SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 279/2018

Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem

Treatment Foster Care Oregon

En systematisk översikt och utvärdering
inklusive ekonomiska och etiska aspekter

STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

Rapportserie Denna rapport hör till serien SBU Utvärderar. En allsidig vetenskaplig utvärdering som innefattar systematisk översikt, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter. Ämnessakkunniga deltar i arbetet med stöd av medarbetare på SBU, patienter/brukare. Rapporten granskas av oberoende experter. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt och rapportens slutsatser godkänns av SBU:s nämnd.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

- ✓ Utvärdering av etablerad metod
- ✓ Systematisk litteratursökning
- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- ✓ Sammanvägning av resultat
- ✓ Evidensgradering gjord av SBU
- Evidensgradering gjord externt
- Baseras på en systematisk litteraturöversikt
- Konsensusprocess
- ✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
- ✓ Patienter/brukare medverkat
- ✓ Etiska aspekter
- ✓ Ekonomiska aspekter
- ✓ Sociala aspekter
- ✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
- ✓ Godkänd av SBU:s nämnd

Nyckelord Behandlingsfamilj, Behandlingsfamiljer, Beteendeproblem, Familjehem, Familjehemsplacerade barn, Familjehemsvård, Fosterbarn, MTFC, TFC, Tonåringar, Ungdomar, Ungdomsvård, Placerade barn, Adolecents, Foster care, Foster home care, Specialised foster care, Specialized foster care, Teenagers, Treatment foster care, Youth

Utgiven April 2018

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 279) kan beställas från Strömberg distribution.
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: sbu@strd.se

Produktion Grafisk produktion av Åsa Isaksson, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU2017/577

Citera denna rapport SBU. Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 279. ISBN 978-91-88437-21-1.

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser **7**

1 Inledning **11**
Syfte 11
Uppdraget 11
Målgrupper 12

2 Bakgrund **13**
Social dygnsvård i Sverige 13
Barn och unga i institutionsvård 15
Vad är behandlingsfamilj? 16
En version av behandlingsfamilj – Treatment Foster Care Oregon 17
Ekonomiska aspekter 19

3 Metodbeskrivning **21**
Frågeställningar 21
Inklusions- och exklusionskriterier 22
Litteratursökning 23
Metodik för urval av artiklar 24
Kvalitetsgranskning av relevanta artiklar 24
Tabellering av relevanta data från artiklarna 25
Metoder för sammanvägning av resultat 25
Det vetenskapliga underlagets styrka 26
Praxisundersökning 26
Några röster om behandlingsfamilj (TFCO) respektive institutionsvård 27

4 Effekter på ungdomarna **29**
Flödesschema ingående studier 29
Allmänt om de åtta studierna 30
— Utfallsmått i studierna 31
Beskrivning av de åtta studierna 32
— Första studien av programkonstruktören 32
— Andra studien av programkonstruktören 32
— Tredje studien av programkonstruktören 32
— Fjärde studien av programkonstruktören 33
— Femte studien av programkonstruktören 33
— Första brittiska studien av oberoende forskare 34
— Andra brittiska studien av oberoende forskare 34
— Svensk studie av oberoende forskare 34
Effekter av TFCO 35
— Primära utfallsmått 36

5 Ekonomiska aspekter **41**
Bakgrund 41
Litteratursökning 42
Resultat av den systematiska översikten: en dansk modellstudie 43

Kostnaden för TFCO jämfört med institutionsvård i Sverige 44
— Metod 44
— Resultat 45
— Kostnadsanalys: TFCO jämfört med institutionsvård (exempel) 46
Sammanfattning 47

6 Praxisundersökning av institutionsvård 49
De medverkande institutionerna 49
— Bedömningsmetoder 49
— Behandlingsmetoder 50
— Teoribildningar 52
Sammanfattning 52

7 Några röster om TFCO respektive institutionsvård 53
Röster om TFCO – en intervjustudie 53
— Autonomi 54
— Vuxenkontakter 54
— Negativ kamratpåverkan 54
— Behandling 54
Röster om institutionsvård – SBU:s intervjuer 54
— Autonomi 55
— Vuxenkontakter 55
— Negativ kamratpåverkan 55
— Behandling 56
— Alternativ 56
Sammanfattning 56

8 Etiska aspekter 59
Allmän etisk problematik om insatser till barn och ungdomar 59
— Etisk problematik vid social dygnsvård 60
— Etisk problematik vid social dygnsvård av ungdomar med allvarliga beteendeproblem 60
Sammanfattning 63

9 Diskussion 65
Resultat 65
— Effekter av TFCO (Frågeställning 1) 65
— Ekonomiska aspekter (Frågeställning 2) 66
— Institutionsvård i Sverige (Frågeställning 3) 66
— Några röster om TFCO respektive institutionsvård (Frågeställning 4) 66
— Etiska aspekter (Frågeställning 5) 67
Tillförlitlighet 67
— Effekter av TFCO 67
— Ekonomi 68
— Praxisundersökning 68
— Några röster om TFCO respektive institutionsvård 69
Resultatens allmängiltighet för Sverige 69
— Målgrupp 69
— Metodtrohet 69
— Jämförelsealternativen 70

För- och nackdelar med TFCO 70
Ekonomiska aspekter 71
Svensk praxis 72
— Behandlingsmetoder 72
— Bedömningsmetoder 73
Användning av TFCO i Sverige 74
— Flera TFCO-team 74
— Val att placera ungdomar i TFCO 75

10 Kunskapsluckor 77

11 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd 79
Projektgrupp 79
— Sakkunniga 79
— SBU 79
Externa granskare 80
Bindningar och jäv 80
SBU:s vetenskapliga råd – Eira 80
SBU:s vetenskapliga råd – Brage 81
SBU:s nämnd 82

12 Ordförklaringar och förkortningar 83

13 Referenser 87

Bilaga 1 Tabellverk av ingående studier tillgänglig på www.sbu.se/279

Bilaga 2 Exkluderade studier tillgänglig på www.sbu.se/279

Bilaga 3 Gallrings- och granskningsmallar tillgänglig på www.sbu.se/279

Bilaga 4 Sökstrategier tillgänglig på www.sbu.se/279

Bilaga 5 Praxisenkät tillgänglig på www.sbu.se/279

Bilaga 6 Enkät till brukare tillgänglig på www.sbu.se/279

Resultaten i denna rapport bygger på analyser som har uppdaterats i en översikt **Interventioner för att förstärka familjehemsvården**, 27 februari 2026.

Figur 4.2 Kriminalitet – registerdata och **Figur 4.4** Placering på låst avdelning har uppdaterats i och med ny publikation. **Figur 4.3** Kriminalitet – test/bedömningsinstrument och **Figur 4.5** Umgänge med kriminella kamrater har utgått i och med ny publikation.

Läs rapporten på www.sbu.se/408

Sammanfattning och slutsatser

Varje år placeras ungefär 2 000 ungdomar på institution på grund av allvarliga beteendeproblem. Ungdomarna placeras då antingen på särskilda ungdomshem eller på kommunala eller privata Hem för vård eller boende (HVB). En alternativ placering för dessa ungdomar är i en så kallad behandlingsfamilj. Det är en tidsbegränsad insats där utbildade familjehemsföräldrar tillsammans med ett team bedriver behandling. En version av behandlingsfamilj är Treatment Foster Care Oregon (TFCO). TFCO finns i begränsad omfattning i Sverige sedan början av 2000-talet.

Slutsatser

- När ungdomar med allvarliga beteendeproblem placeras i TFCO, leder detta troligtvis till mindre fortsatt kriminalitet och färre placeringar på låst avdelning än när ungdomarna placeras på institution. Det är också möjligt att TFCO leder till färre kriminella kamrater, mindre användning av narkotika och bättre psykisk hälsa, än vid placering på institution.

- TFCO kostar i genomsnitt mindre än placering på särskilda ungdomshem och något mer än på HVB, om man räknar med att vårdtiderna är desamma. Väger man in antaganden om långsiktiga effekter är TFCO kostnadsbesparande för samhället jämfört med placering på särskilda ungdomshem eller HVB.

- Idag får cirka 30–40 ungdomar i Sverige årligen tillgång till TFCO. Om fler ska få tillgång måste fler behandlingsteam inrättas, vilket kortsiktigt medför kostnader för utbildning och certifiering.

Alternativet till behandlingsfamiljer är institutionsvård som ofta kompletteras med olika behandlingsmetoder. Kunskapen om metodernas nytta och risker är bristfällig eftersom det saknas studier. Ur ett etiskt perspektiv är det angeläget att få tillförlitlig kunskap om för- och nackdelar med de övriga kompletterande behandlingar som används.

Sammanfattning

Bakgrund och syfte

Ungdomar med allvarliga beteendeproblem har i vuxen ålder en förhöjd risk för kriminalitet, missbruk, fysisk och psykisk ohälsa samt för tidig död. Traditionellt har placering på institution (särskilda ungdomshem eller HVB) varit den vårdform som använts. Syftet med denna rapport är att granska och sammanställa det vetenskapliga underlaget för familjehem med ett förstärkt stöd, så kallade behandlingsfamiljer, i jämförelse med institutionsplacering. Litteratursökningen identifierade endast en version av behandlingsfamiljer för målgruppen, Treatment Foster Care Oregon (TFCO).

Metod

Den systematiska utvärderingen genomfördes i enlighet med SBU:s metodik. Målgruppen var ungdomar med allvarliga beteendeproblem i åldrarna 12 till 17 år. Studierna skulle utvärdera behandlingsfamiljer i jämförelse med institutionsvård och vara kontrollerade med hög eller medelhög studiekvalitet. Studierna skulle vara publicerade mellan åren 1990 och 2017. Uppföljningstiden skulle vara minst 12 månader efter placeringens start. Studierna uteslöts om jämförelsegruppen utgjordes av traditionella familjehem eller om barnen var yngre än 12 år.

Den systematiska utvärderingen inkluderar även ekonomiska aspekter. Rapporten innehåller också en inventering av vilka insatser som används inom institutionsvård i Sverige, några röster från personer som varit placerade i TFCO och på institutioner samt en etisk analys.

Resultat

Effekter av TFCO

Sammanlagt granskades 5 893 artikelsammanfattningar. Relevans- och kvalitetsgranskningen identifierade åtta studier som motsvarade projektets inklusionskriterier, varav fem från USA, två brittiska och en svensk. Dessa studier följde i de flesta fall ungdomarna under 24 månader. Sammantaget visar studierna att TFCO troligen minskar ungdomarnas kriminalitet och placering på låst avdelning, samt möjligen även minskar narkotikamissbruk, psykisk ohälsa samt förekomst av kriminella kamrater. Det vetenskapliga underlaget var otillräckligt för att värdera effekten på alkoholmissbruk, psykotiska symtom, sexuellt riskbeteende och på förekomsten av tonårsgraviditeter. Det saknas

helt studier som belyser TFCO:s effekter på fysisk hälsa, upplevd livskvalitet, utbildning samt på yrkesanställning. Det saknas också studier om eventuella skadliga eller oönskade effekter av insatserna.

Ekonomiska aspekter

Sammanlagt granskades 314 artikelsammanfattningar. Relevans- och kvalitetsgranskningen identifierade en dansk rapport som motsvarade projektets inklusionskriterier. I rapporten presenterades en modellbaserad kostnadsintäktsanalys som visade att TFCO var kostnadsbesparande jämfört med institutionsvård med närmare 900 000 kronor per ungdom i ett livstidsperspektiv. En sammanställning av svenska kostnader för placeringar visade att TFCO var mindre kostsamt än institutionsvård vid särskilt ungdomshem men något dyrare än HVB, om man räknade med att vårdtiderna var desamma.

Praxisundersökning

Eftersom institutionsplacering ofta kompletteras med behandlingsmetoder kontaktades ett slumpvis urval av institutioner för ungdomar med beteendeproblem (svar kom från 53 av 67). Institutionerna uppgav att de använde 33 behandlingsmetoder och 8 mer allmänna förhållningssätt. Få av dessa var vetenskapligt utvärderade för målgruppen. Resultatet tyder på problem utöver bristande vetenskaplig kunskap om metoderna. Till exempel uppgav en institution av fyra att man använde behandlingsmetoder utan att personalen hade utbildning för dem. De flesta institutionerna saknade också handledning för metoderna. Institutionerna använde 18 standardiserade bedömningsmetoder, varav fyra bedömdes som särskilt relevanta för målgruppen.

Några röster om TFCO och institutionsplacering

Personer med erfarenheter av TFCO respektive institutionsplacering hade samma uppfattningar om vad som ansågs som viktigt vid en placering; förtroendefulla vuxenkontakter, behandling av ursprungsfamiljen samt minskad kontakt med andra ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Ungdomarna med upplevelse av TFCO bedömde att de hade getts dessa viktiga komponenter, medan ungdomarna som varit institutionsplacerade inte hade getts den möjligheten i samma utsträckning.

Etiska aspekter

När samhället övertar ansvaret för ungdomars vård så finns en särskild skyldighet att tillgodose deras bästa. Det är ett etiskt problem att få av de behandlingsmetoder som används inom institutionsvården är utvärderade. Därmed är det oklart om institutionsvård gynnar ungdomarna och lever upp till grundläggande etiska krav på ansvarstagande från samhällets sida.

1 Inledning

Syfte

Mellan 3 och 4 procent av alla barn i Sverige placeras någon gång i ett familjehem eller på en institution. Cirka 1 procent av alla barn vistas minst fem år av sin uppväxt i ett familjehem eller på en institution [1,2]. Dessa barn har i vuxen ålder en kraftigt förhöjd risk för suicid, psykisk ohälsa, missbruk, allvarlig kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd.

Det finns flera skäl till att barn placeras utom hemmet. Ett skäl kan vara att föräldrarna brister i omsorg av barnet eller på andra sätt inte har möjlighet att ta sitt föräldraansvar. Den unges egna beteenden, till exempel kriminalitet, missbruk eller prostitution, kan också vara skäl till placering utom hemmet. Denna rapport utvärderar en insats till ungdomar med allvarliga beteendeproblem som kallas Treatment Foster Care[1], eller behandlingsfamilj som är den term som används i utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2014:3) och som används i denna rapport [3].

Uppdraget

I tre tidigare rapporter har SBU utvärderat om det går att stödja barns psykiska och fysiska hälsa när de är placerade i familjehem eller på institution. Den

[1] I engelskspråkig litteratur även kallat Specialised foster care, Therapeutic foster care, Intensive foster care, och Multidimensional treatment foster care.

första handlar om behandling av ungdomar med antisocial problematik vid institutionsplaceringar [4]. Den andra rapporten jämför barn som placerats i familjehem med barn som placerats hos närstående eller anhörig, så kallade släktinghem [5]. Den tredje rapporten behandlar barn i familjehem och granskar specifika insatser till stöd för barn och familjehemsföräldrar [6]. Under arbetet med den tredje rapporten identifierades en typ av familjehemsinsats för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: Treatment Foster Care, eller på svenska, behandlingsfamilj. Den insatsen skiljer sig på ett avgörande sätt eftersom ett vanligt alternativ för målgruppen är institutionsplacering. Ett beslut togs därför att granska effekterna av behandlingsfamiljer i en separat utvärdering.

Initiativet till utvärderingen om behandlingsfamiljer kom från SBU.

Målgrupper

Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, till chefer och handläggare inom socialtjänstens sociala barnavård samt till chefer och personal i organisationer som arbetar med familjehems- och institutionsvård utanför den kommunala socialtjänsten. Andra målgrupper är personal inom hälso- och sjukvård samt personer med erfarenhet av placeringar.

2 Bakgrund

När barn och ungdomar misstänks fara illa på grund av föräldrars brister eller det egna beteendet har socialtjänsten ett ansvar för att utreda deras behov av stöd och skydd [7]. Utredningar genomförs med eller utan standardiserade bedömningsmetoder [8]. De typer av bedömningsmetoder som syftar till att bedöma ungdomar med allvarliga beteendeproblem som kriminalitet är de som tar hänsyn till risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna [9,10]. Riskprincipen utgår från att personer med högre risk för återfall i brott ska ges mer intensiv behandling. Behovsprincipen innebär att behandlingen ska inriktas på de riskfaktorer som driver ungdomens kriminalitet. Mottaglighetsprincipen (den specifika) fokuserar på individens inlärningsstil och motivation för behandling.

Socialtjänstens utredningar kan leda till att insatser ges i öppenvård men även att barn placeras i vård utanför hemmet, så kallad social dygnsvård [7]. Under år 2016 var drygt 30 500 barn och ungdomar placerade i social dygnsvård någon gång under året [8].

Social dygnsvård i Sverige

Social dygnsvård för barn och ungdomar ges som insats enligt Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) 4 kap. 1 § med vårdnadshavarens eller ungdomens samtycke (från 15 år), eller enligt Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, ofta förkortad LVU (1990:52) 2 § eller 3 § – utan vårdnadshavarens eller ungdomens samtycke (från 15 år). Majoriteten av alla placeringar år 2016 skedde med stöd av Socialtjänstlagen (SoL) [8].

Det finns fyra placeringsalternativ för social dygnsvård i Sverige:

1. Familjehem avser ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran där verksamheten inte bedrivs yrkesmässigt (Socialtjänstförordning 2001:937, 3 kap. 2 §).

2. Stödboende avser en verksamhet inom socialtjänsten som tar emot enskilda i åldern 16–20 år i ett eget boende med individanpassat stöd där verksamheten bedrivs yrkesmässigt (Socialtjänstförordning 2001:937, 3 kap. 1 a §).

3. HVB avser ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende där verksamheten bedrivs yrkesmässigt i form av till exempel bolag (kommunalt eller privat), stiftelse eller enskild person (Socialtjänstförordning 2001:937, 3 kap. 1 §).

4. Särskilt ungdomshem, även kallat paragraf 12-hem. Det är en tillfällig boendeform (HVB i statlig regi) för ungdomar med kriminalitet, missbruk eller annat socialt nedbrytande beteende som behöver vara under särskild uppsikt (LVU 15–20 §§). Det är Statens institutionsstyrelse som tillhandahåller vård i denna vårdform (SoL 6 kap. 3 §).

Den vedertagna termen för HVB och särskilt ungdomshem är institution. Variationerna är stora avseende organisation och innehåll och det som bedöms vara en central del av behandlingen är varje institutions specifika miljö [4]. Samspelet mellan personal och ungdom anses vara kärnan i detta miljöarbete. Detta samspel är sällan beskrivet i forskning [4]. Institutioner kan, utöver att erbjuda omsorg, även erbjuda behandlande insatser för att påverka den unges utveckling [11–13]. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskade år 2012 samtliga privata och kommunala HVB. Vid den tidpunkten var i genomsnitt 6,4 ungdomar placerade på HVB och knappt hälften av personalen bedömdes ha en lämplig utbildning [14]. Det var bara hälften av HVB-hemmen (54 %) som uppgav att de hade en manualbaserad metod för att behandla barn och unga, och det var relativt få av dessa metoder som hade ett vetenskapligt stöd. Det var också få, 23 procent, som använde standardiserade bedömningsmetoder. Sammanlagt användes närmare 60 olika behandlingsmetoder och förhållningssätt. Motsvarande granskning har inte skett av de särskilda ungdomshemmen.

Det saknas svensk forskning om vad som gör att barn och ungdomar placeras i placeringsalternativen ovan. Internationella studier pekar dock på att de som blir placerade inom institutionsvård har allvarligare beteendeproblem än de som placeras i traditionella familjehem [15]. Ett motiv för val av särskilda ungdomshem är att socialtjänsten bedömt att ungdomen behöver vård i låsta former[1]. Det indikerar att alla former av social dygnsvård behövs: familjehem, HVB och särskilda ungdomshem.

[1] Personlig kommunikation Cecilia Andrée Löfholm, Statens institutionsstyrelse 2018-02-23.

Barn och unga i institutionsvård

År 2016 placerades ungefär 2 000 ungdomar mellan 12–17 år på institution på grund av beteendeproblem. Av dessa ungdomar var 880 på särskilda ungdomshem på grund av kriminalitet, missbruk eller annat socialt nedbrytande beteende [16] och ungefär 1 200 på kommunala eller privata HVB[2] [8].

Historiskt sett har ungdomar med allvarliga beteendeproblem såsom kriminalitet placerats på institution [18,19]. Under senare år har det blivit vanligare att ungdomar med mindre allvarlig kriminalitet placerats i traditionella familjehem [17]. För barn som omfattas av social dygnsvård är det vanligt att de har erfarenheter av olika former av placeringar. Det kan till exempel vara placering på ett HVB i väntan på att socialtjänsten finner ett familjehem. Det kan också vara placering på ett särskilt ungdomshem efter att en placering på HVB avslutats i förtid (så kallat sammanbrott) [17,21–23].

Traditionella familjehem har svårigheter att möta ungdomarnas komplexa vårdbehov där allvarlig kriminalitet, missbruk och psykisk ohälsa ofta förekommer samtidigt [24]. Det är en anledning till att många placeringar med denna målgrupp avslutas med sammanbrott [25]. Sammanbrott förekommer även bland institutionsplaceringar av ungdomar med allvarliga beteendeproblem. En studie visade att 57 procent av placeringarna i traditionella familjehem, 44 procent i offentliga HVB, 39 procent i enskilda HVB och 18 procent i särskilda ungdomshem avbröts oplanerat i förtid [17].

Studier som följt upp unga som placerats inom institutionsvård visar att en stor andel begår brott efter placeringen. En systematisk översikt av 19 kontrollerade utvärderingar från USA och västra Europa visade att institutionsplaceringar ökade risken för kriminalitet och andra externaliserade problem hos yngre tonåringar (SMD=0,33) jämfört med framför allt familjehemsplaceringar [26]. Resultaten var mer negativa för pojkar än för flickor. När evidensbaserade behandlingsmetoder användes på institutionerna fanns ingen skillnad mellan institutions- och familjehemsplacering [26]. Ett snarlikt resultat finns för äldre tonåringar [27]. En förklaring till resultatet är risken för negativ kamratpåverkan (även kallad antisocial träning) som kan ske när många ungdomar med olika grad av beteendeproblem bor tillsammans [28].

Även i svensk kontext finns svårigheter att minska och förebygga fortsatt kriminalitet bland ungdomar som varit institutionsplacerade. En studie visade att mer än hälften av ungdomarna hade begått någon form av brott ett år efter placering [29]. På lång sikt finns en ökad risk för tidig död, psykisk och fysisk ohälsa, fortsatt kriminalitet och behov av långvarigt försörjningsstöd [30].

[2] Det saknas statistik på hur många av de 2 261 som placerades på kommunala och privata HVB på grund av det egna beteendet. Med hjälp av annan forskning kan dock andelen uppskattas till ungefär hälften [17].

Vad är behandlingsfamilj?

Behandlingsfamilj är en alternativ familjehemsplacering som har vuxit fram för ungdomar med allvarliga beteendeproblem som till exempel allvarlig och upprepad kriminalitet [31,32]. Denna speciella familjehemsinsats har funnits sedan 1950-talet och var inledningsvis en insats för att underlätta övergången från placering på institution till placering i den egna familjen [32]. Vårdformen utvecklades sedan över tid för att hjälpa familjehemsföräldrar att bemöta placerade ungdomar på ett adekvat sätt.

Definitionen av en behandlingsfamilj är att det är en tidsbegränsad insats där specialiserade och utbildade familjehemsföräldrar bedriver behandling [33–35]. Familjehemsföräldrarna förväntas, såsom i ett traditionellt familjehem, erbjuda barnet skydd och ge fysisk, social, känslomässig och utvecklingsmässig omsorg i en traditionell hemmiljö. Utöver det ska behandlingsfamiljen ge behandling med specifika strategier utformade för att minska barnets problematik och främja dess utveckling [11,36].

Snodgrass och Hawkins var bland de första som definierade behandlingsfamiljer utifrån nio typiska karaktärsdrag [37,38]. En nyare definition har vuxit fram som innehåller tio karaktärsdrag [39]:

1. Familjehemmet har enbart ett eller två barn placerade.

2. Varje enskilt barns behandling är koordinerad av en professionell samordnare.

3. Den professionella samordnaren ansvarar för ett fåtal barn (mellan 5 och 15 barn).

4. En individuellt anpassad behandlingsplan för varje barn.

5. Familjehemsföräldrarna får regelbunden och behandlingsinriktad handledning.

6. Familjehemsföräldrarna får utbildning före och under placeringen för att de ska kunna verka som professionella aktörer, de får högre ersättning och deras prestation i behandlingen utvärderas ofta.

7. Familjehemsföräldrarna får intensiva och avlastande stödfunktioner.

8. Familjehemsföräldrarna får möjlighet till krishantering dygnet runt.

9. Barnets skolutbildning är i starkt fokus.

10. Hälsoundersökningar och medicinsk vård för barnet ingår under placeringen.

Behandlingsformen har uppmärksammats i delbetänkandet från utredningen om tvångsvård för barn och unga [3]. Den beskrevs som en slags mellanform

mellan familjehem och institution och utmärks av att utföraren har ett tydligt och kvalificerat behandlingsuppdrag i förhållande till den som är placerad i ett familjehem. Utredningen föreslog att placeringsformen skulle införas som ytterligare ett alternativ i social dygnsvård.

Det finns flera litteraturöversikter om behandlingsfamiljer som beskrivit insatsen som effektiv. Det är emellertid svårt att värdera översikternas resultat. Genomgående har de haft breda inklusionskriterier där till exempel jämförelsegruppen varit barn som fortsatt att bo i ursprungshemmet [40,41] eller där behandlingsfamiljer vidgats till att inkludera andra former av familjehemsstöd [42,43]. Det förekommer också att primärstudierna inte kvalitetsgranskats och att icke-kontrollerade utvärderingar medtagits [32,39]. En översikt har även exkluderat studier utanför USA [44].

En version av behandlingsfamilj – Treatment Foster Care Oregon

En version av behandlingsfamilj är Treatment Foster Care Oregon (TFCO), som tidigare benämndes Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Det finns tre versioner av TFCO-programmet, en för yngre barn, en för yngre skolbarn och en för tonåringar [6]. I den här rapporten behandlas enbart den för tonåringar.

TFCO för tonåringar implementerades i Sverige[3] under början av 2000-talet och bedrivs idag i begränsad omfattning av vårdbolaget Humana och av Statens institutionsstyrelse [46]. Årligen placeras 30–40 ungdomar i TFCO. Programtroheten kontrolleras regelbundet, och de professionella certifieras och re-certifieras. TFCO har även implementerats och bedrivs på likartat sätt i Danmark, Norge, Storbritannien, Nederländerna, Australien och på Nya Zeeland.

TFCO uppfyller de tio karaktärsdrag som nämnts för behandlingsfamiljer men i tillägg till det arbetar TFCO också med behandling av ursprungsfamiljen. TFCO:s manual ger en bild av vad som förväntas av de professionella [47]. När en ungdom placeras i TFCO möter ungdomen och ursprungsfamiljen ett TFCO-team med fem professionella roller [47].

- Samordnaren koordinerar och leder teamets arbete. I uppgifterna ingår att utforma ungdomens behandlingsprogram, fatta beslut om stegen i programmet, planera möten med till exempel skola och socialtjänst och handleda behandlingsfamiljen.

[3] Vissa anpassningar av programmet har gjorts med programkonstruktörens godkännande. I Sverige arbetar man mer systemiskt och familjeterapeutiskt än i USA där man är mer renodlat socialt inlärningsteoretisk. I Sverige har man ofta gemensamma sessioner med ungdomar, ursprungsföräldrar och eventuella andra aktörer. I USA ges fler sessioner åtskilda mellan ursprungsföräldrar och ungdomar med tanken att förbereda dem i mötet med varandra. I USA påbörjas behandling direkt vid placering medan man i Sverige initialt lägger tid på att kartlägga och planera insatsen vilket gör att det tar längre tid innan behandlingen påbörjas [45].

- Ungdomsterapeuten fungerar som ombud för den unge och ett stöd för att klara dagliga rutiner och hjälpa till att upprätthålla den unges motivation, samt att få möjlighet att prata om svåra händelser som ungdomen kan ha varit med om. Ungdomsterapeuten stöttar också ungdomen så att behandlingen anpassas till dennes behov.

- Familjeterapeuten träffar ursprungsföräldrarna varje vecka (oftast tillsammans med ungdomen) och hjälper föräldrarna med konfliktlösning och lär dem nya sätt att bemöta den unge.

- Färdighetstränaren tränar den unges sociala samspel med såväl andra ungdomar som med vuxna. En uppgift kan även vara att göra roliga saker tillsammans med den unge och att hjälpa till att hitta bra fritidsaktiviteter.

- Administratören (”PDR-ringare”) ringer dagligen behandlingsfamiljen för att försäkra sig om att rutinerna fungerar. Det görs genom ett standardiserat bedömningsinstrument (Parent Daily Report). Om den unge är på permission hos ursprungsföräldrarna kontaktas istället dessa.

Behandlingsfamiljens roll är att ansvara för en viktig del av behandlingsarbetet. Förutom sedvanliga familjehemsuppgifter är deras roll att omsorgsfullt belöna och lyfta fram när de dagliga rutinerna fungerar samt vara en modell för hur en stabil familj fungerar. Behandlingsfamiljerna utbildas i TFCO-programmet och en av föräldrarna måste ha TFCO som sitt heltidsarbete. I Sverige placeras endast en ungdom åt gången. Handledning sker varje vecka, både enskilt och i grupp. Behandlingsfamiljerna bjuds in till återkommande utbildningsträffar och kan ringa TFCO-teamet dygnet runt för råd och stöd.

Behandlingen genomgår tre faser:

Under den första fasen, som omfattar cirka en månad, finns en tydlig struktur för den unge. Det kan till exempel gälla utegångstider eller att inga hembesök i ursprungsfamiljen får göras.

Den andra fasen omfattar tre till sju månader där ungdomen successivt får större självständighet med möjlighet till permissioner till ursprungsfamiljen eller möjlighet till kompistid.

Fas tre pågår tre till sju månader och då ges ungdomen allt större möjlighet att träna de nya färdigheterna i hemmiljö. Den unge får åka hem till ursprungshemmet under helger och skolledighet.

Under placeringen finns krav om att ungdomarna går i vanlig skola där närvaron kontrolleras dagligen. Om ett problem uppkommer i skolan, förväntas teamet var i kontakt med skolan inom 24 timmar. När den unge befinner sig på steg ett har TFCO-teamet daglig kontakt med skolan, men kontakten minskas till att omfatta ett par gånger i veckan under steg två och tre i takt med att ungdomen själv förväntas kunna klara av svåra sociala situationer. Det betyder att en stor del av behandlingsarbetet sker utanför behandlingsfamiljen.

Placerande socialtjänst är uppdragsgivare, vilket innebär att de ersätter både TFCO-teamet och behandlingsfamiljen ekonomiskt. Ansvarig socialsekreterare förväntas delta i samordningsmöten och eventuella krismöten för att planera de fortsatta insatserna tillsammans med den unge, ursprungsfamiljen, behandlingsfamiljen och TFCO-teamet [45,47].

Ekonomiska aspekter

Kommunen har en lagstadgad skyldighet att utreda ungdomars behov av stöd och skydd. Beslutsfattare måste ta hänsyn till ett flertal aspekter när de fattar beslut om insatser för ungdomar med beteendeproblem. Det kan till exempel vara hur allvarlig ungdomens problematik är, vilken typ av öppenvårdsinsats eller placering (institution eller familjehem) som är effektiv och hur socialtjänstens resurser kan användas mest effektivt både på kort och lång sikt. På kort sikt uppkommer kostnader för själva placeringen och på lång sikt, om problem kvarstår, kan kostnader uppkomma för samhället till följd av bland annat kriminalitet, missbruk samt fysisk och psykisk ohälsa. Det är viktigt att identifiera effektiva interventioner som både kan bidra till att förbättra ungdomarnas livskvalitet och som kan leda till en minskning av samhällskostnaderna. Står effekterna av en intervention i rimlig relation till de kostnader som interventionen ger upphov till är det en god användning av samhällets resurser. Vård som är ineffektiv eller mycket kostsam i förhållande till vunnen effekt innebär att samhällets resurser inte används på bästa sätt.

3 Metodbeskrivning

Syftet med en systematisk litteraturöversikt är att ge en saklig sammanställning av det vetenskapliga kunskapsläget. Metodiken för att ta fram en systematisk litteraturöversikt utgår från tydliga frågeställningar och inklusionskriterier. Sökningen efter litteratur görs brett i flera databaser. Därefter följer relevans- och kvalitetsgranskningar av studierna. Resultaten från de studier som bedömts vara tillförlitliga läggs samman i till exempel metaanalyser. Slutligen värderas hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är, uttryckt som styrka på det vetenskapliga stödet (så kallad evidensstyrka, se Faktaruta 3.1). Detta avsnitt beskriver bland annat frågor, urvalskriterier och metoder för sammanvägning av resultat. En mer utförlig information om metodiken finns i SBU:s handbok [48].

Frågeställningar

Det vanliga placeringsalternativet för ungdomar med allvarliga beteendeproblem är på institution. Därför jämförs resultat av behandlingsfamilj med institutionsvård.

- Är behandlingsfamilj effektiv mot kriminalitet och andra relevanta utfall hos ungdomar med allvarliga beteendeproblem jämfört med institutionsplacering?
- Vilken är relationen mellan kostnad och effekt för behandlingsfamilj jämfört med institutionsvård för ungdomar med allvarliga beteendeproblem?
- Vilka metoder används vid placering på institution i Sverige?

- Hur upplevs behandlingsfamilj respektive institutionsvård av personer med erfarenhet av dem?

- Vilka etiska aspekter finns med behandlingsfamilj och institutionsvård för ungdomar med allvarliga beteendeproblem?

Underlaget till Frågeställning 1 och 2 är en systematisk litteratursökning och till Frågeställning 3 en enkät till ett slumpmässigt urval av institutioner. Frågeställning 4 baseras på två underlag, dels en tidigare genomförd intervjustudie av sex ungdomar med erfarenhet av behandlingsfamilj, dels intervjuer av representanter från Kriminellas revansch i samhället (KRIS), unga KRIS och X-CONS, vars medlemmar har erfarenheter av institutionsplacering. Frågeställning 5 bygger på den etiska analys som gjordes för familjehemsplacerade barn och som anpassats till målgruppen ungdomar med allvarliga beteendeproblem och till insatserna behandlingsfamilj respektive institutionsvård [6].

Inklusions- och exklusionskriterier

1. **Studiedesign:** Randomiserad studie (RCT) och icke-randomiserad studie med jämförelsegrupp (CT).

2. **Population:** Barn (12–17 år) som placerats i behandlingsfamilj eller på institution på grund av barnets egna beteendeproblem. Studien exkluderades om mer än 30 procent av barnen var yngre än 12 år eller äldre än 17 år.

3. **Intervention:** Behandlingsfamilj (Multidimensional Treatment Foster Care, Treatment Foster Care, Treatment Foster Care Oregon, Therapeutic Foster Care, Intensive Fostering). Interventionen skulle vara välbeskriven.

4. **Jämförelsealternativ:** Ungdomar placerade på institution. Studien exkluderades om mer än 30 procent av ungdomarna var placerade på annat än institution, till exempel en traditionell familjehemsplacering, eller hade insatser som gavs i öppenvård.

5. **Utfallsmått:**
   Direkta effekter
   - Kriminalitet (register eller självskattningsformulär)
   - Placering på låst avdelning.

   Indirekta effekter
   - Missbruk (alkohol och narkotika)
   - Psykisk ohälsa
   - Livskvalitet
   - Social anpassning (skolsituation, yrkesanställning, sexuellt riskbeteende, tidigt föräldraskap, kriminella vänner)
   - Fysisk hälsa (inklusive tandhälsa).

6. **Uppföljningstid:** 12 månader eller mer efter baslinjemätningen.

7. **Studiestorlek:** Vid förekomst av flera studier för ett enskilt utfallsmått gjordes en metaanalys. Inga begränsningar i studiestorlek. Bristande statistisk styrka hanterades vid syntesen i enlighet med GRADE.

8. **Språk:** Svenska, danska, norska, engelska.

9. **Sökperiod:** Från 1990 till september 2017.

Den ekonomiska litteratursökningen följde i huvudsak projektets inklusionskriterier men med skillnader vad gällde relevanta utfallsmått, studiedesign och uppföljningstid. Relevanta utfallsmått var även livskvalitet (kvalitetsjusterade levnadsår) och välfärd, samt eventuella minskade samhällskostnader på både kort och lång sikt. Studiedesignen innefattade även kostnadsanalys, kostnadseffektivitetsanalys, kostnadsintäktsanalys, samt deskriptiva studier över resursförbrukning, kostnader och livskvalitet/välfärd. Uppföljningstid på både kort och lång sikt var av intresse (dvs. påverkan på ungdomarnas vuxna liv, gärna i ett livstidsperspektiv).

Litteratursökning

De systematiska litteratursökningarna utfördes av SBU:s informationsspecialist i samråd med projektledare och sakkunniga. De sakkunniga bidrog med lämpliga söktermer. Särskild vikt lades vid att utforma en bred och förutsättningslös sökstrategi. Sökningarna genomfördes i mars 2016 samt i mars och september 2017 i databaserna Academic Search Elite, Campbell Library, CENTRAL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cinahl, DARE, ERIC, HTA, PsycInfo, PubMed, SocIndex, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts och Social Care Online. Studierna var publicerade mellan 1990 och fram till och med februari 2017.

Kompletterande sökningar gjordes i avsikt att identifiera ytterligare material. Förutom referensuppföljning från nio systematiska översikter, gjordes sökningar i ett antal svenska databaser, bland annat DIVA, Libris, SweMed+ och FoU välfärd. Svenska och internationella myndigheters webbplatser granskades, till exempel Socialstyrelsens, Statens institutionsstyrelses, Kunnskapssenterets och National Institute for Health and Care Excellence. Dansk och norsk forskning undersöktes genom att kontakter togs med ledande skandinaviska experter[1]. Internationella experter[2] kontaktades också om ytterligare forskning.

[1] Maiken W. Pontoppidan, Mette Deding och Christoffer Scavenius Sonne-Schmidt (Danmark), Terje Ogden och Bernadette Christensen (Norge).

[2] Alan Carr (Irland), Peter Stratton och Hilary Kennedy (England), Mathias Ochs (Tyskland) och Patricia Chamberlain (USA).

En ekonomisk litteratursökning genomfördes (se Kapitel 5) med hälsoekonomiska filter och söksträngar. Sökningarna genomfördes i databaserna Cinahl, Health Technology Assessment Database (HTA), NHS Economic Evaluation Database (EED), ERIC, PsycInfo, Medline, SocIndex, och Sociological Abstracts.

Alla sökstrategier redovisas i Bilaga 4 på www.sbu.se/279.

Metodik för urval av artiklar

SBU:s kansli gjorde en första grovgallring av artikelsammanfattningarna (abstrakt) av de referenser som identifierades i litteratursökningen. Sedan arbetade de sakkunniga parvis med att välja ut relevanta artiklar via granskningsverktyget Rayyan (https://rayyan.qcri.org). Till hjälp för gallringen användes en mall, se Bilaga 3 Gallrings- och granskningsmallar på www.sbu.se/279. De abstrakt som uppfyllde inklusionskriterierna beställdes i fulltext. Dessa granskades av de sakkunniga oberoende av varandra. De sakkunniga gjorde sedan en gemensam bedömning utifrån inklusions- och exklusionskriterierna vilka artiklar som ansågs vara relevanta (vid oenighet löstes det med konsensusdiskussion). De relevanta artiklarna kvalitetsgranskades därefter. I det fall granskningen gällde en artikel där någon medlem i projektgruppen varit författare, deltog hela projektgruppen i den slutliga värderingen av artikeln.

De ekonomiska studierna relevansgranskades på SBU:s kansli, av hälsoekonomen tillsammans med sakkunniga.

Artiklar som inte bedömdes vara relevanta redovisas i Bilaga 2 Exkluderade artiklar på www.sbu.se/279.

Kvalitetsgranskning av relevanta artiklar

De sakkunniga arbetade oberoende av varandra med att granska kvaliteten på de relevanta artiklarna. I de fall det fanns en osäkerhet om hur en artikel skulle bedömas togs artikeln upp till diskussion och bedömning i hela projektgruppen. Kvalitetsgranskningen gjordes med stöd av SBU:s granskningsmallar, se Bilaga 3 på www.sbu.se/279. Mallarna tar upp olika kvalitetsaspekter som kan påverka en studies tillförlitlighet, såsom bortfall av den population som undersökts och hur forskarna mätt utfallet. Granskningen syftar till att bedöma risken för om studiernas resultat är påverkade av systematiska fel.

De ekonomiska artiklarna granskades av två hälsoekonomer från SBU:s kansli med hjälp av SBU:s mall för empiriska hälsoekonomiska studier, se Bilaga 3 på www.sbu.se/279. De studier som hade hög eller medelhög studiekvalitet och överförbarhet till svenska förhållanden inkluderades i resultatet. Artiklar med

låg studiekvalitet eller låg överförbarhet redovisas i Bilaga 2 Exkluderade studier på www.sbu.se/279.

Tabellering av relevanta data från artiklarna

Ur de studier som hade medelhög och hög kvalitet extraherades betydelsefulla data som sedan sammanfattades i tabeller, se Bilaga 1 på www.sbu.se/279. Tabelleringen gjordes av SBU:s kansli och granskades av de sakkunniga som reviderade vid behov. I de fall det fanns flera parallella mått på samma typ av utfall togs samtliga mått med. Avsikten med tabellerna är att läsaren på ett enkelt sätt ska kunna få en överblick över de inkluderade artiklarna och hur de har bedömts.

Metoder för sammanvägning av resultat

För att resultaten av den systematiska litteraturgranskningen ska kunna stödja beslutsfattande måste de sammanfattas och presenteras på ett överskådligt sätt. Överskådlighet kan man bland annat få genom att använda procent och medelvärden. Ibland kan det göras i statistiska sammanställningar (så kallade metaanalyser) av resultaten från flera studier om de är tillräckligt lika varandra när det gäller population, intervention och utfallsmått [49]. De studier som är alltför olika kan inte betraktas som upprepade försök. Detta betyder i sin tur att en eventuell variation i resultat kan bero på annat än det slumpmässiga urvalet av försökspersoner i olika grupper.

Behandlingseffekter redovisas i form av standardiserad medelvärdesskillnad (SMD), även kallad Cohen's d [50]. I samtliga fall presenteras även ett konfidensintervall på 95 procent. Konfidensintervallet är ett kvantitativt mått på hur osäkert resultatet är beroende på den slumpvariation som följer av randomiseringen. Fördelen med att använda SMD, som är ett vanligt mått inom samhällsvetenskaplig forskning, är att den standardiserar olika mätinstrument till en jämförbar skala. Det gör det möjligt att slå samman resultat från olika studier som använt olika instrument för att mäta samma tillstånd. Till nackdelarna hör att resultaten kan vara svårtolkade eftersom de uttrycks i form av ett statistiskt mått utan referens till ett verkligt utfall (t.ex. antal brott). Ett sätt att öka förståelsen för resultat som baseras på SMD är att omvandla det till ett eller flera mer begripliga värden. Ett sådant är number needed to treat (NNT), det vill säga det genomsnittliga antalet personer som behöver behandlas under viss angiven tid för att en person sannolikt ska dra nytta av behandlingen. NNT kan vara en bra beskrivning när det handlar om entydiga utfall (t.ex. lagföring eller inte lagföring för brottsliga handlingar). NNT kan också användas för kontinuerliga utfall (t.ex. antal lagföringar under en viss tidsperiod) men blir då

mindre klargörande. En annan svaghet med NNT är att det ignorerar effekter som handlar om att händelser förskjuts, till exempel värdet av att nya brott inträffar senare i tiden [51]. Det finns både litteratur [52] och lättillgängliga webbplatser [53] som beskriver motiv och formler för att översätta SMD till NNT.

Det vetenskapliga underlagets styrka

Det vetenskapliga underlagets styrka bedöms per utfallsmått. Resultaten kan vara mer eller mindre osäkra som underlag för beslut inom socialtjänsten. Detta har bland annat att göra med studiens vetenskapliga kvalitet och om studiens forskningspersoner motsvarar den population vi vill dra slutsatser om.

SBU använder det internationellt utarbetade systemet Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) för att bedöma det vetenskapliga underlagets styrka [54]. Tillförlitligheten i de sammanvägda resultaten uttrycks med hjälp av en evidensstyrka (se Faktaruta 3.1).

Praxisundersökning

För att undersöka vilka metoder som används inom svensk institutionsvård kontaktades ett slumpvis urval av 160 institutioner. Urvalet gjordes med hjälp av en förteckning över samtliga 748 svenska institutioner som tar emot ungdomar med beteendeproblem. Förteckningen erhölls från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Institutionerna tillsändes en elektronisk enkät under december 2017, se Bilaga 5 på www.sbu.se/279. Enkäten behandlade de specifika metoder som institutioner använder för ungdomar, antal placerade ungdomar och genomsnittlig placeringstid, antal personaltjänster samt avgifter för placeringar. Delar av denna information presenteras i Kapitel 5.

Eftersom många institutioners kontaktuppgifter var inaktuella, och det blev oklart om uteblivna svar orsakats av det, beslöts att inhämtningen av information skulle kompletteras med telefonintervjuer där enkäten fungerade som underlag. Relativt många av de 160 institutionerna hade upphört eller gick inte att kontakta (n=28). Många institutioner tog endast emot ensamkommande barn (n=31) eller hade inga ungdomar placerade med beteendeproblem (n=34). Av återstående 67 besvarade 53 (79 %) frågorna. Resultaten redovisas i Kapitel 6.

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 utfallsmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande faktorer såsom 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 när 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.

Några röster om behandlingsfamilj (TFCO) respektive institutionsvård

För att få en bild av vad som är viktigt för personer som har erfarenhet av behandlingsfamilj respektive institutionsvård i en svensk kontext söktes lämpliga organisationer vars medlemmar hade dessa erfarenheter. Sådana organisationer saknas för båda placeringsformerna. För behandlingsfamilj identifierades istället en studie som baserades på intervjuer med sex ungdomar med erfarenhet av TFCO i Sverige [55]. Studien refereras i Kapitel 7.

För att få ta del av erfarenheter av institutionsvård kontaktades organisationer där sannolikheten bedömdes vara stor att medlemmarna hade sådana erfaren-

heter: Kriminellas revansch i samhället (KRIS), Unga KRIS och X-CONS. KRIS är en kamratförening bestående av före detta kriminella och missbrukare som hjälper människor som friges från fängelse att avstå från kriminalitet och droger genom att erbjuda ett nytt, hederligt och drogfritt socialt nätverk. Unga KRIS är en ideell förening för framför allt ungdomar mellan 13 och 25 år. X-CONS är en ideell organisation där före detta kriminella och missbrukare hjälper varandra tillbaka in i samhället. Föreningens syfte är att stödja och vägleda kriminella, missbrukare och frigivna till ett hederligt och drogfritt liv.

De senare organisationerna fick besluta om de ville besvara en enkät eller om de föredrog en intervju i grupp med enkäten som underlag. Samtliga föredrog intervju. Enkäten baserades på formuläret HTAi Patient Group Submission Template [56]. Den har utarbetats av arbetsgruppen Interest Group on Patient and Citizen Involvement (PCIG) inom den internationella organisationen för utvärdering av medicinska metoder, Health Technology Assessment international (HTAi). Enkätens syfte är att samla in viktig information från patientföreningar, brukarorganisationer samt anhörig- och närståendeföreningar inom det område som utvärderas. Enkäten, se Bilaga 6 på www.sbu.se/279, har kompletterats med tre frågor (7, 8 samt 12) om teman som framkommit som viktiga i kvalitativa studier om målgruppen [57,58].

De semistrukturerade intervjuerna genomfördes av SBU:s personal där en ansvarade för intervjun och två förde anteckningar. Personalen är socionom och psykolog med erfarenheter av tidigare arbete med målgruppen. Efter intervjuerna jämfördes anteckningarna och sammanställdes till ett gemensamt dokument. De intervjuade har i efterhand godkänt texten.

Intervjuerna genomfördes vid två tillfällen i SBU:s lokaler och tog vardera cirka två timmar. Sammanlagt intervjuades nio personer i åldrarna 20 till 35 år. Det betyder att för flera av de intervjuade låg placeringen längre tillbaka i tiden. Svaren sammanställdes utifrån de områden som de intervjuade fokuserade på under intervjun. Svaren presenteras i Kapitel 7.

4 Effekter på ungdomarna

I detta kapitel behandlas Frågeställning 1: Är behandlingsfamilj effektiv mot kriminalitet och andra relevanta utfall hos ungdomar med allvarliga beteendeproblem jämfört med institutionsplacering? Först beskrivs granskningsprocessen och de studier som valdes ut för analyserna och därefter redovisas vilka effekter som erhölls för behandlingsfamiljer.

Flödesschema ingående studier

Totalt granskades 5 893 artikelsammanfattningar (abstrakt). Kompletterande sökningar efter svenskspråkiga studier resulterade inte i någon ytterligare studie. Inte heller tillkom någon studie efter kontakter med ledande internationella forskare. Majoriteten av sammanfattningarna uteslöts eftersom de behandlade andra områden än det eftersökta. Sammanlagt granskades 165 artiklar i fulltext. Efter att icke-relevanta studier sorterats bort återstod 20 artiklar. Anledningen att artiklar sorterades bort var till exempel att de avsåg utvärderingar utan jämförelsegrupp eller att en stor andel av ungdomarna i jämförelsegrupperna var placerade i familjehem och inte på institution eller att de var under 12 år.

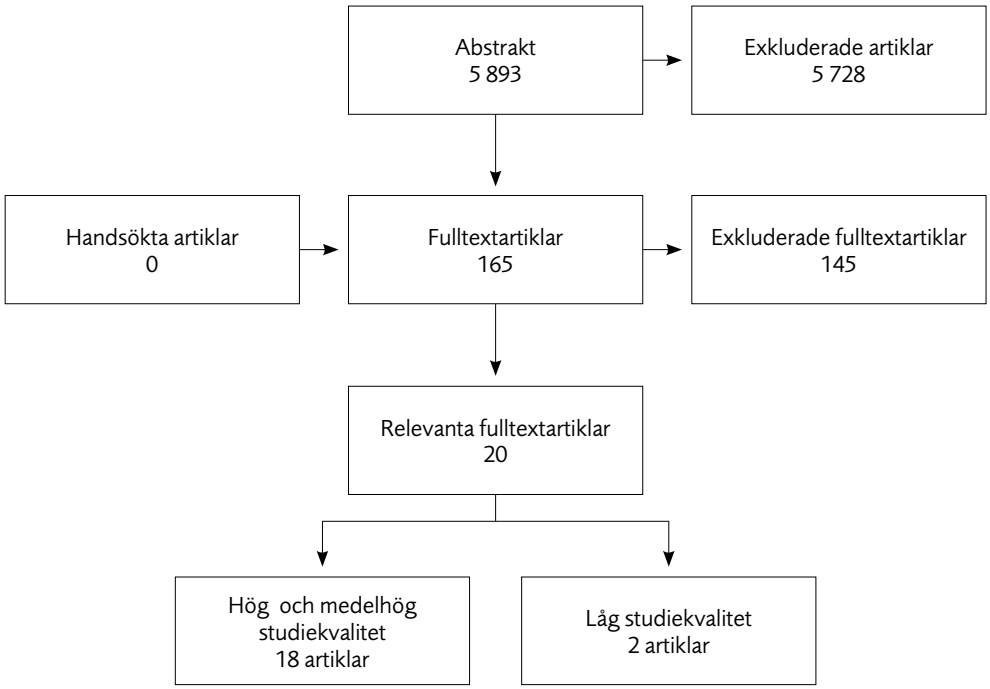
De 20 artiklarna kvalitetsgranskades och två bedömdes ha låg studiekvalitet och exkluderades. De återstående 18 artiklarna med medelhög studiekvalitet omfattar åtta studier.

Litteratursökningarna genomfördes i mars 2016, i mars 2017 och i september 2017. Figur 4.1 visar det sammanlagda antalet abstrakt respektive studier som identifierades vid sökningarna. Litteratursökningarna som gäller det ekonomiska avsnittet redovisas i Kapitel 5.

Allmänt om de åtta studierna

Samtliga åtta studier avser en och samma version av behandlingsfamilj, nämligen det som tidigare kallades för Multidimensional Treatment Foster Care och som numer benämns Treatment Foster Care Oregon (TFCO). Av de åtta studierna är sex randomiserade kontrollerade studier och två icke-randomiserade.

Figur 4.1
Flödesschema över litteratursökning.



Fyra studier har publicerats i en artikel och de andra fyra i mellan två och sex publikationer. De 18 artiklarna publicerades mellan 1990 och 2015. Två publikationer är från 1990-talet, fem mellan 2000 och 2009 och resterande elva mellan 2010 och 2015. Av de åtta studierna kommer fem från USA, två från Storbritannien och en från Sverige. Studierna från USA utfördes av den som utvecklat TFCO, Patricia Chamberlain, eller hennes kollegor.

Totalt omfattade de åtta studierna 633 ungdomar. Det motsvarar i genomsnitt 79 ungdomar per studie (variation mellan 29 och 166). En studie omfattade enbart pojkar, två enbart flickor och fem hade blandade grupper.

TFCO pågår mellan sex och tolv månader [47]. Flera studier redovisade därför uppföljningstiden enbart mätt från baslinjemätningen och inte som brukligt från avslutad behandling. Sju av åtta studier presenterade uppgifter om genomsnittlig behandlingstid. Den var drygt sex månader för ungdomar som fått TFCO (medelvärde 205 dagar) och knappt sex månader för de som fått institutionsbehandling (medelvärde 168 dagar). Inte någon av de åtta studierna redovisade att behandlingstiden skilde sig statistiskt mellan grupperna.

Fyra av åtta studier presenterade resultat vid minst två uppföljningar. Av de åtta studierna följde sex upp ungdomarna efter 12 månader och lika många efter 24 eller 36 månader. En studie följde ungdomarna till ung vuxen ålder, nio år efter baslinjemätningen.

Utfallsmått i studierna

Sex av åtta studier redovisade flera utfallsmått. Delvis mättes utfallen med olika mätinstrument. Totalt fanns 55 utfallsmått. Dessa delades in i tio typer av utfall (en och samma studie kunde ha flera parallella utfallsmått).

Direkta mått

Kriminalitet

1. Mätt med registerdata (6 studier).
2. Mätt med självskattningsformulär (3 studier).
3. Placering på låst avdelning (6 studier).

Indirekta mått

Missbruk

4. Alkoholkonsumtion (1 studie).
5. Narkotikakonsumtion (3 studier).

Psykisk ohälsa

6. Psykisk ohälsa som ångest, depression och suicid (3 studier).

Social anpassning

7. Kriminella vänner (2 studier).
8. Sexuellt riskbeteende (1 studie).
9. Skolanpassning (1 studie).
10. Tonårsgraviditet (1 studie).

Det saknas studier som belyser effekter på fysisk hälsa, tandhälsa, livskvalitet och yrkesanställning.

Beskrivning av de åtta studierna

Först beskrivs de fem studierna som programkonstruktören Patricia Chamberlain medverkat i och därefter de tre studierna från Storbritannien respektive Sverige vilka utförts av oberoende forskare.

Första studien av programkonstruktören

Den första utvärderingen av det som idag kallas TFCO publicerades år 1990 [59]. Studien var icke-randomiserad och omfattade 32 mycket kriminella ungdomar i åldrarna 12–18 år (63 % pojkar). Ungdomarna matchades till TFCO eller till placering på institution (behandlingsinnehåll ej närmare beskrivet). Resultaten baserades på registerdata och visade efter två år att förekomsten av låst dygnsvård var statistiskt säkerställt lägre bland de ungdomar som hade erhållit TFCO (inget bortfall).

Andra studien av programkonstruktören

I en randomiserad kontrollerad studie undersöktes 79 pojkar i åldrarna 12–17 år. Samtliga hade en historia av långvarig och allvarlig kriminalitet och hade remitterats från ungdomsdomstol. Av pojkarna randomiserades 37 till TFCO och 42 till institution med plats för 6–15 ungdomar och som hade olika former av terapi (t.ex. erhöll 67 % av pojkarna individuell terapi). Studien har avrapporterats i tre artiklar. I den första artikeln redovisades pojkarnas kriminalitet i form av våldsbrott efter 12 månader [60]. Resultaten visade att de som erhållit TFCO var registrerade för färre brott i register från ungdomsdomstolar, de beskrev sig själva som mindre kriminella (Elliott Behavior Checklist [61]) och hade tillbringat färre dagar i slutenvård enligt uppgifter från ungdomsdomstol. Efter 24 månader kvarstod samma skillnader [62]. I en tredje artikel redovisades ungdomarnas alkohol- och narkotikakonsumtion via självrapportering 18 månader efter baslinjemätningen (bortfall 9 ungdomar) [63]. Av de som hade fått TFCO använde färre narkotika. Samtliga dessa skillnader var statistiskt säkerställda. Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad i alkoholkonsumtion.

Tredje studien av programkonstruktören

En randomiserad kontrollerad studie undersökte 81 flickor (13–17 år) med långvarig kriminalitet [64]. Av flickorna fick 37 TFCO och 44 placerades på en av flera institutioner där 86 procent arbetade med en beteendeinriktad specifik behandlingsmetod och med egen skolundervisning samt möjlighet till psykoterapi, individuellt eller i grupp. Flickorna följdes upp 12 respektive 24 månader efter baslinjemätningen (inget bortfall). Resultaten visade att de som fått TFCO hade signifikant färre dagar i låst dygnsvård än de i kontrollgruppen (självrapport) [65]. Även registrerad kriminalitet utan närmare specificering (polisregister och domstolsregister) var lägre jämfört med kontrollgruppen. Däremot fanns ingen skillnad mellan grupperna för självrapporterad kriminalitet (Elliott General Delinquency Scale [66]). Flickornas skolanpassning undersöktes också genom uppgifter från flickorna och deras vårdnadshavare [67]. De som hade fått TFCO hade 12 månader efter baslinjemätning

bättre skolnärvaro och fullföljde sina hemuppgifter i större utsträckning än de som hade placerats på institution. Skillnaderna var statistiskt säkerställda.

Fjärde studien av programkonstruktören

I en randomiserad kontrollerad studie undersöktes 153 kriminella ungdomar (47 % pojkar) i åldrarna 13–17 år [68]. De randomiserades till TFCO (n=73) eller till institution (n=80). Det senare hade i genomsnitt 21 placerade ungdomar och använde kognitiv beteendeterapi, egen skolundervisning samt erbjöd psykoterapi individuellt eller i grupp. En uppföljning 12 månader efter baslinjemätningen visade att de som hade fått TFCO umgicks med färre kriminella kamrater än de i kontrollgruppen (Describing Friends Questionnaire [69]) (inget bortfall). Skillnaden var statistiskt säkerställd.

Femte studien av programkonstruktören

I en randomiserad studie av 166 kriminella tonårsflickor (13–17 år) jämfördes TFCO (n=81) med institutionsplacering (n=85) där behandlingen oftast var eklektisk eller med beteendeinriktning. Åttio procent av institutionerna erbjöd också psykoterapi varje vecka. Flickorna följdes upp efter 12 respektive 24 månader och för vissa mått finns data ända upp till ung vuxen ålder, nio år efter baslinjemätningen. Studien har avrapporterats i ett tiotal artiklar varav sex utgör underlaget i denna rapport. I den första redovisades flickornas kriminalitet (utan närmare specificering) efter 12 respektive 24 månader[1] [70]. Flickorna i TFCO var mindre kriminella enligt registerdata från polis och ungdomsdomstol, hade tillbringat färre antal dagar på låst avdelning (självrapport) och umgicks med färre kriminella kamrater (Describing Friends Questionnaire [69]). Dessa skillnader var statistiskt säkerställda. Däremot fanns ingen säkerställd skillnad för självskattning av kriminalitet (Elliott General Delinquency Scale [66]).

Flickornas narkotikamissbruk mättes med en enkät vid upprepade tillfällen där det sista tillfället var 88 månader efter baslinjemätningen (bortfall 14 flickor) [71]. Signifikant färre flickor använde narkotika i TFCO än i kontrollgruppen.

Psykisk ohälsa såsom depression (Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D) [72]), suicidtankar (Brief Symptom Inventory [73]) och suicidförsök (Columbia-Suicide Severity Rating Scale [74,75]) mättes efter 12 och 24 månader samt vid ytterligare några tillfällen där det sista var efter nio år [76]. Dessutom mättes symtom på psykos med två instrument (Brief Symptom Inventory och Diagnostic Interview Schedule for Children [73,77]) efter 12 och 24 månader [78]. Resultaten visade att hos de flickor som hade erhållit TFCO minskade depressiva symtom signifikant [76] liksom psykotiska symtom [78] upp till två år efter baslinjemätningen. Däremot fanns ingen säkerställd effekt på suicidtankar eller suicidförsök. Vid uppföljningen efter nio år fanns statistiskt säkerställd lägre risk för suicidtankar och depression men ingen skillnad för suicidförsök.

[1] Kompletterande statistiska uppgifter har erhållits från huvudförfattaren.

Från studien redovisades också resultat om flickornas sexuella riskbeteenden upp till 88 månader efter baslinjemätningen samt förekomsten av tonårsgraviditeter [80]. Resultaten baserades på flickornas självrapportering och visade att TFCO signifikant minskade förekomsten av tonårsgraviditeter men hade inte någon effekt på oskyddad sex eller på förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar.

Första brittiska studien av oberoende forskare

I en brittisk icke-randomiserad studie undersöktes 45 ungdomar i åldrarna 13–17 år som riskerade att frihetsberövas (83 % pojkar). Ungdomarna matchades utifrån bland annat kriminalitet till TFCO (n=23) eller till institutionsvård (ej närmare beskriven) (n=24) [81]. Effekten av TFCO mättes vid två tillfällen, 12 månader efter påbörjad behandling och 12 månader efter avslutad behandling, i genomsnitt 21 månader efter baslinjemätningen. Resultaten visade att efter 12 månader hade ungdomarna i TFCO signifikant färre återföranden till låst avdelning och hade gjort signifikant färre brott än ungdomarna i kontrollgruppen enligt officiella administrativa register. Vid den andra uppföljningen efter 21 månader fanns inte någon statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna (inget bortfall).

Andra brittiska studien av oberoende forskare

Denna brittiska studie innehöll både en randomiserad och en icke-randomiserad del [82]. Den icke-randomiserade delen ingår inte i denna rapport eftersom den inte motsvarar inklusionskriterierna. I den randomiserade delen fördelades 33 ungdomar (56 % pojkar) antingen till TFCO (n=20) eller till behandling på institution (n=14). Ungdomarna var i åldern 11–16 år och hade allvarliga emotionella problem eller uppvisade utmanande beteenden. Behandlingen på institution hade fokus på beteendeträning, sociala färdigheter och kamratrelationer. Vid uppföljningen 12 månader efter baslinjemätningen (bortfall 5 ungdomar) fanns inte några statistiskt säkerställda skillnader för psykisk hälsa enligt två bedömningsinstrument (Children's Global Assessment Scale; the Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) eller antisociala beteenden mellan grupperna (uppgift från socialarbetare och vårdnadshavare).

Svensk studie av oberoende forskare

Den svenska randomiserade studien har beskrivits i två artiklar, en som redovisade resultat efter två år [83] och en efter tre år [84]. Målgruppen var ungdomar med allvarliga beteendeproblem i åldrarna 12–19 år. Drygt hälften (54 %) hade dömts till vård. Ungdomarna randomiserades till TFCO (n=19) eller till institutionsvård (n=27). De senare ungdomarna kom efter den initiala institutionsplaceringen att fördelas på fortsatt institutionsvård, familjehem eller i några fall i familjebehandling i hemmet (sällan med manualbaserade eller beteendeinriktade arbetssätt). Resultaten efter två år visade inte på någon statistiskt säkerställd skillnad i symtom på självrapporterad psykisk ohälsa (enligt Child Behavior Checklist [85]). Vid uppföljningen efter tre år hade de ungdomar som fått TFCO varit färre dagar på låst avdelning och hade färre registreringar om brott (socialtjänstakter) samt att färre ungdomar använde

droger enligt socialtjänstakten. Det förekom inget bortfall av ungdomarna och samtliga skillnader var statistiskt säkerställda.

Effekter av TFCO

Effekter av TFCO redovisas per utfallskategori. Det primära utfallsmåttet beskriver ungdomarnas kriminalitet (mätt via registerdata respektive standardiserat test) samt placering på låst avdelning. Därefter följer mer indirekta mått som handlar om andra samtida problem som missbruk eller riskfaktorer för fortsatt kriminalitet.

I de fall det finns uppföljning både 12 och 24 månader eller längre efter baslinjemätningen redovisas den längsta uppföljningen. I de fall flera parallella instrument har använts i en specifik studie för att mäta samma utfallsmått har deras gemensamma effekt först beräknats och använts som mått i de efterföljande analyserna (t.ex. olika mått på depression respektive suicidtankar).

För tre utfall finns ett måttligt starkt vetenskapligt stöd (⊕⊕⊕◯) om TFCO:s positiva effekt: minskad kriminalitet mätt med registerdata, minskad kriminalitet mätt med bedömningsinstrument samt färre dagars placering på låst avdelning. För minskat narkotikamissbruk för ungdomar som fått TFCO finns ett begränsat vetenskapligt stöd (⊕⊕◯◯) efter 24 månader. Detsamma gäller för umgänge med kriminella kamrater efter 12 respektive 24 månader samt för psykisk ohälsa efter 24 månader (⊕⊕◯◯). För övriga utfallsmått bedöms det vetenskapliga underlaget som otillräckligt (⊕◯◯◯).

Vad gäller studiekvalitet för samtliga åtta studier är informationen knapphändig om hur väl TFCO implementerats samt innehåll och kvalitet i kontrollalternativet institutionsvård. Det ska dock noteras att TFCO är en manualbaserad insats vilket möjliggör hög metodtrohet. Studierna redogör inte, med ett undantag, för hur randomiseringen genomförts och om datainsamlare och de som analyserade resultaten kände till om ungdomarnas grupptillhörighet. De resultat som baseras på registerdata bedöms dock vara opåverkade av bristande blindning eftersom registerhållare bedöms ha varit okunniga om utvärderingarna. Det finns ingenting som talar för publikationsbias baserat på kontakter med experter i olika länder, kontakt med programkonstruktören, respektive sökning i databaser som ClinicalTrials.gov. Till samtliga åtta studiers styrka hör att bortfallet av ungdomar som deltog i studierna är lågt eller obefintligt.

Enligt expertis är överförbarheten av resultaten goda eftersom institutionsvård i USA liknar den i Sverige och i Storbritannien [86]. Det faktum att TFCO implementerats med goda resultat i Sverige talar också för den slutsatsen.

Nedan presenteras resultaten av de tio utfallsmåtten. I de fall det finns minst två studier presenteras också en metaanalys (Figur 4.2–4.7). I figurerna utgör varje rad en studie där information ges om studiens effektstorlek (SMD), effektstorlekens konfidensintervall (lägsta och högsta värde), signifikansvärde (p) samt antal undersökningspersoner i respektive grupp. Det horisontella strecket i figurerna

beskriver konfidensintervallet grafiskt och fyrkanter avser effektstorleken. Ju större fyrkant, desto fler personer bygger studien på. Romben längst ner redovisar det genomsnittliga värdet av metaanalysen. I Tabell 4.1 summeras resultaten.

I den löpande texten beskrivs också NNT, det vill säga det genomsnittliga antalet ungdomar som behöver behandlas för att en person sannolikt ska kunna dra nytta av behandlingen.

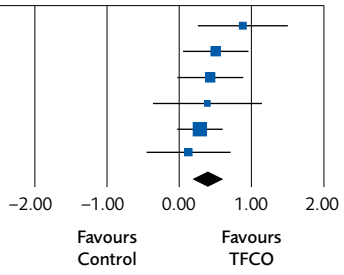
Primära utfallsmått

Kriminalitet

Sex studier med sammanlagt 468 ungdomar redovisade resultat efter 12, 24 och 36 månader som gällde fortsatt kriminalitet baserat på registerdata (t.ex. polisregister) [62,65,70,81,82,84]. Metaanalysen visar på en minskad kriminalitet för ungdomarna som fått TFCO jämfört med institutionsplacering (Figur 4.2). Effekten motsvarar NNT=8. Resultatet bedöms ha måttligt starkt vetenskapligt stöd (⊕⊕⊕◯). Avdrag har gjorts för osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll (avdrag för kvalitet –1).

Figur 4.2 Kriminalitet – registerdata (12, 24 och 36 månader).

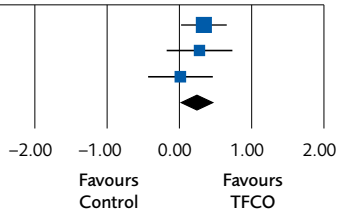
Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, Year, Design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Bergström et al 2015, RCT	0.880	0.266	1.494	0.005	19	27
Chamberlain et al 2007, RCT	0.504	0.060	0.948	0.026	37	44
Eddy et al 2004, RCT	0.430	–0.017	0.877	0.059	37	42
Green et al 2013, RCT	0.390	–0.356	1.136	0.305	17	12
Van Ryzin et al 2012, RCT	0.286	–0.020	0.591	0.067	81	85
Biehal et al 2011, RCT	0.128	–0.444	0.700	0.661	23	24
	0.396	0.208	0.584	0.000		



Fortsatt kriminalitet har också undersökts med hjälp av ett standardiserat test (Elliott Behavior Checklist [61]). Tre studier som inkluderade sammanlagt 326 ungdomar redovisade resultat efter 24 månader [62,65,70]. Effekten är något svagare än när kriminaliteten mättes med hjälp av registerdata och motsvarar NNT=13 (Figur 4.3). Resultatet bedöms ha måttligt starkt vetenskapligt stöd (⊕⊕⊕◯). Avdrag har gjorts för osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll (avdrag för kvalitet –1).

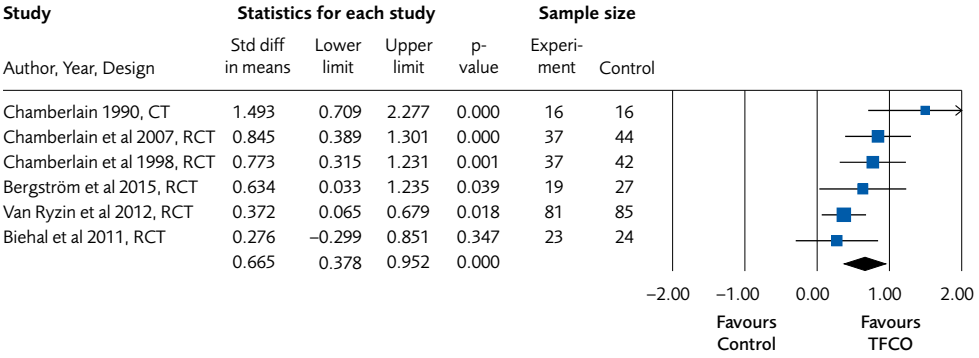
Figur 4.3 Kriminalitet – test (24 månader).

Study	Statistics for each study				Sample size	
Author, Year, Design	Std diff in means	Lower limit	Upper limit	p-value	Experiment	Control
Van Ryzin et al 2012, RCT	0.338	0.032	0.644	0.031	81	85
Eddy et al 2004, RCT	0.277	–0.167	0.721	0.221	37	42
Chamberlain et al 2007, RCT	0.013	–0.424	0.450	0.954	37	44
	0.242	0.024	0.461	0.030		



Placering på låst avdelning

Sex studier med sammanlagt 451 ungdomar redovisade resultat efter 12, 24 och 36 månader [59,60,65,70,81,84]. Utfallet består av andelen ungdomar som placerats i slutenvård efter baslinjemätningen, alternativt antal dagar ungdomarna varit i slutenvård. Resultaten visar på en statistiskt säkerställd skillnad till förmån för TFCO (Figur 4.4). Omvandlat till NNT är det 5. Resultatet bedöms ha måttligt starkt vetenskapligt stöd (⊕⊕⊕◯). Avdrag har gjorts för osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll (avdrag för kvalitet –1).

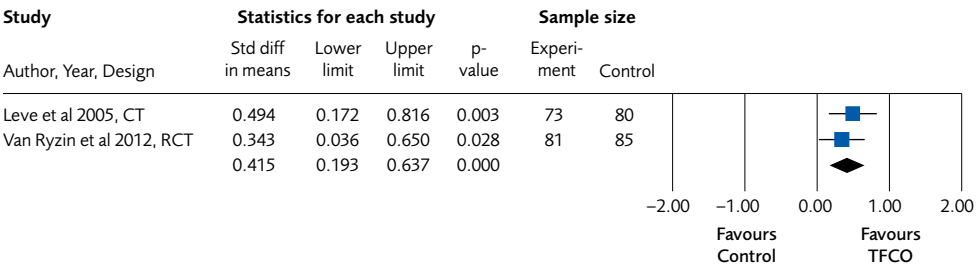


Figur 4.4
Placering på låst avdelning (12, 24 och 36 månader).

Sekundära utfallsmått

Kriminella kamrater

Att umgås med kriminella kamrater är en riskfaktor för fortsatt kriminalitet. Två studier redovisade totalt 319 ungdomars val av kriminella kamrater efter 12 respektive 24 månader [64,70]. Resultaten visar på en statistiskt säkerställd skillnad med färre kriminella kamrater för TFCO (Figur 4.5) som motsvarar NNT=8. Resultatet bedöms ha begränsat vetenskapligt stöd (⊕⊕◯◯). Avdrag har gjorts för osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll samt osäkerhet om tillförlitligheten i det använda måttet Describing Friends Questionnaire (avdrag för kvalitet –2).



Figur 4.5
Kriminella kamrater (12 och 24 månader).

Alkoholmissbruk

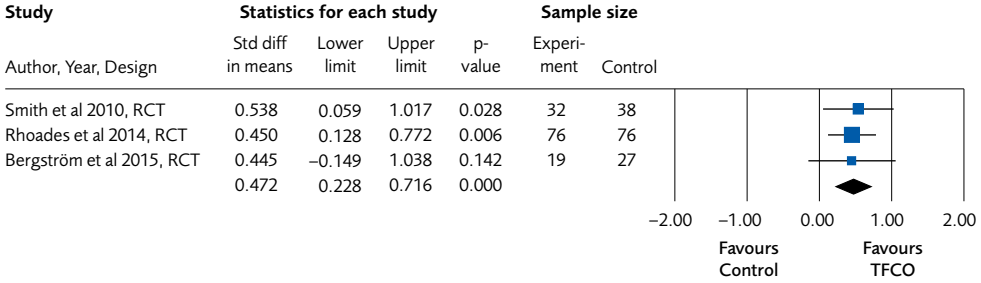
En studie redovisade 70 ungdomars alkoholmissbruk efter 18 månader [63]. Studien visade inte på någon statistiskt säkerställd skillnad. Det vetenskapliga underlaget avseende effekten av TFCO på alkoholmissbruk bedöms som

otillräckligt (⊕○○○). Avdrag har gjorts på grund av osäkerhet om effekten av juridiska och kulturella skillnader mellan USA och Sverige (avdrag för överförbarhet –1), osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll (avdrag för kvalitet –1) samt eftersom konfidensintervallet korsar gränsen för statistisk signifikans (avdrag för precision –1).

Narkotikamissbruk

Tre studier redovisade totalt 268 ungdomars narkotikamissbruk efter 18 månader eller mer [63,71,84]. De visar på en statistiskt säkerställd skillnad till förmån för TFCO som motsvarar NNT=7 (Figur 4.6). Resultatet bedöms ha begränsat vetenskapligt stöd (⊕⊕○○). Avdrag har gjorts eftersom tillgång och användning av narkotika är olika i USA, i Storbritannien och i Sverige (avdrag för överförbarhet –1) samt för osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll (avdrag för kvalitet –1) [87].

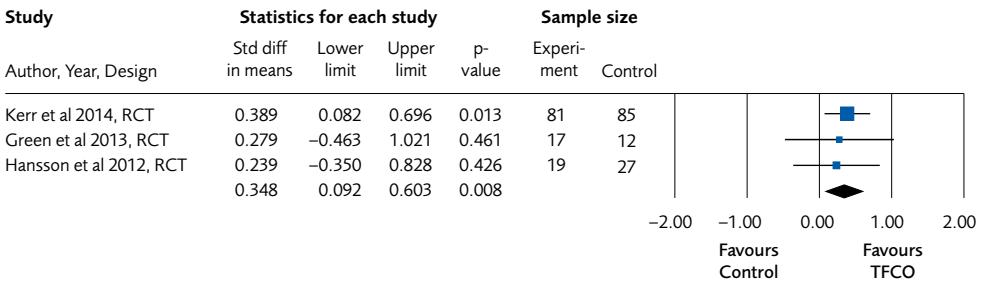
Figur 4.6 Narkotikamissbruk (18–88 månader).



Psykisk ohälsa

Tre studier redovisade totalt 241 ungdomars psykiska ohälsa i form av depression och suicidtankar efter 12 och 24 månader [78,82,83]. Resultatet var statistiskt säkerställt till förmån för TFCO, motsvarande NNT=10 (Figur 4.7). Resultatet bedöms ha begränsat vetenskapligt stöd (⊕⊕○○). Avdrag har gjorts för osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll samt för osäkerhet om de olika instrumenten är jämförbara (avdrag för kvalitet –2).

Figur 4.7 Psykisk ohälsa (12 och 24 månader).



Den psykiska ohälsan följdes även upp i en studie efter 108 månader för 166 flickor vad gällde depression, suicidtankar och suicidförsök [76]. Den uppföljningen vägs inte in i metaanalysen på grund av den stora tidsskillnaden.

Resultaten talar för att TFCO minskade depression men att det inte kunde påvisas någon skillnad för suicidtankar eller suicidförsök. Förekomst av psykotiska symtom efter två år undersöktes för samma flickor (bortfall 12). Analysen visade inte på någon säkerställd skillnad[2]. Det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt för båda dessa resultat (⊕◯◯◯) på grund av osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll, osäkerheten om måtten mäter psykisk ohälsa på samma sätt samt att undersökningsgruppen är relativt liten med tanke på att det endast handlar om en studie (avdrag för kvalitet –3).

Skolanpassning

En studie följde 166 tonårsflickor under 12 månader med fokus på skolanpassning i form av skolnärvaro och genomförda läxor [67]. Resultaten var statistiskt säkerställda till förmån för TFCO. Det vetenskapliga underlaget för effekten av TFCO på skolanpassning bedöms som otillräckligt (⊕◯◯◯) på grund av osäkerhet om jämförbarhet i skolsystemen i USA och Sverige (avdrag för överförbarhet –1), studiekvalitet vad gäller osäkerhet om randomisering, blindning, kontrollalternativets innehåll samt de använda måttens tillförlitlighet. Dessutom görs avdrag för att undersökningsgruppen är relativt liten med tanke på att det endast handlar om en studie (avdrag för kvalitet –2).

Sexuellt riskbeteende

En studie granskade 166 tonårsflickors sexuella riskbeteende i form av oskyddad sex och dess konsekvens i form av sexuellt överförbara sjukdomar efter 24 månader [88]. Skillnaden i sexuellt riskbeteende var inte statistiskt säkerställd. Det vetenskapliga underlaget för effekten av TFCO på sexuellt riskbeteende bedöms som otillräckligt (⊕◯◯◯) på grund av osäkerhet om effekten av kulturella skillnader mellan USA och Sverige (avdrag för överförbarhet –1), på grund av osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning, kontrollalternativets innehåll samt de använda måttens tillförlitlighet (avdrag för kvalitet –1) och eftersom konfidensintervallet korsar gränsen för statistisk signifikans (avdrag för precision –1).

Tonårsgraviditet

En studie undersökte förekomsten av graviditet hos 164 tonårsflickor efter 24 månader [80]. I gruppen som fått TFCO hade färre blivit gravida. Det vetenskapliga underlaget för effekten av TFCO på tonårsgraviditet bedöms ha otillräckligt vetenskapligt stöd (⊕◯◯◯). Avdrag har gjorts på grund av osäkerhet om kulturella skillnader på synen på graviditet och abort mellan USA och Sverige (avdrag för överförbarhet –1) samt att det finns osäkerhet om studiekvalitet vad gäller randomisering, blindning och kontrollalternativets innehåll. Dessutom görs avdrag för att undersökningsgruppen är relativt liten med tanke på att det endast handlar om en studie (avdrag för kvalitet –2).

[2] Artikelförfattarna angav att effekten var statistiskt säkerställd men analysen i statistikprogrammet (Comprehensive Meta Analysis) bekräftar inte det.

Tabell 4.1 Sammanfattning av resultaten.

Utfall Studie	Mätinstrument	Deltagare och studier	Uppföljnings-tid (månader)	Effekt (SMD och konfidensintervall)	Vetenskapligt stöd	Avdrag
Kriminalitet mätt med registerdata [62,65,70,81,82,84]	Polisregister, ungdomsdomstols-register och socialregister	448 6	12, 24 och 36	0,396 (0,208 till 0,584)	Måttligt starkt (⊕⊕⊕◯)	–1 kvalitet
Kriminalitet mätt med test [62,65,70]	Elliott behavior checklist	326 3	24	0,242 (0,024 till 0,461)	Måttligt starkt (⊕⊕⊕◯)	–1 kvalitet
Placering på låst avdelning [59,60,65,70,81,84]	Administrativa register, självrapportering	451 6	12, 24 och 36	0,665 (0,378 till 0,952)	Måttligt starkt (⊕⊕⊕◯)	–1 kvalitet
Kriminella vänner [68,70]	Describing Friends Questionnaire	319 2	12 och 24	0,415 (0,193 till 0,637)	Begränsat (⊕⊕◯◯)	–2 kvalitet
Narkotikamissbruk [63,71,84]	Enkätfrågor till ungdom, urintest, administrativa register	268 3	18, 36 och 88	0,472 (0,228 till 0,716)	Begränsat (⊕⊕◯◯)	–1 överförbarhet –1 kvalitet
Psykisk ohälsa (depression och suicidtankar) [78,82,83]	Brief Symptom Inventory, Center for Epidemiologic Studies – Depression, Child behavior checklist	241 3	12 och 24	0,348 (0,092 till 0,603)	Begränsat (⊕⊕◯◯)	–2 kvalitet
Psykisk ohälsa (psykotiska symtom) [78]	Brief Symptom Inventory, Diagnostic Interview Schedule for Children – IV	152 1	24	0,201 (–0,024 till 0,426)	Otillräckligt (⊕◯◯◯)	–3 kvalitet
Alkohol [60]	Enkätfrågor till ungdom	70 1	18	0,054 (–0,388 till 0,496)	Otillräckligt (⊕◯◯◯)	–1 överförbarhet –1 precision –1 kvalitet
Sexuellt riskbeteende [80]	Rapport från ungdom	166 1	88	0,290 (–0,030 till 0,610)	Otillräckligt (⊕◯◯◯)	–1 överförbarhet –1 precision –1 kvalitet
Skolanpassning [65]	Rapport från ungdom och förälder	166 1	12	0,664 (0,215 till 1,113)	Otillräckligt (⊕◯◯◯)	–1 överförbarhet –2 kvalitet
Tonårsgraviditet [80]	Rapport från ungdom	164 1	24	0,523 (0,212 till 0,835)	Otillräckligt (⊕◯◯◯)	–1 överförbarhet –2 kvalitet

5 Ekonomiska aspekter

Bakgrund

Samhällets resurser är begränsade och socialtjänsten måste i likhet med andra verksamheter prioritera mellan olika insatser. Ekonomiska utvärderingar, ofta så kallade kostnadseffektivitetsanalyser, görs för att underlätta val mellan alternativa sätt att använda tillgängliga resurser. Ekonomiska utvärderingar syftar till att jämföra olika insatser med avseende på resursåtgång och effekter (Faktaruta 5.1).

Faktaruta 5.1
Kostnadseffektivitet.

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

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

ICER:n anger den extra kostnaden för att uppnå ytterligare en effekt (t.ex. ett vunnet levnadsår eller en ungdom med slutbetyg). Den dyrare insatsen A är kostnadseffektiv om beslutsfattarens betalningsvilja för effekten är högre än ICER:n för insats A jämfört med insats B.

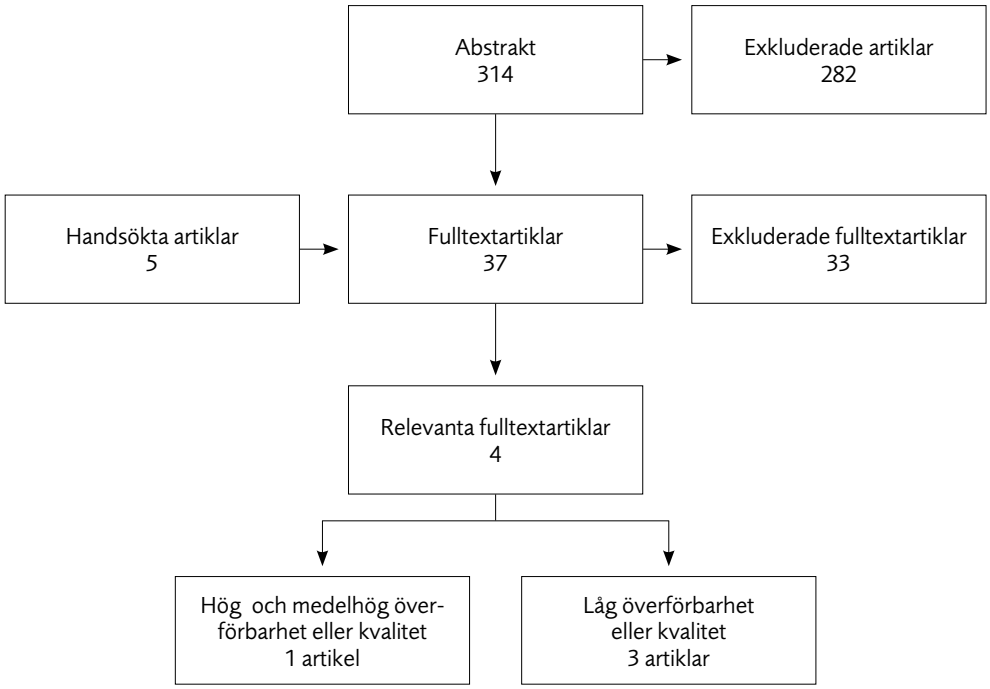
Det här kapitlet behandlar ekonomiska aspekter av TFCO. Kostnaderna för TFCO har inte tidigare analyserats i en svensk kontext och jämförts med sedvanlig vård på institution (särskilt ungdomshem eller HVB). Den övergripande ekonomiska frågeställningen är hur relationen mellan kostnader och effekter ser ut för TFCO jämfört med institutionsvård för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (Frågeställning 2).

Litteratursökning

Totalt identifierades 314 artikelsammanfattningar (abstrakt). Av dem var 32 artiklar relevanta för den hälsoekonomiska frågeställningen och granskades i fulltext. Fem artiklar handsöktes. Totalt fyra publikationer uppfyllde projektets kriterier [20,89–91]. Artiklarna kvalitetsgranskades av två hälsoekonomer på SBU med stöd av hälsoekonomiska granskningsmallar, se Bilaga 3 på www.sbu.se/279. Den ekonomiska analysen som presenterades i tre av publikationerna bedömdes ha låg kvalitet eller låg överförbarhet till svenska förhållanden [20,89,91]. Huvudorsaken till detta var att kostnaderna för TFCO, jämfört med andra placeringsalternativ, presenterades kortfattat och i otillräcklig detalj, vilket gjorde det svårt att bedöma kvalitet och överförbarhet. En handsökt rapport som utfördes på uppdrag av danska Social- och Integrationsministeriet bedömdes ha medelhög kvalitet och medelhög överförbarhet till svenska förhållanden [90].

För sökstrategier, se Bilaga 4 på www.sbu.se/279 och för exkluderade artiklar, se Bilaga 2 på www.sbu.se/279.

Figur 5.1
Flödesschema över den ekonomiska litteratursökningen.



Resultat av den systematiska översikten: en dansk modellstudie

I den danska rapporten presenterades modellbaserade kostnadsintäktsanalyser (Cost Benefit Analyses, CBA) av följande insatser avsedda för barn och unga: de otroliga åren (the Incredible Years), släkt- och nätverksplaceringar (Slægts- og netværksanbringelser), Multisystemisk Terapi (MST), samt Treatment Foster Care Oregon (TFCO) [90]. I detta avsnitt presenteras enbart analysen av TFCO.

Utgångspunkten för rapportens samhällsekonomiska analys är beräkningar av det årliga genomsnittliga nettobidrag[1] till samhället som en person förväntas ge mellan 0 och 64 års ålder. Ett genomsnittligt nettobidrag beräknades för normalbefolkningen, för ungdomar som fått institutionsvård (här benämnt som ”treatment as usual”) och för ungdomar som fått TFCO. I kostnads-intäktsanalysen användes register från Danmarks Statistik över utsatta barn och ungdomar. Registret innehöll uppgifter över alla barn och ungdomar som fått en åtgärd mellan åren 1957 och 2008. Personnummer användes som en nyckel för att samköra registret med andra register över socioekonomiska karakteristika, hälsa och kriminalitet.

Effektunderlaget i kostnadsintäktsanalysen baserades i huvudsak på en systematisk metaanalys av TFCO [92] och nordiska effektstudier [93,94]. De inkluderade studierna i den danska rapporten pekade på att ungdomarnas kriminalitet och missbruk minskade med TFCO. De hade även färre nya placeringar och förbättrade utbildningsresultat. Det antogs i rapporten att 40 procent av ungdomarna fick en större effekt av TFCO än av institutionsvård. Bland de som antogs skulle få en större effekt av TFCO uppnådde alla samma profil som normalbefolkningen vad gällde kriminalitet. De kom också 50 procent närmare normalbefolkningen vad gällde utbildning. Hälften av ungdomarna minskade sitt missbruk jämfört med de som fått institutionsvård (för alla antaganden i modellen, se Bilaga 1, Tabell 11 i Rambølls rapport [90]).

Uppgifter om kostnader har hämtats från olika källor, till exempel Danmarks Statistik, kriminalvården i Danmark, olika rapporter och publikationer, försäkringsregister, patientregister och DRG/DAGS-register (för källor och detaljerade beräkningar, se Bilaga 5 i Rambølls rapport [90]). Beräkningarna har bland annat gjorts för placering i TFCO och för institutionsvård, för kriminalitet, hälso- och sjukvård, utbildning och sysselsättning.

[1] I rapporten definieras nettobidrag som skillnaden mellan de (mätbara) offentliga utgifterna och vinsterna som är direkt kopplade till olika målgrupper. I beräkningarna ingår minskade kostnader för olika behandlingsåtgärder, hälso- och sjukvård, kriminalitet, transfereringar och intäkter som uppkommer som en konsekvens av ökad sysselsättning och utbildning [90].

I den danska rapporten presenteras ett positivt nettonuvärde på närmare 900 000 kronor[2] för en ungdom som placerats i TFCO jämfört med institutionsvård. Nettonuvärdet är det diskonterade[3] värdet av alla framtida kostnader och vinster. De största besparingarna följer av minskad kriminalitet samt färre placeringar för ungdomen. Givet att det i dagsläget i Sverige placeras cirka 40 ungdomar om året i TFCO skulle nettovinsten för samhället, utifrån detta, bli totalt 36 miljoner kronor jämfört med om de hade placerats på institution.

Kostnaden för TFCO jämfört med institutionsvård i Sverige

Metod

Det vanliga placeringsalternativet för målgruppen är institutionsvård. Institutionsvård innefattar både HVB och särskilda ungdomshem. TFCO och HVB finansieras av socialtjänsten i hemkommunen. Särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) finansieras dels av hemkommunerna (69 %), dels genom statliga anslag (31 %) [96]. Vi har beräknat kostnaderna för att placera ungdomar med allvarliga beteendeproblem i TFCO och på särskilda ungdomshem samt på HVB.

Kostnaden per vårddygn är avsedd att täcka kostnader för verksamhetens löpande drift. För TFCO ingår kostnaden för behandlingsteamet (5 personal), alla overheadkostnader (t.ex. fastighets-, bil- och telefonkostnader), samt behandlingsfamiljens arvode och omkostnader. Kostnad per vårddygn och genomsnittlig vårdtid för TFCO har erhållits från det privata omsorgsföretaget Humana. Kostnad per vårddygn och genomsnittlig vårdtid för HVB har hämtats från SBU:s praxisenkät (Kapitel 6) och för särskilda ungdomshem från SiS årsredovisning [96] samt från en utvärdering av MultifunC-modellen för institutionsbehandling av ungdomar [29]. Genom att multiplicera den genomsnittliga vårdtiden med kostnaden per vårddygn får man en uppskattning av hur mycket en placering kostar (se Tabell 5.1).

I metaanalysen Figur 4.4 i Kapitel 4, presenteras effekten av TFCO jämfört med institutionsvård som standardiserad medelvärdesskillnad (SMD), ett utfall som inte går att använda för att presentera meningsfulla kostnadseffektivitetskvoter (se Faktaruta 5.1). För att exemplifiera hur kostnader förhåller sig i relation till

[2] Denna kostnadsuppgift är omräknad och presenterad i svenska kronor (år 2016) med hjälp av den metod som rekommenderas av Cochrane and Campbell Economic Methods Group, det vill säga med PPP:s (köpkraftsjusterade valutakurser) via CCEMG – EPPI-Centre Cost Converter version 1.5, tillgänglig på http://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/ (IMF PPPs).

[3] Diskontering innebär att man tillskriver framtida kostnader och effekter ett lägre värde. Detta gör man då människor generellt värderar nutida händelser högre än framtida. Kostnader och effekter skrivs därför ned med en särskild räntesats (diskonteringsränta). I den danska rapporten används en diskonteringsränta på 3 procent för både kostnader och effekter (uttryckta i monetära termer), vilket är samma som rekommenderas av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i Sverige [95].

effekter av TFCO presenterar vi därför genomsnittligt antal dagar i låst placering för ungdomar som placerats i TFCO jämfört med institutionsvård från den studie i metaanalysen som bedöms vara mest relevant för svenska förhållanden [84]. I analysen presenteras skillnaden i kostnad och effekt mellan HVB och TFCO samt mellan särskilt ungdomshem och TFCO. Då jämförelsealternativet institutionsvård innehåller både HVB och särskilda ungdomshem, antas skillnaden i effekt vara samma mellan dessa två alternativ och TFCO.

Resultat

Kostnaden per vårddygn för HVB är i snitt 4 000 kronor, för TFCO 4 500 kronor, och för särskilt ungdomshem 8 100 kronor. Kostnaderna för HVB och TFCO faller helt på kommunerna medan kostnaderna för särskilt ungdomshem delvis faller på staten. I Tabell 5.1 redovisas därför ungefärligt hur stor andel av kostnaden som faller på kommunen samt hur stor andel som täcks av statsbidrag.

Vi har räknat med en genomsnittlig behandlingstid på 10 månader för alla tre alternativen. En placering i TFCO har en genomsnittlig vårdtid på ungefär 10 månader[4]. Den genomsnittliga vårdtiden för särskilda ungdomshem är cirka 5,5 månader [96]. Eftersom den tiden innefattar akutplaceringar, utrednings- och behandlingsplaceringar är den genomsnittliga vårdtiden för behandling troligen längre för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. En utredning från Socialstyrelsen med fokus på samma målgrupp det vill säga ungdomar med allvarliga beteendeproblem, presenterade en genomsnittlig vårdtid på cirka 10 månader för en ungdom placerad vid ett särskilt ungdomshem [29]. Den genomsnittliga vårdtiden för en placering på HVB är 10 månader för ungdomar med allvarlig beteendeproblematik (från SBU:s praxisenkät).

För en ung person som är placerad i genomsnitt 10 månader är totalkostnaden för TFCO cirka 1,4 miljoner, för HVB cirka 1,2 miljoner kronor, och för särskilt ungdomshem 2,5 miljoner kronor (varav 1,7 miljoner kronor betalas av kommunen och 800 000 kronor är statsanslag) (Tabell 5.1).

Tabell 5.1
Genomsnittlig vårdtid, genomsnittlig kostnad per vårddygn samt genomsnittliga totala kostnader för TFCO, särskilt ungdomshem och HVB.

Placeringsform	Vårdtid månader (dagar)	Kostnad per vårddygn (SEK) År 2016–2017	Total kostnad (SEK)
TFCO	10 (304)	4 500	1 368 000
Särskilda ungdomshem	10 (304)	8 100	2 462 400
Varav kommun		*5 589*	*1 699 056*
Varav statsanslag		*2 511*	*763 344*
HVB	10 (304)	4 000	1 216 000

Källor: Personlig kommunikation (Humana), SiS årsredovisning 2016, Socialstyrelsen [29] och resultat från SBU:s praxisenkät 2017.

[4] Personlig kommunikation, Humana (Anna Marshall, 2017-11-30).

Att ha en ungdom placerad i TFCO i 10 månader kostar något mer än motsvarande tid i HVB (cirka 152 000 kronor mer), men kostar mindre än motsvarande tid i ett särskilt ungdomshem (cirka 1 110 000 kronor mindre).

Kostnadsanalys: TFCO jämfört med institutionsvård (exempel)

Den svenska studie som valts ut för att exemplifiera möjliga kostnadsbesparingar med TFCO visade att ungdomar i TFCO efter 36 månader hade placerats på en låst avdelning i genomsnitt 23 dagar jämfört med 87 dagar för institutionsplacerade ungdomar, det vill säga 64 dagar färre. Studien visade även att färre ungdomar av de som fått TFCO hade registrerats för brott (16 %) jämfört med de på institution (41 %). Vidare använde färre droger (26 respektive 44 %) samt hade färre symtom på psykisk ohälsa (73 respektive 43 %). För de senare utfallen saknades tillförlitliga uppgifter om kostnader. Kostnadsanalysen innefattar därför enbart en analys av kostnadsbesparingar för undviken placering på låst avdelning, se Tabell 5.2.

Tabell 5.2 Kostnadsbesparing för en ungdom i TFCO jämfört med HVB och särskilda ungdomshem.

	TFCO jämfört med HVB (10 månader)[a]	TFCO jämfört med särskilt ungdomshem (10 månader)[a]
Skillnad i programkostnader	152 000 kronor	–1 110 000 kronor
Skillnad i dagar låst avdelning	–518 400 kronor[b]	–518 400 kronor[b]
SUMMA	**–366 400 kronor**	**–1 628 400 kronor[c]**

a Vi antar i kostnadsanalysen att HVB och särskilda ungdomshem har samma effekt på placerade ungdomar.
b 64 dagar x 8 100 kronor.
c Varav cirka 504 800 kronor av besparingen hamnar hos staten och 1 123 600 kronor hamnar hos kommunen.

Vår kostnadsanalys visar att TFCO kan medföra kostnadsbesparingar. Programkostnaderna är något högre för TFCO än för HVB vid den genomsnittliga vårdtiden. Givet att en ung person som är placerad i TFCO i genomsnitt undvikit 64 dagar i låst placering, blir det dock totalt sett en kostnadsbesparing för samhället. Kostnaden för en dag på låst avdelning motsvarar kostnaden för ett vårddygn på särskilt ungdomshem (8 100 kronor). Den merkostnad som TFCO ger upphov till i jämförelse med HVB skulle i vårt exempel uppvägas redan efter 19 undvikna dagar i låst placering. Det ska noteras att kostnadsuppgifterna om de olika behandlingsmetoderna kommer från olika källor och effektiviteten baseras på punktestimat från en studie med endast 46 ungdomar.

Sammanfattning

Kostnaden per vårddygn för TFCO är lägre än för särskilt ungdomshem men förefaller vara något högre än för HVB, givet samma vårdtid. När skillnaden i dagar på låst avdelning räknas med så är TFCO kostnadsbesparande jämfört med både HVB och särskilt ungdomshem. En dansk modellstudie, identifierad i litteratursökningen, visade att TFCO även är kostnadsbesparande på lång sikt jämfört med institutionsvård. Sammantaget tycks TFCO ha potential att vara kostnadsbesparande för samhället på både kort och lång sikt.

6 Praxisundersökning av institutionsvård

Det vanliga placeringsalternativet för ungdomar med allvarliga beteendeproblem är institutionsvård. För att få information om vilka bedömningsmetoder, behandlingsmetoder och teoretiska förhållningssätt som används inom svensk institutionsvård kontaktades ett slumpvis urval av kommunala, enskilda och statliga institutioner (Frågeställning 3). Svar erhölls från 53 av 67 institutioner (79 %). Resultaten avser vilka metoder institutionerna anger att de använder, inte för hur många och för vilka ungdomar. Uppgifter har också samlats in om kostnad per vårddygn samt genomsnittlig placeringstid. De uppgifterna presenteras i Kapitel 5 om ekonomiska aspekter.

De medverkande institutionerna

Av de 53 institutioner som besvarade enkäten var 5 särskilda ungdomshem och övriga 48 HVB. Bland de 53 institutionerna hade 43 procent specialiserat sig på ungdomar med beteendeproblem och övriga 57 procent tog också emot andra målgrupper, till exempel ungdomar med psykiatrisk problematik. Det genomsnittliga antalet vårdplatser på HVB var 8,9 (variation mellan 2 och 27) och 20,3 på särskilda ungdomshem (variation 12–33).

Bedömningsmetoder

Drygt hälften (55 %) av institutionerna uppgav att de använde minst en standardiserad bedömningsmetod för att utreda och bedöma ungdomarnas problematik (Tabell 6.1). I genomsnitt användes 1,1 bedömningsmetoder (varierade

mellan 0 och 5). Sammanlagt nämndes 18 metoder. De bedömningsmetoder som nämndes var av varierande karaktär. Vissa var metoder för screening och andra var risk- och behovsbedömningsmetoder. Vanligast var Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) som förekom på 31 procent av institutionerna.

Tabell 6.1 Standardiserade bedömningsmetoder för att utreda ungdomars behov (flera svar möjliga).

Metod	Andel som använde metoden (%)
Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)	31
Känsla Av SAMmanhang (KASAM)	12
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	12
Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)	12
Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI)	8
Övriga metoder (använt av 1–2 institutioner)*	34
Någon bedömningsmetod	*55*

* *Addiction Severity Index (ASI), alkohol- och drogdiagnosinstrument (ADDIS), Barns Behov i Centrum (BBIC), Becks ungdomsskalor, Bump, Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (Erasor), Evidensbaserad STrukturerad bEdömning av Risk- och skyddsfaktorer (ESTER), Familjeklimat, Intervju om anknytningsstil, Outcome Rating Scale (ORS), Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS), Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).*

Av de 18 bedömningsmetoderna är det fyra som tydligast knyter an till risk-, behovs- och mottaglighetsprincipen: Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (Erasor), Evidensbaserad STrukturerad bEdömning av Risk- och skyddsfaktorer (ESTER), Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) och Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). Övriga bedömningsmetoder kan vara relevanta för att bedöma vissa riskfaktorer eller annan problematik.

Behandlingsmetoder

Samtliga institutioner utom tre (94 %) uppgav att de hade minst en namngiven metod för att behandla ungdomarnas problematik (Tabell 6.2). Totalt nämndes 33 behandlingsmetoder. Vanligast var motiverande samtal (MI), lågaffektivt bemötande, kognitiv beteendeterapi samt miljöterapi som nämndes av 47 till 70 procent. Det fanns också en rad metoder som endast nämndes av en eller två institutioner. I genomsnitt använde institutionerna 4,8 behandlingsmetoder, med en variation mellan 0 och 12. Det var 37 procent som sade sig ha minst fem metoder för arbetet med målgruppen.

Tabell 6.2
Behandlingsmetoder för ungdomar med allvarliga beteendeproblem (flera svar möjliga).

Metod	Använder behandlings-metoden (%)	Varav har utbildning i metoden (%)	Varav har löpande handledning (%)
Motiverande samtal (MI)	70	86	38
Lågaffektivt bemötande	60	72	53
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	47	96	44
Miljöterapi/medlevarskap	47	64	56
Aggression Replacement Training (ART)	36	100	37
Återfallsprevention	26	100	29
Familjeterapi	26	57	29
Repulse	23	83	17
Vägledande samtal	23	50	25
Nätverksarbete	21	64	36
Kriminalitet som livsstil	19	80	40
12-stegsbehandling	17	78	56
Teckenekonomi etc. belöningssystem	13	86	43
Lösningsfokuserad terapi	13	57	29
Psykodynamisk terapi	9	60	40
Haschavvänjningsprogrammet HAP	9	80	0
Acceptance Commitment Therapy (ACT)	8	50	25
Dialektisk beteendeterapi (DBT)	6	67	67
Övriga metoder (används av 1–2 institutioner)*	30	–	–

* Bildterapi, Community Reinforcement Approach (CRA), Cannabisprogrammet för unga (CPU), Connect, KBT i vardagen, kognitiv psykoterapi, Komet, Marte Meo, Mental Health First Aid, mentaliseringsbaserad terapi, Mindfulness, musikterapi, Signs of safety, dykning med tuber.

Tabell 6.2 visar att det förekom att institutionerna använde metoder utan att ha fått utbildning i dem. Några exempel där relativt få hade utbildning är miljöterapi, nätverksarbete, familjeterapi, lösningsfokuserad terapi och vägledande samtal. I genomsnitt var det ungefär tre av fyra (78 %) av institutionerna vars personalgrupper hade utbildning i de metoder de använde. Ett kriterium på god behandlingskvalitet är att personalen får löpande handledning [97]. Andelen som fick löpande handledning i metoderna var i genomsnitt fyra av tio (43 %). Bland metoderna som namngavs har, så vitt känt, två ett vetenskapligt stöd[1] för att vara effektiv för målgruppen ungdomar med allvarliga beteendeproblem: KBT [27] och Community Reinforcement Approach (CRA) [4]. Det ska noteras att familjeterapi inte specificerats, varför dess evidens inte går att bedöma.

[1] Det finns en systematisk översikt som visat att metoden är effektiv för målgruppen.

Teoribildningar

Tre av fyra (75 %) beskrev att olika teoribildningar utgjorde grunden för deras förhållningssätt till ungdomarna (Tabell 6.3). Vanligast var trauma- och anknytningsteori. I genomsnitt nämndes 1,8 teorier med en variation mellan 0 och 7.

Tabell 6.3
Teorier som utmärkte institutionernas förhållningssätt (flera svar möjliga).

Teori	Andel som använde teorin (%)
Traumateori	40
Anknytningsteori	36
Kognitiv teori	32
Psykodynamisk teori	30
Systemteori	25
Samspelsteori	9
Beteendeteori	9
Nätverksteori	2
Något förhållningssätt	75

Sammanfattning

De 53 institutionerna uppgav att de sammanlagt använde 18 bedömningsmetoder, 33 behandlingsmetoder och 8 teoribildningar som grund för deras förhållningssätt. Det var ungefär tre av fyra institutioner där minst en i personalen hade utbildning i behandlingsmetoderna och fyra av tio som fick löpande handledning. Resultaten säger ingenting om hur många ungdomar som fick ta del av de olika metoderna, endast hur många institutioner som sa sig använda dem.

7 Några röster om TFCO respektive institutionsvård

Först sammanfattas en publicerad intervjustudie omfattande sex personer med erfarenhet av TFCO [55]. Därefter sammanfattas upplevelser och erfarenheter berättat av representanter från Kriminellas revansch i samhället (KRIS), Unga KRIS samt X-CONS vid intervjuer på SBU (Frågeställning 7).

Röster om TFCO – en intervjustudie

Intervjustudien är en psykologexamensuppsats från Lunds universitet [55]. Den omfattar tre flickor och tre pojkar som intervjuades om sina upplevelser av TFCO. Ungdomarna hade valts för att representera båda könen och för att de skulle representera personer med olika utfall av behandlingen. De var mellan 12 och 18 år när de placerades på TFCO och det hade gått mellan två och sex år sedan behandlingen avslutats. Av de sex ungdomarna hade fem förbättrat sin situation efter placeringen. Ytterligare två ungdomar med mer negativa utfall från behandlingen hade tillfrågats om att delta, men de ville inte medverka.

Intervjuerna var semistrukturerade och omfattade 56 frågor om placeringen i TFCO, till exempel om erfarenheter av belöningssystem, behandlingsfamiljen, ursprungsföräldrarna, kamrater och om färdighetstränare.

Autonomi

Ett område ungdomarna återkom till var frihet och gränssättning. I början av placeringen upplevde ungdomarna att tydliga gränser var något negativt men efter genomgången behandling upplevde de att gränssättningen hade varit positivt.

Vuxenkontakter

Ungdomarna beskrev att det hade varit viktigt med trygg relation till behandlingsfamiljen och kontaktpersonerna. Några hade även fått bättre relation till sina biologiska föräldrar. Att kunna umgås på ett fridfullt sätt och ha roligt med en vuxen var också betydelsefullt. De vuxna hade talat till dem istället för att skrika. De vuxna hade också uppmuntrat de beteenden hos ungdomen som varit positiva istället för att endast fokusera på de negativa.

Negativ kamratpåverkan

Ungdomarna upplevde att det var positivt att ha blivit placerad som ensam ungdom och kommit bort från umgänget med andra kriminella ungdomar. De upplevde också att de gamla vännerna inte var riktiga vänner och att det var positivt att lämna den vänkretsen.

Behandling

Överlag upplevde ungdomarna behandlingen som jobbig under tiden den pågick. Denna upplevelse förändrades efter avslutad behandling då ungdomarna insett TFCO:s positiva effekter. Poängsystemet upplevdes till en början som negativt men de flesta ändrade uppfattning under behandlingen. Det var betydelsefullt för dem att få uppmuntran på positiva handlingar, något som fått dem att känna sig värdefulla och motiverade att själva fokusera på att sträva efter positiva handlingar. Överlag fanns det en upplevelse av att kraven för att få poäng var vardagliga krav och därmed enkla. Någon efterfrågade mer individinriktade krav.

Röster om institutionsvård – SBU:s intervjuer

Gruppintervjuer genomfördes med representanter för Kriminellas revansch i samhället (KRIS) och Unga KRIS (vid ett gemensamt intervjutillfälle) samt X-CONS (vid ett annat intervjutillfälle). Intervjuerna var semistrukturerade och baserades på en enkät, se Bilaga 5 på www.sbu.se/279. Utformningen av enkäten beskrivs i metodkapitlet (Kapitel 3). Intervjuerna genomfördes av en psykolog respektive en socionom och nedtecknades av två andra personer.

De flesta av de intervjuade hade varit placerade på både HVB och särskilda ungdomshem under längre perioder. Placeringarna på de särskilda ungdomshemmen avsåg både akut-, utrednings- och behandlingsplacering.

Autonomi

De intervjuade beskrev att institutionsplaceringen innebar att den egna viljan fick läggas åt sidan. Om man ville gå på gymmet medan de andra ville åka och bada så var det badet som gällde. Ett annat exempel som en av de intervjuade berättade var att den enda tv:n stängdes av klockan nio varje kväll då de fick gå och lägga sig. En tredje person berättade att det enda sättet att få vara utomhus kunde vara att erbjuda sig att hämta mat i en annan byggnad.

Vuxenkontakter

Flera av de intervjuade upplevde relationen till de anställda på institutionerna som ytlig. Om de började lita på någon i personalen och denne slutade kändes det som att de ”övergavs”. Det gjorde att några av de intervjuade beskrev att de slutade att lita på vuxna. Istället blev andra ungdomar betydelsefulla och det blev ungdomarna mot personalen. En av de intervjuade berättade att en präst kommit på besök någon gång och att en sjuksköterska besökte institutionen en gång i veckan. Han kunde gå till dem för att bryta tristessen och ha något att göra.

De intervjuade upplevde att personalen kunde provocera fram konflikter. Det framkom även att några av de intervjuade varit utsatta för fysiskt våld av personalen. De intervjuade beskrev att de saknade någon att anförtro sig till om de övergrepp som förekom på institutionen. Visserligen kunde de i teorin ringa Inspektionen för vård och omsorg (IVO) men personalen gav dem inte möjlighet att ringa. Att framföra klagomål kunde också få konsekvenser. Personalen kunde ”glömma” idrottstimmen, komma för sent med maten eller inte låta personen gå till gymmet.

De flesta intervjuade beskrev att de inte hade förtroende för socialtjänsten. Ovissheten om placeringstiden var påfrestande; när skulle placeringen upphöra? En av de intervjuade beskrev att han hade försökt ringa sin socialsekreterare varje fredag för att fråga om hur länge han skulle vara placerad, men utan besked. En annan beskrev att han varit mycket ung när han placerades och att han inte förstod anledningen till placeringen, eller hur länge han skulle vara på institutionen. De intervjuade beskrev att ovissheten angående placeringens längd skapade oförutsägbarhet och hopplöshet. För att komma hem lärde de sig att manipulera, att visa upp ett beteende som personalen och socialtjänsten accepterade, men som inte stämde överens med vem de var eller hur de kände sig.

Negativ kamratpåverkan

De intervjuade beskrev att placeringen utmärkts av tristess och långa dagar utan aktiviteter. Att i huvudsak endast umgås med andra placerade ungdomar gjorde att det var centralt att finna sin plats i hierarkin. Det gällde att hävda sig annars kunde man hamna i bråk.

Eftersom det inte fanns något att göra planerade ungdomarna nya brott. De tog till sig antisociala attityder från de som var ”coolast”. De intervjuade beskrev att de lärde upp varandra i kriminalitet. En av de intervjuade berättade att han placerades tillsammans med personer som använde narkotika och sedan visste

han allt om narkotika. De intervjuade beskrev att de var bra vänner för stunden men efter placeringen upphörde vänskapen. De intervjuade uppfattade nu i vuxen ålder umgänget med de andra placerade ungdomarna som negativt.

Behandling

Tre av de nio intervjuade tyckte de fått hjälp under placeringen. En hade pluggat upp skolbetygen och en annan menade att han hade Statens institutionsstyrelse (SiS) att tacka för allt. Terapin hade för honom varit bra och behandlarna hade fungerat som en slags ersättning för hans familj. Övriga tyckte att placeringarna mer hade fungerat för att skapa ett kontaktnät av kriminella.

De intervjuade hade en vag bild av vilken behandling som de hade fått. En person beskrev behandling som möjligheten att gå och träna. En annan person hade skollektioner fram till lunch, sedan ingenting fram till nästa dag. Den behandling som gavs kunde dessutom vara under kort tid, till exempel Aggression Replacement Training (ART) under 20 minuter, sedan kunde vissa inte sitta stilla längre. De intervjuade var överens om att alla institutioner hade olika rutiner i vardagen.

Få beskrev att de fick sina behov utredda när de kom till institutionen. En person beskrev att han fått titta på bläckplumpar (Rorschach-test) men det var allt. Flera efterlyste en ordentlig utredning av diagnoser från dag ett på HVB-hemmet. Det skulle kunna leda till bättre placeringar. En av deltagarna ville bli drogfri, men placerades på ett ställe där andra ungdomar knarkade.

Alternativ

På frågan om vad de intervjuade skulle önska av institutionsvård så nämnde de social träning, trygghet och kärlek, hemlika lokaler, vettig sysselsättning och inte så många ungdomar på samma ställe. Flera efterlyste hjälp med att ta bort kriminella tankemönster och negativa beteenden. Det var också viktigt att ha en och samma kontaktperson som stöd som skulle finnas till hands när placeringen upphörde. Kontaktpersonen skulle inte vara behandlingspersonal. Nära och trygga relationer framkom som viktigt.

De intervjuade beskrev att de kom från dysfunktionella familjer. Under placeringen hade de haft begränsad kontakt med familjerna. Flera önskade att deras familj också hade fått stöd under placeringstiden. När inte familjen förändrades var allt sig likt när ungdomen flyttade hem.

Sammanfattning

Personerna med erfarenheter av TFCO respektive institutionsplacering hade liknande uppfattningar om vad som ansågs viktigt vid en placering; förtroendefulla vuxenkontakter, behandling för ursprungsfamiljen samt minskad kontakt med andra ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Skillnaderna bestod i att ungdomarna med upplevelse av TFCO bedömde att de getts dessa viktiga

komponenter, medan ungdomar som varit institutionsplacerade inte getts den möjligheten i samma utsträckning. Några av dem med erfarenheter av institutionsvård hade även utsatts för övergrepp under tiden för institutionsvistelsen.

Det är oklart hur representativa dessa upplevelser är. För flera av de intervjuade låg dessutom placeringen långt tillbaka i tiden.

8 Etiska aspekter

Detta kapitel behandlar etiska frågor i samband med placering av ungdomar med allvarliga beteendeproblem (Frågeställning 5). Den allvarligaste etiska aspekten som kan uppstå, är att insatsen är skadlig eller att den inte tillgodoser ungdomars behov och rättigheter. Förutsättningarna för samhället att ta sitt ansvar och tillhandahålla god vård begränsas av bristen på forskning om insatsers effekter och förutsättningarna för socialtjänsten att vara kunskapsbaserad [6].

Allmän etisk problematik om insatser till barn och ungdomar

Utgångspunkten för samhällets sociala insatser till barn och ungdomar är antagandet om att de behöver och har rätt till särskild omvårdnad, men att det i normalfallet finns föräldrar som själva klarar av att tillgodose det. Först då föräldrarna själva inte klarar ansvaret kan åtgärder vidtas, i form av insatser i öppenvård eller genom social dygnsvård. Genomgående för alla insatser är att hänsyn till barnens och ungdomarnas intresse ska vara avgörande. Denna hållning har sin grund i principen om barnets bästa som uttrycks i FN:s barnkonvention [98]. Principen säger att barns och ungdomars intressen ska prioriteras och ägnas särskild uppmärksamhet av samhället. Det gäller barnens och ungdomarnas omedelbara välmående och möjlighet att utvecklas liksom deras intresse av att få integritet och självbestämmande respekterade i proportion till mognad och utveckling. Eftersom principen gäller för alla barn och ungdomar uttrycker den också ett moraliskt krav på likabehandling [99].

Olika beslutsalternativ behöver jämföras för att bedöma deras förmåga att uppnå goda resultat utan oacceptabla bieffekter eller överträdelser av etiska gränser (t.ex. otillbörligt tvång, integritetskränkning eller orättvisa). Sådana jämförelser måste alltid innehålla krav på att värdera kunskapsunderlaget och inkludera alternativet att avvakta med insatser i de fall kunskapen brister eller riskbilden är alltför oklar. Det finns alltid en risk att en insats är verkningslös, att insatsen förvärrar problemet, att den har mindre effekt än alternativa insatser eller att den medför oacceptabla risker och skador av annat slag.

Etisk problematik vid social dygnsvård

När samhället träder in i föräldrars ställe, det vill säga tar över hela eller delar av föräldraansvaret, har samhället en skyldighet att försäkra sig om att vården är effektiv för att minska eventuella risker för barnet eller ungdomen och inte förvärra dennes situation. Samhället har också ansvar för att tillgodose barnet och ungdomens grundläggande behov enligt alla barns och ungdomars lika villkor.

Vårdens allmänna utformning har, vid sidan av specifika namngivna insatser, betydelse för hur etiskt försvarbar vården är. Det kan gälla vilken kapacitet och vilka resurser som finns inom den sociala dygnsvården och hur väl personalen är insatt i och förberedd på det placerade barnets eller ungdomens problematik och behov, samt vilka rutiner som finns för att säkerställa att barnet och ungdomen som placerats får sina grundläggande behov tillgodosedda enligt alla barns lika villkor. Ibland kan bristen på kunskap vara så allvarlig att barnets behov bäst tillgodoses genom att de sociala myndigheterna avvaktar och nöjer sig med ett annat stöd (t.ex. insats inom öppenvård) i väntan på att kunskapsläget kan klarläggas och nya insatser med bättre evidens kan identifieras.

Det finns fyra etiska huvudfrågor som brukar aktualiseras i samband med social dygnsvård till barn och ungdomar [99,100]:

- Är vården tillräckligt gynnsam i ljuset av kunskapsunderlag om effekter och risker (t.ex. risken med att placeras tillsammans med andra ungdomar med allvarliga beteendeproblem)?
- Tillgodoser vården barnets eller ungdomens rätt till delaktighet och självbestämmande mot bakgrund av dess mognad?
- Innebär vården att barnet eller ungdomen behandlas enligt alla barns lika villkor?
- Innebär beslut om insatser i ljuset av detta, att samhället tar det särskilda ansvar som följer av att åta sig vård av ett barn eller en ungdom?

Etisk problematik vid social dygnsvård av ungdomar med allvarliga beteendeproblem

För ungdomar med allvarliga beteendeproblem såsom upprepad och allvarlig kriminalitet finns det tre särskilt etiska utmaningar vid placering i social dygnsvård. Den första handlar om de maktstrukturer som finns inbyggda i

dygnsvårdens organisation. Den andra är bristen på vetenskaplig kunskap inom området. Den tredje är att socialtjänstens organisation kan försvåra dokumentation och uppföljning av insatser som används för den enskilde ungdomen. Tillsammans ökar dessa faktorer riskerna för placerade ungdomar och att samhället misslyckas med att ta sitt ansvar att främja deras bästa med respekt för etiska gränser.

Maktstrukturer

Social dygnsvård innebär att den placerade ungdomen blir beroende av flera aktörer: vårdgivaren, ursprungsfamiljen och socialtjänsten. Alla insatser där ungdomar används för informationsinhämtning kan få vårdgivaren att utöva påtryckningar på ungdomen för att dölja missförhållanden eller begränsa ungdomens frihet [99]. Intervjuerna i Kapitel 7 ger exempel på svårigheterna att framföra klagomål till IVO. Vårdgivaren kan också välja att avbryta ungdomens placering när det gäller unga med allvarliga beteendeproblem. Det skapar en möjlighet till manipulation av ungdomen att acceptera förhållanden som den unge annars inte hade gjort av rädsla för att förlora, till exempel tryggheten. Detta gör det även svårare att bedöma insatsers värde, då vårdgivaren kan blockera väsentlig information.

Ursprungsfamiljen kan också påverka ungdomen före en placering eller inför att placeringen ska upphöra. Under placeringen kan ungdomen pressas av föräldrarna eller av sin lojalitet till föräldrarna, att överdriva deras omsorgsförmågor eller att ge bild av att vårdgivaren där ungdomen är placerad fungerar dåligt. I båda fallen kan det medföra att placeringen avbryts. Är vården frivillig, kan ungdomen vara pressad att få den att framstå på olika sätt för att antingen motivera att den fortgår eller att den avbryts. Likaså kan ungdomen drabbas av att ursprungsföräldrarna drar tillbaka sitt godkännande av frivillig placering. Insatser som är menade att hjälpa ungdomen kan alltså skapa risker genom att vuxna anpassar sitt beteende utifrån insatsernas utformning i syfte att förhindra att missförhållanden uppmärksammas och åtgärdas.

Vid sidan av ursprungsföräldrarna och vårdgivaren påverkas ungdomens situation av den socialsekreterare som sköter kontakten med ursprungsfamiljen och vårdgivaren. Socialsekreteraren har tillsammans med nämnden ett stort inflytande över vilka utredningar som genomförs, om en placering ska inledas respektive avslutas och hur vården ska bedrivas, inklusive vilka behandlingsmetoder som ska användas. Dessa beslut kan ha stor inverkan på ungdomens situation. Vårdgivaren, inte minst privata aktörer, har även en möjlighet att tacka nej till ungdomar vilkas problembild kan anses för tung. Det är etiskt försvarbart när de inte kan tillgodose ungdomens behov.

Kunskap om insatsers effekter

Kunskapen är bristfällig om olika placeringsformers och behandlingsmetoders effekter. Som framgår av Kapitel 2 finns det en systematisk litteraturöversikt som visar att institutionsvård kan öka risken för kriminalitet och andra beteendeproblem jämfört med familjehemsplaceringar [26]. Den kunskapen behöver vägas in vid beslut om vårdform, men betyder inte att en institutionsplacering

måste undvikas. Ibland har ungdomar sådana problem att en låst avdelning är ett rimligt alternativ under en intensiv problemfas. Det aktualiserar frågor om institutionens möjlighet att anpassa behandlingen utifrån de individuella vårdbehoven. Den kollektiva tillvaron på institution kan vara svår att anpassa till individens särskilda behov.

Ungdomens möjlighet att välja bland de behandlingsmetoder som används inom institutionsvården kan vara begränsad. Kan den unge välja att inte få behandling eller att få en behandling som är dokumenterat ineffektiv, alternativt välja bort komponenter i en behandling? Det sistnämnda gäller också vid placering i behandlingsfamiljer, där ungdomarna i intervjuerna om TFCO (Kapitel 7) uppgav att de hade en begränsad frihet under behandlingens första fas, och att de utsattes för en kontroll som först upplevdes som begränsande. Enligt FN:s barnkonvention ska ungdomars omedelbara välmående och möjlighet att utvecklas prioriteras samt vikten av respekt för deras integritet och självbestämmande. I detta kan även ligga en etisk konflikt, att ett omedelbart välmående inte behöver vara detsamma som möjligheten att utvecklas.

Till detta kommer att insatser kan lanseras av personer med bristfälligt redovisade intressekonflikter av ekonomisk och annan natur. Det gör att utförare kan framställa sin verksamhet och använda behandlingsmetoder som verksamma och oskadliga trots att de saknar vetenskapligt stöd. Som framgår av praxisstudien (Kapitel 6) saknar nästan alla behandlingsmetoder vetenskapligt stöd för målgruppen. Problemet gäller för social dygnsvård och socialtjänsten generellt. Inom hälso- och sjukvården har det gradvis införts allt skarpare och snävare regler kring hur kommersiella intressen får medverka i vårdens utveckling. Så kallat ordnat införande görs bland annat via formaliserade granskningar av kunskapsunderlag, etik och resursprioritering, där intressekonflikter tas med i beräkningen [101–103]. Socialtjänstens områden saknar liknande säkerhetsarrangemang för att balansera inflytandet av ekonomiska särintressen på val av vårdform och behandlingsmetoder.

Försök att förbättra kunskapsläget medför även etiska problem av ett annat slag. Utvärdering av placeringsformer och behandlingsmetoder i den sociala dygnsvården kräver till exempel att man närmar sig vårdgivaren och den placerade ungdomen för att klargöra hur verksamheten fungerar. Det kan medföra risker för hur den unge behandlas i behandlingsfamilj eller på institution och att dess autonomi och integritet inte respekteras.

En viktig etisk fråga är hur vård och behandling utformas så att ungdomars intressen och önskemål tas till vara och samtidigt minska ungdomarnas problematik. Det är särskilt kritiskt för ungdomar med ett allvarligt kriminellt beteende. Där ska vården å ena sidan skydda både ungdom och samhälle från den unges handlingar och å andra sidan inte förvärra den unges situation genom en placering som i sig kan innehålla risker i form av negativ kamratpåverkan, övergrepp och bristande autonomi.

Organisation

Förutsättningarna för en kunskapsbaserad socialtjänst är inte optimala [103]. De socialsekreterare som ska bereda underlag för beslut om placeringsform och val av behandlingsmetod är inte bara kringskurna av ursprungsfamiljernas och vårdgivarnas goda vilja, utan även av svagheter i dokumentation av placeringsformer och behandlingsmetodernas effektivitet och risker. Förmågan att hantera denna situation ansvarsfullt kompliceras av att organisationen inte är utformad för denna uppgift. Förutsättningarna är dåliga idag för en socialsekreterare att kunna överblicka vilka alternativ som finns, deras vetenskapliga stöd samt för att risken för intressekonflikter har påverkat. Den informationen ska dessutom vägas samman utifrån en specifik ungdoms problematik och på grundval av principen om ungdomens bästa och etiska hänsynstaganden.

Sammanfattning

Social dygnsvård aktualiserar svåra etiska frågor om samhällets särskilda ansvar för ungdomar som begår allvarliga och upprepade brott, komplicerade maktstrukturer som styr vården, kvaliteten på kunskapsunderlag om specifika insatser, samt organisationen som ansvarar för vården. Det är ett etiskt problem att det är få behandlingsmetoder som används i Sverige som är utvärderade. Därmed är det oklart om olika typer av placeringar gynnar ungdomar och uppfyller grundläggande etiska krav på ansvarstagande från samhällets sida.

9 Diskussion

I detta avsnitt besvaras först frågeställningarna. Därefter diskuteras resultatens tillförlitlighet och resultatens allmängiltighet för Sverige. Sedan kommer möjliga för- och nackdelar med TFCO, ekonomiska aspekter och avslutningsvis kommenteras svensk praxis samt användningen av TFCO i Sverige.

Resultat

TFCO är speciellt utformad för ungdomar med allvarliga beteendeproblem som till exempel allvarlig och upprepad kriminalitet. För den målgruppen är institutionsplacering ett vanligt placeringsalternativ. Institutionsplacering har i forskning visat sig kunna ha negativa effekter på ungdomars kriminalitet och utagerande. Enligt en systematisk översikt ökar institutionsplacering risken för kriminalitet och andra allvarliga beteendeproblem jämfört med framför allt familjehemsplaceringar [26]. Det antyder att alla positiva effekter av TFCO, oavsett hur små de är, är till fördel för den aktuella målgruppen.

Effekter av TFCO (Frågeställning 1)

I litteraturöversikten inkluderade vi åtta studier av TFCO, varav en svensk. Resultaten visar att effekterna av TFCO minskade ungdomars fortsatta kriminalitet (registerdata och självskattad) och placering på låst avdelning två år efter baslinjemätning (vilket var den studerade uppföljningstiden). Dessa resultat bedöms ha ett måttligt starkt vetenskapligt stöd (⊕⊕⊕○). Efter två år fanns även en minskad användning av narkotika samt en förbättrad psykisk hälsa. Samtliga dessa resultat bekräftas av en oberoende utvärdering från Sverige

[84]. TFCO minskade också psykisk ohälsa liksom kriminellt umgänge. Dessa resultat bedöms ha ett begränsat vetenskapligt stöd (⊕⊕◯◯). Det finns också utfallsmått där underlaget inte ger utrymme för att bedöma effekterna av TFCO: skolanpassning, sexuellt riskbeteende, tonårsgraviditeter samt alkoholkonsumtion (⊕◯◯◯).

I samtliga fall var effekterna svaga eller medelstarka. Ett annat sätt att beskriva effekten av TFCO är med hjälp av number needed to treat (NNT), det vill säga antal ungdomar som behöver placeras på TFCO för att en sannolikt ska dra nytta av behandlingen. I det aktuella fallet handlar det om mellan 5 och 13 beroende på utfallsmått.

Ekonomiska aspekter (Frågeställning 2)

TFCO kostar mindre än placering på särskilda ungdomshem (SiS) och något mer än hem för vård eller boende (HVB), om man räknar med att vårdtiderna är desamma. Väger man in långsiktiga effekter och kostnader för till exempel minskad kriminalitet och minskat narkotikamissbruk, är TFCO kostnadsbesparande för samhället jämfört med institutionsvård.

Institutionsvård i Sverige (Frågeställning 3)

Praxisundersökningen visar att institutionerna använder 18 bedömningsmetoder, 33 behandlingsmetoder och 8 teoretiska förhållningssätt. Användningen av behandlingsmetoder förutsatte inte alltid att personalen genomgått utbildning och i än mindre omfattning att de fick handledning i användning av metoderna.

Fyra av de 18 nämnda bedömningsmetoderna knyter an till risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna: Erasor, ESTER, YLS/CMI och SAVRY. Någon av dessa användes av sex av 53 institutioner. Två av de 33 behandlingsmetoderna har ett vetenskapligt stöd för att vara effektiva inom institutionsvård för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: CRA [4] och KBT [27,104]. Övriga som nämns kan vara effektiva men saknar vetenskapligt stöd idag (baserat på en systematisk översikt) för den aktuella målgruppen och placeringsformen.

Omfattningen av olika behandlingsmetoder påminner om situationen år 2012 då Inspektionen för vård och omsorg (IVO) sammanställde förekomsten av metoder och arbetssätt inom institutionsvård till barn och unga [14].

Några röster om TFCO respektive institutionsvård (Frågeställning 4)

Personerna med erfarenheter av TFCO och de med erfarenheter av institutionsplacering hade liknande uppfattningar om vad som ansågs vara viktigt vid en placering. Det var bland annat att ha förtroendefulla vuxenkontakter, behandling för ursprungsfamiljen och minskad kontakt med andra ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Skillnaderna bestod i att ungdomarna med erfarenhet av TFCO bedömde att de getts dessa viktiga komponenter, medan ungdomar som varit institutionsplacerade inte getts den möjligheten i samma

utsträckning. Några av dem med erfarenheter av institutionsvård hade även utsatts för övergrepp under tiden på institutionen. Erfarenheterna från institutionsplacering överensstämmer väl med de risker som brukar lyftas med institutionsvård [105].

Etiska aspekter (Frågeställning 5)

Den etiska analysen identifierar en påtaglig risk för att både insatser och frånvaro av insatser vid institutionsplacering kan skada ungdomar och att syftet med placeringen inte uppnås, det vill säga att minska ungdomarnas beteendeproblem. Istället finns risk att ungdomarnas beteendeproblem kan förvärras genom bland annat negativ kamratpåverkan och risken för att utsättas för fysiskt våld. Dessutom är det ett etiskt problem att så få ungdomar med allvarliga beteendeproblem blir föremål för TFCO. Denna brist innebär troligen att verksamheterna inte lever upp till lagens krav på vård av god kvalitet.

Tillförlitlighet

Effekter av TFCO

För att genomföra utvärderingen av TFCO gjorde vi vissa avgränsningar som kunde påverka resultatens tillförlitlighet och representativitet. Vi valde att avgränsa litteratursökningen till studier publicerade efter år 1989. Vår bedömning var att äldre studier dels skulle vara mycket få, dels skulle vara föråldrade och förmodligen inte överförbara till dagens situation.

De språk som togs med i den systematiska litteratursökningen var engelska och svenska. Om en artikel var publicerad på annat språk, men hade en sammanfattning på engelska, identifierades den i sökningarna och togs med. Någon sådan identifierades dock inte. Experter i Norge, Danmark, Storbritannien, Nederländerna, USA, Irland samt Tyskland tillfrågades också om jämförande studier av behandlingsfamilj, inklusive TFCO. Inget resulterade i en inkluderad studie.

Vi tog endast med studier där minst 70 procent av barnen i jämförelsegruppen hade placerats på institution och inte i familjehem eller i ursprungshemmet. En svensk studie exkluderades av det skälet. Vidare exkluderade vi studier där mer än 30 procent av barnen var yngre än 12 år eller äldre än 17 år.

Uppföljningstiden efter förmätning var två år eller mer i sex av åtta studier. Eftersom behandlingstiden ofta omfattar fem till sex månader bedömde vi att uppföljningstiden var rimligt lång för att fånga in effekter av behandlingen. Eller annorlunda uttryckt, om ungdomarna hade fortsatt med kriminalitet eller andra allvarliga beteendeproblem efter behandlingen, är det rimligt att tänka att de skulle hunnit bli polisanmälda eller blivit föremål för institutionsvård.

Vi sökte brett efter studier av behandlingsfamiljer. Den enda version som motsvarade våra kriterier var TFCO. De andra versionerna av behandlingsfamiljer

som vi fann i sökningarna har inte utvärderats i kontrollerade studier för vår målgrupp och ingår således inte i litteratursammanställningen.

En styrka är att samtliga utvärderingar av TFCO hade institutionsbehandling som jämförelsealternativ, vilket är det vanliga placeringssalternativet för målgruppen [106]. En annan styrka är att information om de viktiga måtten kriminalitet och placering på låst avdelning har samlats in på samma sätt (framför allt registerdata). Målgruppen var också densamma, ungdomar med allvarliga beteendeproblem. En brist är att artiklarna i allmänhet inte beskrev om TFCO använts på avsett sätt, med hög metodtrohet. Det saknades också information om kvaliteten på de insatser som förekom i kontrollgrupperna. Vidare har fortsatt kriminalitet inte specificerats vad gäller typ av brott som ungdomarna begått, vilket omöjliggör säkrare beräkningar av kostnadsbesparingar för TFCO. Till sist har resultaten om placering på låst avdelning presenterats på olika sätt i studierna, vilket inte gjort det möjligt att redovisa i form av tydliga utfall (t.ex. skillnad i antal dagar på låst avdelning).

Av de åtta utvärderingarna har fem utförts av programkonstruktören eller dennes kollegor. Vår bedömning är dock att risken är låg för intressekonflikt, främst eftersom den svenska oberoende studien visat liknande resultat som i programkonstruktörens studier.

Det är svårt att veta om det finns utvärderingar som inte publicerats. Kontakter med experter i olika länder resulterade inte i några ytterligare studier, liksom inte heller kontakt med programkonstruktören eller sökning i databasen ClinicalTrials.gov. Rapporteringsbias är svårt att upptäcka eftersom ingen av studierna i vår litteraturöversikt har publicerat en forskningsplan för studien. Om en sådan publiceras i förväg kan man kontrollera om alla resultat har redovisats. Enligt våra kontakter med representanter för varje studie har alla resultat redovisats.

Ekonomi

SBU:s analyser är baserade på svenska uppgifter om kostnad per vårddygn och genomsnittlig vårdtid och är därmed relevanta för socialtjänstens beslutsfattare. En handsökt dansk rapport bedömdes ha medelhög överförbarhet till svenska förhållanden [90]. Bedömningen baserades på att omfattningen och typen av insatser som ungdomar med allvarliga beteendeproblem erbjuds generellt överensstämmer med svenska förhållanden.

Praxisundersökning

Resultaten baseras på svar från ett slumpvis urval av institutioner från IVO:s omsorgsregister och andelen som svarat är hög. Undersökningen är dock inte heltäckande. Det kan finnas ytterligare bedömnings- och behandlingsmetoder som används i Sverige men på andra institutioner än de som deltagit i praxisundersökningen. Praxisundersökningen ger ingen säker kunskap om för hur många ungdomar som metoderna används eller om de används som avsett.

Det har inte bedömts som meningsfullt att jämföra resultaten mellan HVB och särskilda ungdomshem eftersom det var relativt få särskilda ungdomshem i det slumpmässiga urvalet.

Några röster om TFCO respektive institutionsvård

Intervjuer med sex personer som varit placerade på TFCO och nio personer med erfarenhet av placering på institution ger exempel på erfarenhet av de två vårdformerna. Resultaten baseras på upplevelser som delvis ligger längre tillbaka i tiden. Representativiteten i upplevelserna är okänd.

Resultatens allmängiltighet för Sverige

I det här avsnittet diskuterar vi förutsättningar för att TFCO i Sverige ska ge positiva effekter i ordinarie socialt arbete. Den svenska utvärderingen visar att TFCO kan ge samma effekter som i ursprungslandet USA [83,84]. Följande tre förutsättningar är då viktiga: rätt målgrupp, hög metodtrohet och relevant jämförelsegrupp.

Målgrupp

En första förutsättning är att TFCO används för rätt målgrupp, det vill säga för ungdomar som har allvarliga beteendeproblem. Det är denna målgrupp som de åtta studierna vi inkluderade i vår rapport omfattar. En subgruppsanalys av ungdomar som placerats i TFCO i England visade att de som hade de allvarligaste beteendeproblemen var de som också gynnades mest av behandlingen [15]. Den svenska utvärderingen av TFCO talar för att utvärderingen inkluderat ungdomar med allvarliga beteendeproblem; i jämförelse med ungdomarna som behandlats med andra manualbaserade behandlingsprogram hade de lika stora eller större beteendeproblem [107].

Metodtrohet

En andra förutsättning för att uppnå den förväntade effekten av TFCO är att metoden används som avsett. TFCO är utformad för att öka den möjligheten. Det krävs en certifierande utbildning för att få lov att kalla behandlingen som genomförs för TFCO. Vidare re-certifieras TFCO-team med jämna mellanrum för att säkra att behandlingen sker enligt manualen. Om någon gör avsteg från sin roll behandlas det vid handledning. Detta tillvägagångsätt möjliggör att behandlingsfamiljer i Sverige arbetar på samma sätt som i andra länder och att samarbetet med ungdoms- och familjeterapeuter, skola, färdighetstränare, socialtjänst och eventuella andra aktörer sker på samma sätt. Ett TFCO-team kan därför utbyta erfarenheter med andra TFCO-team både nationellt och internationellt.

Jämförelsealternativen

Effekterna av en insats jämförs alltid med ett alternativ, till exempel en annan specifik metod. För ungdomar med allvarliga beteendeproblem är det vanliga placeringsalternativet institutionsvård [106]. Enligt experter från olika länder är det generellt sett små eller försumbara skillnader i institutionsvård mellan olika länder [86].

Institutionsplacering innehåller många gånger specifika behandlingsmetoder. I fem av de åtta studierna ges viss information om dessa metoder som i huvudsak kombinerar enskild terapi eller gruppterapi med beteendeinriktade insatser (t.ex. social färdighetsträning). Dessa insatser liknar till en del de som institutionerna använder i Sverige.

För- och nackdelar med TFCO

Vår rapport ger inget svar på vad i TFCO som bidragit till de identifierade effekterna. Det finns tre komponenter som skiljer TFCO från traditionell institutionsvård. Den första komponenten är att det normalt endast är en ungdom som placeras i behandlingsfamiljen. Detta minskar risken för att ungdomarna utsätts för ett negativt grupptryck som kan uppstå när många ungdomar med allvarliga beteendeproblem sammanförs. En andra komponent är det frekventa samarbetet mellan olika aktörer när TFCO genomförs. Arbetet hålls under löpande uppsikt och det finns möjlighet till stöd och rådgivning för familjerna dygnet runt via jourtelefon. Behandlingsfamiljen beskriver dagligen vad som sker, till exempel om ungdomen varit i skolan eller om det skett några frånsteg från den individuellt utformade behandlingsplanen. Eventuella frånsteg eller behov av omfattande stöd ska åtgärdas inom 24 timmar. En tredje komponent som utmärker TFCO är fokus på alla de sammanhang som ungdomen ska kunna röra sig i dagligen (t.ex. familj, skola, fritid och kamrater). Ungdomen får hjälp och stöd av en ungdomsterapeut och vid behov även en färdighetstränare. Dessa tre komponenter ligger i linje med resultaten i Kapitel 7.

En möjlig nackdel med TFCO är att det tar något längre tid innan ungdomen kan placeras. Normalt krävs tre till fyra veckors förberedelsetid. Anledningen är att det behövs tid för att planera den individuella behandlingen, att förbereda och samordna TFCO-teamet, att ordna plats på en ny skola och knyta kontakter med alla professionella (t.ex. lärare och skolkurator). Alla berörda ska veta vad som förväntas av dem när ungdomen väl placeras. Förberedelsetiden för en institutionsplacering var tidigare ungefär två veckor [84]. Den kan dock idag vara längre på grund av en överbeläggning på de särskilda ungdomshemmen. Den tid som behövs för en placering på ett specifikt HVB beror på tillgång på ledig plats och är svår att uppskatta.

En annan möjligt negativ aspekt med TFCO är att ungdomen saknar jämnåriga kamrater i behandlingsfamiljen vilket kan ge en känsla av att vara ensam och utlämnad. Tillgången till ungdomar i samma situation kan ge trygghet och vara bekräftande, men detta bör dock vägas mot fördelen av att inte utsättas för negativt kamrattryck.

Ekonomiska aspekter

Den ekonomiska analysen baseras på en litteraturöversikt och på en kostnadsanalys av TFCO jämfört med institutionsvård för ungdomar med allvarliga beteendeproblem.

I litteratursökningen identifierades en dansk rapport vars ekonomiska analys bedömdes vara av medelhög kvalitet. Effekter och kostnader har i rapporten hämtats från trovärdiga källor, såsom register och myndighetsrapporter. I rapporten presenterades ett positivt nettonuvärde på 900 000 kronor per ungdom för en ungdom som placerats i TFCO jämfört med institutionsvård sett över ett livstidsperspektiv. Analysen baserades på antagandet att 40 procent av ungdomarna i TFCO kommer att få större effekt än ungdomar i institutionsvård. Jämfört med metaanalysen Figur 4.4, Kapitel 4, är till exempel effekten 20 procent (NNT=5) för placering på låst avdelning och 12,5 procent (NNT=8) för kriminalitet. I modellanalysen går effekten av TFCO jämfört med institutionsvård åt samma håll som metaanalysen, men är skattad högre. Skattningarna som görs utgår även från ett livstidsperspektiv. Studierna som inkluderades i SBU:s analys har en uppföljning på 12–36 månader och presenterar enbart effekter på kort sikt. En mer konservativ skattning av effekten skulle minska nettovinsten av TFCO i modellanalysen.

I den danska rapporten är kostnaderna för TFCO högre än för institutionsvård, cirka 144 000 kronor. Detta överensstämmer med skillnaden mellan TFCO och HVB i SBU:s ekonomiska analys (se Tabell 5.1). Kostnaderna för institutionsvård i den danska rapporten har inte presenterats på ett tydligt sätt, vilket gör att bedömningen av överförbarheten av resultaten försvåras. Vissa andra kostnader, till exempel kriminalitet, är lägre skattade än svenska kostnader. Konsekvensen innebär att nettovinsten i Sverige blir högre än i den danska analysen.

Effekter och kostnader av TFCO är kopplade till det relevanta jämförelsealternativet institutionsvård. Institutionsvård innebär inte att en tydligt definierad vård ges, utan består av en mängd olika behandlingsmetoder, något som även belyses av praxisundersökningen (se Kapitel 6). Det innebär att kostnader och effekter av TFCO i denna rapport jämförts med den genomsnittliga institutionsvården. Det är också vanligt att öppenvård och social dygnsvård avlöser varandra över tid [29,108]. Bristen på kontinuitet försvårar ekonomiska utvärderingar av de olika behandlingsmetoderna. I vår kostnadsanalys antas att den genomsnittliga vårdtiden är 10 månader för både TFCO och institutionsvård. Det bör noteras att vårdtiderna kan variera beroende på hur effektiva insatserna är för en placerad ungdom, vilket påverkar totalkostnaden av behandlingsmetoden.

För att kunna göra en meningsfull utvärdering av kostnadseffektiviteten av TFCO som kan användas som underlag för beslutsfattare, behövs relevanta utfallsmått. Exempel på sådana är antal ungdomar som inte begått kriminella handlingar och antal undvikna dagar på låst avdelning. Enskilda studier i metaanalysen presenterar sådana utfall. På grund av att studierna redovisat resultaten på olika sätt (t.ex. i faktiskt antal dagar på låst avdelning respektive andel som placerats på låst avdelning) och att de har olika uppföljningstider, har metaanalysen presenterat effektivitet i form av standardiserad medelvärdesskillnad

(SMD). En nackdel med att använda SMD är att resultaten blir svårtolkade eftersom de uttrycks i form av ett statistiskt mått utan referens till ett verkligt utfall (t.ex. antal dagar på låst avdelning).

Vid ekonomiska analyser av behandlingsmetoder ämnade för ungdomar med allvarliga beteendeproblem är det viktigt att beakta kostnader och effekter på både kort och lång sikt. Att kostnader för kriminalitet, psykiatrisk slutenvård och missbruksvård kan vara omfattande visar en svensk utvärdering av en behandling på särskilda ungdomshem för ungdomar med allvarliga beteendeproblem [29]. Under en tvåårsperiod kostade ungdomarna samhället i genomsnitt 177 000 för kriminalitet (polisutredning, åklagare, domstol och kriminalvård) samt psykiatrisk slutenvård och missbruksvård. En annan utvärdering följde målgruppen under en femårsperiod och där var motsvarande kostnad per ungdom 408 000 [108]. Fortsätter ungdomen sin kriminella bana även upp i vuxen ålder kan samhällskostnaderna öka radikalt över längre tid. Kostnader för kriminalitet kan vara omfattande på lång sikt och faller både på brottsoffer och på samhället i stort [109]. Även kostnader för narkotikamissbruk uppstår hos en rad aktörer i samhället och är totalt sett mycket kostsamt [110,111,112].

Kostnader och effekter av TFCO uppkommer i olika sektorer i samhället samt vid olika tidpunkter, vilket kan påverka val av placeringsmetod. Då staten betalar cirka en tredjedel av kostnaderna för särskilda ungdomshem (SiS) kan det för kommunens beslutsfattare vara ett mindre kostsamt alternativ än TFCO. Kommuner kan även ha färre incitament att väga in kostnader för kriminalitet som belastar polis, domstolar, kriminalvård och försäkringsbolag, för psykisk ohälsa som till stor del faller på landstinget och för narkotikamissbruk som bara delvis belastar kommuner. En helhetssyn kring dessa frågor skulle sannolikt leda till att samhällets resurser kunde användas mer optimalt och öka incitamenten att satsa på evidensbaserade behandlingsmetoder.

Svensk praxis

Resultaten från praxisundersökningen visar på en mångfald av metoder som används för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Det är samma resultat som för SBU:s rapporter om familjehemsvård [6] respektive öppenvårdsinsatser vid föräldrars våld och försummelse [112]. Insatserna kan vara effektiva trots att de inte utvärderats men omfattningen av metoder väcker frågor om vilka ungdomar som erbjuds vilken metod, på vilka premisser som insatserna implementeras och utmönstras samt hur vårdgivarna säkrar att metoderna i varje fall inte är skadliga.

Behandlingsmetoder

Som framgått av de inkluderade utvärderingarna och av praxisstudien så kompletteras placering på institution ofta av olika behandlingsmetoder. Om dessa metoder har en positiv effekt är i de flesta fall okänt då de inte utvärderats inom

institutionsvården. Till saken hör att vissa institutioner använder metoder som personalen saknar utbildning för och där en minoritet får löpande handledning i metoderna. En möjlig konsekvens är att det ökar risken för att metoderna inte används som avsett. En studie på Aggression Replacement Training (ART) visar att de flesta som påbörjade en behandling på institution endast deltog i ett fåtal av de planerade lektionerna och att lektionerna gavs utan synbar systematik [113].

Institutionerna använde i genomsnitt fem behandlingsmetoder. Det behöver inte vara ett problem eftersom olika metoder kan komplettera varandra. Mängden av insatser och förhållningssätt kan dock skapa problem för enskilda ungdomar om metoderna är motsägelsefulla [114]. Det faktum att relativt många ungdomar även omplaceras från en institution till en annan leder till att de kan möta vitt skilda metoder och vårdideologier som kan verka förvirrande och försvåra rehabiliteringen [17]. Ett exempel är om en institution arbetat med kognitiv beteendeterapi och ungdomen omplaceras till en institution med psykodynamisk terapi. Ett annat exempel som kan orsaka förvirring är att institutioner kan ha olika förhållningssätt gentemot ursprungsfamiljerna och vilken roll familjerna ska ha i behandlingen. Det kan vara värt att notera att det endast är en minoritet av institutionerna som uppgav att de involverade familjerna i behandlingen. Familjebehandling uppfattas normalt sett som en viktig komponent i behandling av unga med allvarliga beteendeproblem [115,116].

Oberoende av antalet behandlingsmetoder finns det forskning som visar att metoderna endast används under en avgränsad tid på institutionen och inte genomsyrar det dagliga arbetet [113,117]. I en studie av särskilda ungdomshem hade ungdomarna mer än hälften av sin tid helt ostrukturerad utan tydlig vuxeninblandning [117]. Personalen var delvis ovetande om vikten av att finnas till hands för ungdomarna, exempelvis att avbryta samtal om kriminalitet, samt att fungera som förebilder i vardagen.

Bedömningsmetoder

Det är inte bara mängden behandlingsmetoder som väcker frågor om den vård och omsorg som målgruppen får. Ett sammankopplat problem är att få institutioner uppger sig använda bedömningsmetoder som fångar in risk-, behov- och mottaglighetsprinciperna (Erasor, ESTER, YLS/CMI och SAVRY). Det kan leda till att kriminogena behov inte uppmärksammas och blir föremål för behandling, alltså att ungdomarna får en vård som inte är anpassad efter deras behov [9]. Bristfälliga utredningar ökar också risken för omplaceringar. Inte heller tycks socialtjänsten i någon större utsträckning använda bedömningsmetoder som fångar in risk-, behov- och mottaglighetsprinciperna. I Socialstyrelsens inventering av bedömnings- och behandlingsmetoder från 2016 var det endast 8 procent som uppgav att de använde den typen av bedömningsmetoder [118].

Även om institutioner använder standardiserade bedömningsmetoder så innebär inte det att den informationen automatiskt påverkar behandlingen. Kaunitz fann att institutionsplacerade ungdomar fick samma behandling oavsett problembild [113].

Användning av TFCO i Sverige

Alla former av social dygnsvård behövs men för olika målgrupper. Exempelvis kan placering i familjehem passa bättre för ungdomar med känslomässiga problem, HVB kan passa ungdomar med mindre beteendeproblem och särskilda ungdomshem kan lämpa sig för ungdomar med allvarliga problem på [15,119].

Det är mycket få ungdomar som placeras i behandlingsfamiljer med TFCO. Det handlar årligen om 30–40 ungdomar, trots att TFCO funnits i Sverige sedan början av 2000-talet. Som jämförelse kan nämnas att år 2016 placerades uppskattningsvis 2 000 ungdomar som inte fyllt 18 år på institution på grund av beteendeproblem.

TFCO har uppmärksammats i Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2014:3) som föreslog att placeringsformen behandlingsfamilj skulle införas i socialtjänstlagen. För att fler ungdomar ska få TFCO krävs både att fler TFCO-team inrättas och att kommuner väljer att placera ungdomar i dem.

Flera TFCO-team

En förutsättning för att TFCO-team ska kunna bedriva sitt arbete är att det finns stöd, ledning och tilltro till programmet inom den organisation arbetet bedrivs [120]. Detta kan vara ett problem då personalbyte sker på alla nivåer i en organisation och när de som företrätt metoden försvinner och ersätts av annan personal är det inte givet att de har samma tilltro eller positiva inställning till att bedriva TFCO.

En annan svårighet är att rekrytera och behålla behandlingsfamiljer. Familjerna rekryteras oftast av TFCO-teamen men de ska utredas och godkännas av den socialtjänst som placerar ungdomen. Behandlingsfamiljerna får kontinuerlig utbildning och handledning i modellen. Inom ramen för modellen kan de endast ta emot en ungdom. När en socialnämnd beslutat att placera en ungdom i TFCO ska det således finnas en behandlingsfamilj som är utredd och redo att ta emot ungdomen. Även om behandlingsfamiljen tidigare är utredd av socialtjänsten och haft ungdomar placerade ska det göras en ny matchningsutredning innan nya ungdomar kan placeras. Ungdomars behov av vård och ”färdiga” behandlingsfamiljer går inte alltid i takt. Det kan också vara svårt att rekrytera behandlingsfamiljer under vissa perioder liksom att vårdbehovet av TFCO inte är jämt fördelat över tid. I praktiken betyder det att det kan finnas behandlingsfamiljer som i väntan på ny TFCO-placering tar andra placeringar för att inte sakna försörjning. Socialtjänstens arbetsbörda kan också påverka logistiken genom att de inte har möjlighet att utreda en behandlingsfamilj inom den tidsrymd som behövs för att ungdomen ska kunna placeras.

Det kan uppfattas som kostsamt att utbilda och behålla ett TFCO-team. För en verksamhet som verkar inom ramen för en årlig budget kan det vara svårt att avsätta de resurser som behövs eftersom det kan gå flera år innan verksamheten står ekonomiskt på egna ben. Över hälften av alla kommuner i Sverige har färre än 16 000 invånare med en begränsad målgrupp för TFCO (unga

med allvarliga beteendeproblem). Det gör det ekonomiskt orealistiskt för små kommuner att etablera egna TFCO-team. För att privata vårdgivare ska kunna tillhandahålla TFCO förutsätts en viss lönsamhet, det vill säga att kommuner placerar ungdomar regelbundet. Om TFCO ska komma till användning i större utsträckning kan det behövas ett någon form av samordning för att utbilda team, löpande stödja verksamheten och ansvara för att programmet genomförs i alla delar samt säkra programtrohet.

Val att placera ungdomar i TFCO

Det är den enskilda socialnämnden som beslutar om vårdform för ungdomar med beteendeproblem. Få svenska studier har undersökt hur socialtjänsten väljer behandlingsform och vårdinnehåll för olika målgrupper. Rent allmänt tycks det som att ekonomi, tillgänglighet, riktlinjer och lokala traditioner har betydelse för val av insats [121,122].

Det är få som använder relevanta standardiserade risk- och behovsbedömningsmetoder. Det innebär att innehållet i enskilda socialsekreterares utredningar kan variera och därmed också det underlag som vägleder en socialnämnds beslut. Utan kunskap om de riskfaktorer som riskerar att vidmakthålla en fortsatt kriminalitetsutveckling riskerar besluten om vårdbehov att bli sämre [123]. Det vore därför önskvärt med en svensk vägledning för hur bedömningar bör göras och med vilka bedömningsmetoder.

10 Kunskapsluckor

Rapporten visar att det finns ett måttligt starkt vetenskapligt stöd för att TFCO är effektivt vid jämförelse med institutionsbehandling när det gäller fortsatt kriminalitet och placering på låst avdelning. Det finns också ett begränsat vetenskapligt stöd för att TFCO minskar narkotikaanvändning, psykisk ohälsa samt flickors kriminella umgänge. Fler studier av TFCO är önskvärt med tanke på att det var relativt få ungdomar som ingick i den svenska utvärdering. Eftersom TFCO används i både Danmark och Norge finns möjlighet till gemensamma nordiska studier. Det saknas kunskap om TFCO också fungerar för andra målgrupper och åldrar, liksom om andra versioner av behandlingsfamiljer har samma effekt som TFCO.

De flesta av insatserna från litteraturöversikten beskriver effekter på ungdomarnas fortsatta kriminalitet. Ingen studie belyser de centrala utfallsmåtten fysisk hälsa, inklusive tandhälsa, utbildning samt yrkesanställning. Det saknas också studier av ungdomars upplevda delaktighet och autonomi, liksom studier av skadliga eller oönskade effekter.

Vidare saknas ekonomiska utvärderingar av god kvalitet av insatser inom socialtjänsten med utfallsmått som är relevanta för socialtjänstens beslutsfattare. Det saknas även studier som inkluderar de långsiktiga konsekvenserna av insatser på framtida samhällskostnader samt livskvalitet och välfärd under ungdomars fortsatt liv.

Det är få studier som följer upp insatsernas effekter längre än två år. Det är också få studier som undersöker betydelsen av samsjukliga tillstånd för effekten

av insats, liksom om ungdomarnas ålder och kön har betydelse för insatsers effekter.

Av de 33 insatser som används i Sverige har två ett starkt vetenskapligt stöd för ungdomar i institutionsvård: Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Community Reinforcement Approach (CRA). Övriga insatsers effekter behöver utvärderas för målgruppen. Det gäller speciellt de tre metoder som är vanligast förekommande: Motiverande samtal (MI), lågaffektivt bemötande och miljöterapi/medlevarskap.

En annan fråga är varför det förekommer 33 olika behandlingsmetoder inom institutionsvården, varav de allra flesta saknar vetenskapligt stöd. På vilka grunder har besluten fattats om att använda metoderna och av vem? En närliggande fråga är varför det bara är 30–40 ungdomar som årligen får TFCO, trots att metoden funnits i Sverige sedan början av 2000-talet och lyfts fram som en av få evidensbaserade metoder?

11 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

Projektgrupp

Sakkunniga

MARTIN BERGSTRÖM
docent, Socialhögskolan, Lunds universitet

CHRISTIAN MUNTHE
professor i praktisk filosofi, Institutionen för filosofi, lingvistik och vetenskapsteori, Göteborgs universitet

INGEGERD WIRTBERG
docent, Institutionen för psykologi, Lunds universitet

SBU

KNUT SUNDELL
projektledare

THERESE ÅSTRÖM
biträdande projektledare

KICKAN HÅKANSON
projektadministratör

JOHANNA WISS
hälsoekonom

ANN KRISTINE JONSSON
informationsspecialist

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:

CECILIA ANDRÉE LÖFHOLM
forskningsledare, Statens institutionsstyrelse (SiS), Stockholm

TERJE OGDEN
professor i psykologi, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo och forskningsdirektör vid Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge, Norge

BO VINNERLJUNG
professor emeritus i socialt arbete, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholm; seniorforskare, enheten för klinisk epidemiologi, Institutionen för medicin, Karolinska Institutet, 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 krav på saklighet och opartiskhet. I arbetet med att relevans- och kvalitetsgranska studier bedömde de sakkunniga experterna inte artiklar där de själva var medförfattare eller på annat sätt jäviga.

SBU:s vetenskapliga råd – Eira

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

KJELL ASPLUND
ordförande, professor emeritus i medicin, ordförande för Statens medicinsk-etiska råd

HENRIK ANDERSHED
professor i psykologi och kriminologi, Örebro universitet

KRISTINA BENGTSSON BOSTRÖM
Docent i allmänmedicin, Lunds Universitet, distriktsläkare

CHRISTINA BERGH
professor, överläkare, Obstetrik och gynekologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg, HTA-centrum i Västra Götalandsregionen

ANNA EHRENBERG
professor, omvårdnad, Högskolan Dalarna

INGEMAR ENGSTRÖM
professor, överläkare i barn- och ungdomspsykiatri, Örebro universitet, Sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd

NILS FELTELIUS
docent i reumatologi, senior vetenskaplig rådgivare, Läkemedelsverket

KATARINA STEEN CARLSSON
Docent i hälsoekonomi, Lunds universitet, forskningsledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund

STEN-ÅKE STENBERG
professor i sociologi, Institutet för social forskning, Stockholms universitet

SBU:s vetenskapliga råd – Brage

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

LARS HANSSON
ordförande, professor i psykiatrisk hälso- och sjukvårdsforskning, Chef för Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet

CHRISTEL BAHTSEVANI
legitimerad sjuksköterska, Dr. Med Vet Vicedekan, Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö Högskola

PER CARLSSON
professor emeritus, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsanalys, Linköpings universitet

BJÖRN-ERIK ERLANDSSON
professor, senior advisor, KTH, Skolan för kemi, bioteknologi och hälsa

ARNE GERDNER
professor i socialt arbete, Hälsohögskolan Jönköping

LENNART ISELIUS
docent, Karolinska Institutet

MUSSIE MSGHINA
docent, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset och Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet

LARS SANDMAN
professor i hälso- och sjukvårdsetik och föreståndare, Prioriteringscentrum, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

BRITT-MARIE STÅLNACKE
professor, överläkare, vid Neurohuvud-hals centrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för rehabiliteringsmedicin, Umeå universitet

SVANTE TWETMAN
Professor, Faculty of Health and Medical Sciences, Köpenhamns universitet, Danmark

SBU:s nämnd

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

KERSTIN NILSSON
ordförande, professor,
Örebro universitet

PETER ALLEBECK
huvudsekreterare, Forte

SUSANNA AXELSSON
generaldirektör, SBU

HEIKI ERKERS
förbundsordförande,
Akademikerförbundet SSR

EVA FRANZÉN
forsknings- och utvecklingschef,
Statens Institutionsstyrelse

VESNA JOVIC
verkställande direktör,
Sveriges Kommuner och Landsting

JAN-INGVAR JÖNSSON
huvudsekreterare för ämnesrådet
för medicin, Vetenskapsrådet

LARS-TORSTEN LARSSON
avdelningschef, Socialstyrelsen

LARS OHLY
tidigare ordförande,
Funktionsrätt Sverige

LARS OSCARSSON
professor, Ersta Sköndal högskola

JENNY REHNMAN
avdelningschef, Socialstyrelsen

SINEVA RIBEIRO
förbundsordförande, Vårdförbundet

HEIDI STENSMYREN
ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN
landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

MAGNUS WALLINDER
förvaltningschef, Ljungby kommun

12 Ordförklaringar och förkortningar

Bedömningsmetod En standardiserad bedömningsmetod som bedömer en situation, en funktion eller ett behov med hjälp av ett vetenskapligt prövat bedömningsinstrument (t.ex. en checklista eller ett index) och en manual som beskriver hur instrumentet ska användas

Behandlingsfamilj Behandlingsfamilj är en alternativ familjehemsplacering för ungdomar med allvarliga beteendeproblem som till exempel allvarlig och upprepad kriminalitet. Den utgör en slags mellanform mellan familjehem och institution och utmärks av att utföraren har ett tydligt och kvalificerat behandlingsuppdrag i förhållande till den som är placerad i ett familjehem. Placering i en behandlingsfamilj är tidsbegränsad och normalt är det endast ett barn placerat

Behandlingsmetod Insats, intervention

Bias Systematiska fel i en undersökning som innebär att undersökningens resultat blir otillförlitligt

Cohen's d Standardiserad medelvärdesskillnad

Effektstorlek Statistisk term som beskriver storleken och riktningen på effekten av en viss insats. Exempel på effektstorlekar är Cohen's d, oddskvot, riskkvot och number needed to treat

Evidens Något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av latinets evidentia – tydlighet). I termen evidensbaserad praktik 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

Evidensstyrka Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer (påverkansfaktorer), det vill säga studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, till exempel dos–responssamband

Exklusionskriterier	Omständigheter som förhindrar en person att delta i en undersökning, eller att en viss studie inte tas med i en systematisk granskning. Dessa kriterier ska vara angivna i undersökningens protokoll. Exempel: om endast tonåringar ska studeras exkluderas barn under 13 år. Termen används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då omständigheter som gör att resultaten från en viss studie inte kan tas med
Externaliserat symtom	Symtom på psykisk ohälsa som är av typ "utagerande", till exempel störande eller våldsamt beteende, trotsig eller verbalt hotfull
Familjehem	Tidigare kallat fosterhem. Familj som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn och ungdomar för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt
Försörjningsstöd	Tidigare kallat socialbidrag. Försörjningsstödet består av dels riksnormen, dels skäliga kostnader utanför riksnormen. I riksnormen ligger kostnader som är någorlunda lika för alla. Till exempel ingår kostnader för mat, kläder och hygien. Kostnader för boende och en del andra behov där variationen kan vara stor, ligger utanför riksnormen. Eftersom dessa kan variera beroende till exempel på var och hur man bor kan vad som är skäligt inte bestämmas på nationell nivå
HVB	Hem för vård eller boende. Institution för heldygnsvistelse som inkluderar vård eller behandling. Verksamheten bedrivs yrkesmässigt
Implementera	Införa, igångsätta
Inklusionskriterium	Betingelser som ska uppfyllas för att en person ska kunna tillfrågas att delta i en undersökning. Kriterierna kan gälla viss problematik, åldersgrupp med mera. Att informerat samtycke getts är ett obligatoriskt inklusionskriterium. Deltagande i undersökningen kräver dessutom att inget av exklusionskriterierna finns. Termen inklusionskriterium används även vid metaanalys och systematisk översikt och avser då vilka villkor som en publicerad undersökning ska uppfylla för att dess data ska accepteras i analysen
Insats	Medveten åtgärd för att åstadkomma en förändring och som syftar till att uppnå ett visst mål (t.ex. förebygga psykiska eller sociala problem) för en definierad population. Insatser sammanfattas i form av en skriftlig eller muntlig överförbar kunskap och görs tillgängliga genom utbildning, undervisning, handledning eller självstudier
Institutionsvård	Institutionsvård bedrivs på institution med professionella behandlare. Vården bedrivs i grupp. Teoretisk grund och metodik för behandling varierar. Graden av frihet för den placerade varierar från att det på särskilda ungdomshem finns låsta avdelningar till att den placerade ungdomen har stor rörelsefrihet i HVB
Intervention	Insats
Jämförelsegrupp	Kontrollgrupp
Klinisk	Benämning på allt löpande arbete och all forskning som ska diagnostisera, förebygga och behandla problem eller ohälsa och som utförs i kontakt med de personer det gäller
Konfidensintervall (KI)	Sifferintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet för till exempel ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procents sannolikhet
Kontrollerad studie	Experimentell studie där insatsgrupp och jämförelsegrupp följs över tid. En kontrollerad studie kan vara randomiserad eller icke-randomiserad
Kontrollgrupp	Den deltagargrupp i en klinisk prövning som endera får overksam insats (ofta placebo), en annan insats, standardbehandling eller får vänta på att få insatsen till ett senare tillfälle
Kostnads-effektivitetsanalys	Cost-effectiveness analysis, hälsoekonomisk analys som beräknar kostnaden per uppnådd effekt för en viss åtgärd, till exempel kostnad per vunnet levnadsår. Möjliggör jämförelser mellan åtgärder

Kostnads-intäktsanalys	Cost-benefit analysis, skiljer sig från kostnadseffektivitetsanalyser genom att hälsoeffekterna värderas i pengar (betalningsvilja) och alltså räknas som en "intäkt" som ställs i relation till kostnaden. Detta möjliggör en bedömning av åtgärdens samhällsekonomiska lönsamhet
Kvalitetsjusterade levnadsår	Quality-adjusted life years, QALY, ett mått på sjuklighet i en befolkning eller en grupp som anger den återstående livslängden i friska år. Olika sjukdomar eller skador ges olika vikter beroende på svårighetsgrad (1=full hälsa, 0=död). Utifrån sjukdomens eller skadans förekomst (prevalens) summeras de viktade levnadsåren för att beräkna antalet återstående friska år. QALYs används oftast som ett mått på effekten av medicinska åtgärder i hälsoekonomiska analyser
Livskvalitet	Hur en person värderar sitt liv. Livskvalitet är en av de effekter som bedöms i många kliniska studier och används ofta som effektmått i hälsoekonomiska analyser i form av QALYs
Matchning	Åtgärder för att åstadkomma maximal jämförbarhet i kontrollerade undersökningar där randomisering inte använts. För varje fall utses en eller flera matchade kontroller som liknar fallen i avseenden som antas vara viktiga för utfallet
Medelvärde	Genomsnitt, summan av samtliga observationstal dividerad med antalet observationer
Metaanalys	Statistisk sammanvägning av resultat från flera studier. En metod att göra en samlad bedömning av ett antal jämförande undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Metaanalysen redovisar samtliga delresultat i form av ett resultatmått (t.ex. SMD) med tillhörande konfidensintervall. De summerade resultatmåtten ger en uppfattning om huruvida publikationerna visat att en insats är bättre än en annan
Multidimensional Treatment Foster Care	Numer benämnt Treatment Foster Care Oregon
Number needed to treat	Det genomsnittliga antalet personer som behöver behandlas under viss angiven tid för att en person sannolikt ska dra nytta av behandlingen (NNT)
Population	Grupp personer som har något gemensamt, till exempel alla barn i Sverige som är placerade i ett familjehem. En utvärdering utförs i regel på ett urval ur en population, till exempel de barn i familjehem som har fyllt 15 år, inte bor alltför långt bort, accepterar att delta i undersökningen och uppfyller dennas inklusions- och exklusionskriterier. En sådan urvalsgrupp kan också kallas en (studie)population
Precision	Noggrannhet
Publikationsbias	Snedvridning av publicerade resultat av studier orsakad av att forskare, ibland också tidskriftsredaktörer, föredrar att publicera undersökningar som gett positiva resultat, till exempel visat att en insats har effekt. Studier som inte visat någon effekt blir till stor del okända, och bilden av insatsens värde blir omotiverat gynnsam
Punktestimat	Ett visst statistiskt resultatvärde, till exempel ett medelvärde eller en relativ risk. Hur "säkert" punktestimatet är framgår av dess standardavvikelse eller dess konfidensintervall
Randomisering	Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomisering ger det bästa skyddet mot selektionsbias
Randomiserad kontrollerad studie	Experimentell studie med slumpvis fördelning av individer mellan försöks- och kontrollgrupper och aktiv behandling. Genom randomiseringen minskar risken att studiegrupperna skiljer sig åt före studiens start. Randomiseringen fördelar okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna
Rapporteringsbias	Uppstår när forskare i sin rapportering utelämnar utfallsmått som inte påverkats av insatsen alternativt lägger till utfallsmått (där positiva effekter påvisats) som inte var tänkta att inkluderas från början. En liknande snedvridning kan ske på studienivå
Signifikant	Statistiskt mått på om en observation beror på slump eller inte

Standardavvikelse (SD)	Ett spridningsmått för en sannolikhetsfördelning; hur utspridd fördelningen är kring ett medelvärde. En liten standardavvikelse innebär att de flesta mätvärden ligger nära medelvärdet
Standardbehandling	Traditionell insats, den insats som vanligtvis ges till en viss målgrupp
Statistiskt säkerställd	Förhållande som enligt vedertagen statistisk praxis är med minst 95 procents säkerhet beroende av annat än slumpen
Systematiskt fel	Bias
Systematisk översikt	En systematisk översikt är en strukturerad metod som används för att identifiera, välja ut, bedöma och sammanfatta forskning avseende en tydlig och avgränsad fråga. Ambitionen är att så systematiskt och transparent som möjligt väga samman forskningsresultat från alla kända och relevanta primärstudier som håller acceptabel vetenskaplig kvalitet. De uttömmande anspråken medför att den systematiska översikten är ett levande dokument som ska revideras regelbundet. Arbetet genomförs i enlighet med ett protokoll där samtliga arbetsmoment har specificerats i förväg
Särskilt ungdomshem	Även kallat paragraf 12-hem. Ett tillfälligt boende för ungdomar med psykisk ohälsa, missbruk och kriminalitet, som behöver stå under särskild uppsikt. Verksamheten bedrivs av Statens institutionsstyrelse, SiS. Beslut om placering på ett särskilt ungdomshem tas av kommunens socialnämnd enligt 12 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Sedan 1999 tar särskilda ungdomshem även emot ungdomar i åldern 15 till 17 år som dömts till sluten ungdomsvård
Treatment Foster Care	Behandlingsfamilj
Treatment Foster Care Oregon	Initialt benämnt Specialized Foster Care och därefter Multidimensional Treatment Foster Care. En form av behandlingsfamilj som innebär en kombination av traditionellt familjehem (omsorg i hemmiljö) och institutionsvård (systematisk och strukturerad behandling utanför hemmet)
Utfallsmått	Aspekter av en persons kliniska och funktionella status som mäts inom ramen för en effektutvärdering och som fungerar som kriterium för att värdera insatsens effekter, till exempel hur stor andel som inom viss tid återfallit i brottslighet

13 Referenser

1. Vinnerljung B, Hjern A, Ringbeck Weitoft G, Franzén E, Estrada F. Children and young people at risk. Int J Soc Welf 2007;16:163-202.

2. Lundström T, Vinnerljung B. Omhändertaganden av barn under 1990-talet. Väldfärdstjänster i omvandling: antologi från Kommittén Välfärdsbokslut, SoU 2001:289-336.

3. Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga – delbetänkande SoU 2014:3.

4. SBU. Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU-rapport nr 252. ISBN 978-91-85413-00-0.

5. SBU. Placering i släktinghem respektive vanliga familjehem – Vad gynnar barnen? SBU Kommenterar www.sbu.se/2016_07.

6. SBU. Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 265. ISBN 978-91-88437-07-5.

7. Mattsson T. Rätten till familj inom barn- och ungdomsvården. Liber 2010, upplaga 1. ISBN 978-91-47-09501-8.

8. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016. Socialstyrelsen 2017. Artikelnummer 2017-9-2. http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-9-2.

9. Koehler J, 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.

10. Åström T. Att bedöma behov: utredningar av ungdomar som begått kriminella handlingar. Doctoral Thesis, Karolinska Institutet, Dept of Neuroscience, 2017.

11. Johansson J, Andersson B, Hwang P. What difference do different settings in residential care make for young people? A comparison of family-style homes and institutions in Sweden. Int J Soc Welf 2007;17 26-36.

12. Sallnäs M. Barnavårdens institutioner framväxt, ideologi och struktur. Stockholm: Institutionen för socialt arbete – Socialhögskolan, Stockholms universitet, 2000.

13. Sallnäs M. Som en familj? Om små privata institutioner för barn och ungdomar. Socionomen 2003;15:2-16.

14. En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning? En granskning av vård- och omsorgspersonalens utbildning och metoder i HVB för barn och unga. Inspektionen för vård och omsorg (IVO), november 2013, sid 2 (23). Artikelnr IVO2013-5.

15. Leloux-Opmeer H, Kuiper C, Swaab H, Scholte E. Characteristics of children in foster care, family-style group care, and residential care: A scoping review. J Child Fam Stud 2016;25:2357-71.

16. SiS i korthet 2016. En samling statistiska uppgifter om SiS. Statens institutionsstyrelse SiS. https://www.stat-inst.se/globalassets/arlig-statistik/sis-i-korthet-2016.pdf

17. Vinnerljung B, Sallnäs M, Kyhle Westermark P. Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution. Stockholm: Socialstyrelsen/CUS 2001.

18. Levin C. Uppfostringsanstalten: om tvång i föräldrars ställe. Avhandling 1998, Lund: Arkiv. ISBN 91-7924-118-2;300:00.

19. Norburg U. Fängelse, skola, uppfostringsanstalt eller skyddshem? Åkerbrukskolonien Hall för pojkar år 1876–1940. Linköping Studies in Arts and Science No. 653, Linköpings Universitet, Institutionen för Tema, Linköping, 2015. Upplaga 1:1. ISBN 978-91-7685-980-3.

20. Chamberlain P, Moore K. Models of community treatment for serious juvenile offenders. In: Crane J, editor. Social programs that work. New York: Russel Sage Foundation; 1998. p. 258-76.

21. Vinnerljung B, Sallnäs M, Oscarsson L. Dygnsvård för barn och ungdom 1983–1995 – förändringar i vårdlandskapet sedan socialtjänstlagens tillkomst. Socionomens forskningssupplement nr 11 (Socionomen 8/1999), 1-20.

22. Sallnäs M, Vinnerljung B. Instabilitet i familjehemsvården – en regional studie om sammanbrott bland yngre barn och bland barn i långvarig familjehemsvård. Oplanerade avbrott i familjehemsplaceringar av yngre barn och långvarigt placerade barn. Stockholm, Socialstyrelsen 2012:24-68.

23. Vinnerljung B, Öman M, Gunnarsson T. Educational attainments of former child welfaire clients – a swedish national cohort study. Int J Soc Welf 2005;14: 265-76.

24. Richardson R, Trepel D, Perry A, Ali S, Duffy S, Gabe R, et al. Screening for psychological and mental health difficulties in young people who offend: a systematic review and decision model. Health Technol Assess 2015;19:1-128.

25. Sallnäs M, Vinnerljung B, Kyhle Westermark P. Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. Child Fam Soc Work 2004;9:141-52.

26. Strijbosch E, Huijs JAM, Stams GJJM, Wissink IB, van der Helm GHP, de Swart JJW, van der Veen Z. The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence: A multi-level meta-analysis. Child Youth Serv Rev 2015;58:208-18.

27. De Swart JJW, Van den Broek H, Stams GJJM, Asscher JJ, Van der Laan PH, Holsbrink-Engels GA, Van der Helm GHP. The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. Child Youth Serv Rev 2012;34:1818-24.

28. Dodge K, Dishion TJ, Landsford JE. Deviant Peer Influences in Programs for Youth (Problems and Solutions). The Guilford Press: New York 2006. ISBN-10: 1-59385-279-7.

29. MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem. Resultat efter två år. Socialstyrelsen. Publiceringsår 2017. Artikelnummer 2017-1-12.

30. Unga och brott i Sverige. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg, 2013. Socialstyrelsen, artikelnummer 2013-5-37.

31. McMillen JC, Narendorf SC, Robinson D, Havlicek J, Fedoravicius N, Bertram J, McNelly D. Development and piloting of a treatment foster care program for older youth with psychiatric

problems. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2015;9:23.

32. Reddy LA, Pfeiffer SI. Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: a review of outcome studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:581-8.

33. Boyd L. Therapeutic Foster Care: Exceptional care for complex, trauma-impacted youth in foster care. State Policy Advocacy and Reform Center, 2013.

34. Curtis P, Alexander G, Lunghofer LA. A literature review comparing the outcomes of residential group care and therapeutic foster care. Child Adolesc Social Work J 2001;18:377-92.

35. Perspectives on residential and community-based treatment for youth and families. Magellan Health Services. Children´s Services Task Force, 2008.

36. Dorsey S, Farmer EMZ, Barth RP, Greene KM, Reid J, Landsverk J. Current status and evidence base of training for foster and treatment foster parents. Child Youth Serv Rev 2008;30:1403-16.

37. Snodgrass R. Treatment foster care: a proposed definition. Int J Family Care 1989;1:79-82.

38. Hawkins R. The nature and and potential of therapeutic foster care programs. In. R.P. Hawkins and J. Breiling (Eds.), 1990. Therapeutic foster care: Critical issues (pp. 5-36). Washington DC: Child Welfare League of America.

39. Hahn RA, Bilukha O, Lowy J, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, et al. The effectiveness of therapeutic foster care for the prevention of violence: a systematic review. Am J Prev Med 2005;28:72-90.

40. Dishion T, Forgatch M, Chamberlain P, Pelham WE, 3rd. The Oregon model of behavior family therapy: From intervention design to promoting large-scale system change. Behav Ther 2016;47:812-37.

41. Leve LD, Chamberlain P, Kim HK. Risks, outcomes, and evidence-based interventions for girls in the US juvenile justice system. Clin Child Fam Psychol Rev 2015;18:252-79.

42. Osei G, Gorey K, Hernandez Jozefowicz D. Delinquency and crime prevention: Overview of research comparing treatment foster care and group care. Child Youth Care Forum 2016;45: 33-46.

43. Turner W, Macdonald G. Treatment foster care for improving outcomes in children and young people: A systematic review. Res Soc Work Pract 2011;21: 501-27.

44. Lee B, Bright C, Svoboda D, Fakunmoju S, Barth R. Outcomes of Group Care for Youth: A Review of Comparative Studies. Res Soc Work Pract 2011;21:177-89.

45. Höjman L, Dovik N. MTFC Ett evidensbaserat manualstyrt behandlingsprogram. Statens institutionsstyrelse SiS, 2008. Rapport 2/08. ISSN 1403-1558.

46. Kyhle Westermark P. MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem. Socialhögskolan, Lunds universitet 2009.

47. Chamberlain P, Mihalic SF. Blueprints for violence prevention, multidimensional treatment foster care 1998. Center for the Study and Prevention of Violence, Boulder, USA.

48. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården. En handbok, 2 uppl. Stockholm 2014. http://www.sbu.se/metodbok.

49. Borenstein M, Hedges LV, Higgins J, Rothstein HR. References, in introduction to meta-analysis, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK 2009. doi: 10.1002/9780470743386.refs.

50. Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. A co-publication between The Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd 2008. ISBN 978-0-470-69951-5.

51. Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D. Cost-effectiveness analysis based on the number-needed-to-treat: common sense or non-sense? Health Econ 2004; 13:9-19.

52. da Costa BR, Rutjes AW, Johnston BC, Reichenbach S, Nuesch E, Tonia T, et al. Methods to convert continuous outcomes into odds ratios of treatment response and numbers needed to treat: meta-epidemiological study. Int J Epidemiol 2012;41:1445-59.

53. Interpreting Cohen's d effect size an interactive visualization. http://rpsychologist.com/d3/cohend/, http://www.psychometrica.de/effect_size.html

54. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008;336:924-6.

55. Eslava S, Safdarzadeh Haghighi M. Sex ungdomars upplevelser av MTFC-Programmet (Multidimensional Treatment Foster Care). Psykologexamensuppsats 2008. Lunds universitet: Institutionen för psykologi.

56. Interest Group on Patient and Citizen Involvement in HTA (PCIG). http://www.htai.org/interest-groups/patient-and-citizen-involvement/pcig-home.html

57. Torbenfeldt Bengtsson T. Boredom and Action – Experiences from Youth. Confinement Journal of Contemporary Ethnography 2012;41:526-53.

58. Borgström K, von Greiff K. Ungdomars erfarenhet av institutionsplacering. Rapport nr 20/2012 – FoU Nordost i Stockholms län.

59. Chamberlain P. Comparative evaluation of specialized foster care for seriously delinquent youths: A first step. Community Alternatives: Int J Fam Care 1990;2:21-36.

60. Chamberlain P, Reid JB. Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. J Consult Clin Psychol 1998;66:624-33.

61. Elliott D, Ageton SS, Huizinga D, Knowles BA, Canter R. The incidence and prevalence of delinquent behavior: 1976–1980. National estimates of delinquent behavior by sex, race, social class and other selected variables. Behavior Research Institute, Boulder, CA, USA 1983.

62. Eddy JM, Whaley RB, Chamberlain P. The Prevention of violent behavior by chronic and serious male juvenile offenders: A 2-year follow-up of a randomized clinical trial. J Emot Behav Disord 2004;12:2-8.

63. Smith DK, Chamberlain P, Eddy JM. Preliminary support for multidimensional treatment foster care in reducing substance use in delinquent boys. J Child Adolesc Subst Abuse 2010;19:343-58.

64. Leve L, Chamberlain P, Reid J. Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: effects on delinquency. J Consult Clin Psychol 2005;73:1181-5.

65. Chamberlain P, Leve L, Degarmo D. Multidimensional treatment foster care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol 2007;75:187-93.

66. Elliott D, Huizinga D, Ageton SS. Explaining delinquency and drug use. Sage Publications Inc; 1 edition; 1985. ISBN-10: 0803924046.

67. Leve L, Chamberlain P. A randomized evaluation of multidimensional treatment foster care: Effects on school attendance and homework completion in juvenile justice girls. Res Soc Work Pract 2007;17:657-63.

68. Leve LD, Chamberlain P. Association with delinquent peers: Intervention effects for youth in the juvenile justice system. J Abnorm Child Psychol 2005; 33:339.

69. Capaldi DM, Dishion TJ. Describing Friends Questionnaire. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center; 1985. Unpublished questionnaire.

70. Van Ryzin MJ, Leve LD. Affiliation with delinquent peers as a mediator of the effects of multidimensional treatment foster care for delinquent girls. J Consult Clin Psychol 2012;80:588-96.

71. Rhoades KA, Leve LD, Harold GT, Kim HK, Chamberlain P. Drug use trajectories after a randomized controlled trial of MTFC: Associations with partner drug use. J Res Adolesc 2014;24:40-54.

72. Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas 1977;1:385-401.

73. Derogatis L, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. Psychol Med 1983;13:595-605.

74. Posner KB, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, Mann et al. Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), Lifetime recent – clinical. Retrieved from The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. www.cssrs.columbia.edu, 2008.

75. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry 2011;168:1266-77.

76. Kerr D, DeGarmo D, Leve L, Chamberlain P. Juvenile justice girls' depressive symptoms and suicidal ideation 9 years after multidimensional treatment foster care. J Consult Clin Psychol 2014;82:684-93.

77. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:28-38.

78. Poulton R, Ryzin M, Harold G, Chamberlain P, Fowler D, Cannon M, et al. Effects of multidimensional treatment foster care on psychotic symptoms in girls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014;53:1279-87.

79. Utgår

80. Leve LD, Kerr DCR, Harold GT. Young adult outcomes associated with teen pregnancy among high-risk girls in an RCT of Multidimensional Treatment Foster Care. J Child Adolesc Subst Abuse 2013;22:421-34.

81. Biehal N, Ellison S, Sinclair I. Intensive fostering: An independent evaluation of MTFC in an English setting. Child Youth Serv Rev 2011;33:2043-49.

82. Green JM, Biehal N, Roberts C, Dixon J, Kay C, Parry E, et al. Multidimensional treatment foster care for adolescents in English care: Randomised trial and observational cohort evaluation. Br J Psychiatry 2014;204:204-14.

83. Hansson K, Olsson M. Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. Child Youth Serv Rev 2012;34:1929-1936.

84. Bergström M, Höjman L. Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. European Journal of Social Work 2015;19:219-35.

85. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families. 2001.

86. Whittaker J, Holmes L, del Valle JF, Ainsworth F, Andreassen et al. A therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. Resid Treat Child Youth 2016;33:89-106.

87. Drogutvecklingen i Sverige. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), 2017.

88. Leve L, Van Ryzin MJ, Chamberlain P. Sexual risk behavior and STI contraction among young women with prior juvenile justice involvement. J HIV AIDS Soc Serv 2015;14:171-87.

89. Holmes L, Ward H, McDermid S. Calculating and comparing the costs of multidimensional treatment foster care in English local authorities. Child Youth Serv Rev 2012;34:2141-6.

90. Rambøll. Afrapportering – Analyse af de økonomiske konsevenser på området for udsatte børn og unge, 2012. www.ramboll-management.dk

91. Washinton State Institute for Public Policy, WSIPP, http://www.wsipp.wa.gov/Multidimensional Treatment Foster Care. Juvenile Justice. Benefit-cost estimates updated May 2017. Literature review updated July 2017.

92. Macdonald GM, Turner W. Treatment foster care for improving outcomes in children and young people. Cochrane Database Syst Rev 2008;23:CD005649.

93. Westermark P, Hansson K, Vinnerljung B. Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) reduce placement

breakdown in Foster Care? Int J Child and Fam Welf 2008;4:155-171.

94. Westermark P, Hansson K, Olsson M. Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication. J Fam Ther 2011;33:20-41.

95. Läkemedelsförmånsnämndens allmänna råd. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) 2003.

96. Statens institutionsstyrelse (SiS). Årsredovisning 2016. https://www.statinst.se/globalassets/arsredovisningar/sis-arsredovisning-2016.pdf

97. Alfonsson S, Parling T, Spännargård Å, Andersson G, Lundgren T. The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy: a systematic review. Cogn Behav Ther 2017;20:1-23.

98. UNICEF. Barnkonventionen, 1989. FN:s konvention om barnets rättigheter. https://unicef.se/barnkonventionen

99. Munthe C, Hartvigsson T. Etiska aspekter på att lyssna på barn i familjehem – mål, komplikationer och konflikter. Socialstyrelsen 2015. ISBN 978-91-7555-265-1. Artikelnummer 2015-1-15.

100. Molin R, Palmer S. Consent and participation: ethical issues in the treatment of children in out-of-home care. Am J Orthopsychiatry 2005;75:152-7.

101. Sallnäs M, Wiklund S, Lagerlöf H. Samhällsvårdade barn, gate-keeping och forskning. Socialvetenskaplig tidskrift 2010;17:nr 2:152-69.

102. Gassne J. Evidensbaserad praktik på svenska socialhögskolor. Socialstyrelsen 2010. ISBN 978-91-86585-07-5.

103. Tengvald K. Förutsättningar för kunskapsstyrning av socialtjänsten. Socialstyrelsen 2015. ISBN 978-91-7555-277-4.

104. Armelius BA, Andreassen TH. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD005650.

105. Dozier M, Kaufman J, Kobak R, O'Connor TG, Sagi-Schwartz A, Scott S, et al. Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. Am J Orthopsychiatry 2014;84: 219-25.

106. Barn och samhällsvård. Vad vet vi om institutions- och familjehemsvården? UNICEF 2016. https://unicef.se/rapporter-och-publikationer/barn-och-samhallsvard

107. Gustle LH, Hansson K, Sundell K, Lundh LG, Lofholm CA. Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Nord J Psychiatry 2007;61:443-51.

108. Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Socialstyrelsen 2014. Artikelnummer 2014-11-20. ISBN 978-91-7555-242-2.

109. Kostnader för brott. En litteraturöversikt över metoder, resultat och utmaningar i forskningen om kostnader för brott. Brottsförebyggande rådet (BRÅ) 2017. ISSN 1100-6676.

110. Kostnader för alkohol och narkotika. Beräkning av samhällets direkta kostnader 2003. Socialstyrelsen, publiceringsår 2010. Artikelnummer 2010-3-15.

111. Bättre insatser vid missbruk och beroende. ID-nummer: SOU 2011:35. Regeringen. http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2011/04/sou-201135/

112. SBU. Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. Stockholm : Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU Utvärderar nr 280. Available from: http://www.sbu.se/280

113. Kaunitz C. Aggression Replacement Training (ART) i Sverige. Lic uppsats 2017. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. ISBN 978-91-7649-833-0.

114. Andreasson T. Institutionsbehandling av ungdomar: vad säger forskningen?

Gothia Fortbildning 2003. ISBN 9789172053762.

115. Lambert M. Bergin and Garfield´s Handbok of Psychotherapy and Behaviour Change 6th Edition, 2013. John Wiley & Sons. ISBN: 978-1-118-03820-8.

116. Fonagy P, Phillips J, Bevington D, Glaser G, Allison E. What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. The Guilford Press 2015. ISBN 978-1-4625-1618-6.

117. Ahonen L, Degner J. Negative peer cultures in juvenile institutional settings: Staff as couch coaches or couch slouches. J Offender Rehabil 2012;51:316-30.

118. Evidensbaserad praktik i socialtjänsten 2007, 2010, 2013 och 2016. Kommunala enhetschefer om evidensbaserad praktik och användning av evidensbaserade metoder inom socialtjänstens verksamhetsområden. Socialstyrelsen 2017. Artikelnummer 2017-9-9.

119. Leloux-Opmeer H, Kuiper CHZ, Swaab HT, Scholte EM. Children referred to foster care, family-style group care, and residential care: (How) do they differ? Child Youth Serv Rev 2017;77:1-9.

120. Mihalic S. The importance of implementing fidelity. Emot Behav Disord Youth 2004;4:81-109.

121. Östberg F. Bedömningar och beslut: Från anmälan till insats i den sociala barnavården. Akademisk avhandling. Stockholms universitet, Socialhögskolan, 2010. ISBN: 9789171559760.

122. Wallander L, Blomqvist J. Who "needs" compulsory care? A factorial survey of Swedish social workers' assessments of clients in relation to the Care of Abusers (Special Provisions) Act. Nordisk Alkohol Nark 2005;22:63-85.

123. Åström T, Hellner Gumpert C, Andershed A-K, Forster M The SAVRY improves prediction of reoffending: A naturalistic longitudinal comparative study. Res Soc Work Pract 2015;27:1-15.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: @SBU_se • telefon: 08-412 32 00

RAPPORTNUMMER 279 • PUBLICERAD 2018 • ISBN 978-91-88437-21-1

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 279/2018

Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem

Treatment Foster Care Oregon

En systematisk översikt och utvärdering
inklusive ekonomiska och etiska aspekter

STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

Rapportserie Denna rapport hör till serien SBU Utvärderar. En allsidig vetenskaplig utvärdering som innefattar systematisk översikt, ekonomiska/hälsoekonomiska analyser samt genomgång av sociala och etiska aspekter. Ämnessakkunniga deltar i arbetet med stöd av medarbetare på SBU, patienter/brukare. Rapporten granskas av oberoende experter. Graden av vetenskaplig tillförlitlighet i de sammanvägda resultaten bedöms på ett systematiskt sätt och rapportens slutsatser godkänns av SBU:s nämnd.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

- ✓ Utvärdering av etablerad metod
- ✓ Systematisk litteratursökning
- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
- ✓ Sammanvägning av resultat
- ✓ Evidensgradering gjord av SBU
- Evidensgradering gjord externt
- Baseras på en systematisk litteraturöversikt
- Konsensusprocess
- ✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
- ✓ Patienter/brukare medverkat
- ✓ Etiska aspekter
- ✓ Ekonomiska aspekter
- ✓ Sociala aspekter
- ✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
- ✓ Godkänd av SBU:s nämnd

Nyckelord Behandlingsfamilj, Behandlingsfamiljer, Beteendeproblem, Familjehem, Familjehemsplacerade barn, Familjehemsvård, Fosterbarn, MTFC, TFC, Tonåringar, Ungdomar, Ungdomsvård, Placerade barn, Adolecents, Foster care, Foster home care, Specialised foster care, Specialized foster care, Teenagers, Treatment foster care, Youth

Utgiven April 2018

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 279) kan beställas från Strömberg distribution.
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: sbu@strd.se

Produktion Grafisk produktion av Åsa Isaksson, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU2017/577

Citera denna rapport SBU. Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2018. SBU-rapport nr 279. ISBN 978-91-88437-21-1.