersons teori är att familjemedlemmarna involveras i ett alltmer negativt samspelsmönster präglad av tvång.

En typisk utveckling av antisocialt beteende består av fyra faser enligt Patterson: (1) Grundläggandet, (2) Omgivningens reaktioner, (3) Avvikande vänner och (4) Antisocial karriär som vuxen.

1. **Grundläggandet.** Ofta handlar det om barn med bestämda neurologiska brister eller ett problematiskt temperament. Detta kan vara svårt för föräldrarna att kontrollera och påverka. Barnet visar tidigt tecken på svårigheter att anpassa sig efter regler och krav. Detta resulterar ofta i ett tvångsmässigt samspelsmönster där barnet lär sig att kontrollera sin omgivning genom ett aggressivt beteende. Här sker en förstärkning av oönskat beteende hos både föräldrar och barn. Barnet reagerar med aggressivitet inför krav. Detta medför att föräldrarna drar sig tillbaka. Innebörden är en ömsesidig negativ förstärkning. Barnet lär sig att vuxna ger vika inför aggressivt beteende. De vuxna lär sig att barnets ilska upphör när de drar sig undan. Barnet slipper därmed att göra saker han eller hon inte vill medan de vuxnas förmåga att påverka barnets beteende är liten. När sådana händelseförlopp upprepas, så ökar sannolikheten för en upptrappning av aggressiviteten mellan barnet och föräldrarna.

2. **Omgivningens reaktioner.** Vid skolstarten får barnet ofta svårt att förhålla sig till omgivningens krav. Barnet undviker svåra uppgifter och krävande situationer som en följd av sitt reaktionsmönster. Barnet följer inte upp skolarbetet och har dåliga relationer med sina lärare. Gradvis avvisas barnet av både vuxna och jämnåriga beroende på sitt beteende. Även om barnet är fysiskt närvarande så hamnar barnet utanför det sociala samspelet i klassen.
3. **Avvikande vänner.** Dåliga skolresultat och sociala relationer medför att barnet söker sig till vänner utanför den egna skolklassen. Barnet, som nu är på väg att bli en ungdom, söker sig till likasinnade med negativa attityder till skolan och till de krav och regler som kommer från vuxna. Denna typ av antisociala kontakter ger ökade möjligheter till ”träning” i negativa attityder och beteenden. I sin tur försämrar detta föräldrarnas möjligheter till att kontrollera sitt barn. Resultatet är att tillhörigheten till avvikande vänner förstärks. Dessa vänner har också misslyckats med att tillmötesgå omgivningens krav och de deltar i aktiviteter som bryter mot samhällets regler och normer (missbruk, kriminalitet, m m).
4. **Antisocial karriär som vuxen.** De ungdomar som fortsätter enligt denna utveckling får ofta problem med att sköta ett arbete, leva upp till sociala krav osv. En del av dessa ungdomar utvecklas till kroniskt kriminella. De uppvisar beteenden som samhället inte accepterar och följer istället andra regler.

Det finns forskningsstöd för att förändring av riskfaktorer hänger samman med minskning av beteendeproblem [19]. Baglivio och medarbetare fann bland annat att de institutioner som klarar av att förändra riskfaktorer, så att risknivån minskar, lyckas med att minska det kriminella beteendet efter institutionsvistelsen [20]. Den grad med vilken det kriminella beteendet minskar, var relaterad till reduceringsgraden avseende risknivån. Denna forskning har bidragit till att utveckla en modell för utvecklingsorienterade interventioner [21]. De åtgärder som vidtas bör inriktas på att reducera riskfaktorer och förstärka skyddsfaktorer.

Det är ett komplext samspel mellan riskfaktorer hos ungdomarna och den miljö de befinner sig i som bidrar till att vidmakthålla beteendeproblemen. Komplexiteten innebär att det är orealistiskt att förvänta sig en reduktion av dessa problem utan att ta hänsyn till faktorer inom flera områden. Omfattningen av sådana faktorer tyder på att ett socialekologiskt perspektiv är nödvändigt vid behandling av sådana beteendeproblem.

## Program i institutionsvården

Det finns ett antal olika program som används på institutioner. Många av programmen bygger på kognitiv beteendeträning och/eller social inlärningsteori. Ett antal studier, systematiska översikter och metaanalyser stödjer slutsatserna att program som bygger på kognitiv beteendeträning och social inlärningsteori ger bäst effekt vad gäller förändring av beteendeproblem [22-24]. Sådana program fokuserar oftast på träning i sociala färdigheter, aggressionskontroll och förändrade tankemönster, som till exempel både Aggressiv Replacement Training (ART) och EQUIP (Equipping Youth to Help One Another) gör. En svårighet med den typen av program är att de bara fokuserar på några faktorer som påverkar antisocialt beteende [25].

Andra verktyg (egentligen inga program i sig) som kan ingå, såsom teckenekonomi, är inriktade på ungdomarnas motivation till ett nytt beteende med hjälp av olika belöningsystem. Teckenekonomi skiljer sig således från andra program i denna rapport eftersom detta inte är en manualbaserad metod som bedrivs i form av specifika sessioner utan är ett förhållningssätt som pågår dygnet runt under hela vistelsetiden. När teckenekonomi används är det inte säkert att ungdomarna till exempel får träning i sociala färdigheter. Teckenekonomi är därför ofta inte tillräckliga för en förändring av ungdomarnas beteendeproblem.

Institutionsvårdens särprägel är att den pågår dygnet runt och är en inramning av flera olika aktiviteter, varav ett specifikt programinnehåll är en aktivitet. Ungdomarnas utveckling påverkas således också av hur personalgruppen fungerar och av samspelet med andra ungdomar.

## Ungdomskulturen som moderator

Levin [12] fann dåliga behandlingsresultat vid en undersökning av svenska ungdomshem. Förklaringen, enligt Levin, finns i att ungdomarna utvecklat en egen ungdomskultur inne på institutionen och inom ramen för denna kultur förmedlar de sina kriminella erfarenheter till varandra. Nya ungdomar tar på så sätt till sig kriminella värderingar och kunskaper från andra intagna. Sådana "smittoeffekter" eller negativ kamratpåverkan har studerats och diskuterats i flera studier [26,27].

Även om riskerna för negativ påverkan alltid är närvarande vid institutionsvård, påpekar man samtidigt att detta inte gäller alla ungdomar eller sammanhang. De framhåller att man måste ta hänsyn till flera variabler. Det gäller ungdomens mogenhetsnivå, hur pass allvarliga ungdomens avvikelser är samt personalens kompetens. Man påpekar vidare att resultat i enskilda studier ger stöd för att gruppinterventioner för ungdomar med beteendeproblem och missbruksproblem kan vara verkningsfulla utan negativa smittoeffekter.

Risken för negativ kamratpåverkan kan dessutom minskas med kort vistelsetid i kombination med en stödjande miljö, hög grad av struktur, kontakter med jämnåriga som inte har beteendeproblem utanför institutionen samt lämplig uppföljning efter institutionsvården. Centralt är att personalen är i stånd att minimera ungdomarnas möjligheter till kommunikation sinsemellan så att inte den kriminella drogpositiva kulturen förstärks [27].

Relativt många studier har visat att institutionsvård av lågriskungdomar med beteendeproblem kan medföra försämrade framtidsutsikter [28]. Mot bakgrund av detta har rekommendationen varit att man bör försöka undvika placering av lågriskungdomar på institution. Senare forskning tyder emellertid på att institutionsvård av lågriskungdomar inte behöver vara skadligt så länge som de inte placeras tillsammans med högriskungdomar [29].

## **Hemmamiljön – ungdomarnas sociala miljö och eftervård**

På senare tid har det funnits ett ökat fokus på betydelsen av faktorer utanför institutionen för att kunna förändra antisocialt beteende. Det har också utvecklats program som inte bara fokuserar på att förändra ungdomen, utan också på att förändra den omgivning som man kommer tillbaka till. Ett sådant exempel är Family Integrated Transition (FIT). Betydelsen av förändring av hemmiljön har dokumenterats i många studier [30,31].

En institutionsplacering har små förutsättningar att påverka riskfaktorer i hemmet (familj, vänner/fritid och skola), oavsett hur länge placeringen varar [32,33].

French och Cameron har sammanställt resultat av vård vid institutionsplaceringar i USA, England och Irland [34]. I studien av Hair har det gjorts motsvarande rörande behandlingshem i USA [11]. Slutsatserna var likartade i de två sammanställningarna. Ungdomar som har varit på institution kan generellt sett vara i ett bättre tillstånd när de skrivs ut jämfört med hur det såg ut när institutionsvistelsen påbörjades. Ett stort problem är dock svårigheter att upprätthålla dessa positiva effekter efter utskrivningen. De studier som granskades visade konsekvent på vikten av arbete med de ungas familjer under vistelsen på institutionen.

I många fall är inte familjen ett realistiskt stödsystem att återvända till. Det har ändå visat sig att en viktig faktor för ett positivt resultat är att föräldrarna, eller den som ersätter föräldrarna, får hjälp med att ge ungdomarna stöd och en konsekvent struktur [35]. Att misslyckas med att inkludera föräldrarna i behandlingen tycks utgöra det enskilt största hindret för att vidmakthålla eventuella

positiva förändringar som har uppnåtts under institutionsvistelsen. Leichtman och medarbetare kom fram till att varaktiga förändringar bara kan uppnås om föräldrarna involveras från början, och på ett sätt där föräldrarna ses som en resurs [36].

Avslutningsvis kan nämnas att synen på institutionsvårdens roll i den sociala barn- och ungdomsvården är under omstöpning. Historiskt sett finns det problem med forskningen enligt vissa forskare. Man har överskattat betydelsen av den vård som erbjuds under den tid då ungdomen är placerad på institution. Det som sker med ungdomarna före respektive efter tiden på institution har man däremot utvärderat [37].

Idag betonar de flesta forskningsöversikter begränsningarna i standardiserade och protokollbaserade program på institutioner [38]. Vi kan inte förvänta oss annat än partiella och kortvariga förändringar i svåra beteendeproblem från en praxis baserade på sådana program. Om man är intresserad av långsiktiga förändringar, så måste man rikta uppmärksamheten mot den sociala miljön utanför institutionen [38].

## Program som pågår under institutionsvistelsen<sup>3</sup>

Vårt uppdrag har omfattat nio program: Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA), Aggression Replacement Training (ART), Dialektisk beteendeterapi (DBT), Parent Management Training (PMT) inclusive Komet, Funktionell familjeterapi (FFT), Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART), Teckenekonomi (TE), Återfallsprevention (RP) samt Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST–FIT).

### **Aggression Replacement Therapy (ART)**

ART är ett manualbaserat preventionsprogram för ungdomar som betar sig aggressivt. Insatsen utvecklades av amerikanska psykologer under 1980-talet och introducerades i Sverige under slutet av 1990-talet. Målgruppen är ungdomar 12–20 år med betydande brister i sociala färdigheter, förmåga till ilskekontroll och moraliskt resonerande. Metoden utvecklades ursprungligen på en institution för pojkar dömda för våldsbrott. Syftet med ART är att minska aggressivitet, öka sociala färdigheter och främja den moraliska utvecklingen hos ungdomarna. På längre sikt är syftet att förhindra att de återfaller i normbrytande beteende.

---

<sup>3</sup> Informationen kommer delvis från Socialstyrelsen: [www.socialstyrelsen.se/evidensbase-radpraktik/metodguide](http://www.socialstyrelsen.se/evidensbase-radpraktik/metodguide), delvis från SAMHSA [www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp](http://www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp), delvis från Colorado Blueprints ([www.colorado.edu/cspv/blueprints/](http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/)) och delvis från egna hemsidor som vissa program har.

ART grundas på social inlärningsteori och kognitiv beteendeterapi. Den bygger även på forskning om förebyggande av stress och ilskekontroll, samt Kohlbergs teori om moralutveckling. Insatsen genomförs av två ART-tränare som är specialutbildade för att hålla i mindre grupper om maximalt 6–8 ungdomar. Den innehåller en beteendekomponent (social färdighetsträning), en emotionell komponent (ilskekontrollträning) samt en värderingskomponent (träning i moraliskt resonerande).

Den sociala färdighetsträningen innebär att ungdomarna först får se exempel på goda sociala färdigheter (modellering). Därefter övar de själva på färdigheterna i rollspel under uppmuntran, och får upprepad instruktion och återkoppling på hur det går. De uppmuntras sedan att delta i aktiviteter där de får fortsätta att träna på sina nya färdigheter för att öka chansen att de blir bestående (överföringsträning). I Sverige brukar ART omfatta tre lektioner per vecka – en för varje komponent – under 10 veckor.

## **Dialektisk beteendeterapi (DBT)**

DBT är en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att minska självskadebeteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning (tidigare borderline personlighetsstörning). Metoden utvecklades av den amerikanska psykologen Marsha Linehan under 1990-talet. Den började användas i Sverige år 1998 inom ramen för en studie vid Karolinska Institutet. DBT utvecklades ursprungligen för självmordsnära och självskadande patienter. Senare har insatsen anpassats för andra typer av problem som också är vanliga hos målgruppen, exempelvis missbruk, ätstörningar, depression och posttraumatisk stress.

DBT syftar primärt till att minska självmords- och självskadebeteenden men även andra beteenden som stör eller försvårar behandlingen och som allvarligt påverkar livskvaliteten. På längre sikt är syftet att lära patienten hitta en inre emotionell balans, hantera sin vardag på ett bättre sätt och få en meningsfull tillvaro.

Liksom annan kognitiv beteendeterapi (KBT) grundas DBT på inlärningsteori och kognitiv teori, men med ett särskilt fokus på emotionsteori. Behandlingen innefattar veckovis färdighetsträning i grupp och individuell terapi. Patienten kan även nå sin individuella terapeut på telefon mellan träffarna, för att få hjälp att undvika destruktivt beteende. Den gruppbaseade färdighetsträningen syftar till att lära sig hantera och stå ut med svåra känslor utan att ta till destruktiva beteenden. Beteendeanalys används för att identifiera vad som föregått, utlöst och förstärkt handlingen, vilka alternativa strategier som kunde ha använts i situationen och vad som försvårar deras användning.

Behandlingen i Sverige pågår vanligen ett år men kan ofta förlängas. Varje vecka innefattar en individuell session à 1 timme och en gruppbasead session à 2,5 timmar. SiS [39] har formulerat riktlinjer för hur DBT ska implementeras och användas på institutionerna.

## **Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)**

SITCAP-ART är ett behandlingsprogram utvecklat i USA avsett för traumatiserade ungdomar i åldern 13–18 år och som begått brott. Syftet med SITCAP-ART är att minska symtom på posttraumatisk stress (PTSD) samt andra psykiska problem relaterade till traumatiska upplevelser.

SITCAP-ART erbjuder strukturerade aktiviteter för att kunna leva ut de traumatiska minnena på ett konkret och skapande sätt (narrative forms). Det kan röra sig om att diskutera specifika upplevelser kopplat till sensoriskt baserade aktiviteter såsom tecknande, målning, fantiserande och avslappningsövningar. Målet med detta är att möjliggöra för ungdomen att skapa ord och språk för att beskriva sina upplevelser. Strategier för kognitiv omstrukturering (cognitive reframing strategies) används därefter till att hjälpa ungdomen att hantera och begripliggöra de traumatiska upplevelserna. SITCAP-ART är ett manualbaserat program och omfattar 10–11 individ- och gruppssessioner (inom öppenvården). Sessionerna pågår vanligtvis under 75 minuter.

## **Teckenekonomi (TE)**

En teckenekonomi är ett belöningsystem som syftar till beteendeförändring. Det är egentligen inte ett eget program i sig utan ett verktyg för att få vardagen att fungera bättre, bland annat genom att öka ungdomarnas motivation till att delta i verksamheten. Metoden kan användas enskilt eller ingå som en del av en mer omfattande insats. Teckenekonomier (eng. Token Economy) började användas i USA under 1960-talet.

Teoretiskt är TE inte begränsad till en viss målgrupp. Teckenekonomier används också i ungdoms- och kriminalvård, i föräldrastödsprogram samt i arbete med skolklasser och med kognitivt funktionsnedsatta barn och vuxna. En teckenekonomi bygger på operant inlärningsteori, som innebär att beteenden kan förstärkas eller försvagas beroende på vilka konsekvenser de får.

Metoden går ut på att man belönar och förstärker önskade beteenden med poäng (eng. tokens). En del teckenekonomier innefattar även en bestraffningskomponent (eng. response cost), som innebär att personen förlorar poäng som en direkt följd av ett oönskat beteende. Man specificerar även vilka tider på dygnet och på vilka platser teckenekonomin ska gälla. Därefter bestämmer man vad poängen ska kunna lösas in mot, det vill säga vad som ska utgöra själva belöningarna.

Teckenekonomin avgränsas av de beteenden man vill förändra och av de miljöer och tider man bestämt att den ska gälla i. Uppgifter om krav på grundutbildning saknas i litteraturen. Metodföreträdare i USA framhåller att behandlingsansvarig för en teckenekonomi bör vara en person med grundutbildning som omfattar inlärningspsykologiska principer och begrepp samt genomförande av beteendeanalys. Mot dessa krav svarar exempelvis en legitimerad psykolog med



KBT-inriktning. Riktlinjer [39] som utfärdats av Statens Institutionsstyrelse kräver att en legitimerad psykolog är ansvarig för insatsen när den används på en SiS-institution. I Sverige finns ett fåtal privata aktörer som ger kurser i teckenekonomi för vårdpersonal och föräldrar.

## Program initierade i samband med utskrivning

### **Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)**

A-CRA är en ungdomsanpassad version av Community Reinforcement Approach (CRA) för vuxna. CRA är en manualbaserad metod för missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Den bygger på inlärningspsykologi och kognitiv beteendeterapi och utvecklades i USA på 1960-talet.

Individen ska utföra aktiviteter i närvaro av naturliga förstärkare i samhället. Det innebär att komma igång med arbete eller studier och sociala aktiviteter och att med stöd av närstående öka frekvensen av andra meningsfulla aktiviteter. Bestraffning undviks och motiverande samtal integreras för att understryka individens ansvar och valfrihet. De huvudsakliga strategierna är självkontrollträning, problemlösningsfärdigheter, kommunikationsträning, särskilt ”tacka-nej-färdigheter”, och återfallsprevention.

Terapin i Sverige kan omfatta cirka tolv sessioner under en tremånadersperiod men också väsentligt färre. Varje session varar högst en timme. Efter dessa sessioner kan några glesa ”boostersessioner” ges under cirka nio månader. Det finns inga restriktioner eller någon licens för att bedriva A-CRA, men det finns ett certifieringssystem. En utbildning på cirka tre dagar med efterföljande handledning ges på ett par ställen i Sverige. Utbildningen förutsätter grundläggande kliniska färdigheter och kompetens i kognitiv beteendeterapi. Utbildning finns bland annat hos: Learning Transfer och KBT-arna.

A-CRA (Adolescent Community Reinforcement Approach) används inom ramen för en form av Case Management kallat ACC (Assertive Continuing Care). Vid ACC tilldelas ungdomen en case manager under 90 dagar efter utskrivning från institution. Denne möter ungdomen och föräldrarna varje vecka för att sammanföra dem med olika typer av samhällsservice, uppmuntra ungdomen att träffa nya vänner, prova nya aktiviteter och förhindra missbruk efter att ha flyttat ut från institution. Case managern tillhandahåller tjänster i enlighet med två manualer: en baserad på Case Management och hembaserad approach och en baserad på Community Reinforcement Approach (CRA).

Insatser kopplade till case managern omfattar hembesök, hjälp att få kontakt med de olika former av samhällsservice som man är i behov av, samt transport till dessa. Dessutom att fungera som talesman för ungdomar vid behov, observera eventuella tecken på återfall, och socialt stöd för att hantera abstinensbesvär eller andra utmaningar.

A-CRA utförs också av case managern. Manualen är en beteendebaserad intervention som syftar till att öka positiva prosociala dagliga aktiviteter. A-CRA inkluderar rutiner för genomförande av funktionell analys av både beteende och aktiviteter samt för att ungdomen ska kunna bedöma sig själv för att utveckla behandlingsmål. Dessa rutiner inkluderar samtal om hur man har kul utan missbruk och hur man får vänner som inte missbrukar droger. Dessutom ingår enskilda samtal med föräldrar för att öka deras motivation att stödja ungdomar, ge föräldrarna förbättrade tekniker, samt förbättra kommunikation och problemlösande färdigheter. SiS har formulerat riktlinjer för hur CRA ska implementeras och användas i samband med institutionsvården [39].

## **Family Integrated Transitions Program (FIT)**

FIT erbjuder individ- och familjefokuserad hjälp för ungdomar som begår brott med psykisk ohälsa och missbruk under den period som ungdomarna slussas ut från institution. Programmets mål är att reducera risken för brott, etablera kontakt mellan föräldrar och adekvat samhällsservice, uppnå drogfrihet, förbättra ungdomarnas psykiska hälsa och förstärka deras prosociala beteende. FIT kombinerar tre insatser och målet är att förändra flera faktorer som påverkar antisocialt beteende. Den övergripande ramen har utvecklats från multisystemisk terapi (MST).

MST är en intensiv, familjeorienterad öppenvårdsbehandling som riktas mot de olika system som påverkar ungdomen, för att skapa en miljö som främjar positivt beteende över tid. MST syftar till att stärka föräldrarna och att etablera välfungerande samarbeten med skola och andra aktörer inom den sociala närmiljön. Förutom miljöfaktorer påverkar även interna faktorer antisocialt beteende såsom svag impuls kontroll, humörsvingningar, och andra typer av känslomässiga svagheter eller bristande beteendekontroll.

FIT innehåller inslag av Dialektisk beteendeterapi (DBT) som en komponent. DBT är utformat för att ersätta dysfunktionellt beteende med funktionellt beteende. Ungdomen tränas i en mängd olika färdigheter såsom att vara medveten om sina känslomässiga tillstånd, kontrollera sina känslor, tolerera stress och interagera med andra på ett funktionellt sätt.

FIT använder också tekniker från Motiverande samtal (MI). MI är en fokuserad och målinriktad metod med det övergripande målet att hjälpa klienten att utforska och lösa ambivalens kring förändring. FIT erbjuds i familjens hem med minst ett möte per vecka. Terapeuterna är tillgängliga 24 timmar om dygnet hela veckan. Behandlingen påbörjas cirka 2 månader innan de unga skrivs ut från institutionen och fortsätter totalt cirka 6 månader.

# Program för vilka relevanta vetenskapliga resultat saknas

För några program finns det inga resultat som baseras på vetenskapliga studier. Här är det viktigt att komma ihåg att dessa program inte har utvecklats för att användas på institutioner eller ens i samband med institutionsvård. Detta gäller bland annat PMT (Komet) och FFT. Avsaknad av vetenskapliga resultat gäller därför inte själva programmen utan för tillämpning av programmen för institutionsplacerade ungdomar med antisocial problematik. Detta betyder förstås inte att dessa program är överksamma i detta sammanhang, det betyder helt enkelt att det inte går att veta eftersom vetenskapligt underlag saknas. Komet används till exempel i flera länder kopplat till institutioner, men det saknas vetenskapliga utvärderingar av resultat inom själva institutionsvården.

## **Funktionell familjeterapi (FFT)**

FFT är en manualbaserad insats för familjer med ungdomar som har utagerande beteendeproblematik. Insatsen utvecklades i USA under 1970-talet av psykolog James Alexander, och används i Sverige sedan år 1991. Målgruppen är familjer med ungdomar i åldrarna 11–18 år som visar ett utagerande beteende eller har begått brott eller missbrukar. Det kortsiktiga syftet är att förbättra relationerna och kommunikationen i familjerna. Långsiktigt är syftet att minska ungdomens antisociala beteende. Insatsen är strukturerad med mål för varje session. Den kan användas hemma hos familjen, på kliniker och på ungdomsinstitutioner. Omfattning och intensitet varierar men pågår vanligen mellan 8 och 12 terapitimmar, men upp till 30 timmar förekommer.

## **Återfallsprevention (RP)**

RP som på svenska benämns som återfallsprevention är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) som bygger på social inlärningsteori och kognitiv psykologi och syftar till att förebygga återfall i missbruk. Metoden utvecklades av amerikanska forskare och började användas i Sverige under senare delen av 1980-talet. Ursprungligen utvecklades återfallsprevention för vuxna med alkoholproblem. Idag används metoden även för ungdomar med missbruk och beroendeproblem som rör narkotika, läkemedel, tobak och spel. Syftet är att förebygga återfall i missbruk och beroende.

Metoden syftar till att ge yttre (beteendeinriktade) och inre (kognitiva) färdigheter för att påverka såväl återfalls- som nykterhetsprocessen, och därmed möjligheter att undvika återfall. De yttre färdigheterna handlar bland annat om att kunna tacka nej till alkohol på ett effektivt sätt. De inre färdigheterna handlar om att deltagarna tillägnar sig ökad förmåga att känna igen, undvika och hantera risksituationer för återfall.

Återfallsprevention ges vanligen en gång per vecka under åtta veckor. Varje träff är två timmar lång. Insatsen ges i kursformat och företrädesvis i grupper med 10–12 deltagare, men kan även ges individuellt. Genom modellinlärning

visar kursledaren hur man kan använda olika färdigheter och beteendeträning sker bland annat genom rollspel. Därutöver ingår olika hemuppgifter som att anteckna datum, tid, plats och beteende i samband med triggers. SiS har formulerat riktlinjer för hur RP ska implementeras och användas på institutionerna [39].

## Parent Management Training (PMT)

Komet är en version av Parent Management Training (PMT). Den togs fram och anpassades till svenska förhållanden under början av 2000-talet av Forster, Hassler och Schwan vid socialtjänstförvaltningen i Stockholm [40].

Komet 12–18 år vänder sig till föräldrar som har barn mellan 12 och 18 år med utagerande beteende, som ofta hamnar i konflikter och bråk med sina tonåringar och som har svårt att hantera detta. Målet är att erbjuda familjer en utbildning i metoder som har starkt vetenskapligt stöd för att minska bråk och konflikter samt förbättra relationen mellan barn och föräldrar.

Grunden för programmen är kognitiv beteendeterapi (KBT). Komet består av gruppträffar tillsammans med andra föräldrar vid åtta tillfällen samt en uppföljningsträff. Innehållet i Komet bygger på forskning om hur konflikter kan minskas och hur relationen mellan förälder och barn kan stärkas. Föräldern får möjlighet att utbyta erfarenheter med andra föräldrar och samtidigt öva på nya förhållningssätt mellan träffarna. Varje träff tar 2,5 timmar och ges vanligen under kvällstid. Gruppen baseras på sex barn från olika familjer. Gruppen består av föräldrar till dessa barn och leds av två gruppledare. SiS har formulerat riktlinjer för hur Komet ska implementeras och användas på institutionerna [39].

## Effektmått som förekommer i studierna

Då det vetenskapliga underlaget generellt sett är otillräckligt presenteras ingen fullständig redogörelse av de olika effektmått eller resultatmått som använts. Måtten beskrivs därför i syfte att ge en överblick över den stora variation som finns beträffande hur behandlingseffekter mätts.

I varje studie har man oftast använt egna metoder för att mäta eventuella effekter. Detta försvårar möjligheterna för synteser och översiktliga bedömningar av hur de olika programmen fungerar. Effektmåtten skiljer sig åt vad man har bedömt som centralt att mäta, till exempel psykisk ohälsa eller återfall i brott och hur man har mätt detta, till exempel genom självrapportering eller registerdata.

Slutligen finns också skillnader vad gäller vid vilken tidpunkt mätningen gjorts. I vissa studier ligger fokus på att mäta effekter i nära samband med själva institutionsvistelsen. Effekterna har här antingen mätts under själva institutionsvistelsen i samband med utskrivning eller en kortare tid därefter.

I andra studier syftar mätningen till att undersöka vilka förändringar som skett på längre sikt. Antal tidpunkter för mätning varierar mycket mellan studierna. Denna variation gäller såväl mätningar under institutionsvistelsen som mätningar efter att behandling avslutats.

## **Aggression Replacement Therapy (ART)**

De studier som utvärderat effekterna av ART har använt vitt skilda utfallsmått. Flera av studierna har i stor utsträckning använt mått som är direkt kopplade till själva programmet och avspeglar de syften programmet har – att minska aggressivitet, öka sociala färdigheter och främja den moraliska utvecklingen hos ungdomarna. Men också etablerade mått som ABCL (Adult Behavior Checklist) har använts.

Man har använt sig både av självskattningar och skattningar genomförda av till exempel institutionspersonal. Där det finns uppgift om tidpunkt för skattningarna har dessa huvudsakligen gjorts förhållandevis kort tid efter att programmet avslutats.

Ytterligare ett tillvägagångssätt har varit att mäta utfall i form av registrerad kriminalitet vid olika tidpunkter efter utskrivning. Tidpunkten för när denna uppföljning gjorts varierar dock. Ett stort problem är att de olika studierna ytterst sällan använt samma effektmått, vilket betyder att sammanvägningar av resultat är svåra att genomföra.

Inom de ART-studier som granskats så förekommer typer av sätt att mäta behandlingseffekter: (1) standardiserade instrument och (2) observationsmått. De standardiserade instrument som använts är följande: Penalty value scale (PSV), Aggression Replacement Therapy (ART) Checklist, Aggression Quotationnaire (AQ), How I Think (HIT), Social Problem Solving (SPSI) samt Adult Behavior Checklist (ABCL). De observationsmått som förekommer är följande: hur man fungerar i familj, hur man fungerar i skola, brottsligt beteende, generell anpassningsförmåga, aggressivt beteende i klassrum, brott mot regler i klassrum, aggressivt beteende utanför klassrummet, hur väl man fungerar med jämnåriga, positivt beteende utanför klassrummet, förmåga att reflektera socialt och moraliskt, förmåga till självkontroll samt olika typer av händelser till följd av beteendeproblem.

## **Dialektisk beteendeterapi (DBT)**

Även för DBT finns stora skillnader vad gäller effektmått med stora variationer beträffande vad, när och hur utfallet mäts. Det förekommer olika typer av uppföljning via register vid olika tidpunkter i förhållande till institutionsvistelsen. Olika former av skattningar av framför allt aggressivitet förekommer. Utfall mäts också med avseende på depression och självmordstankar efter institutionsvistelse, till exempel med hjälp av BDI-II respektive SIQ-HS.

Inom ramen för utvärderingar av DBT förekommer också såväl standardiserade instrument som observationsmått. De standardiserade instrument som använts är Physical Aggression Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Becks Depression Index (BDI-II), Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-HS). Använda observationsmått är reducering av problem i samband med vistelsen på institutionen samt reducering av beteendeanmärkningar. Även i fallet DBT har de olika studierna ytterst sällan använt samma effektmått.

### **Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)**

I utvärderingen av SITCAP-ART har självskattningsformuläret Youth Self Report (YSR) använts efter avslutad intervention. YSR är ett instrument som avser att mäta psykosocial anpassning med focus på upplevd kompetens och upplevda problem. I denna studie använde man följande delskalor som effektmått: ängslig och deprimerad, tillbakadragen och deprimerad, klagomål rörande kroppsliga problem, sociala problem, problem med tankemönster, problem med uppmärksamhet, regelbrytande beteende, aggressivt beteende, internaliserande beteende samt externaliserande beteende.

### **Teckenekonomi (TE) inklusive Contingency Management (CM)**

För Teckenekonomi har behandlingseffekter mätts dels genom beteendeobservationer på institution före och efter interventionen och dels utifrån självrapporterad alkohol- och drogfrihet 12 månader efter utskrivning. Listan på använda effektmått inkluderar följande: fönsterkrossning, tvångsåtgärder, användning av PNR-medicinering, positivt beteende, avhållsamhet från alkohol och avhållsamhet från marijuana.

### **Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)**

För A-CRA mäts behandlingseffekter som självrapporterad avhållsamhet från alkohol och marijuana under de första 9 respektive 12 månaderna efter utskrivning.

### **Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST-FIT)**

För MST-FIT mäts effekterna som återfall i kriminalitet i form av nya domar inom 18 månader efter utskrivning

# 3 Metod för den systematiska översikten

Att genomföra en systematisk översikt innebär att man identifierar, samlar in och väger samman forskningsresultat från flera olika studier. Tillvägagångssättet kännetecknas av systematik och öppenhet för att minska risken att resultaten snedvrids. Målet är att säkerställa tillförlitliga resultat och ge läsaren möjlighet att bedöma trovärdigheten i slutsatserna. I detta avsnitt beskrivs hur underlaget för översikten har tagits fram.

## Frågeställning

Projektets frågeställning är vilket kunskapsstöd finns det för användning av nio specifika och namngivna program vid institutionsvård för ungdomar med antisocial problematik? Frågeställningen avgränsas till ungdomar mellan 13 och 20 år som är institutionsplacerade på grund av antisocial problematik (kriminalitet, missbruk, skolproblem eller annan antisocial problematik). Den institutionsvård som avses omfattar verksamhet som pågår dygnet runt, där det finns betald personal som arbetar enligt schema och som omfattar minst fyra placerade ungdomar. Programmen bör pågå under vistelsetiden eller påbörjas i samband med utskrivningen.

De aktuella programmen är Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA), Aggression Replacement Training (ART), Dialectical Behavior Therapy (DBT), Parent Management Training (PMT), Functional Family Therapy/Funktionell familjeterapi (FFT), Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART), Token Economy/Teckenekonomi (TE), Relapse Prevention (RP) samt The Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST–FIT). Inga avgränsningar har gjorts rörande de jämförelsealternativ (kontrollgrupper) som ligger till grund för utvärderingarna av programmen. Detta betyder att inga studier har exkluderats beroende på jämförelsealternativ. Inte heller har några tidsgränser använts för när studierna genomförts. Kunskapsunderlagen bedöms med avseende på hur ungdomarnas beteenden påverkats efter genomgången program. De beteenden som är aktuella har att göra med antisocial problematik såsom till exempel kriminalitet, vissa typer av skolproblem, missbruk, aggressivitet och liknande.

## Sökning och urval av litteratur

Litteratursökningen genomfördes av en informationsspecialist i samråd med projektledaren och projektets experter. Sökningen utfördes i ett stort antal databaser i mars 2015. Totalt gjordes sökningar i 10 databaser (omfattande sökningar gjordes i sex databaser, därutöver genomfördes en enklare samsökning i fyra databaser på samma databasplattform). I september 2015 gjordes en uppdateringssökning, för att identifiera vetenskapliga dokument som publicerats under projektets arbete. I samband med uppdateringssökningen så utfördes även en kompletterande sökning av vetenskapliga artiklar där man studerat programmet Relapse Prevention (RP).

Sökstrategin bestod av tre olika block av termer som kombinerades. Termer för åldersgruppen kombinerades med termer för miljön och med termer för de specifika programmen. Sökningen begränsades varken i tid, till språk eller till studiedesign. Sökstrategin redovisas i detalj i Bilaga 2.

Databassökningarna kompletterades med andra typer av sökningar. Projektgruppen gick igenom referenslistor. Projektets informationsspecialist gjorde sökningar i LIBRIS och DIVA.

Ett första urval genomfördes av två av varandra oberoende granskare med stöd av informationen i databaserna såsom innehåll i titel, sammanfattning (abstrakt) och nyckelterm. Potentiellt relevanta dokument beställdes därefter hem i fulltext och granskades ytterligare en gång och enligt samma princip. Slutligen ombads externa granskare att inkomma med förslag på studier som sökningarna missat.



## Vetenskaplig kvalitet, sammanvägning av resultat och evidensstyrka

De dokument som slutligen inkluderades bedömdes sedan efter den vetenskapliga kvaliteten. Denna bedömning genomförs också av två av varandra oberoende granskare och baserades på en checklista.

Checklistan innehåller ett antal kriterier som kännetecknar vetenskapligt tillförlitliga undersökningar och handlar exempelvis om indelning i programgrupp och kontrollgrupp (t ex randomisering), om behandling (t ex programtrohet), mätning (t ex beprövade frågeformulär, personal "blind" för gruppindelningen), bortfall med mera. Sammantaget bedöms risken för snedvridna resultat (bias) som inte ger en rättvisande bild av hur programmet fungerar. Kvalitetsgranskning sker parvis, men studiernas vetenskapliga kvalitet diskuteras även i projektgruppen innan beslut fattas.

Om flera och tillräckligt lika studieresultat ingår i det vetenskapliga underlaget, så kan man väga samman dessa i en metaanalys till en genomsnittlig effektstorlek. Detta genomsnitt bygger inte bara på antalet studier utan även på hur många individer som ingår i respektive studie. Ju fler individer en studie omfattar (egentligen ju mindre stickprovsfördelningens spridning är), desto större relativ vikt får studien i sammanvägningen.

I denna systematiska översikt är det inte möjligt att väga samman resultat från olika studier med ett undantag. I resultatdelen redovisas därför effektstorleken oftast för varje enskilt effektmått i de inkluderade studierna. Kontinuerliga effektmått redovisas i form av medelvärdeskillnad (MD) och standardiserad medelvärdeskillnad (SMD). Binära effektmått (endast två möjliga värden) redovisas som riskskillnader (RD) och riskkvoter (RR). I samtliga fall presenteras ett 95-procentigt konfidensintervall.

Det sista steget i arbetet med en översikt är att bedöma hur tillförlitligt det samlade vetenskapliga underlaget är (evidensstyrkan). Vid denna bedömning använder SBU ett system som delvis baseras på det internationellt utarbetade GRADE-systemet för att klassificera styrkan på det vetenskapliga underlaget. GRADE står för The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation och är ett internationellt nätverk bestående av forskare inom hälso- och sjukvården som sedan år 2000 utvecklat en metod för kvalitetsgradering av resultat i vetenskapliga studier. Innebörden av de fyra olika evidensnivåerna i SBU:s system framgår i Faktaruta 3.1.

**Faktaruta 3.1**  
Studiekvalitet,  
evidensstyrka och  
slutsatser.

**Studiekvalitet** avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

**Evidensstyrka** är ett mått på hur tillförlitligt resultatet är. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, precision i data och risk för publikationsbias.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

- **Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕).** Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○).** Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○).** Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med kraftigt försvagande faktorer vid en samlad bedömning.
- **Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○).** När studier saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

**Slutsatser**

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Bedömningen av evidensstyrkan diskuterades och beslutades vid ett projektmöte. Evidensstyrkan för varje resultat i de olika studierna baseras på bedömning av fem typer av problem som på olika sätt bidrar till osäkerheten:

1. **Bristande vetenskaplig kvalitet:** Resultaten riskerar att vara systematiskt snedvridna till exempel på grund av stort bortfall eller brister i randomiseringen (risk of bias).
2. **Bristande samstämmighet:** Resultaten i de olika studierna är inte entydiga (inconsistency, heterogeneity).
3. **Bristande överförbarhet:** Studierna motsvarar inte fullt ut det som slutsatserna avser att omfatta. Studiepopulationen kan till exempel delvis inkludera personer som inte är relevanta och jämförelsealternativet kan delvis vara annorlunda än i Sverige (indirectness of evidence).
4. **Bristande precision:** Antalet observationer är så få att skattningen av effekternas storlek blir osäker (imprecision), det vill säga retrospektiv statistisk teststyrka, långt konfidensintervall samt att konfidensintervallen överlappar kliniska relevansgränser.
5. **Snedvriden publicering:** Publicerade forskningsresultat ger inte en representativ bild av faktiska forskningsresultat. Detta kan till exempel bero på att studier med statistiskt signifikanta resultat är lättare att publicera än de utan sådana resultat (publication bias).



# 4 Resultat

I detta kapitel redovisas resultaten avseende kunskapsunderlag för nio specifika program för institutionsplacerade ungdomar med antisocial problematik.

## Sammanfattning

Vår översikt omfattar 17 studier, knappt 1 400 individer och 22 möjliga jämförelser (fyra olika alternativ i en studie). För Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) rör det sig om 2 studier<sup>1</sup> och sammanlagt 326 individer, för Aggression Replacement Training (ART) identifierades 8 studier och 500 individer sammantaget, för Dialectical Behavior Therapy (DBT) 4 studier och totalt 263 individer och för Token Economy/Contingency Management (TE/CM) 2 studier och cirka 196 individer tillsammans. För två program endast en enda studie vardera: The Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST-FIT) omfattande 274 individer och Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART) med resultat från 19 individer. För Relapse Prevention (RP), Functional Family Therapy (FFT), Parent Management Training (PMT) saknas vetenskapligt underlag för institutionsplacerade ungdomar.

---

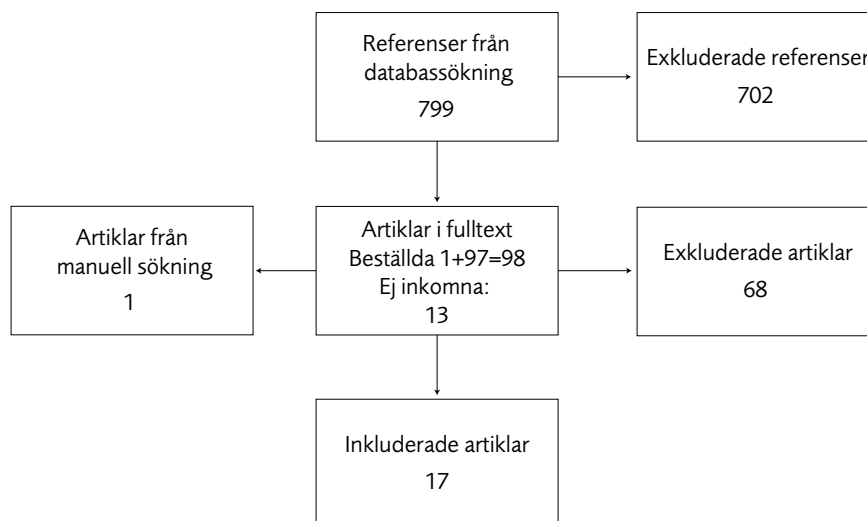
<sup>1</sup> CM-studien ingår som en arm i studien rörande A-CRA som ett av kontrollalternativen. Detta betyder att underlaget består av 17 studier och inte 18.

Generellt sett är resultatens tillförlitlighet otillräcklig. Detta beror på att individerna är för få per studie, oklarheter kring interventionsinnehåll och kontrollvillkor samt tveksamma mätmetoder. Eftersom mätmetoderna skiljer sig åt från en studie till en annan har inga metaanalyser kunnat genomföras med undantag för A-CRA (inklusive case manager). A-CRA är ett eftervårdsprogram som initieras i samband med utskrivning. I detta undantagsfall är resultatens tillförlitlighet inte otillräckliga utan istället begränsade. Resultaten talar för A-CRA jämfört med standardvård avseende avhållsamhet från marijuana.

## Identifiering och urval av studier

Studier eftersöktes via elektroniska databaser och manuellt via litteraturlistor i systematiska översikter samt via personliga kontakter. I databassökningarna identifierades 680 potentiellt relevanta referenser (Figur 4.2). Av dessa kunde 706 exkluderas efter bedömning av titel, sammanfattning (abstrakt) med mera. En referens identifierades efter förslag från en av projektets externa experter och en referens vid referensgranskning av inkluderade studier. Sammanlagt beställdes 98 fulltextdokument. Av dessa kunde inte alla beställningar levereras<sup>2</sup>. Merparten av de beställda dokumenten (68 st) uppfyllde inte urvalskraven och exkluderades. De vanligaste exkluderingskälen var att studierna inte handlade om institutionsvård eller om andra än ungdomar med antisocial problematik. Det slutgiltiga urvalet bestod av 17 artiklar (några dubbelpubliceringar identifierades men i texten refereras endast till huvudstudien).

**Figur 4.1**  
Flödesschema  
över sökning och  
urval av artiklar.



<sup>2</sup> Mestadels akademiska avhandlingar, ett problem med ProQuest.

# Program som pågår under institutionsvistelsen

Vi har identifierat resultat avseende fyra program som pågår under institutionsvistelsen. Flest studier (8 st) rör ART eller ART i kombination med ett annat program. Fyra studier utvärderar DBT. En studie utvärderar SITCAP-ART<sup>3</sup> och en utvärderar TE.

## ART (Aggression Replacement Therapy)

Fyra studier utvärderade enbart ART [41-44] (Tabell 4.1a). ART kombinerades med andra interventioner i fyra studier – ART och TE [45] ART och PPC (Positive Peer Culture) [46-48] (Tabell 4.1b).

I de flesta ART-studierna är samtliga deltagare ungdomar som begår brott med beteendestörningar, men i en studie rör det sig i första hand om ungdomar med beteendestörningar utan påtaglig kriminalitet [41]. Fyra studier omfattar endast pojkar, tre studier hade blandade grupper. En studie [41] omfattade 74 procent pojkar, i en var andelen pojkar 68 procent och i den tredje studien [46] rörde det sig om 7 flickgrupper och 12 pojkgrupper (procent på individnivå framgår inte).

En studie bestod endast av flickor [42]. Åldersintervallen låg mellan 13 och 20 år, men längden på intervallen varierade en del men omfattade oftast fyra år.

I två utvärderingar av ART handlar det om kontrollerade och randomiserade studier [41,47] och en klusterrandomiserad studie<sup>4</sup> [43]. I ett fall började studien som en randomiserad studie [42]. Eftersom man fyllde på med ungdomar i efterhand utan randomisering, så klassificeras den som en matchad studie (icke-randomiserad). Två studier hade en kvasiexperimentell design med matchade kontrollgrupper vid baslinjen [46,48]. I en studie rör det sig om en jämförelse av ungdomarnas beteende före och efter att de fått ART (pretest och posttest) [44]

---

<sup>3</sup> ART handlar inte i detta fall om "aggression replacement" utan om traumabehandling.

<sup>4</sup> ICC har inte redovisats och ESS har inte beräknats.

**Tabell 4.1a**  
Översikt  
ART-studier.

Studie	Coleman et al [41] 1992	Currie et al [44] 2012	Erickson [42] 2013	Glick et al [43] 1987
Program	ART	ART	ART	ART
Kontroll	Standardvård Saknas mer info	Standardvård Saknas mer info	Standardvård Saknas mer info	Delvis lättare motivation
Huvudproblem	Beteendestörningar, t ex aggression	Kriminalitet (våldsbrott)	Kriminalitet, beteendestörningar	Kriminalitet, beteendestörningar
Kön	Pojkar 74 %	Pojkar 100 %	Flickor 100 %	Pojkar 100 %
Ålder	13–18 år	17–20 år	15–18 år	14–17 år
Land	USA	Australien	USA	USA
Design	Randomisering Saknas mer info	För- och eftermätning	Kontrollgrupp Matchad	Randomisering Kluster
Primär effekt	Beteende, t ex aggression	Beteende, t ex aggression	Beteende, t ex aggression	Fungerande i familj/samhälle
Mättidpunkt	Efter insats	Efter insats, vid 6 och 24 månader	Efter insats	Oklart
Blind mätning	Nej	Nej	Nej	Nej
Antal vid baslinjen	52	28	60	60
Antal vid uppföljning	39	20	60	53
Totalt bortfall	0,25	0,29	1,00	0,12
Bortfallsskillnad	0,27	-	0,00	0,29
Följsamhet	Stöd för implementering Ej mätning	Stöd för implementering Ej mätning	Stöd för implementering Ej mätning	Stöd för implementering Ej mätning
Mätinstrument	Acceptabelt	Acceptabelt	Acceptabelt	Acceptabelt
Utvärdering	Oberoende	Oberoende	Oberoende	Beroende

I en studie [45] fördelades ART i kombination med teckenekonomi (TE) till två behandlingsenheter medan ungdomarna vid två andra enheter fick standardbehandling (relationsorienterad). I en studie [42] kombinerades ART med ett annat program PPC inom ramen för ett program kallat EQUIP<sup>5</sup> (Equipping Youth to Help One Another). Detta alternativ jämfördes med standardvård eller ingen intervention alls. Ungefär hälften av ungdomarna i kontrollgruppen fick en enklare motivering. Ytterligare två studier utvärderar ART i kombination med PPC [46,48]. Kontrollgruppen fick standardvård (Social Competence Model).

<sup>5</sup> Det bör nämnas att fokus för sökstrategin har varit ART och inte EQUIP (ART+PPC). Detta betyder att det kan finnas utvärderingar av EQUIP som vi missat under förutsättning att "ART" eller "aggression replacement" inte funnits med i referensernas titel, i sammanfattningen (abstrakt) eller bland kontrollerade termer. EQUIP betraktat som ett specifikt program ingick inte i uppdraget. Det går därför inte att dra slutsatser rörande EQUIP specifikt beroende på problemet med "scope creep".



Studie	Holmqvist et al [45] 2009	Leeman et al [47] 1993	Helmond et al [48] 2012	Helmond et al [46] 2015
Program	ART+TE	ART+PPC	ART+PPC	ART+PPC
Kontroll	Relationsterapi	Standardvård Saknas mer info	Standardvård (Social competence model)	Standardvård (Social competence model)
Huvudproblem	Kriminalitet, beteendestörningar	Kriminalitet, beteendestörningar	Kriminalitet Saknas mer info	Kriminalitet Saknas mer info
Kön	Pojkar 100 %	Pojkar 100 %	Pojkar 69 %	Pojkar 74 %
Ålder	16–19 år	15–18 år	m=15, 54 år (1,56)	12–18 år
Land	Sverige	USA	Nederländerna	Nederländerna
Design	Kontrollgrupp Justering	Randomisering Saknas mer info	Kontrollgrupp Matchad	Kontrollgrupp Matchad
Primär effekt	Återfall i kriminellt beteende	Återfall i kriminellt beteende	Beteende t ex socialt/moraliskt	Återfall i kriminellt beteende
Mättidpunkt	≈ 24 månader	6 och 12 månader	Efter insats	Efter frigivning
Blind mätning	Saknas info	Saknas info	Ja	Registerdata
Antal vid baslinjen	56	57	234	≈380
Antal vid uppföljning	29	54	115	133
Totalt bortfall	0,48	0,05	0,51	≈0,65
Bortfalls-skillnad	0,00	0,07	Saknas info	Saknas info
Följsamhet	Stöd för implementering Ej mätning	Saknas info	Fullföljande av 55 % av sessioner	Fullföljande av 54 % av sessioner
Mätinstrument	Acceptabelt	Acceptabelt	Acceptabelt	Acceptabelt
Utvärdering	Beroende	Beroende	Oberoende	Oberoende

**Tabell 4.1b**  
Översikt ART-studier  
(ART i kombination  
med annat program).

Om man ser till resultaten i samtliga enskilda studier så är resultatens tillförlitlighet otillräcklig (⊕○○○)<sup>6</sup>. De baseras på utomordentligt få ungdomar, i tre av studierna har ungdomarna randomiserats men processen är inte tillräckligt redovisad och det är oklart vad kontrollgruppen fått för vård. En av studierna har genomförts i Sverige, övriga i USA, och detta väcker frågor kring om kontrollvillkoren är tillräckligt lika svenska villkor. Behandlingseffekterna har uppmäts på ett mycket varierande sätt från en studie till en annan. Detta betyder att det inte har varit meningsfullt att genomföra några metaanalyser avseende ART. Fem utvärderingar har gjorts av oberoende forskare och tre av programutvecklare.

<sup>6</sup> Endast ett resultat bygger på en studie med acceptabel vetenskaplig kvalitet enligt expertgruppen 47. Leeman LW, Gibbs JC, Fuller D. Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior* 1993;19:281-92.

## DBT (Dialectical Behavioral Therapy)

I tre av DBT-studierna [49-51] har samtliga ungdomar allvarlig psykisk ohälsa och har begått brott. I en studie kännetecknas ungdomarna av aggressivt beteende [52] (Tabell 4.3.2). Åldersintervallen är inte helt klara. I två studier [49,50] redovisas endast medelvärden (15 och 16) medan såväl medelvärde som intervall finns i två andra studier (15–18 och 16–19) [51,52].

I en studie utvärderades DBT med hjälp av en kontrollerad och randomiserad studie [52]. DBT var kontrollalternativet och MDT (Mode Deactivation Therapy) var den intervention som utvärderades. I två studier [51,53] jämfördes resultat efter DBT med resultat före DBT (pretest och posttest) och slutligen i en studie [49] jämfördes resultaten för en grupp ungdomar som fått DBT med en annan tidigare grupp som inte fått DBT (historisk kontroll).

Även för DBT är resultatens tillförlitlighet otillräcklig (⊕○○○)<sup>7</sup>. I en av studierna har ungdomarna randomiserats, men den omfattar mycket få personer. Övriga studier bygger på studiedesigner med stor risk för snedvridna resultat (bias). Om studierna betraktas var och en för sig är evidensen alltså otillräcklig. Antalet personer i studierna varierar från cirka 20 till 127 personer. Det betyder att frånvaro av statistiskt säkerställda effekter kan beror på bristande statistisk teststyrka. Det är oklart huruvida utvärderingarna kan betraktas som oberoende. Även för denna typ av program är studierna så olika varandra och av så undermålig kvalitet att sammanvägningar är meningslösa.

Tabell 4.2  
Översikt  
DBT-studier.

Studie	Apsche et al [52] 2006	Drake et al [49] 2006	Shelton et al [51] 2011	Trupin et al [50] 2002
Program	MDT	DBT	DBT	DBT
Kontroll	DBT	Standardvård Saknas mer info	Standardvård före Saknas mer info	Standardvård före Saknas mer info
Huvudproblem	Beteendestörningar, t ex externalisering	Kriminalitet, beteendestörningar	Kriminalitet, beteendestörningar	Kriminalitet, beteendestörningar
Kön	Pojkar 100 %	Flickor 74 %	Pojkar 100 %	Flickor 100 %
Ålder	15–18 år	m=16 år	16–19 år	m=15 år
Land	USA	USA	USA	USA
Design	Randomisering	Historisk kontroll	Före- och eftermätning	QED
Primär effekt	Beteende, t ex depression	Återfall i kriminellt beteende	Beteende, t ex aggression	Beteende, t ex aggression
Mättidpunkt	Vid 3 och 6 månader	Vid 36 månader	Oklart	Under vistelsen
Blind mätning	Nej	Registerdata	Nej	Delvis

Tabellen fortsätter på nästa sida

<sup>7</sup> Ingen studie ansågs vara av acceptabel vetenskaplig kvalitet enligt expertgruppen.

Studie	Apsche et al [52] 2006	Drake et al [49] 2006	Shelton et al [51] 2011	Trupin et al [50] 2002
Antal vid baslinjen	20	128	38	100
Antal vid uppföljning	20	127	26	Saknas info
Totalt bortfall	0,00	0,01	0,32	Saknas info
Bortfallsskillnad	0,00	0,02	–	Saknas info
Följsamhet	Stöd för implementering Ej mätning	Oklart	Oklart	Oklart
Mätinstrument	Acceptabelt	Registerdata	Acceptabelt	Oklart
Utvärdering	Beroende	Oklart	Oklart	Oklart

Tabell 4.2  
fortsättning.

### SITCAP-ART (Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth)

En studie avseende SITCAP-ART identifierades i sökningarna [54]. Ungdomarna var traumatiserade efter flera olika svåra upplevelser. Drygt hälften var pojkar och åldersintervallet var 15–18 år. Studiedesign är en oklar randomisering med väntelista och troligen någon form av illa beskriven ”cross-over”. Även i detta fall är resultaten otillräckliga. Studien omfattar mycket få personer och studiedesignen är oklar

**Tabell 4.3**  
Översikt  
SITCAP-ART.

Studie	Raider et al, [54], 2008
Program	SITCAP-ART
Kontroll	Väntelista
Huvudproblem	Traumatisering, beteendeproblem
Kön	Pojkar 55 %
Ålder	15–18 år
Land	USA
Design	Randomisering, cross-over (oklar)
Primär effekt	Beteende t ex depression och aggression
Mättidpunkt	Oklart, troligen 10 veckor
Blind mätning	Nej
Antal vid baslinjen	Oklart, $N_1=13$ & $N_2=10 = 23$
Antal vid uppföljning	Oklart, $N_1=10$ & $N_2=9 = 19$
Totalt bortfall	Oklart 0,17
Bortfallsskillnad	Oklart 0,13
Följsamhet	Stöd vid implementering Ej mätning
Mätinstrument	Acceptabelt
Utvärdering	Beroende

## TE (Teckenekonomi)

För TE under institutionsvistelsen fanns en studie som motsvarade urvalskriterierna [55]. Samtliga ungdomar hade ett socialt oacceptabelt beteende, som extremt aggressivt beteende. Båda könen finns representerade men uppgifter saknas om hur stora andelarna är. Åldersintervallet var 12–18 år, alltså en undre gräns lägre än urvalskriteriet. Trots detta redovisas ändå studien kortfattat här eftersom merparten av ungdomarna bedöms vara äldre än 12 år. Resultatets tillförlitlighet är otillräcklig (⊕○○○). Detta beror på svag design, oklara uppgifter om studiestorlek med mera samt att behandlingseffekterna uppmätts på tveksamma sätt (t ex krossande av fönster).

I ytterligare en studie tas TE upp i form av CM (Contingency Management) som inkluderar hembesök [56]. Denna studie rör A-CRA (Adolescent Community Reinforcement Approach) och CM ingår emellertid i studien som en av fyra olika alternativ. Resultat från denna studie redovisas därför i samband med redovisning av A-CRA.

Studie	Foxx, [55], 1998
Program	Teckenekonomi
Kontroll	Standardvård före Saknas mer info
Huvudproblem	Socialt oacceptabelt, extrem aggression
Kön	Gruppen är blandad men andelar anges ej
Ålder	12–18 år
Land	USA
Design	Före- och eftermätning
Primär effekt	Medicinering, fasthållning
Mättidpunkt	Underhållsfas vid 7 månader
Blind mätning	Nej
Antal vid Baslinjen	Oklart (≈44)
Antal vid uppföljning	Oklart (≈44)
Totalt bortfall	Saknas info
Bortfallsskillnad	Ej relevant
Följsamhet	Stöd för implementering Ej mätning
Mätinstrument	Oacceptabelt
Utvärdering	Oklart

Tabell 4.4  
Översikt TE.

## Program initierade i samband med utskrivning

Vi har identifierat utvärderingar rörande två program som initieras under slutet av institutionsvistelsen eller i samband med utskrivning från institutionsvistelse. Det ena programmet syftar främst till att minska nyttjandet av alkohol och droger: A-CRA. Programmet har utvärderats i två studier som uppfyller urvalskraven [56,57]. I en av dessa studier har även en komponent innehållande teckenekonomi i form av Contingency Management (CM) utvärderats separat som en av fyra olika alternativ [56].

Det andra programmet heter MST-FIT. Detta program bygger på ett program som heter MST (Multi-Systemic Therapy) och inkluderar även DBT samt ME (Motivational Enhancement). Programmet har utvärderats i en studie som uppfyllt urvalskraven [53].

## A-CRA (Adolescent Community Reinforcement Approach) och CM (Contingency Management)

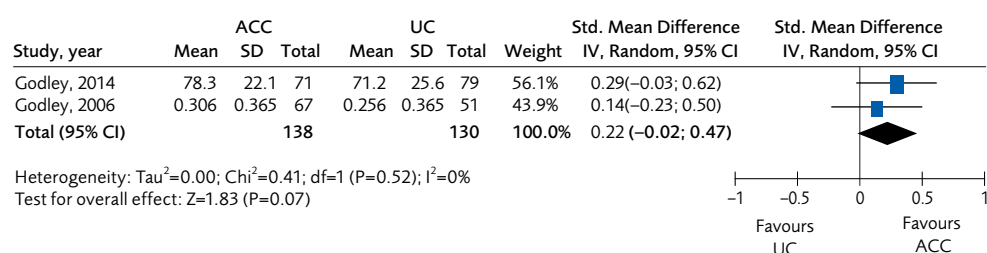
A-CRA har utvärderats i två randomiserade och kontrollerade studier [56,57] inkluderande ACC (innebär veckovisa hembesök och praktiskt/socialt stöd av en case manager). Huvudproblemet för samtliga ungdomar var alkohol och drogproblem. Andelen pojkar var 71 procent i den första studien och 61 procent i den andra. Åldersintervallen var desamma 12–18 år. Även i dessa fall redovisas resultaten trots att den undre gränsen ligger lägre än urvalskriteriet. Bedömningen är att ungdomar under 13 år inte snedvridit resultaten på ett avgörande sätt.

Tabell 4.5  
Översikt A-CRA.

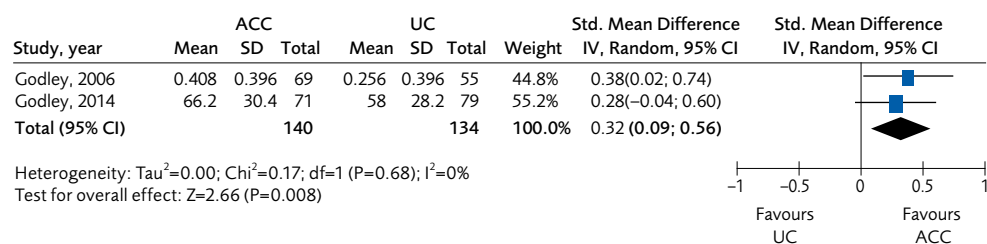
Studie	Godley et al [57] 2006	Godley et al [56] 2014
Program	A-CRA (+ACC)	A-CRA (+ACC)
Kontroll	Multipel, individanpassad	Multipel, individanpassad
Huvudproblem	Alkohol & drogberoende DSM IV	Alkohol & drogberoende DSM IV
Kön	Pojkar 71 %	Pojkar 61 %
Ålder	12–18 år	12–18 år
Land	USA	USA
Design	Randomiserade block	Randomiserade block
Primär effekt	Avhållsamhet (alkohol och marijuana)	Avhållsamhet (alkohol och marijuana)
Mättidpunkt	Vid 3 och 9 månader	Vid 12 månader
Blind mätning	Ja	Ja
Antal vid Baslinjen	183	163
Antal vid uppföljning	176	150
Totalt bortfall	0,04	0,08
Bortfallsskillnad	0,00	0,04
Följsamhet	Fullföljande av 66 % av målsessioner	Fullföljande $\geq$ 4 sessioner (av 12) 65 %
Mätinstrument	Acceptabelt	Acceptabelt
Utvärdering	Beroende	Beroende

Mätningarna genomfördes av personer som inte kände till gruppindelningen (blinda mätningar), bortfall och bortfallsskillnader är förhållandevis små. Båda studierna bedömdes hålla en acceptabel vetenskaplig kvalitet och de talar för A-CRA (inklusive case manager) i form av färre återfall i missbruk för A-CRA jämfört med kontrollgruppen. Skillnaden mellan A-CRA och kontrollgruppen rörande avhållsamhet från marijuana är statistiskt säkerställd (Figur 4.2 och Figur 4.3).

Resultatens tillförlitlighet är dock begränsad beroende på att det saknas oberoende utvärderingar och eftersom det är oklart huruvida villkoren för studierna i tillräcklig utsträckning liknar svenska villkor. Antalet individer ligger nära gränsen till att vara för lågt för att ge en acceptabel statistisk teststyrka.



**Figur 4.2**  
A-CRA (ACC) och missbruk av alkohol vid 9–12 månader.



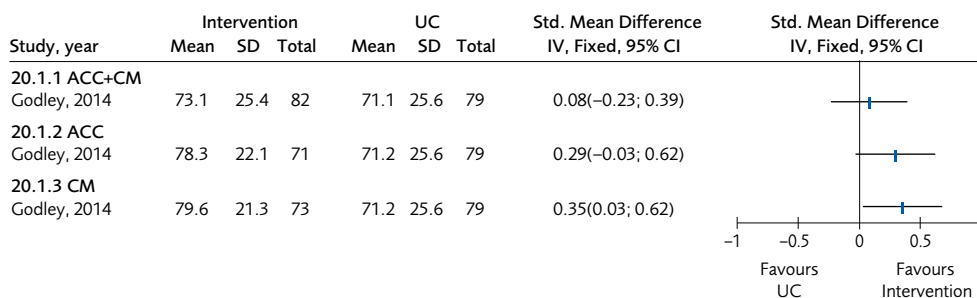
**Figur 4.3**  
A-CRA (ACC) och missbruk av marijuana vid 9–12 månader.

I den senare A-CRA-studien [56] har man använt fyra olika armar: (1) A-CRA och ACC, (2) standardvård (multipel och individanpassad), (3) A-CRA, ACC och CM<sup>8</sup> samt (4) enbart CM<sup>9</sup>. Det är därför intressant att ge en kompletterande bild av hur dessa olika alternativ föll ut. I Figur 4.4 och 4.5 presenteras de resultat som är relevanta för A-CRA och CM (Contingency Management).

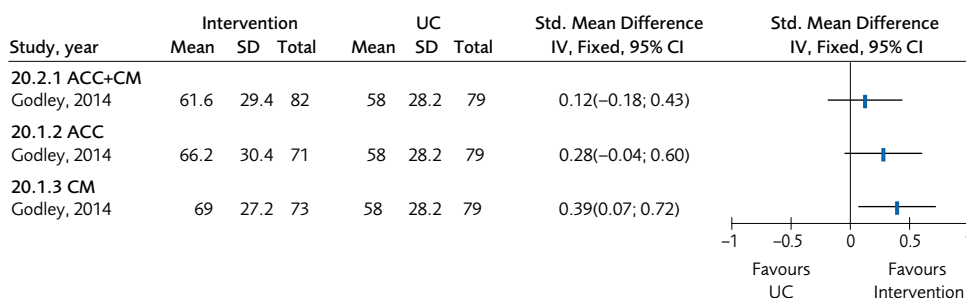
<sup>8</sup> Bortfall 10 % och bortfallsskillnad 7 %.

<sup>9</sup> Bortfall 6 % och bortfallsskillnad 1 %.

**Figur 4.4**  
Missbruk av alkohol  
vid 12 månader.



**Figur 4.5**  
Missbruk av marijuana  
vid 12 månader.



Tillförlitligheten för dessa resultat i Figur 4.4 och 4.5 är emellertid otillräcklig (⊕○○○) eftersom de bygger på en enda studie som innehåller alltför få ungdomar och som inte utförts av oberoende forskare

## MST-FIT (Family Integrated Transitions Program)

MST-FIT har utvärderats i en studie [53] som uppfyllde urvalskraven. Samtliga ungdomar har begått brott och har psykiatrisk problematik. Undersökningspopulationen omfattade 83 procent pojkar och åldersintervallet var 11–17 år. Detta betyder att urvalskraven inte helt uppfylls eftersom 13 år utgör den undre gränsen. Bedömningen är dock att de riktigt unga var så pass få att de inte antas snedvrda resultaten som redovisas nedan på ett avgörande sätt.

Studien inkluderar en kontrollgrupp (olika typer av standardvård) men fördelningen av ungdomarna till MST-FIT respektive kontroll har inte skett på ett slumpmässigt sätt (alltså en icke-randomiserad studie men med en matchning). Resultaten tyder på att MST-FIT klarat sig något bättre än kontrollgruppen, men resultaten är inte statistiskt säkerställda.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> I artikeln redovisas resultat som bygger på flera olika modeller, bl a hasardkvoter, 0,70 för ”felony recidivism” och 0,44 för ”overall recidivism”. Ingen av dessa HR var statistiskt säkerställda. I ett fall lyckas man påvisa en statistisk säkerställd skillnad till förmån för MST-FIT. Här använde man ett Wald-test mot  $\chi^2$  vilket gav ett resultat på 4,26 och  $p < 0,05$ .



Studie	Trupin et al [53] 2011
Program	MST-FIT
Kontroll	Varierande, missbruksbehandling, övervakning
Huvudproblem	Kriminalitet, DSM IV-störningar (dimension 1)
Kön	Pojkar 83 %
Ålder	11–17 år
Land	USA
Design	Registerdata, justerad kontroll
Primär effekt	Återfall i kriminellt beteende
Mättidpunkt	3, 6 och 18 månader
Blind mätning	Registerdata
Antal vid baslinjen	274
Antal vid uppföljning	274
Totalt bortfall	0,00
Bortfallsskillnad	0,00
Följsamhet	Följsamhetsnivå > 43 %
Mätinstrument	Acceptabelt
Utvärdering	Beroende

Tabell 4.6  
Översikt MST-FIT.

Resultatens tillförlitlighet bedöms vara otillräcklig (⊕○○○). Detta beror på att det endast finns en enda utvärdering genomförd av en programutvecklare. Det råder dessutom viss osäkerhet kring hur pass lika villkoren i kontrollgruppen är jämfört med Sverige – det kontrollgruppen exponerats för är ofullständigt beskrivet.

### Program för vilka relevanta vetenskapliga resultat saknas

För tre program saknas helt studier som uppfyller urvalskraven: FFT (Functional Family Therapy), PMT (Komet) och RP (Relaps Prevention). Det typiska är att programmen är utvärderade i flera studier men inte för ungdomar med anti-social problematik och som är placerade på institution.



# 5 Ekonomiska aspekter

## Sammanfattning

Det ekonomiska avsnittet kan inte redovisa några ekonomiska utvärderingar som är relevanta för svenska nutida förhållanden av nio namngivna program för institutionsplacerade ungdomar. Detta trots att sökningen av den vetenskapliga litteraturen kompletterades med en sökning efter grå litteratur och sammanställningar i databaser. De enda ekonomiska utvärderingar som kunde hittas var från den amerikanska databasen WSIPP, men de beräkningarna är inte tillämpliga för svenska förhållanden. Resultaten i WSIPP bör därför inte beaktas. Därmed finns för närvarande inga ekonomiska utvärderingar tillgängliga avseende program för institutionsplacerade ungdomar med antisocial problematik.

## Inledning

Eftersom drygt 1 000 barn och unga placeras varje år på Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem innebär detta stora kostnader för kommuner och stat. Sådana dygnsplaceringar påverkar även välfärden och livskvaliteten hos de unga och deras anhöriga. Det är därför viktigt att den behandling de unga får under och efter sin placering håller hög kvalitet.

# Beslutsproblem

Inom SiS används flera behandlingsprogram som ingår i vården av unga med antisocial problematik. Det finns även flera program som skulle kunna vara aktuella att introducera, och andra som skulle kunna fasas ut. I denna rapport studeras nio olika namngivna behandlingsprogram.

Vetenskapligt underlag fanns avseende Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA), Aggression Replacement Training (ART), Dialektisk beteendeterapi (DBT), Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST-FIT), Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART) och Teckenekonomi (TE), men saknades för Parent Management Training (PMT) inklusive Komet, Funktionell familjeterapi (FFT) och Återfallsprevention (RP).

Det finns flera faktorer som påverkar valen mellan olika program. Kräver programmet förändring av det lokala sättet att organisera arbetet eller av sammansättningen av personal med olika kompetenser? Är programmet förenligt med svensk lag och SiS etiska plattform? Kan man förvänta sig att programmet ger positiva behandlingseffekter? Men även programmets kostnadseffektivitet bör beaktas. Denna består av relationen mellan kostnaderna för att genomföra programmen och de kostnadsbesparingar och ökad välfärd som programmen kan förväntas medföra. Syftet med detta avsnitt är därför att besvara frågeställningen:

- Hur ser relationen mellan kostnader och effekter ut för de nio namngivna programmen för institutionsvårdade ungdomar med antisocial problematik?

Rapporten har emellertid visat att endast ett program av de nio har ett begränsat vetenskapligt stöd; A-CRA (Adolescent Community Reinforcement Approach). För detta program finns statistiskt signifikanta resultat redovisade på utfallsmåttet återfall i användandet av marijuana. En ekonomisk utvärdering av programmet A-CRA med utfallet ett minskat marijuanamissbruk skulle kunna genomföras på olika sätt.

En enkel ekonomisk utvärdering kan vara en kostnadseffektanalys, som beskriver kostnaderna för att genomföra ett program per person som uppnått ett lyckat utfall. I fallet A-CRA skulle det lyckade utfallet kunna vara antalet ungdomar som avslutat ett marijuanamissbruk, och analysens resultat skulle bli programkostnader per ungdom med avslutat marijuanamissbruk. Man skulle även kunna använda ett mått som är närmare kopplat till det övergripande syftet med programmet; att minska ungdomarnas antisociala problematik. Analysens resultat skulle då bli programkostnader per ungdom med minskad antisocial problematik. Ett program som är dyrare att genomföra än ett alternativ måste ge fler lyckade utfall för att programmet möjligen skulle kunna kallas kostnadseffektivt, se Faktaruta 5.1.

Resultat från hälsoekonomiska analyser presenteras ofta som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot (incremental cost-effectiveness ratio, ICER), vilken är kvoten mellan skillnader i kostnader och skillnader i effekter för två alternativa metoder:

$$\text{ICER} = \frac{\text{Kostnad A} - \text{Kostnad B}}{\text{Effekt A} - \text{Effekt B}}$$

Alltså anger ICERn kostnaden för att uppnå ytterligare en effekt (t ex ett vunnet levnadsår eller en ungdom med slutbetyg) när man byter från den ena metoden till den andra. Den dyrare metoden A är kostnadseffektiv om samhällets betalningsvilja för effekten är högre än ICERn för metod A.

I en mer fullständig kostnadseffektivitetsanalys räknar man även med besparingar som uppstår på grund av effekterna, alltså pengamässiga konsekvenser av att färre ungdomar missbrukar marijuana i fallet A-CRA. Dessa konsekvenser kan vara minskad hälso- och sjukvård på grund av färre sjukdomsfall och skador orsakade av marijuanabruk, minskade kostnader för polisväsendet och kriminalvården om våld och kriminalitet relaterad till att marijuana minskar, minskade kostnader för kommuner om behovet av att socialtjänstens insatser minskar, etc. En annan kostnadspost som kan inkluderas är öknings i samhällets produktion, som avspeglar att de unga som inte missbrukar marijuana som vuxna har en lägre arbetsfrånvaro och möjligen mer kvalificerade arbetsuppgifter som ger en högre arbetsinkomst. Detta innebär att kostnaderna i ICERn i Faktaruta 5.1 inkluderar både kostnaderna att genomföra programmet och besparingarna som uppstår på grund av effekterna.

Det kan dock vara svårt att avgöra vad som är en rimlig kostnad för att uppnå en effekt, kallat betalningsviljan i Faktaruta 5.1. I hälsoekonomiska utvärderingar omvandlar man därför helst effekterna till ett gemensamt mått, som kan användas för att jämföra olika insatser som ger olika behandlingseffekter. Det blir då enklare att avgöra vilken den rimliga kostnaden är, så att beslutsfattare kan välja den mest kostnadseffektiva insatsen<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> I SBU:s handbok Kapitel 11 finns en mer detaljerad beskrivning av de olika metoder som kan användas för ekonomiska utvärderingar.

# Systematisk litteraturgranskning

Den systematiska sökningen efter studier som rapporterar ekonomiska resultat genomfördes med samma sökstrategier och i samma vetenskapliga databaser som övriga projektet, se sökstrategier i Bilaga 2. Då förväntningarna var att finna få ekonomiska studier utvidgades sökningen på flera sätt. En kompletterande sökning gjordes i de amerikanska databaser som sammanställer information för att stödja implementeringen av program i USA, det vill säga Blueprints [58] och Washington State Institute for Public Policy (WSIPP) [59]. Projektets experter tillfrågades om förslag på studier, och företrädare för relevanta program kontaktades för ytterligare information.

Den systematiska litteratursökningen resulterade i 799 referenser, varav 13 bedömdes kunna vara relevanta ekonomiska studier och granskades i fulltext. Fulltextgranskningen visade att ingen studie uppfyllde relevanskriterierna. Dessa var att studierna skulle belysa något av de nio namngivna programmen, vara genomförda för populationen institutionsplacerade unga och bedömas ha minst ett begränsat vetenskapligt stöd i projektet.

I 13 studier belystes i någon mån samhällsekonomiska aspekter av program, se Bilaga 3. Av de exkluderade studierna redovisades ekonomiska utvärderingar av programmet MST i åtta vetenskapliga artiklar [60-67]. En av dessa är en svensk studie [64], som beskriver metoder för och resultat av en kostnadsberäkning av programmet jämfört med standardvård under sex månader. Två studier genomfördes på varianter av programmet A-CRA [68,69], men ingen av dessa avsåg institutionsplacerade ungdomar.

Sökningen i de amerikanska databaserna Blueprints och WSIPP efter programmet A-CRA gav inga resultat. I WSIPP finns studierna av Godley och medförfattare [56,57] istället redovisade under rubriken ACC, som inkluderar en samhällsekonomisk analys med WSIPP:s standardiserade metoder [70]. Det finns oklarheter runt vilka effektdata WSIPP har använt i beräkningarna<sup>2</sup>, och det är även möjligt att de redovisade effekterna inte avser programmet A-CRA utan kombinationer av programmet A-CRA och ACC. Resultatet från WSIPP bör därför tolkas med försiktighet.

Utgångspunkten för de ekonomiska beräkningarna i WSIPP är en treårig effekt bland ungdomar i 16-årsåldern av programmet på missbruk av alkohol, missbruk av marijuana och missbruk generellt. Den ekonomiska analysen inkluderar endast programmets effekter på alkoholmissbruk, troligen eftersom WSIPP undviker dubbelräkning genom att endast ta med den ekonomiska beräkning som ger det högsta värdet. Det finns därför ingen redovisning av de samhällsekonomiska effekterna från programmet av ett minskat missbruk av marijuana.

---

<sup>2</sup>  $n=71$  i metaanalysen i WSIPP:s rapport. I Godley et al 2006 är  $n_1=98$  och  $n_2=78$  ( $N=176$ ) och Godley et al 2014 är  $n_1=71$  och  $n_2=79$  ( $N=150$ ). Detta kan innebära att WSIPP-beräkningarna endast baserats på data från Godley et al 2014.

Resultatet av WSIPP:s ekonomiska analys över ett minskat missbruk av alkohol är att programmet ger intäkter på sammanlagt 1 600 kronor<sup>3</sup>. Intäkterna består främst av ökade arbetsinkomster och skattebetalningar bland ungdomarna då fler fullföljer sin skolgång, men även av minskade kostnader på grund av lägre kriminalitet och hälso- och sjukvårdskonsumtion. Kostnaderna för att genomföra programmet är drygt 20 000 kronor per ungdom. Detta innebär att kostnaderna för att genomföra programmet är avsevärt högre än de möjliga besparingarna. Dessutom antar WSIPP:s ekonomiska utvärderingar att kostnader som betalas med skattemedel, vilket ju programmet gör, medför ytterligare samhällsliga kostnader på grund av välfärdsförluster på 50 procent av kostnaderna. Sammantaget innebär detta att programmet beräknas kosta 29 400 kronor per person. Programmet anses därför i WSIPP:s databas inte vara samhällsekonomiskt lönsamt.

## Diskussion

Det finns oklarheter runt vilka effektdata, det vill säga A-CRA enbart eller i kombination med något annat program, som WSIPP har använt i beräkningarna av de samhällsekonomiska resultaten. Resultaten är inte heller tillämpliga på svenska förhållanden, av flera skäl. Ett skäl är att beräkningarna baseras på missbruk av alkohol och inte på missbruk av marijuana, som är den effekt som är statistiskt säkerställd i denna rapport. WSIPP beräknade inte de samhällsekonomiska effekterna av missbruk av marijuana, men om de hade inkluderats hade de sannolikt varit underskattningar jämfört med svenska uppgifter. I en nyligen genomförd svensk kostnadseffektivitetsanalys av ett cannabisförebyggande program [71] beräknas en daglig brukare av cannabis kosta över 350 000 kronor i årliga hälso- och sjukvårdskostnader, kommunala och statliga kostnader samt förlorad produktion. Ett fall av schizofreni, som cannabisbruk ökar risken för, beräknades kosta över 200 000 kronor per år.

Ett annat skäl till att WSIPP:s ekonomiska beräkningar inte är relevanta för svenska förhållanden är metodiken i analyserna [72]. Svenska ekonomiska utvärderingar av insatser inom den offentliga sektorn brukar inte beräkna skatteintäkter från lönearbete som besparingar, utan inkluderar hela värdet av den ökade produktionen som en samhällslig intäkt. En stor kostnad för A-CRA i WSIPP:s beräkning var dessutom en skattning av förlusten i välfärd som antas uppstå då insatser finansieras med skatter. Förlusten antogs uppgå till 50 procent av skatteutgifterna, och lades till som en ytterligare kostnad för programmet. I ekonomiska utvärderingar inom hälso- och sjukvården och socialt arbete inkluderas aldrig en sådan kostnad. Inom trafikområdet i Sverige antas denna kostnad som där kallas skattefaktorn, endast vara 30 procent [73]. En annan skillnad mellan WSIPP:s beräkningar och svenska ekonomiska utvärderingar

---

<sup>3</sup> Alla kostnadsuppgifter i detta kapitel är omräknade till svenska kronor år 2015 med hjälp av den metod som rekommenderas av The Cochrane and Campbell Economic Methods Group, dvs med PPPs (köpkraftsjusterade valutakurser) via CCEMG - EPPI-Centre Cost Converter v.1.4, tillgänglig 20151207 på <http://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/> (IMF PPPs).

inom hälsa och socialt arbete är att WSIPP inte tycks räkna in några positiva effekter på hälsa, välfärd, livskvalitet eller sparade levnadsår, vilket hade varit en viktig del av en svensk kostnadseffektivitetsanalys.



# 6 Etiska aspekter

I detta kapitel lyfts några etiska frågor relaterade till de nio program som utvärderas i rapporten. Utgångspunkten för den etiska diskussionen är SiS etiska riktlinjer [39]. I dessa framgår att SiS uppdrag avseende ungdomar bland annat är att ge ungdomarna ”bättre förutsättningar för ett socialt fungerande liv”. Merparten av SiS ungdomar har omfattande problem på flera livsområden och de har ofta fått frivilliga insatser innan tvångsomhändertagandet. Det är framför allt tvångssituationen som kan vara relaterad till etiska aspekter utöver den etik som är kopplad till de olika interventionerna.

SiS etiska riktlinjer utgår från sju principer; alla människors lika värde, humanitet, integritet, självbestämmande, rättvisa, jämlikhet och kunskapsbaserad behandling. Det är uppenbart att själva tvångsvårdssituationen vid institutionerna medför inskränkningar avseende SiS principer rörande integritet, självbestämmande och jämlikhet.

När det gäller *integritetsprincipen* handlar det därför om att skydda den privata sfär som återstår mot insyn och intrång, samt att stödja ungdomen i att upprätthålla gränserna för denna sfär. Samma sak gäller *självbestämmandeprincipen*. Det utrymme som återstår handlar bland annat om ungdomens delaktighet i behandlingen samt att kunna påverka sin vardag på institutionen. Detta är viktigt att värna om för utvecklandet av förmågan till fria val och beslut. Även SiS *jämlikhetsprincip* är inskränkt på grund av tvångsinslagen under institutionsvistelsen, men tanken är att behandlaren ändå ska ha en jämlik hållning och bemöta ungdomen som en likvärdig person.

Det etiskt intressanta här är vilka konsekvenser som de aktuella programmen kan ha vid en tillämpning inom ramen för denna tvångssituation. Några frågor kan synliggöra vissa farhågor kring detta. Finns det inslag i till exempel gruppövningar där ungdomens återstående privata sfär kan komma att kränkas? Finns det risk att ungdomen kan få svårt att utöva självbestämmande och upprätthålla gränserna för den privata sfären beroende på den ojämlika maktsituationen gentemot behandlaren under sådana övningar? Kan belöningssystem inom program blandas ihop med de belöningar och bestraffningar som finns inom ramen för själva tvångsvården? Finns det någon risk att ungdomen inte upplever sig bli bemött som en likvärdig person? Kan det vara så att exponerandet av den privata sfären kan krävas för att eftersträfvade behandlingseffekter ska kunna uppnås? Om svaret är ja finns ett tydligt etiskt dilemma.

*Människovärdesprincipen*, i SiS riktlinjer, innebär att alla människor har lika värde och samma mänskliga rättigheter oavsett personliga egenskaper och funktioner i samhället såsom kön, etnicitet, funktionsnedsättning, religions-tillhörighet, sexuell läggning, social ställning, inkomst, hälsotillstånd och ålder med mera. SiS *rättvis principen* liknar principen om människors lika värde. Behandlingen ska vara likvärdig och behoven ska tillgodoses oavsett var vården sker. Rättvisa innebär inte att alla får samma behandling. Istället handlar det om individuell anpassning och att alla har samma rätt att få den behandling som motiveras av behoven.

En etiskt motiverad fråga rörande dessa två principer är om vissa inslag inom ett program innehåller komponenter som kan upplevas som kränkande för en ungdom till exempel beroende på en viss religionstillhörighet och om detta kan medföra att behandlingen därför inte är anpassad till de individuella behoven? Samma fråga kan ställas avseende personliga egenskaper. I anslutning till detta bör nämnas att vården också ska vara jämställd, att flickor och pojkar får samma möjlighet att få sina behov tillgodosedda. I rapporten har programmen inte specifikt granskats utifrån ett genusperspektiv, men det är värt att nämna att de studier som gjorts i första hand inkluderar pojkar eller unga män.

Behandlaren ska, enligt SiS *humanitetsprincip*, vara medkännande och uppmärksam rörande behov och svårigheter samt ta ansvar, detta gäller särskilt i mötet med människor i utsatta och svåra livssituationer. Kan det finnas inslag i vissa program som är så pass krävande att ungdomen i vissa fall saknar de psykologiska och sociala resurser som krävs? Kan det vara så att något program måste fullföljas helt och hållet, trots att några inslag kan vara alltför krävande, för att programmet ska ge förväntade resultat? Är det då rimligt att, av humanitära skäl, inte implementera programmet fullt ut enligt protokollet? Behovet av en systematisk och tillförlitlig bedömning är tydlig med avseende på humanitetsprincipen för att behandlingen ska vara tillräckligt individanpassad.

Den sista av SIS etiska principer rör *kunskapsbaserad behandling*. Denna princip innebär att vården inte ska utsätta klienten för verkningslösa eller skadliga insatser. Huruvida en insats, ett program, är ”verkningslöst” eller ”skadligt” är direkt beroende på vilket alternativ insatsen jämförs med. Om det är statistiskt och vetenskapligt säkerställt att det inte finns någon skillnad i effekt mellan utvärderad insats och jämförelsealternativet, så kan man dra slutsatsen att insatsen är ”verkningslös”. Enligt samma resonemang så kan man sluta sig till att den utvärderade insatsen är skadlig under förutsättning att det är statistiskt och vetenskapligt säkerställt att den ger sämre effekt än jämförelsealternativet. Det bristfälliga vetenskapliga underlaget i rapporten gör det inte möjligt att bedöma om de aktuella programmen är verkningslösa eller skadliga.



# 7 Verksamheten i Sverige

Efter en genomgång av 25 särskilda ungdomshem<sup>1</sup>, via hemsidor, som SiS har ansvar för framgår vilka program som förekommer. Tabell 7.1 innehåller en sammanställning av program som ingår i SBU:s uppdrag och som förekommer på SiS särskilda ungdomshem samt huruvida det finns ett vetenskapligt underlag avseende ungdomar med antisocial problematik som vårdas på institution. Att det finns ett vetenskapligt underlag betyder emellertid inte att ett program kan benämnas ”evidensbaserat”. Det som avgör det hela är vad underlaget säger, alltså om det talar för programmet eller inte.

Program som inte nämns på SiS-institutioners hemsidor		Program som nämns på SiS-institutioners hemsidor	
Vetenskapliga studier har gjorts	Vetenskapligt underlag saknas	Vetenskapliga studier har gjorts	Vetenskapligt underlag saknas
A-CRA		ART	FFT
SITCAP-ART		DBT	PMT (Komet)
MST-FIT		TE	RP

**Tabell 7.1**  
Program på SiS särskilda ungdomshem.

**A-CRA** = Adolescent community reinforcement approach; **ART** = Aggression replacement training; **DBT** = Dialectical behavior therapy; **FFT** = Functional family therapy; **MST-FIT** = Multisystemic therapy–family integrated transitions; **PMT** = Parent management training; **RP** = Relapse prevention; **TE** = Token economy; **SITCAP-ART** = Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)

<sup>1</sup> Sökning november 2015

Det finns ett stort antal program på SiS som inte ingått i SBU:s uppdrag<sup>2</sup>: KBT-samtal, program om kriminalitet, program om droger, miljöterapi, mentaliserande behandling, motiverande samtal (MI), lösningsfokuserade samtal (salutogenes), TFCO (tidigare MTFC, Multidimensional Treatment Foster Care), Jupiter, Stopp och Tänk samt Vägvalet. Det är troligt att programmen är sammansatta av andra program eller komponenter från andra program. Denna typ av information framgår emellertid inte tillräckligt tydligt på de olika hemsidorna.

---

<sup>2</sup> På respektive hemsidor användes följande benämningar: KBT (kognitiv beteendeterapi); Kunskapskortet; POMS (programmet om mig själv); Ilskekontrollprogrammet; Programmet om kriminalitet; Drogprogrammet; Miljöterapi; Bella, grus och glitter; LEVA-programmet; Mentaliserande behandling; MI-Motiverande samtal; Livskunskap; ACT (Acceptance Commitment Therapy); 12-stepsprogrammet; Ett nytt vägval; Lösningsfokuserade samtal; No power to lose; Salutogenes; Rainbow-tekniker; TFCO (Treatment Foster Care Oregon); Jupiter; Stop och tänk; Vägvalet; Kriminalitetsprogrammet; Helheten; Collaborative Problem Solving; TBA (tillämpad beteendeanalys) samt lokal program med egna manualer där programnamn saknas.

# 8 Diskussion

Den första slutsatsen i rapporten är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om följande program gör nytta, medför skada eller är verkningslösa för ungdomar med antisocial problematik i institutionsvård: Aggression Replacement Training (ART), Dialektisk beteendeterapi (DBT), Funktionell familjeterapi (FFT), Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions (MST–FIT), Parent Management Training (PMT) inklusive Komet, Återfallsprevention (RP), Teckenekonomi (TE) och Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART).

Den andra slutsatsen är att Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA, inklusive case manager) minskar risken för återfall i bruk av marijuana jämfört med vanligt förekommande alternativ. Dessvärre är det vetenskapliga underlaget begränsat, vilket betyder att skattade effekter (inklusive den statistiska felmarginalen) är mycket osäkra och nya forskningsresultat kan mycket väl förändra bilden av hur effektiv A-CRA är. Det behövs alltså mer forskning för att säkra slutsatser ska kunna dras.

Otillräckligheten beror på att det ingått alltför få individer per studie. Detta problem kan ibland hanteras med metaanalyser, men på grund av att studierna inte är tillräckligt lika har metaanalyser inte kunnat genomföras bortsett från A-CRA. Ytterligare ett problem är att det har funnits oklarheter kring interventionsinnehåll och kontrollvillkor. De mätmetoder som använts är dessutom antingen tveksamma eller oklara.

Slutligen, det sätt som studierna har lagts upp på har dessutom inte varit anpassat efter hur verksamheten oftast bedrivits på institutionerna. Arbets sättet på institutionerna innebär att program och programkomponenter ingår i en helhet och där målet är att anpassa de olika insatsernas innehåll och intensitet efter individens behov. I de flesta studier utvärderades endast ett program där det inte framgår om och i så fall på vilket sätt insatserna individanpassats. Det är en utmaning att olika studier har olika kontrollvillkor, effektmått och studie-design. Det saknas dessutom studier där man granskat behandlingsintegritet (om behandlingen genomförts på rätt sätt) samt utvärderat effekterna vid en uppföljning en tid efter att behandlingen avslutats och ungdomarna lämnat institutionen.

Det finns flera översikter som mer eller mindre berör ovanstående problem. Några fokuserar på specifika program medan andra försöker skatta betydelsen av olika moderatörer inklusive programkomponenter. Eftersom gamla översikter snabbt kan bli irrelevanta beroende på att nya publiceringar och nya översikter ofta inkluderar studier från de gamla, diskuteras enbart resultaten i några få relativt färskas översikter som identifierats i litteratursökningarna. I några översikter görs samma tolkning som i SBU:s rapport, nämligen att det vetenskapliga underlaget är bristfälligt [22,74-79]. I andra översikter lyfter man inte metodologiska bristfälligheter på ett tydligt sätt [16,25,80,81].

I en av de översikter där man bedömde att underlaget var bristfälligt lägger man en viss tilltro till resultaten. I Armelius & Andreassens översikt (sid 21) är budskapet till praktiken att det finns ett relativt starkt stöd för att det finns en liten effekt av KBT inom institutionsvård inom ett år efter utskrivning [22]. De lyfter vidare fram att en variation av olika KBT-interventioner verkar vara effektiva. Två av de studier som granskats i översikten av Armelius och Andreassen ingår i SBU:s urval av studier. I en annan översikt, författad av James och medarbetare (sid 641), var man bekymrad över metodologiska problem i studierna [74]. Författarna drar slutsatsen att underlaget är litet men viktigt varför de evidensbaserade program som granskats kan implementeras med uppmuntrande resultat.

Författarna Quinn och Shera (sid 288) menar att DBT är ett lovande angreppssätt, i arbetet med grupper att placerade ungdomar, och bör användas på ett mer omfattande sätt än vad som görs [81]. I en översikt av James [16] utvärderades fyra modeller – Positive Peer Culture, Teaching Family Model, Sanctuary Model, Re-Ed och Stop-Gap Model. James (sid 308) bedömde att dessa modeller var antingen väl underbyggda eller lovande. Inget av dessa ingick i SBU:s uppdrag, men en av artiklarna som de bedömde ingår i vårt underlag, eftersom det granskade programmet inkluderar ART. Till skillnad från de program som ingår i SBU:s rapport är dessa inte behandlingsprogram avsedda att användas inom institutioner. De bör istället räknas som institutionsmodeller.

Lipsey och medarbetare [25,80] har lagt fokus på faktorer som gör olika program effektiva, för ungdomar som begår brott. I översikten från år 2009 lyfts tre framgångsfaktorer fram: (1) att programfilosofin är terapeutisk med fokus på att förändra beteende genom konstruktiv personlighetsutveckling och inte en filosofi som handlar om kontroll och avskräckning, (2) att man fokuserar



på högriskungdomar samt (3) att implementeringen av programmen genomförs väl. I den senare översikten tillkommer ytterligare en framgångsfaktor, nämligen att satsa på de program där insatserna matchas mot de behov och problemområden som präglar den aktuella ungdomsgruppen. Det framgår inte i dessa översikter vilka studier som ingår i underlaget. Det är dock säkert att studier som granskats inom SBU-projektet inte ingår (de är av senare datum än översikterna). Det är inte heller troligt att översikterna inkluderar studier som är relevanta för SBU:s projekt men som inte ingår i SBU-projektets underlag.

Longitudinell forskning, där man följer ett antal personer över en längre tid, tyder på att riskfaktorer kan ha en kumulativ effekt. Detta betyder att ju fler riskfaktorer en individ har, desto högre blir sannolikheten att denna individ utvecklar framtida problembeteenden. Det finns även flera metaanalyser vars resultat ligger i linje med detta. Interventioner där målet är att förändra flera sammanhängande (multipla) riskfaktorer är mer verksamma än interventioner som endast fokuserar på enskilda riskfaktorer. Detta innebär att verksamma program bör ha fokus på både egenskaper hos ungdomarna, men även på familjen, fritiden, vänner och skolan i kombination med eftervård efter utskrivning från institutionen.

De olika programmen i SBU:s underlag fokuserar på skilda riskfaktorer och har inte heller samma behandlingsmål. ART är exempelvis inriktat på sociala färdigheter, kontroll av ilska och moraliska värderingar och behandlingsmålen rör också dessa egenskaper hos ungdomarna. Det är därför problematiskt att endast använda återfall i kriminalitet som effektmått då ART utvärderas. Ett effektmått som också borde vara med är förändringar av ovan nämnda sociala färdigheter. Sådana förändringar är emellertid inte nödvändigtvis tillräckliga för att förändra kriminalitet. Detta beror på att det finns fler riskfaktorer än sociala färdigheter som påverkar kriminaliteten. Sådana ytterligare riskfaktorer kopplade till den sociala miljön såsom vänner, familj, skola osv. För att minska risken för kriminalitet behöver även dessa riskfaktorer förändras. Det behöver alltså inte finnas någon motsättning mellan att besitta sociala färdigheter å ena sidan och att vara kriminell å andra sidan.

Det finns interventioner som fokuserar riskfaktorer kopplade till den sociala miljön, till exempel MST-FIT. Teoretiskt sett borde sådana interventioner förväntas vara mer verksamma avseende förändring av kriminellt beteende än till exempel ART. En annan utmaning är att risknivån sällan rapporteras vid placeringstidpunkten. Därför är det möjligt att behandlingseffekter som följer verksamma interventioner ”försvinner” i resultaten. Detta beror på att man inte särskiljer ungdomar med olika risknivåer på en och samma institution. En bestämd intervention kan ha positiva effekter för en riskgrupp samtidigt som den inte ger någon effekt eller kanske till och med en negativ effekt hos en annan riskgrupp. Om inte dessa grupper särskiljs i redovisningen av resultaten så döljs dessa effekter.

*Sammantaget* kan konstateras att i den mån SBU-rapporten innehåller andra slutsatser än i ovan refererade översikter så kan det bero på två saker: För det första bygger SBU:s slutsatser på delvis andra studier än de som finns i översikterna vilket har att göra med att frågeställningarna i översikterna skiljer sig

från SBU:s frågeställning. För det andra har striktare bedömning av resultatens tillförlitlighet använts i SBU-rapporten. Bland annat har antalet individer som ingår i studiepopulationerna beaktats och överförbarheten till villkoren i Sverige har problematiserats.

# 9 Kunskapsluckor

De *kunskapsluckor* som finns gäller hela rapportens frågeställning eftersom det generellt sett saknas vetenskapligt tillförlitliga resultat. Det behövs rigorösa utvärderingar av program i institution med säkerställd statistisk teststyrka. Populationsbeskrivningarna behöver bli mer detaljerade så att olika risknivåer kan bedömas utifrån baslinjedata. De program som utvärderas behöver dokumenteras avseende innehåll och samt hur väl man följer manualerna (behandlingstrohet). Detta gäller både det utvärderade programmet och kontrollvillkoren.

Institutionsmodeller som baseras på ett helhetsperspektiv behöver utvecklas. Dessa modeller behöver anpassas efter ungdomarnas behov vilka är många och komplexa. Behoven behöver vara väl beskrivna så att de därefter kan användas som underlag vid utvärderingar. Det behövs också undersökningar av vilka faktorer som är av avgörande betydelse – alltså de aktiva ingredienserna – vid institutionsbehandling. Med andra ord vilka inslag som är nödvändiga och tillräckliga för att uppnå de önskade resultaten.

*Kunskapsluckorna bedöms bero på* att forskningen inte lagts upp på ett sätt som motsvarar komplexiteten som präglar institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik. För att *fylla kunskapsluckorna* behövs riktade satsningar på forskning inom detta område med upplägg så att komplexiteten hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Forskningen kan gärna ske i form av internationellt samarbete så att de underlag som produceras bygger på ett tillräckligt stort antal individer.



# 10 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

## Projektgrupp

### Sakkunniga

**TORE ANDREASSEN**

ordförande, leg psykolog, barne-, ungdoms- och familjedirektoratet (Bufdir), Oslo

**HANNA GINNER-HAU**

fil dr, leg psykolog, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

**TERJE OGDEN**

dr philos, forskningsdirektør ved Atferdscenteret-Unirand og professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**BO VINNERTJUNG**

professor, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

**STEFAN WIKLUND**

docent, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

## SBU

**STEN ANTTILA**  
projektledare

**HANNA OLOFSSON**  
informationsspecialist

**PIA JOHANSSON**  
hälsoekonom

**ANNETH SYVERSSON**  
projektadministratör

**LINA LEANDER**  
biträdande projektledare

## Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. Dessa har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten är det möjligt att SBU inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

**HENRIK ANDERSHED**  
professor, Institutionen för juridik,  
psykologi och socialt arbete,  
Örebro universitet

**PER BLOMQVIST**  
institutionschef, SIS ungdomshem,  
Bärby.

**ANN-CHARLOTTE SMEDLER**  
professor, leg psykolog, Psykologiska  
institutionen, Stockholms universitet

**EVA DA SILVA**  
metodutvecklare, Statens institutions-  
styrelse, Stockholm.

## Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

# SBU:s vetenskapliga råd – Brage

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

**LARS HANSSON**

ordförande, professor,  
vårdvetenskap, Lunds universitet

**CHRISTEL BAHTSEVANI**

leg sjuksköterska, med dr,  
vårdvetenskap, Malmö Högskola

**PER CARLSSON**

professor, hälsoekonomi,  
Linköpings universitet

**BJÖRN-ERIK ERLANDSSON**

professor, medicinteknik, KTH,  
Stockholm

**ARNE GERDNER**

professor, socialt arbete,  
Hälsö högskolan i Jönköping

**LENNART ISELIUS**

docent, Hälso- och sjukvårdsdirektör,  
Landstinget Västmanland

**MUSSIE MSGHINA**

docent, överläkare, psykiatri,  
Karolinska Universitetssjukhuset

**LARS SANDMAN**

professor, vårdetik, Högskolan i Borås

**BRITT-MARIE STÅLNACKE**

professor/överläkare, rehabiliterings-  
medicin, Umeå Universitet

**SVANTE TWETMAN**

professor, tandvård, Halmstad samt  
Köpenhamns Universitet

## SBU:s nämnd

SBU:s nämnd har fattat beslut om slutsatserna i rapporten.

**NINA REHNQVIST**

ordförande, professor,  
Karolinska Institutet

**SUSANNA AXELSSON**

tf generaldirektör, SBU

**HEIKI ERKERS**

förbundsordförande,  
Akademikerförbundet SSR

**EVA FRANZÉN**

forsknings- och utvecklingschef,  
Statens Institutionstyrelse

**ÅSA HIMMELSKÖLD**

sektionschef,  
Sveriges Kommuner och Landsting

**JAN-INGVAR JÖNSSON**

huvudsekreterare för ämnesrådet  
för medicin, Vetenskapsrådet

**BJÖRN KLINGE**

professor, Odontologiska  
fakulteten, Malmö högskola,  
och Karolinska Institutet

**KERSTIN NILSSON**

universitetslektor, ordförande,  
Svenska läkaresällskapet

**STIG NYMAN**

ordförande, Handikappförbunden

**SVEN OHLMAN**

med dr, Socialstyrelsen

**SINEVA RIBEIRO**  
förbundsordförande, Vårdförbundet

**AGNETA VON SCHOTING**  
ordförande, Nationella samverkans-  
gruppen för kunskapsstyrning i social-  
tjänsten (NSK-S)

**HEIDI STENSMYREN**  
ordförande Sveriges läkarförbund

**ANDERS SYLVAN**  
landstingsdirektör, Västerbottens  
Läns Landsting

**HÅKAN SÖRMAN**  
verkställande direktör,  
Sveriges Kommuner och Landsting

**KARIN TENGVALD**  
professor



# 11 Ordförklaringar och förkortningar

<b>ABCL</b>	Adult Behavior Checklist
<b>ACC</b>	Assertive Continuing Care
<b>A-CRA</b>	Adolescent Community Reinforcement Approach
<b>ADHD</b>	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
<b>ART</b>	Aggression Replacement Training
<b>AQ</b>	Aggression Questionnaire
<b>BDI</b>	Becks Depression Inventory, ett instrument för att mäta graden av depression
<b>Bias</b>	Systematisk snedvriden, resultaten inte rättvisande
<b>BDI-II</b>	Becks Depression Index
<b>Bortfall</b>	Prövningsdeltagare som upphör att medverka i projektet, genom att till exempel sluta ta prövningsläkemedlet och inte återkomma för uppföljning vid avtalad tid
<b>Case manager</b>	En case manager samordnar vården för personer med allvarliga psykiska funktionshinder för att de ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt
<b>CM</b>	Contingency Management
<b>DBT</b>	Dialectical Behavior Therapy (Dialektisk beteendeterapi)
<b>Dikotoma</b>	Tudelning, uppdelning i två kategorier
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EQUIP</b>	Equipping Youth to Help One Another
<b>Evidens</b>	Bevis för att ett visst förhållande gäller, vetenskaplig evidens

<b>Evidensbaserad</b>	Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller. I termen evidensbaserad sjukvård är evidens det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, vilka ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra "bästa tillgängliga bevis" i en viss fråga
<b>Evidensgradering</b>	SBU använder det internationellt utarbetade systemet GRADE för evidensgradering i syfte att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka
<b>EBM</b>	Evidensbaserad medicin
<b>EBP</b>	Evidensbaserad praktik
<b>FFT</b>	Functional Family Therapy (Funktionell familjeterapi)
<b>GRADE</b>	SBU använder det internationellt utarbetade systemet GRADE för evidensgradering i syfte att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka
<b>HIT</b>	How I Think
<b>Intervention</b>	Ingrepp eller behandlingsåtgärd för att åstadkomma en specifik förändring
<b>KBT</b>	Kognitiv beteendeterapi
<b>Konfidensintervall, KI</b>	Statistisk felmarginal
<b>Kvasiexperimentell studie</b>	En kvasiexperimentell studie har samma upplägg som en RCT, där patienterna i förväg delas in i en interventions- respektive kontrollgrupp, men indelningen sker utan randomisering
<b>MDT</b>	Mode Deactivation Therpay
<b>Metaanalys</b>	En statistisk metod som utnyttjar resultaten från flera studier för att ge ett sammanvägt resultat
<b>MST–FIT</b>	Multisystemic Therapy–Family Integrated Transitions
<b>PMT</b>	Parent Management Training
<b>Precision</b>	Noggrannheten hos en klinisk mätmetod: låg precision innebär stora slumpmässiga avvikelser från sanna värden
<b>PPC</b>	Positive Peer Culture
<b>PSV</b>	Penalty Value Scale
<b>PTSD</b>	Posttraumatisk stress
<b>Publikationsbias</b>	Snedvridning av publicerade resultat av studier orsakad av att undersökare, ibland också tidskriftsredaktörer, föredrar att publicera undersökningar som gett positivt resultat, till exempel visat att en behandling har effekt. Studier som inte visat någon effekt blir till stor del okända, och bilden av behandlingens värde bli omotiverat gynnsam
<b>Randomiserad</b>	Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomiseringen är förutsättningen för att man med statistiska metoder ska kunna bedöma sannolikheten för att undersökningens resultat uppkommit genom slumpens verkan
<b>Relativ risk (RR)</b>	En riskkvot, kvoten mellan en risk (t ex för sjukdom) bland exponerade individer och risker för oexponerade

<b>RP</b>	Relapse Prevention (Återfallsprevention)
<b>Signifikant</b>	Ett statistiskt mått på om en observation beror på slump eller inte
<b>SITCAP-ART</b>	Structured Sensory Intervention for Traumatized Children, Adolescents and Parents for Adjudicated and At-Risk Youth (SITCAP-ART)
<b>SMD</b>	Standardized Mean Differences/standardiserad medelvärdeskillnad, mått som ofta används i metaanalyser
<b>SPSI</b>	Social Problem Solving
<b>SIQ-HS</b>	Suicidal Ideation Questionnaire-Hand Scorable
<b>Systematisk översikt</b>	En översikt som avser en tydligt formulerad fråga och som använder systematiska och explicita metoder för att identifiera, välja ut och kritiskt bedöma relevanta studier för att samla in och analysera uppgifter från dessa. Analysen görs med fördel med hjälp av metaanalyser
<b>TE</b>	Token Economy (Teckenekonomi)
<b>Utfallsmått</b>	Det mått på effekt eller tillförlitlighet som en klinisk studie avser att utvärdera
<b>YSR</b>	Youth Self Report



# 12 Referenser

1. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteende i barndomen: Vad säger forskningen? Förlag: Gothia AB. 2005.
2. Nollan KA, Arthur M, Pecora PJ, Hawkins JD. Relationship between Risk Factors, Protective Factors and Outcomes among Youth in Long-term Foster Care. The report presented at The Society for Research in Child Development, New Mexico. 1999.
3. Cottle CC, Lee RJ, Heilburn K. The Prediction of Criminal Recidivism in Juveniles. A Meta-Analysis. *Crim Justice Behav* 2001;28:367-95.
4. Henggeler SW, Smith BH, Schoenwald SK. Key theoretical and methodological issues in conducting treatment research in the juvenile justice system. *J of Clin Child Psychol* 1994;23:143-150.
5. Andrews D, Bonta J. *The Psychology of Criminal Conduct*, 5th Edition Ohio: Anderson Publishing Co 2010.
6. Andrews DA, Bonta J. *The Psychology of Criminal Conduct*. Anderson Publishing 1998.
7. Jaffee SR, Strait LB, Odgers CL. From correlates to causes: can quasi-experimental studies and statistical innovations bring us closer to identifying the causes of antisocial behavior? *Psychol Bull* 2012;138:272-95.
8. Pardini D, Frick PJ. Multiple developmental pathways to conduct disorder: current conceptualizations and clinical implications. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:20-5.
9. Moffitt TE. Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. Research review. In: *Developmental psychopathology*. Vol 3: Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.). Editors: Cicchetti, D, Cohen, D J. New York: Wiley 2006:pp 570-98.
10. Plant RW, Panzerella P. Residential Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders: Evidence-Based Approaches and Best Practice Recommendations. In: *Adolescent Substance Abuse. Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. Editors: Leukefeld C, Gullotta T.P, Staton-Tindall M. Issue in Children's and Families' Lives. Springer 2009;9:pp 135-54.

11. Hair HJ. Outcomes for Children and Adolescents After Residential Treatment: A Review of Research from 1993 to 2003. *J Child Fam Stud* 2005;14:551-75.
12. Levin C. Uppfostringsanstalten. Om tvång i föräldrars ställe. Publisher: Arkiv förlag, Lund. Webblänk hämtad 20151217: <http://lup.lub.lu.se/record/18659> 1998.
13. Johansson G. Påverkan eller total förändring? Kritik av en förhållning med avstamp i ett program mot missbruk och kriminalitet. Statens Institutionsstyrelse SiS; Forskningsrapport nr 3/2005.
14. Pettersson T. Återfall i brott bland ungdomar dömda till fängelse respektive slutna ungdomsvård. SiS Rapport 2/2010 2010.
15. Ryan JP, Marshall JM, Herz D, Hernandez PM. Juvenile delinquency in child welfare: Investigating group home effects. *Child Youth Serv Rev* 2008;30:1088-99.
16. James S. What Works in Group Care? – A Structured Review of Treatment Models for Group Homes and Residential Care. *Child Youth Serv Rev* 2011;33:308-21.
17. Whittaker JK. Evidence-based intervention and services for high-risk youth: a North American perspective on the challenges of integration for policy, practice and research. *Child Fam Soc Work* 2009;14:166-77.
18. Patterson GR. Developmental Changes in Antisocial Behavior. In: Peters, RD, McMahon, RJ, & Quinsey, VL. (red). *Aggression and Violence throughout the life span*. Newbury Park, CA: SAGE. 1992:52-82.
19. Dowden C, Andrews DA. Effective Correctional Treatment and Violent Reoffending: A Meta-Analysis. *Can J Criminol* 2000:449-67.
20. Baglivio MT, Wolff KT, Jackowski K, Greenwald MA. A Multilevel Examination of Risk/Need Change Scores, Community Context, and Successful Reentry of Committed Juvenile Offenders. *Youth Violence Juv Justice* 2015:1-24.
21. Loeber R, Farrington DP. Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol* 2000;pp 737-62.
22. Armelius BA, Andreassen TH. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD005650.
23. Landenberger NA, Lipsey MW. The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *J Exp Criminol* 2005;1:451-76.
24. Lipsey MW, Landenberger NA, Wilson SJ. *Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Campbell Collaboration 2007.
25. Lipsey MW. The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. *Vict Offender* 2009;4:124-47.
26. Bengtsson TT. Learning to become a 'gangster'? *J Youth Stud* 2012;15:677-92.
27. Dodge KA, Dishion TJ, Lansford JE. *Deviant Peer Influences in Programs for Youth (Problems and Solutions)*. The Guildford Press : New York. 2006:462p.
28. Latessa EJ, Lowenkamp CT. What works in reducing recidivism. *University of St. Thomas Law Journal* 2006;3:521-35.
29. Lowenkamp CT, Smith P, Bechtel K. Reducing the Harm: Identifying Appropriate Programming for Low-Risk Offenders. *Correct Today* 2007;69:50-52.
30. Whittaker JK. The re-invention of residential treatment: an agenda for research and practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2004;13:267-78.
31. Curry JF. Outcome research on residential treatment: implications and sug-

- gested directions. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:348-57.
32. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, French MT, DiClemente P, Henderson C. Facilitating adolescent offender' reintegration from juvenile detention to community life (DTC). Presentation to the NIDA CJDATS Steering Committee, University of California Los Angeles, CA. 24. 2004.
  33. Walter UM, Petr CG. Family-Centered Residential Treatment: Knowledge, Research, and Values Converge. *Resid Treat Child Youth*, 2008;25:p 1-16.
  34. Frensch KM, Cameron G. Treatment of Choice or a Last Resort? A Review of Residential Mental Health Placements for Children and Youth. *Child Youth Care Forum* 2002;31:307-39.
  35. Chamberlain P. Treating Chronic Juvenile Offenders. *Advances Made Through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model*. American Psychological Association. Washington DC 2003.
  36. Leichtman M, Leichtman ML, Barber CC, Neese DT. Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 2001;71:227-35.
  37. Gilligan R. Foreword In: *Therapeutic Residential Care for Children and Youth - Developing Evidence-based International Practice*. Edited by: Whittaker, J.K., del Valle, J.F., Holmes, L. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia 2014.
  38. Byrnes EC, Boyle SW, Kjosness JY. Enhancing Interventions with Delinquent Youths: The Case for Specifically Treating Depression in Juvenile Justice Populations. *Juvenile Offenders and Mental illness* 2005:49-71.
  39. SiS. Statens institutionsstyrelse. SiS Etiska Riktlinjer; Webblänk: <http://www.stat-inst.se/>.
  40. Kling Å, Sundell K, Melin L, Forster M. Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem. *Forsknings- och Utvecklingsenheten (FoU), Stockholms stad 2006; FoU-rapport 2006:14*
  41. Coleman M, Pfeiffer S, Oakland T. Aggression replacement training with behaviorally disordered adolescents. *Behavioral Disorders* 1992;18:54-66.
  42. Erickson JA. The Efficacy of Aggression Replacement Training (ART) with Female Juvenile Offenders in a Residential Commitment Program; 2013.
  43. Glick B, Goldstein AP. Aggression replacement training. *J Couns Dev* 1987;65:356-62.
  44. Currie MR, Wood CE, Williams B, Bates GW. Aggression replacement training (ART) in Australia: A longitudinal youth justice evaluation. *Psychiatry, Psychol Law* 2012;19:577-604.
  45. Holmqvist R, Hill T, Lang A. Effects of aggression replacement training in young offender institutions. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2009;53:74-92.
  46. Helmond P, Overbeek G, Brugman D. An examination of program integrity and recidivism of a cognitive-behavioral program for incarcerated youth in The Netherlands. *Psychology, Crime Law* 2015;21:330-46.
  47. Leeman LW, Gibbs JC, Fuller D. Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior* 1993;19:281-92.
  48. Helmond P, Overbeek G, Brugman D. Program integrity and effectiveness of a cognitive behavioral intervention for incarcerated youth on cognitive distortion, social skills, and moral development. *Child Youth Serv Rev* 2012;34:1720-28.
  49. Drake EK. Recidivism findings for the juvenile rehabilitation administrations dialectical behavior therapy program: Final report. Washington State Institute for Public Policy 2006.
  50. Trupin EW, Stewart DG, Beach B, Boesky L. Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcer-

- ated female juvenile offenders. *J Child Adolesc Ment Health* 2002;7:121-27.
51. Shelton D, Kesten K, Zhang W, Trestman R. Impact of a Dialectic Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011;24:105-13.
  52. Apsche J, Bass C, Houston M. A one year study of adolescent males with aggression and problems of conduct and personality: A comparison of MDT and DBT. *Int J Behav Consult Ther* 2006;2:544-52.
  53. Trupin EJ, Kerns SEU, Walker SC, DeRobertis MT, Stewart DG. Family integrated transitions: A promising program for juvenile offenders with co-occurring disorders. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2011;20:421-436.
  54. Raider MC, Steele W, Delillo-Storey M, Jacobs J, Kuban C. Structured sensory therapy (SITCAP-ART) for traumatized adjudicated adolescents in residential treatment. *Resid Treat Child Youth* 2008;25:167-85.
  55. Foxx RM. A comprehensive treatment program for inpatient adolescents. *Behavioral Interventions* 1998;13:67-77.
  56. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL, Petry NM. A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:40-51.
  57. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction* 2006;102:81-93.
  58. Blueprints. Webblänk hämtad 20151218: <http://www.blueprintsprograms.com/>. 2015.
  59. WSIPP. Washington State Institute for Public Policy. Webblänk hämtad 20151218: <http://www.wsipp.wa.gov/> 2015.
  60. Cary M, Butler S, Baruch G, Hickey N, Byford S. Economic evaluation of multisystemic therapy for young people at risk for continuing criminal activity in the UK. *PLoS One* 2013;8:e61070.
  61. Dopp AR, Borduin CM, Wagner DV, Sawyer AM. The economic impact of multisystemic therapy through midlife: A cost-benefit analysis with serious juvenile offenders and their siblings. *J Consult Clin Psychol* 2014;82:694-705.
  62. Klietz SJ, Borduin CM, Schaeffer CM. Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *J Fam Psychol* 2010;24:657-66.
  63. McCollister KE, French MT, Sheidow AJ, Henggeler SW, Halliday-Boykins CA. Estimating the differential costs of criminal activity for juvenile drug court participants: Challenges and recommendations. *J Behav Health Serv Res* 2009;36:111-26.
  64. Olsson TM. Intervening in youth problem behavior in Sweden: a pragmatic cost analysis of MST from a randomized trial with conduct disordered youth. *Int J Soc Welf* 2010;19:194-205.
  65. Schoenwald SK, Ward DM, Henggeler SW, Pickrel SG, Patel H. Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient, and residential placement. *J Child Fam Stud* 1996;5:431-44.
  66. Sheidow AJ, Jayawardhana J, Bradford WD, Henggeler SW, Shapiro SB. Money matters: Cost-effectiveness of juvenile drug court with and without evidence-based treatments. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2012;21:69-90.
  67. Stout BD, Holleran D. The impact of evidence-based practices on requests for out-of-home placements in the context of system reform. *J Child Fam Stud* 2013;22:311-21.
  68. Godley SH, Garner BR, Passetti LL, Funk RR, Dennis ML, Godley MD. Adolescent outpatient treatment and continuing care: Main findings from a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend* 2010;110:44-54.
  69. Lott DC, Jencius S. Effectiveness of very low-cost contingency management in a community adolescent treatment



- program. *Drug Alcohol Depend* 2009;102:162-5.
70. WSIPP. Washington State Institute for Public Policy. Benefit-Cost & Meta-Analysis Results. Webblänk hämtad 20151118: <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/260> 2015.
71. Deogan C, Zarabi N, Stenstrom N, Hogberg P, Skarstrand E, Manrique-Garcia E, et al. Cost-Effectiveness of School-Based Prevention of Cannabis Use. *Appl Health Econ Health Policy* 2015;13:525-42.
72. WSIPP. Washington State Institute for Public Policy. Benefit-Cost Technical Documentation. . Webblänk hämtad 20151118: <http://www.wsipp.wa.gov/TechnicalDocumentation/WsippBenefit-CostTechnicalDocumentation.pdf> 2015.
73. Trafikverket. Samhällsekonomiska principer och kalkylvärden för transportsektorn: ASEK 5.2 - Kapitel 3 Kalkyl-principer och generella kalkylvärden. Webblänk hämtad 20151218: [http://www.trafikverket.se/contentassets/13c6f-625c3324bc4b34a59c9f4594703/03\\_generella\\_principer\\_o\\_varden\\_a52.pdf](http://www.trafikverket.se/contentassets/13c6f-625c3324bc4b34a59c9f4594703/03_generella_principer_o_varden_a52.pdf) 2015.
74. James S, Alemi Q, Zepeda V. Effectiveness and Implementation of Evidence-Based Practices in Residential Care Settings. *Child Youth Serv Rev* 2013;35:642-56.
75. Knorth E, Harder AT, Zandberg T, Kendrick AJ. Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Child Youth Serv Rev* 2008;30:123-40.
76. Koehler JA, Lösel F, Akoensi TD, Humphreys DK. A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *J Exp Criminol* 2013;9:19-43.
77. Munthe-Kaas HM, Hammerstrøm KT, Kurtze N, Nordlund KR. Effects and experiences of interventions to promote continuity in residential child care institutions. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* 2013;Rapport Nr 4.
78. Socialstyrelsen. Teckenekonomi för barn och unga på hem för vård eller boende – En systematisk översikt samt juridiska aspekter på utförande. Artikelnr 2012-11-8.
79. Brännström L, Kaunitz C, Andershed AK, South S, Smedslund G. Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2016;doi: 10.1016/j.avb.2016.02.006.
80. Lipsey MW, Howell JC, Kelly MR, Chapman G, Carver D. Improving the Effectiveness of Juvenile Justice Programs. A New Perspective on Evidence-Based Practice. Center for Juvenile Justice Reform. Georgetown Public Policy Institute. Washington, D.C. 2010.
81. Quinn A, Shera W. Evidence-based practice in group work with incarcerated youth. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:288-93.

# SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: [www.sbu.se](http://www.sbu.se) • twitter: @SBU\_se • telefon: 08-412 32 00