

***Forebyggende behandlingsprogrammer for
unge
- et alternativ til anbringelse uden for hjemmet?***

Sanne Nissen Møller og Tine Egelund

*Børn, integration og ligestilling
Arbejdspapir 8:2004*



Arbejdspapir
Socialforskningsinstituttet
The Danish National Institute of Social Research

***Forebyggende
behandlingsprogrammer for unge
- et alternativ til anbringelse uden for
hjemmet?***

Sanne Nissen Møller og Tine Egelund

***Børn, integration og ligestilling
Arbejdsrapport 8:2004***

Socialforskningsinstituttets arbejdsrapporter indeholder foreløbige resultater af undersøgelser og forarbejder til artikler eller rapporter. Arbejdsrapporter udgives i et begrænset oplag som grundlag for en faglig diskussion, der indgår som led i forskningsprocessen. Læseren bør derfor være opmærksom på, at resultater og fortolkninger i den færdige rapport eller artikel vil kunne afvige fra arbejdsrapporten. Arbejdsrapporter er ikke omfattet af de procedurer for kvalitetssikring og redigering, som gælder for instituttets forskningsrapporter.

Indholdsfortegnelse

Indledning	1
Metode og valg af programmer	2
Programmer og effekter	4
Multisystemisk Terapi - MST	4
Målgruppe	4
Behandlingsprogrammets udbredelse	4
Teoretisk baggrund	5
Metodens målsætning og indhold	5
Organisering	7
Effekter	8
Multidimensional Treatment Foster Care - MTFC	11
Målgruppe	11
Behandlingsprogrammets udbredelse	11
Teoretisk baggrund	11
Metodens målsætning og indhold	12
Organisering	14
Effekter	15
Funktionel Familieterapi - FFT	15
Målgruppe	15
Behandlingsprogrammets udbredelse	15
Teoretisk baggrund	16
Metodens målsætning og indhold	16
Organisering	18
Effekter	18
Programmer rettet mod yngre/små børn	20
Parent Management Training (PMT)	21
The Incredible Years: Parent, Child and Teacher Training Series (IYS)	22
Diskussion	23
Karakteristik af de virksomme programmer	23
Hvor store er effekterne	24
Udfordringer i implementeringen	25
Tidlig indsats eller indsats i ungdomsalderen	28

Indledning

Der er et stigende socialpolitisk ønske om at opspore og eksperimentere med behandlingsmetoder, der potentielt kan udgøre et alternativ til anbringelser uden for hjemmet. Dette skyldes såvel de stigende udgifter til anbringelser som usikkerheden overfor, om anbringelse uden for hjemmet har de ønskede positive effekter for de børn og unge, der anbringes. Det vil sige, at der er en stigende efterspørgsel fra beslutningstagere og praktikere efter arbejdsmetoder, der kan bevare børn og unge i eget hjem og samtidigt forbedre de sociale forhold i en sådan grad, at det fremmer børnenes udviklingschancer.

Denne udredning belyser gennem eksisterende nordiske og amerikanske forskningsoversigter sådanne behandlingsprogrammer. I overensstemmelse med opgavens formulering fokuseres der i arbejdsnotatet primært på programmer rettet mod større børn/unge med forskelligartede problemer, herunder adfærdsproblemer, antisocial udvikling, psykiske problemer af mere indadvendt karakter, problemer i forhold til skole/uddannelse/arbejde, misbrugsproblemer mv.

Unge problemer har således en varieret karakter. Mange af problemerne opstår i forbindelse med puberteten, dens emotionelle omvæltninger og nye roller, og er ikke forudgået af tidligere symptomer eller problemer hos barnet. Andre af de unges problemer har forløbere i form af symptomer i tidligere aldre, eventuelt så tidligt som førskolealderen. Dette gælder ikke mindst nogle af de antisociale unge, der allerede som små har udvist symptomer på aggressiv adfærd, hyperaktivitet, dårlige kammeratskabsrelationer mv. For en stor del af ungdomsgruppen, hvis problemer opstår i ungdomsårene, vil de relevante programmer derfor være programmer, der sættes ind i ungdomsårene. For den del af ungdomsgruppen, der har udvist symptomer mere eller mindre barndommen igennem, ville programmer, der sætter ind tidligt, imidlertid kunne have en betydelig præventiv værdi. Disse programmer, der sigter på små børn og deres familier, er ikke dette arbejdsnotats hovedsigte. Et par programmer af denne karakter vil imidlertid blive præsenteret kortfattet senere i notatet.

Arbejdsnotatet beskriver for det første, med hvilken metode notatet er fremkommet, samt hvilke kriterier, der ligger til grund for valget af de behandlingsprogrammer, der gennemgås i notatet. Herefter præsenteres modellernes målgruppe, metode og effekter. Der vil desuden kort blive præsenteret to pro-

grammer, der også har forebyggelse af unges sociale problemer som hensigt, men som i modsætning til de programmer, der er i fokus i arbejdsnotatet, sætter ind i en tidlig alder. Sidst vil de socialpolitiske perspektiver af arbejdsnotatet blive resumeret.

Metode og valg af programmer

Arbejdsnotatet bygger på nyere, grundige forskningsoversigter om forebyggende programmer for børn og unge, som der ofte refereres til (Hansson 2001, McWhirter m.fl. 2003, Andreassen 2003, Durlak 1997, Ferrer-Wreder m.fl. 2003). Det betyder, at de primærundersøgelser, der ligger til grund for de nævnte forskningsoversigter ikke er gennemgået i forberedelsen af notatet, hvis hensigt er en kortfattet opsummering af hovedresultaterne på området. Desuden omfatter arbejdsnotatet de nyeste nordiske resultater af implementeringen af forebyggende programmer for unge i Norge og Sverige. Det er resultater, som endnu ikke er nået at blive publiceret, men som er præsenteret på konferencer i Norge, Sverige og Danmark i løbet af november 2003¹.

Kriterierne, der ligger til grund for valget af programmer har været:

- 1) At der er tale om gennemevaluerede programmer, der kan opvise positive effekter for de unge, og ikke blot om "lovende" programmer.
- 2) At der er tale om programmer, der har unge som målgruppe (og dermed ikke programmer for små børn eller mindre skolebørn).
- 3) At programmer, der eksklusivt retter sig mod misbrugsbehandling er udelukket. Sigtet er netop at opspore programmer, der retter sig mod sammensatte og varierede ungdomsproblemer, som man hyppigt arbejder med i socialt arbejde.

Der er som et af kriterierne sat et krav om, at det er programmer, der via evalueringer har veldokumenterede gode effekter, der ligger til grund for dette arbejdsnotat. Dvs. at det er programmer, der opfylder

¹ Det drejer sig om præsentationer på konferencerne: Atferdssenteret: "Alvorlige adfærdsproblemer: metoder og strategier", Oslo d.3-4. november 2003, Familieforum: "Intensiv familiebehandling", Lund 7. november 2003 og Nordic Campbell Center: "Hvad virker – evidensbaseret politik og praksis", København d.13-14. november 2003. Generelt er Sverige og Norge ganske langt fremme i implementering og evaluering af tilsvarende behandlingsprogrammer, og der produceres løbende resultater og indsigt, der uden tvivl er relevante også i en dansk sammenhæng.

kravene til et evidensbaseret socialt arbejde. Dette giver anledning til et par overvejelser omkring evidenskriteriet. Evidenskriteriet indebærer, at der er udført mindst to eksperimentelle evalueringsstudier (randomiserede, kontrollerede studier, RCT), som er gennemført af mindst to forskellige forskere. Evidenskravet indebærer også, at resultaternes kliniske eller praktiske signifikans er testet, og at der foreligger en opfølgningsperiode med langsigtet evaluering af resultaterne². Desuden kræves af evidensbaserede metoder, at de hviler på en standardiseret oplæring af metodens udøvere, at behandlingen er struktureret og beskrevet i en manual, at man har en agenda eller prædefinerede retningslinjer, og endelig at man sikrer sig, at behandlingen gennemføres efter forskrifterne. Gennemførelse efter retningslinjerne kaldes "behandlingsintegritet" og er afgørende for, at behandlingen overhovedet kan evalueres³. Hvis projektintegriteten undergraves, bliver behandlingen så diffus, at man ikke kender indsatsens detaljer og derfor ikke kan evaluere den. At der stilles krav om evidens, forebygger endvidere, at børn og familier udsættes for interventioner, som man ikke kender effekten af, og som i værste tilfælde ligefrem kan have skadelige virkninger. Der findes aktuelt ikke noget godt alternativt grundlag til evidensgrundlaget at vælge effektive og forsvarlige metoder på.

Begrænsningerne ved kravet om evidens er imidlertid, at det bl.a. giver en vis træghed, fordi det kræver store mængder af tid og ressourcer at gennemføre kontrollerede evalueringer. At gennemføre eksperimentelle studier kræver omfattende økonomisk støtte. Risikoen kan også være, at allerede etablerede metoder begunstiges, da de med større sandsynlighed kan levere lovende resultater, hvilket kan lægge en dæmper på nytænkningen i forhold til at udvikle nye metoder, der modsvarer nye problemer.⁴ Endelig sætter evidenskravet - og den stramme behandlingsintegritet, det som nævnt indebærer - begrænsninger for den selvstændige kreativitet og nytænkning hos de udøvende behandlere, idet de udelukken- de skal holde sig til de retningslinjer, der er udstukket for metoden. Der er ikke plads til at tænke i nye metodevariationer blandt de udøvende behandlere eller frihed til at sammensætte velkendte metoder efter behov, når man arbejder efter en bestemt evidensbaseret metode, der nøje skal følges.

På baggrund af de nævnte strenge evidenskriterier har det været muligt at identificere tre programmer,

² "Langsigtet" betyder i praksis, at effekterne evalueres med en opfølgningsperiode på typisk 2-4 år.

³ Terje Ogden, citeret fra "Fra forskning til praksis", Oslo-konference.

⁴ Det er en træghed, der yderligere forstærkes af en forsigtighed overfor at implementere nye metoder. Det er således 20-30 år siden, at de første publikationer kom om anerkendte behandlingsprogrammer som PMT, FFT, IYS og MST.

der retter sig mod den unge målgruppe, nemlig Multisystemisk Terapi (MST), Funktionel Familieterapi (FFT) og Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Desuden refereres som nævnt til to programmer, der retter sig mod en yngre målgruppe. Disse programmer er Parent Management Training (PMT) og The Incredible Years: Parent, Child and Teacher Training Series (IYS).

I USA findes der i alt faktisk kun 11 velevurderede programmer, hvoraf dette notat refererer til de fem. Center for the Study and Prevention of Violence ved Colorado Universitet har således i sit projekt "Blueprints for violence protection", der startede i 1996, identificeret 11 programmer (ud af ca. 600), som opfylder alle evalueringskrav og forventes implementeret i hele USA med den hensigt at begrænse vold og kriminalitet. Blueprint-programmerne skal opfylde en række kriterier om evaluering i eksperimentelt design med randomiserede grupper, klar signifikant skelnen mellem kontrol- og eksperimentgrupper, gentagne undersøgelser på forskellige steder og varig effekt (Hansson 2001: 18, www.colorado.edu/cspv/blueprints/). De resterende 6 programmer er ikke medtaget her, da de bl.a. eksklusivt vedrører unges misbrug eller henvender sig til mindre børn eller risikogrupper af gravide mødre.

Programmer og effekter

I det følgende præsenteres hovedelementerne i de udvalgte behandlingsprogrammer Multisystemisk Terapi (MST), Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) og Funktionel Familieterapi (FFT).

Multisystemisk Terapi - MST

Målgruppe

MST retter sig mod 12-18-årige med alvorlige problemer i form af antisocial adfærd, aggressiv adfærd/vold, kriminalitet, alvorlige regelbrud i skole og hjem.

Behandlingsprogrammets udbredelse

Programmet er udviklet i USA i 1970'erne og er senere videreudviklet og udbredt til Canada og Norge. MST er som nævnt ét ud af 11 blåstemplede behandlingsprogrammer i USA.

Teoretisk baggrund

Programmets teoretiske fundament er økologisk udviklingsteori og systemteori. Den konkrete behandlingsteknologi sigter på indlæring og udvikling af nye færdigheder til kontrol af egen adfærd (kognitiv adfærdsterapi).

Den økologiske tænkning er kontekstuel og tager udgangspunkt i, at den unges problemadfærd har relationel karakter, dvs. at adfærden udvikles i samspil med de sociale og økologiske omgivelser og betingelser, det være sig både nære personlige omgivelser (familien, venner), nærmiljø (skole, naboer) og strukturelle betingelser i samfundet (Hansson 2001). Det vil sige, at sociale problemer ifølge den økologiske udviklingsteori er forankret såvel i relationer som i samfundsmæssige betingelser, og at børn og unges udvikling skal ses i et helhedsorienteret perspektiv og ikke blot forstås i relation til de nære omsorgspersoner i familien, men også i forhold til betingelser i nærmiljø og i en bredere samfundsmæssig kontekst. Det er med andre ord holistiske principper, der er bærende for indsatsen, hvilket indebærer at man arbejder med mange komplekse problemstillinger og sætter ind på flere niveauer samtidig. Problemer anses for at have mange dimensioner, der skal tages højde for i indsatsen. Det er ikke tilstrækkeligt at sætte ind i én kontekst (fx familien), problemer skal altså gribes an på flere niveauer, hvis man skal skabe en sandsynlighed for reduktion af problemerne.

I MST er tilgangen således holistisk, mens den konkrete metode er præget af kognitiv adfærdsteoretisk tænkning. Kognitiv adfærdsterapi sigter på at udvikle færdigheder i at omgås og samarbejde med andre mennesker på en hensigtsmæssig måde, herunder at se konsekvenserne af en adfærd, at forstå egne motiver og udvikle nye måder at kontrollere egen adfærd på (Andreassen 2003:195). Kognitiv adfærdsterapi integrerer flere dimensioner med sin inspiration fra både adfærdsteori, kognitiv teori og social indlæringsteori. Dvs. at man med kognitiv adfærdsterapi søger at tage højde for både eksterne faktoreres betydning for udmøntningen af adfærd, betydningen af individets tankeprocesser og endelig miljøets betydning for udviklingen af positiv eller negativ adfærd (ibid.).

Metodens målsætning og indhold

Overordnet set er målet at ændre den unges adfærd, men det er ændringer i familien, som skal skabe eller muliggøre dette mål. Andre målsætninger er:

- Øge sammenhold og omsorg i familien.
- Reducere kontakten med antisociale venner og øge kontakt med prosociale venner.
- Forbedre fremmøde og præstationer i skole/arbejde.
- Øge deltagelse i positive fritidsaktiviteter.
- Forbedre relationer mellem familien og dens sociale omgivelser.
- Øge kapaciteten for problemløsning i familien.

Indholdet i programmet baserer sig i overordnede træk på følgende:

- Ifølge modellen fremmes adfærdsændring gennem en restrukturering af den unges økologi, dvs. at de relationer, den unge undgår i, og nogle af de betingelser i nærmiljøet, der indvirker på den unges udvikling, søges ændret eller genetableret. For eksempel sigtes mod at forbedre skole-hjem samarbejde, få den unge væk fra kammerater, som påvirker adfærden i negativ retning og skabe nogle prosociale fritidsaktiviteter omkring den unge. I behandlingen inddrager man derfor aktivt den unges omgivelser og uformelle støttenetværk (i form af kammerater, skole, nabomiljø mv.).
- Programmet angriber problemer på flere niveauer samtidig, dvs. at der sættes ind både i forhold til den unge, søskende, forældre, omgivelser og aktiviteter i hjem, skole og fritid.
- Familien opfattes som samarbejdsparter, og målet med behandlingen formuleres af forældrene.
- Behandlere, forældre og den unge samarbejder om at mobilisere relevante forebyggende ressourcer på tværs af sektorgrænser med udgangspunkt i de problemer og styrkesider, de mener, er centrale for den unge og familien.
- Interventionen går gennem forældrene frem for børnene.
- Terapeuterne arbejder med hele familien, og tilbyder en række forskellige indsatser som misbrugs- og ægteskabsrådgivning, individuel terapi, adfærds- og kognitiv familierapi, samt støtte til at mobilisere relevante social- og sundhedsydelser.
- MST tilbyder indsatser der, hvor problemerne opstår og findes (hjemmet, skolen, nabolag).
- Programmet søger at kvalificere forældrene, så de med egne ressourcer kan klare problemerne. Terapeuten skal have fokus på ressourcerne og det positive i systemerne (familien ses også som

system), og interventionerne skal bidrage til, at forældrene og den unge styrkes og selv tager ansvar for det videre forløb, så behandlingen kan ”generaliseres” (dvs. at de opnåede færdigheder også kan anvendes i andre, nye situationer, der opstår) med henblik på at opnå en langtidseffekt.

- Interventionerne er handlingsorienterede mod specifikke problemer. På baggrund af registrerede problemer formuleres nogle opgaver, som familiemedlemmerne selv skal arbejde aktivt på, med henblik på at reducere problemerne. Opgaverne tilrettelægges, så de kræver en indsats fra familiemedlemmerne dagligt eller mindst ugentligt. Eksempelvis kan anvendes tegnøkonomi til at træne ønsket adfærd og konsekvenser af adfærd⁵.
- Interventionernes effekt vurderes jævnligt fra forskellige perspektiver (den unges eget, forældrenes, læreres, evt. andre relevante personers) og tilbagemeldes til terapeuten.

Organisering

- MST-team består af 3 terapeuter og en teamleder.
- Programmet er kulturelt/etnisk sensitivt og vægter familiens etnisk/kulturelle baggrund. For at sikre, at indsatserne passer ind i familiens kulturelle kontekst, tilsigtes det at etablere multikulturelle teams af terapeuter, der afspejler familiernes kulturelle baggrund.
- Hver terapeut har ansvar for min. 3 og max. 6 familier.
- Teamet skal være tilgængeligt hele døgnet alle ugens dage.
- Teamets arbejde foregår i familien og nærmiljøet med hyppig kontakt mellem terapeut og den unge, den unges familie og evt. andre nøglepersoner.
- Behandlingen er intensiv. I starten mødes terapeuten med familien i hjemmet hver dag - i hvert fald 5 dage om ugen. Gennemsnitligt har terapeuten 60 kontakttimer med familien i alt.
- Behandlingstid er 3-5 måneder.
- Det er afgørende, at terapeuterne ikke laver andet end MST pga. metodens krav om tid til familien og til opfølgning.

⁵ Tegnøkonomi eller pointsystemer er et motivationssystem, der anvendes i flere forskellige adfærdsorienterede behandlingsprogrammer. Systemet er udformet, så man i form af ekstra adgang til tv, fritid eller andre fordele belønnes for ønsket adfærd. Tilsvarende fratages goder og privilegier som straf for uønsket adfærd. En grundlæggende idé med pointkort er, at de skal have troværdighed. I nogle tilfælde har den unge kortet med sig overalt (skole, arbejde, hjemmet) og hver interakti-

- MST kræver et netværk, som varetager behandlingsteamets behov for erfaringsudveksling og supervision, dvs. at metoden kræver en klar struktur på det organisatoriske niveau.

Oplæring og kvalitetssikring

MST kræver oplæring af terapeuterne, men det er i praksis og gennem den kontinuerlige opfølgning, at metoden indlæres i dybden og kvalitetssikres. Programmet indlæres og sikres vha.:

- 1 uges oplæring af supervisor.
- 1 uges grundoplæring af teamet.
- Ugentlig supervision af teamet, der også har mulighed for at få telefonkonsultation.
- Månedlig sagsgennemgang i teamet, hvor sagerne og deres status i programmet evalueres.
- 4 årlige opfølgningsseminarer for terapeuterne af 1 uges varighed.
- Spørgeskemaer, som forældrene og terapeuterne udfylder om hhv. terapeuternes og supervisorernes arbejde ("Therapist Adherence Measure", TAM og "Supervisor Adherence Measure", SAM). Spørgeskemaerne måler, i hvilket omfang og hvor godt metoden følges. På baggrund af resultaterne fra skemaerne udarbejdes opkvalificeringsplan (dvs. en løbende uddannelsesplan) for terapeuterne og supervisorerne.

Effekter

MST har vist en lang række effekter på forskellige områder. Det gælder øget familiesamhørighed, forbedret mentalt helbred hos forældrene, mindskede adfærdsproblemer hos de unge, færre placeringer uden for hjemmet og mindre tilbagefald til kriminalitet.

Dette arbejdsnotat har valgt at se på de udfaldsmål, som er mest gennemgående og sammenlignelige i de forskellige evalueringer, nemlig hvor store effekter MST har i forhold til at mindske kriminelt recidiv og anbringelser uden for hjemmet.

Flere amerikanske undersøgelser viser, at behandlingsgrupperne (dem, der modtager MST-indsatsen) har lavere kriminelt recidiv end kontrolgrupperne (dem, som enten modtager den sædvanlige indsats,

on, belønning eller straf noteres på kortet og underskrives på stedet, når det sker, af den unge og læreren/arbejdsgiveren/forælderen (cf. Andreassen 2003: 198 ff).

individuel terapi eller ingen indsats)⁶. Effekterne varierer imidlertid meget i de forskellige undersøgelser. Ét resultat viser efter en opfølgningsperiode på 2,4 år fra starten af behandlingen et kriminelt recidiv på 60%, hvor kontrolgruppen, som modtog sædvanlig indsats var oppe på 80%. En anden undersøgelse med opfølgningsperiode på 4 år viser et kriminelt recidiv for behandlingsgruppen på 22% mod kontrolgruppens 71% (kontrolgruppen modtog individuel terapi) (Hansson 2001: 161 ff.). Resultaterne fra de to målinger er altså markant forskellige, men der er i begge tilfælde tale om substantielle forskelle i kriminelt recidiv i MST-behandlingsgruppens favør.

En igangværende canadisk undersøgelse med foreløbig et-årig opfølgningsperiode viser imidlertid ingen forskel på kriminelt recidiv for de unge som fik MST sammenlignet med de unge, som modtog den sædvanlige indsats (Julia Littell, præsentation på Nordic Campbell Centers conference, København d.13.11.03).

Med hensyn til at reducere anbringelser uden for hjemmet, viser amerikanske undersøgelsesresultater en reduktion i antal dage anbragt udenfor hjemmet med 50% (Hansson 2001: 161).

I Norge viser evalueringen af MST forsøget, at umiddelbart efter behandlingen var det sociale miljø i og omkring familierne forbedret i en sådan grad, at 91% af de MST-behandlede unge boede hjemme mod kun 58% i kontrolgruppen, som modtog den sædvanlige indsats. To år efter behandlingen boede 74% MST unge hjemme mod 55% i kontrolgruppen. (Terje Ogden, præsentation på Atferdssenterets conference, Oslo d.3.11.03). At der i MST-gruppen er sket en reduktion fra 91% til 74% efter to år er dog ikke nødvendigvis udtryk for, at behandlingseffekten er aftaget, men at de unge har nået en alder, hvor fraflytningen forekommer naturlig.

Evalueringerne viser, at MST ikke har haft så positive effekter i Norge og Canada som i USA, hvilket kan have flere årsager:

⁶ Når man i evalueringer sammenligner undersøgelsesgruppen med en eller flere kontrolgrupper, er det sædvanligt, at kontrolgruppen modtager "den sædvanlige indsats" eller "ingen indsats". Af etiske grunde må man som udgangspunkt for et eksperiment sikre sig, at ingen stilles dårligere end den hidtil kendte bedste indsats. "Ingen indsats" betyder derfor som regel, at man sammenligner med unge, som står på venteliste til at modtage de foranstaltninger, man plejer at yde efter loven, ved hjælp af den mere eller mindre veldefinerede metode, man plejer at lægge til grund for kontakten med de unge og deres familier.

- 1) En stor variation i behandlingsresultaterne mellem de forskellige teams i Norge ser ud til at hænge sammen med forskelle i implementeringen og forskellig grad af troskab mod metoden (behandlingsintegritet). De teams, som lagde kræfter i hele tiden at foretage de foreskrevne evalueringer (TAM og SAM), opnåede klart de bedste resultater. Der kan altså i det norske forsøg være tale om, at nogle geografiske områder havde begyndervanskeligheder, som har præget udfaldet negativt. Imod antagelsen om begyndervanskeligheder kan tale, at der i denne type af forsøg som regel altid i første omgang opnås de bedste effekter på grund af en særlig pioner- eller forsøgseffekt. Eller med andre ord, at de ekstra ressourcer, der sættes ind ved opstart af et projekt, og det afledte engagement hos projektmedarbejdere og andre involverede "ildsjæle" har en betydelig positiv indvirkning på metodernes effekter. I lyset af dette kan de norske resultater også tolkes som udtryk for, at det trods forsøgseffekten ikke er enkelt at ændre arbejdsmåder så radikalt, som manualbaserede programmer forudsætter.
- 2) En anden årsag kan hænge sammen med, at den relative forskel i kvalitet mellem MST og alternative indsatser antageligvis er mindre i Norge end i USA. Den almindelige børneforsorg i Norge har med stor sandsynlighed en højere kvalitet end den amerikanske, der dels har et begrænset mål⁷, dels arbejder med mere aggraverede problemer og endelig har færre midler til rådighed for deres indsatser. Dette bevirker, at man må forvente mindre positive effekter af amerikanske programmer i lande som Norge og Danmark, simpelthen fordi mulighederne i børneforsorgen i forvejen er bedre.

Det skal også nævnes, at en igangværende oversigt over evalueringer af MST (evalueringer, som er afrapporteret inden udgangen af 2002), foretaget af Julia Littell, problematiserer kvaliteten af de hidtidige evalueringer af MST (Littell, præsentation på Nordic Campbell Centers konference, København d.13.11.03). Oversigten udarbejdes på baggrund af Campbells kriterier for internationale reviews, der stiller markant høje metodologiske krav til randomiserede evalueringer. Ifølge Littell lever hovedparten

⁷ Amerikansk børneforsorg er entydigt orienteret mod to mål: 1) at beskytte (oftest ved anbringelser) børn mod direkte overgreb og 2) at gribe ind over for unge normovertrædere. Den bredere støtte til familier, som er kendt i de nordiske landes børneregler, er ikke en integreret del af den offentlige indsats over for udsatte børn og unge i USA. Der findes programmer, der sigter på støtte til dårligt stillede familier, men disse leveres i hovedsagen af ideelle, frivillige, private m.m. organisationer.

af de hidtidige MST-evalueringer ikke op til disse krav. Faktisk er kvalitetskriterierne så høje, at kun ét studie kan kaldes fuldt metodologisk forsvarligt, og denne canadiske undersøgelse fra Ontario viser *ingen effekt* af MST sammenlignet med kontrolgruppen (ibid.). Denne centrale pointe rejser altså spørgsmål omkring, hvorvidt MST på nuværende tidspunkt er undersøgt grundigt nok, til at de positive effekter utvetydigt kan bevises.

Multidimensional Treatment Foster Care - MTFC

Målgruppe

MTFC retter sig mod 8-18-årige med alvorlige problemer i form af antisocial adfærd, emotionel forstyrrelse, aggressiv adfærd/vold, kriminalitet, alvorlige regelbrud i skole og hjem⁸. Målgruppen er unge, som ellers er anvist til anbringelse uden for hjemmet på en institution, der for denne gruppe af unge ofte vil have en lukket karakter.

Behandlingsprogrammets udbredelse

MTFC er udviklet i USA, og en igangværende implementering og evaluering finder sted i Sverige. MTFC er som nævnt ét ud af 11 blåstemplede behandlingsprogrammer i USA.

Teoretisk baggrund

Programmets fundament er social indlæringsteori og systemteori, og bygger på samme kontekstuelle tænkning, som er beskrevet i det foregående afsnit om MST. Også i dette program anses problemer for at have mange dimensioner, og det er derfor ikke nok at rette indsatsen mod et enkelt niveau eller en enkelt kontekst som fx familien eller individet. Der skal også sættes ind over for venner, skole/arbejde, fritid, nærmiljø og ydre sociale betingelser.

Tanken i social indlæringsteori, som er en grundsten i programmet, er dels, at forældre og børn er endt i en negativ spiral, hvor børnene fremprovokerer negativ kritik hos forældrene, som leder til aggressiv adfærd hos børnene, som igen fremprovokerer negativ kritik osv. Dels er det tanken, at manglende positiv opmuntring forhindrer udviklingen af positiv adfærd, så børnene erfarer, at en (måske den eneste)

⁸ MTFC tages med her, selvom programmet inkluderer et tidsafgrænset ophold i en specialiseret familiepleje, idet anbringelsen dels er kortvarig, dels tilsigter behandling af den unge og hans/hendes omgivelser med henblik på hurtig hjemgivelse.

måde at opnå noget på (privilegier, goder, få lov til ting) er via negativ adfærd, fordi forældrene til sidst giver efter. En yderligere antagelse er, at børn efterligner forældres aggressivitet og negative adfærd. Den konkrete behandlingsteknologi sigter på at indlære og udvikle nye færdigheder hos både forældrene og den unge (kognitiv adfærdsterapi).

Metodens målsætning og indhold

Programmet befinder sig i grænselandet mellem anbringelse og ”ambulant” behandling, og formålet med metoden er - gennem intensiv behandling af den unge i en specialiseret plejefamilie og af den unges nære omgivelser (familien) - at gøre anbringelsen kort og muliggøre tilbagevenden til familien. Mere specifikt er behandlingens mål for de biologiske forældre at forbedre deres forældrefærdigheder, herunder at gøre dem i stand til at skabe et positivt socialt miljø i hjemmet med opmuntring, grænser og disciplin, som medvirker til at holde den unge ude af skadelige miljøer med antisociale jævnaldrene. Målet for den unge er at ændre sin adfærd gennem at øge sociale færdigheder som fx problemløsning, reduktion af kontakten med antisociale venner og øget kontakt med prosociale venner, øget nærvær og forbedring af resultaterne i skolen/arbejdet/uddannelsen.

Programmets indhold skitseres i det følgende i forhold til de tre hovedfaser i behandlingen: Før, under og efter anbringelsen.

Før anbringelsen

- Der rekrutteres plejeforældre specifikt til MTFC. Disse skal være parate til at indtage en mere aktiv, handlingsorienteret holdning og en mere behandlende funktion end almindelige plejeforældre. Dette indebærer bl.a., at de skal basere deres omsorg og samvær på adfærdsterapeutiske principper og nøje observere og registrere den unges adfærd og udvikling, afrapportere denne registrering dagligt samt give og fratage privilegier ud fra et på forhånd fastsat pointsystem (jf. note 5). Plejeforældrene i MTFC skal således være indstillede på at bygge samværet med den unge på en klar og struktureret behandlingsmodel i samarbejde med terapeuter i modsætning til almindelige plejefamilier, hvor barnet lever på plejefamiliens sædvanlige vilkår. Desuden har MTFC plejefamilier kun ét barn anbragt.
- Plejeforældrene deltager i et 20 timers forberedelses- og uddannelseskursus, hvor de undervises

i principperne for den sociale indlæringsmodel, der ligger til grund for behandlingen, det nævnte pointsystem og de mere konkrete metoder til at støtte, opmuntre og supervisere den unge. Der lægges i uddannelsen vægt på, at plejeforældrene kan tilbyde den unge et terapeutisk og struktureret miljø med klare regler for ønsket og uønsket adfærd, konsekvenser og positiv opmuntring.

- Deltagelse i behandlingen er frivillig for den unge, men alternativet vil oftest være en lukket institution. Sagsbehandleren indgår en kontrakt med den unge (og i samarbejde med den unge), hvori præmisserne for pointsystemet fastlægges, og det gøres klart, hvilke områder/problemer det er vigtigst og sværest at arbejde med.

Under anbringelsen

- Den unge placeres hos de erfarne og specialiserede plejeforældre, oftest i en periode på 6 mdr. Plejeforældrene har ikke kontakt med den unges biologiske familie.
- Den unges individuelle program udvikles i et samarbejde mellem den unge, plejeforældrene og en central sagsbehandler, der fungerer som nøgleperson for alle involverede parter (case manager).
- Den centrale sagsbehandler taler dagligt med plejeforældrene ud fra et struktureret spørgeskema om den unges adfærd, herunder hvordan det går med pointsystemet. På baggrund af spørgeskemaet tilrettelægger plejeforældrene og sagsbehandleren i fællesskab den følgende dags program (fx om der er særlige forhold omkring den unges adfærd, der skal tages højde for). Der udføres superviserende hjemmebesøg i plejefamilien, tilbydes omfattende støtte fra forvaltningen (telefonkonsultation 24 timer/døgnet), og endelig tilbydes plejeforældrene ugentlig gruppekonsultation hos sagsbehandleren sammen med andre MTFC-plejeforældre.
- Under anbringelsen er forskellige terapeuter involveret. De samarbejder med henholdsvis de biologiske forældre, den unge selv og evt. også søskende om at identificere styrker og svagheder. Desuden arbejder de på at styrke udviklingen af ressourcer, kommunikation og problemløsningssevne. Derudover tilbydes - om nødvendigt - social færdighedstræning, psykiatrisk terapi og medicinsk behandling til den unge. Forældrene undervises i at anvende det strukturerede system, som anvendes hos plejefamilien (pointsystem, intensiv observation og supervision af den unge, klar grænsesætning og konsekvens, positiv opmuntring og støtte). Terapeutens supervision af de biologiske forældre fortsætter som regel også efter anbringelsen under de efterfølgende

12 måneders efterværn.

- Forældrene udvikler i samarbejde med deres terapeut en version af pointsystemet, som kan bruges, i første omgang når den unge kommer på besøg, og senere når den unge er flyttet hjem igen. Forældrene holder desuden jævnlig kontakt med terapeut og sagsbehandler.
- Efter 3-4 uger besøger den unge hjemmet i 2-4 timer, og derefter hele dagen ca. 2 gange om måneden.
- Skolen samarbejder både med de biologiske forældre og med plejeforældrene, og evt. har den unge et særligt skolekort, hvor lærerne noterer adfærd. Disse lærerobservationer kan indgå i pointsystemet. Den unge superviseres således intensivt og konsistent i flere kontekster, og både plejefamilie, biologisk familie og skole medvirker til at holde den unge isoleret fra andre adfærdsvanskelige unge.

Efter anbringelsen

- Efter anbringelsen opfordres de biologiske forældre til ugentligt at deltage i en efterværnsgruppe med andre forældre. Gruppen ledes af enten sagsbehandleren eller forældreterapeuten og en anden forælder.
- Sagsbehandleren ringer jævnligt (mindst ugentligt) og gennemgår samme spørgeskema, som plejeforældrene besvarede under anbringelsen. Herved holdes forældrene fast på den tætte observation, evaluering af og refleksion over den unges adfærd.
- Efterværnet fortsætter så længe forældrene ønsker det - i praksis ca. et år.

Programmet er således på sin vis en mellemtag mellem MST og institutionsbehandling. Dvs. at behandlingen sætter ind på mange niveauer og i mange kontekster (den er multidimensional), og involverer både det enkelte individ, den biologiske familie, plejefamilien og omgivelser som skole og fritid, samtidig med at behandlingen er ekstra intensiv omkring den unge, som holdes isoleret fra sædvanlige omgivelser og kammerater.

Organisering

Programmet lægger vægt på adskilte og specifikke roller i behandlingsteamet. Sagsbehandleren (case

manager), der koordinerer indsatsen og er konsulent for plejeforældrene, har ansvaret for 3-4 familier. Derudover er der involveret adskillige terapeuter (for den unge, de biologiske forældre og evt. søskende), supervisor for de professionelle, der indgår i behandlingen, psykiater, der i nødvendigt omfang kan konsulteres og administrativt personale.

Effekter

MTFC har vist gode resultater med hensyn til færre institutionsplaceringer, færre tilbagefald til kriminalitet og noget så basalt som fuldførelse af programmet (Hansson 2001, Mcwhirter et al 2003).

En amerikansk evaluering viser 2 år efter behandlingen et kriminelt recidiv for MTFC unge på 44% mod kontrolgruppens 63%. Kontrolgruppen var anbragt på behandlingsinstitution for unge kriminelle og modtog traditionel gruppeterapi⁹. Efter to år havde MTFC unge tilbragt gennemsnitligt færre dage i lukket institution – 44 dage mod 70 dage for kontrolgruppen (Hansson 2001: 92 ff.).

Desuden viser evalueringer, at i sammenligning med institutionsbehandling og andre familieplejeanbringelser fuldfører signifikant flere unge programmet. Forskellige målinger har registreret et frafald fra MTFC på 14-25% mod 49-69% frafald fra behandlingsprogrammer på institution (Hansson 2001, Andreassen 2003). Dvs. at programmet ser ud til at appellere så meget til de unge, at de i stort omfang gennemfører det.

Der foreligger endnu ingen resultater fra den igangværende implementering af MTFC i Sverige.

Funktionel Familieterapi - FFT

Målgruppe

FFT retter sig mod 11-18-årige, som har udvist antisocial adfærd, kriminalitet, vold og/eller misbrugsproblemer.

Behandlingsprogrammets udbredelse

Programmet er udviklet og testet i USA fra 1969 til nu og er også afprøvet i Sverige i perioden 1993-1995. FFT er ligeledes ét ud af 11 blåstemplede behandlingsprogrammer i USA.

Teoretisk baggrund

Programmet er udviklet på baggrund af systemteori og adfærdsteori og er senere videreudviklet med inspiration fra kognitiv teori, social indlærings teori og teorier om informationsbearbejdning (www.colorado.edu/cspv/blueprints/). Dette indebærer, at programmet integrerer en række forskellige perspektiver i indsatsen. Programmet har fokus på relationerne inden for familien og mellem familien og andre systemer. Desuden er familiens interaktionsmønstre centrale, herunder hvordan bestemte adfærds- og kommunikationsmønstre fremtvinger eller fremprovokerer negativ/positiv adfærd hos andre personer i familien. Der lægges endelig vægt på miljøets betydning for udviklingen af adfærd, individets tankeprocesser og forståelse af egne og andres motiver for handlen.

På linie med MST og MTFC er den konkrete teknologi præget af kognitiv adfærdsteoretisk tænkning, hvor der sigtes på at indlære og udvikle nye færdigheder hos familiemedlemmerne, dvs. både hos den unge, forældrene og eventuelle søskende.

Metodens målsætning og indhold

Den overordnede målsætning er at ændre den unges og familiens utilpassede adfærd, for herved at mindske såvel de personlige, sociale og økonomiske følger af den negative adfærd. FFT er et familiebehandlingsprogram, der primært sigter på at forbedre den interne familiekommunikation og problemløsning inden for familien. Familien kommer til et antal sessioner hos terapeuten (gennemsnitligt 10 fordelt over en tre måneders periode), hvor der primært fokuseres på kommunikationen imellem familiemedlemmerne. I denne model arbejdes der således mindre med den unges omgivelser end tilfældet er med MST og MTFC. Udgangspunktet er den lille familie, men modellen er multisystemisk i den forstand, at der også fokuseres på relationerne mellem familiemedlemmerne og andre samfundssystemer, og på at familien skal lære at nyttiggøre sig samfundets ressourcer og udvikle nye proaktive kontakter.

Programmet baseres på fem forskellige faser i behandlingen: 1) Engagement, 2) motivation, 3) diagnosticering, 4) adfærdsændring og 5) generalisering af kundskaber. Disse faser er fremadskridende, men i praksis vil faserne overlappe og være mindre afgrænsede, end det her beskrives.

1) Engagementsfasen

⁹ Denne gruppeterapi er ikke nærmere beskrevet.

I denne fase fokuseres der på at etablere et positivt og engageret samarbejde mellem terapeuten og familien med det hovedsigte at forebygge frafald i behandlingen.

2) Motivationsfasen

Det primære i motivationsfasen er at påvirke uhensigtsmæssige (negative) reaktioner på og overbevisninger om behandlingen og skabe nogle optimistiske og realistiske forventninger til interventionen i familien.

3) Diagnosticeringsfasen

Gennem denne fase analyseres familiens styrker og svagheder, relationerne mellem individerne internt i familien og mellem familien og andre systemer. I analysen er der særligt fokus på adfærd og interaktionsmønstre. Terapeuten søger at synliggøre relationerne og konsekvenser af adfærdsmønstre.

4) Adfærdsforandringsfasen

Det primære er gennem træning at forandre kommunikationen og indgroede interaktionsmønstre i familien og vise alternative måder at håndtere familieproblemer på. Terapeuten strukturerer sessionen og underviser om nye færdigheder og superviserer færdighedstræningen. Desuden formulerer terapeuten nogle opgaver, som familiemedlemmerne selv skal arbejde aktivt på med henblik på at ændre og styrke kommunikationen i familien. Opgaverne er bl.a. øvelser i social og kommunikativ problemløsning for hele familien samt forældretræning i gennem støtte og opbakning at opmuntre til positiv adfærd. Desuden omfatter behandlingen kognitiv træning, gennem hvilken forældrene lærer at revurdere deres opfattelse af den unges problemadfærd og karakteren af familiens interaktion. Sigtet med den kognitive træning er at skabe bedre indsigt i familiesamspillet og den unges problemadfærd. Kommunikation og kommunikationstræning er altså en central del af modellen. Der foregår løbende gennem behandlingen en diagnosticering af familien ud fra disse centrale behandlingsdimensioner. Behandlingen kan også rettes mod den unges søskende.

5) Generaliseringsfasen

I generaliseringsfasen søges en længerevarende forandring stabiliseret ved at hjælpe familien til selv at tackle tilbagefald og nederlag og ved at etablere forbindelser mellem familien og ressourcer i lokalsam-

fundet.

Organisering

- Et og topersoners teams behandler.
- Det totale antal af kontakttimer kan variere fra 8-30 timer spredt over en 3 måneders periode, men gennemsnitligt regnes med 10 timer.
- FFT har et IT styringssystem ("Clinical Service System"), dvs. en slags journalsystem, der letter interventionsplanen, implementeringen og overskueligheden af interventionen.

Effekter

FFT har vist resultater på en række forskellige områder i form af reduktion af tilbagefald til kriminalitet, reduktion af anbringelser uden for hjemmet og forbedring af familieinteraktionen og kommunikationen inden for familien. Effekterne gælder den anviste unge, men FFT har vist sig også at have positive effekter for søskende mht. reduceret kriminalitet og anbringelser uden for hjemmet.

Som nævnt fokuserer dette notat på effekter i forhold til kriminelt recidiv og anbringelser uden for hjemmet, og her er der stor spredning i resultaterne af FFT fra forskellige målinger. I det følgende nævnes eksempler på nogle af yderpunkterne for at give et indblik i spektret af effektstørrelser. Amerikanske undersøgelser viser kriminelt recidiv på henholdsvis 50% for undersøgelsesgruppen mod 88% for kontrolgruppen (kontrolgruppen modtog alternativ behandling¹⁰) og 11% for undersøgelsesgruppen mod 67% for kontrolgruppen (kontrolgruppen var under almindeligt tilsyn) (Hansson 2001: 148 ff.). En undersøgelse viser endvidere ved en opfølgning 5 år efter behandlingen, hvor deltagerne var blevet voksne, at gruppen, der havde modtaget FFT behandling, havde et kriminelt recidiv på 9%, mens kontrolgruppen (som var under almindeligt tilsyn) var oppe på 41%.

Også søskende opviste et betydeligt lavere tilbagefald til kriminalitet end de kontrolgrupper, de sammenlignedes med (ibid.).

Tilsvarende ses resultater i forhold til anbringelser uden for hjemmet. I én undersøgelse var 11% af de FFT-behandlede anbragt ved behandlingens afslutning, mens tallet var oppe på 49% for kontrolgruppen, som havde almindelige samtaler med socialarbejdere. En anden undersøgelse viste ved behandlin-

gens afslutning anbringelsesprocenter på 18% for FFT-gruppen og 72% for kontrolgruppen (kontrolgruppen modtog alternativ behandling, jf. note 10).

Et svensk studie fra Lund viser, at 2 år efter behandlingen, udviste FFT-gruppen et kriminelt recidiv på 41% mod kontrolgruppens 82%¹¹ (Hansson 2001: 153).

Et andet nyt svensk studie fra Växjö viser imidlertid, at i en sammenligning mellem unge, der enten fik FFT behandling, sædvanlig behandling eller slet ingen behandling, var der markant færre tilbagefald til kriminalitet blandt de unge, som ingen behandling fik (15%) i forhold til de unge i FFT behandling (35%) eller sædvanlig behandling (65%) (Ferrer-Wreder m.fl. 2003: 239)¹².

I nedenstående skema sammenfattes ganske kort de grundlæggende elementer i de tre behandlingsprogrammer MST, MTFC og FFT.

Skema 1: Grundlæggende elementer i behandlingsprogrammerne MST, MTFC og FFT.

	MST	MTFC	FFT
Målgruppe	12-18-årige med alvorlige problemer i form af anti-social adfærd, aggressivitet, vold, kriminalitet, alvorlige regelbrud i skole og hjem.	8-18-årige med alvorlige problemer i form af anti-social adfærd, emotionel forstyrrelse, kriminalitet, vold, aggressivitet, alvorlige regelbrud i skole og hjem.	11-18-årige, som har udvist antisocial adfærd, kriminalitet, vold og/eller misbrugsproblemer.
Hvilke problemer/niveauer behandlingen retter sig imod	Totalt nedslag på alle niveauer (den unge, familien, omgivelser) med én gennemgående behandler. Betoner grænser for og konsekvenser af adfærd. Har specielt fokus på udvikling af forældrekompetencen.	Sætter ind på alle niveauer samtidig, har et behandlingsteam med specialiserede roller. Betoner grænser for og konsekvenser af adfærd.	Primært familiens interne kommunikation og interaktionsmønstre. Betoner familierapeutiske processer.
Behandlingens varighed og intensitet	Ca. 3-5 måneder. I alt ca. 60 kontakttimer.	Ca. 6 mdrs. placering og 12 mdrs. efterværn	Ca. 3 måneder. I alt i gennemsnit 10 kontakttimer.
Teoretisk forankring	Økologisk udviklingsteori og systemteori.	Social indlæringsteori, systemteori.	Social indlæringsteori, kommunikationsteori, systemteori

¹⁰ Behandlingens indhold er ikke nærmere beskrevet.

¹¹ Det er ikke angivet, hvilken indsats kontrolgruppen modtog.

¹² Der er ikke angivet nogen nærmere forklaring på dette afvigende resultat.

Behandlingsteknologi	Kognitiv adfærdsterapi	Kognitiv adfærdsterapi, individuel terapi, familierterapi.	Kognitiv adfærdsterapi, familierterapi
Effektmål/udfaldsmål¹³	Kriminel recidiv, anbringelser uden for hjemmet	Kriminelt recidiv, institutionsplaceringer	Kriminelt recidiv, anbringelser uden for hjemmet
Effektstørrelse	Stor spredning: Fra ingen effekt (Canada) til en reduktion i kriminelt recidiv fra 71% til 22% (USA). Reduktion i antal dage anbragt uden for hjemmet med 50% (USA), også på dette område viser evalueringen fra Canada ingen effekt.	Reduktion i kriminelt recidiv fra 63% til 44%. Reduktion i antal dage anbragt i lukket institution med 33%.	Stor spredning: Fra negativ effekt (Sverige) til reduktion i kriminelt recidiv fra 67% til 11% (USA) og 82% til 41% (Sverige). Reduktion i anbringelser uden for hjemmet fra 72% til 18% og fra 49% til 11% (USA)
Implementeret	USA, Canada og Norge	USA og Sverige	USA og Sverige

Programmer rettet mod yngre/små børn

Som tidligere nævnt er valget af programmer bl.a. begrænset af, at en del evidensbaserede metoder retter sig mod små børn, som ikke er målgruppe for nærværende papir. For en mindre del af ungdomsproblemer gælder det imidlertid, at forløbere for problemerne kunne have været diagnosticeret i en tidligere alder. Det forudsætter dog, at forskellige faggruppers (pædagogers, læreres, socialrådgiveres mv.) diagnosticering af små børns problemer informeres af og baseres på empiriske forskningsresultater i højere grad, end tilfældet er i dag, således at man med en vis sikkerhed kan udskille de børn, hvis udadreagerende adfærd i en ung alder kan prædicere en senere antisocial udvikling. Hvis en sådan diagnosticering kan foretages relativt præcist, vil programmer for børn i yngre aldre også kunne have et præventivt potentiale i forhold til ungdomsproblemer.

I det følgende vil der ganske kort blive peget på to sådanne programmer - Parant Management Training (PMT) og The Incredible Years: Parent, Child and Teacher Training Series (IYS). De valgte programmer sigter begge på at styrke forældrenes opdragelseskompetence og børnenes kognitive og sociale udvikling

¹³ De enkelte evalueringer har også andre udfaldsmål som styrket familiesammenhørighed, forbedret mentalt helbred hos forældre, mindskede adfældsproblemer hos de unge og søskende, forbedrede forældre-færdigheder mm., men i dette notat er udvalgt de mest gennemgående og sammenlignelige effektmål, som er kriminelt recidiv og anbringelser uden for hjemmet.

Parent Management Training (PMT)

Programmet er udviklet i USA, men implementeres i Sverige og Norge, hvor igangværende evalueringer finder sted.

Målgruppen er forældre til børn i alderen 3-12 år med adfærdsforstyrrelser eller antisocial adfærd. PMT kan sættes ind overfor adfærdsvanskelige børns forældre i forskellige kontekster - skolen, daginstitutionen, forvaltningen, sundhedsplejen m.v.

Det teoretiske fundament er social indlæringsteori, som står beskrevet i afsnittet om MTFC, og den konkrete behandlingsteknologi sigter på indlæring og udvikling af nye færdigheder (kognitiv adfærdsterapi).

Den konkrete metode indeholder undervisning af forældre i forældrefærdigheder. Det kan for eksempel være undervisning om, hvordan man leger med og positivt støtter sit barn, hvordan man fører tilsyn med sit barn, har føling med hvad det laver og med hvem, løser konflikter og samarbejder. Der undervises desuden om de tanker, der ligger til grund for den sociale indlæringsteori om, hvad der fremmer børns henholdsvis negative og positive adfærd. Ideen er, at adfærdsændringer må ske i et konkret samspil mellem forældre og børn, og ikke blot gennem en ændret kognitiv forståelse.

Behandlingen er struktureret i ugentlige møder med forældrene, telefonkontakt mellem møderne, strukturerede samspilsobservationer, rollespil og hjemmeopgaver, hvor forældrene træner de færdigheder, som de undervises i i rollespillene. Alle møder med forældrene optages på video, og gennemgås og evalueres efterfølgende i behandlingsteamet. Dette sker både for at analysere forældrenes fremskridt og planlægge de videre sessioner og for at evaluere behandlingsintegriteten, dvs. om terapeuterne følger de behandlingsmæssige forskrifter.

Ifølge randomiserede studier har PMT vist signifikant større effekt i forhold til at reducere børns antisociale adfærd end ingen behandling, forældregruppediskussioner uden supervisor og traditionelle terapier, som tilbydes på klinikker i USA og Norge (Hansson 2001, Forgatch, præsentation på Atferdssenterets konference, Oslo d.3. november 2003).

The Incredible Years: Parent, Child and Teacher Training Series (IYS)

Programmet er udviklet i USA af Carolyn Webster-Stratton, men implementeres i Canada, Storbritannien, Norge og Sverige.

Målgruppen er børn i alderen 2-8 år med risiko for eller med konstaterede adfærdsproblemer (høj grad af aggression, trodsighed, modstand og impulsiv adfærd).

IYS består af tre omfattende moduler rettet mod forældre, børn og lærere. Hensigten er at fremme emotionelle og sociale kompetencer og forebygge, reducere og behandle emotionelle og adfærdsmæssige problemer hos børnene.

De tre programmer (hvoraf forældreprogrammet er basismodulet) anvender som primær metode video-vignetter - dvs. små videosekvenser, der viser børn i dagligdags situationer og konflikter - til at fremme gruppediskussioner, problemløsning og udveksling af erfaringer og ideer.

I forældreprogrammet samles forældre i grupper med gruppeledere, og programmet fokuserer på forældrefærdigheder, der fremmer børnenes sociale kompetencer og reducerer adfærdsproblemer. For eksempel lærer forældrene at lege med børnene, at give og modtage støtte, sætte grænser, kontrollere vrede og løse problemer. Programmet tænker ikke kun på behandlingen i selve sessionerne, men tager også hånd om fx transport og børnepasning, mens forældrene er på kursus, for at lette deres deltagelse og sikre opbakning fra dem. Forældreprogrammet varer 12-22 uger.

Programmet for lærere (både skole- og førskolelærere) fokuserer på færdigheder hos læreren, der har positiv effekt i klasseværelset, som fx opmærksomhed over for positiv adfærd og ignorering af negativ adfærd, ros og opmuntring, proaktive undervisningsstrategier, håndtering af upassende adfærd i klasseværelset, og undervisning i empati, sociale færdigheder og problemløsning i klasseværelset.

Programmet for børn (Dinosaur school) fokuserer på at træne børnene i færdigheder som empati, venskab, kontrol af vrede, interpersonel problemløsning, skoleregler, og hvordan man bliver succesfuld i skolen. Programmet, som løber over 22 uger, er for små grupper af børn, som har udvist adfærdspro-

blemer.

Randomiserede kontrollerede evalueringer af IYS har vist signifikant effekt i form af forbedret adfærd blandt børn, forbedret forældreevne (mere positiv, effektiv og ikke-voldelig interaktion mellem forældre og børn) og forbedret samarbejde mellem børn og lærere (Ferrer-Wreder m.fl. 2003, Hansson 2001).

Diskussion

I det følgende diskuteres nogle centrale socialpolitiske pointer, der knytter sig til implementeringen af behandlingsmetoder, der potentielt kan udgøre et alternativ til anbringelser uden for hjemmet. Diskussionen samler sig under overskrifterne 1) karakteristik af de virksomme programmer, 2) hvor store er effekterne, 3) udfordringer i implementeringen og 4) tidlig indsats eller indsats i ungdomsalderen.

Karakteristik af de virksomme programmer

De tre behandlingsprogrammer har en række fællestræk, såvel i deres problemopfattelse som i de interventioner, der anvendes. De er således alle karakteriseret ved intensive multimodale tilgange, som sætter ind over for problemerne på flere niveauer og med flere metoder (FFT dog i mindre grad end MST og MTFC). De er desuden præget af systemisk/økologisk tænkning og en kognitiv adfærdsterapeutisk teknologi. Endelig vægter de ”generalisering”, dvs. at familien selv lærer at løse problemer efter behandlingsforløbet, som en integreret del af behandlingen.

Det er en generel erkendelse fra velgennemførte evalueringer af forebyggende programmer, at forebyggelse har flere positive effekter, der holder sig over tid, når de retter sig mod kompleksiteten i klienternes problemer, og når de samtidigt intervenserer på mange niveauer (i forhold til den unges personlige problemer, familierelationerne, forholdet til kammerater, skolegang/uddannelse/arbejde, fritid og skabelse af positive relationer i fritiden, sundhedsproblemer, mobilisering af nødvendige materielle og andre ressourcer mv.). Hertil kommer, at forebyggelsesprogrammer kan opvise mere positive effekter, når de er intensive, og de professionelle er tilgængelige og opsøgende og har tilstrækkelige ressourcer - ikke mindst tid - til at være dette (McWhirter m.fl. 2003, Andreassen 2003, Durlak 1997).

Endvidere er det familie- og nærmiljøbaserede programmer, som lægger vægt på kognitive elementer. Hovedvægten ligger på at ændre adfærd, indlære færdigheder og på kognition/tænkning, dvs. at lære at se konsekvenserne af en adfærd, at forstå egne motiver og udvikle nye måder at kontrollere egen adfærd på. Igen viser forskningen, at programmer som indeholder kognitive komponenter, anvender et adfærdsteoretisk begrebsapparat og fokuserer på, at de unge skal lære livsfærdigheder, har størst succes med at behandle alvorlige adfærdsproblemer og forbedre børn/unges tilpasning, uanset om behandlingen finder sted i åben forsorg eller forskellige institutionsmiljøer (Andreassen 2003: 191, Durlak 1997: 47). Resultaterne er dog også afhængige af barnets/den unges nuværende problem, hvor der peges på, at børn og unge med udadreagerende problemer får størst udbytte af disse programmer (cf. Durlak 1997).

Programmernes principper er således båret af en systemisk/økologisk tænkning, mens behandlingsteknikkerne i overvejende grad baseres på kognitiv adfærdsterapeutisk teknologi. Systemiske perspektiver på socialt arbejde har haft et vist gennemslag i dansk praksis, mens kognitivt adfærdsterapeutiske strategier traditionelt ikke har haft stor anvendelse i Danmark. Det skyldes sandsynligvis, at socialt arbejde internationalt og herhjemme bærer på en psykoanalytisk arv, der har betydet, at indsigt i personernes psykiske problems opkomst og udvikling har været anset som et centralt behandlingsmål. Adfærdsændring (eventuelt uden denne indsigt) har ikke været opfattet som et lige så lødigt behandlingsmål. I nogle perioder har adfærdsmodifikation af nogle måske direkte været opfattet som manipulerende og uetisk. Man må derfor formode, at en stærkere orientering mod kognitivt adfærdsterapeutiske programmer vil kræve en mere nuanceret metodeopfattelse og en uddannelsessatsning i socialt arbejde.

Programmerne sigter mod generalisering af færdigheder, så metoden kan leve videre i familien gennem udviklede kompetencer, også efter at behandleren har trukket sig ud af programmet. Dog skal det tilføjes, at opfølgningstiderne i de gennemførte evalueringer sædvanligvis er relativt korte (ca. 2 år), med den længste opfølgningsperiode på 4 år.

Hvor store er effekterne

Som der er gjort rede for under gennemgangen af de enkelte programmer, er der stor spredning på størrelsen af effekterne, men langt hovedparten af evalueringerne viser substantielle reduktioner af krimi-

nelt recidiv og anbringelser uden for hjemmet (jf også skema 1). Derudover har undersøgelser vist positive resultater i forhold til mere ”bløde” effekter som forbedret adfærd hos de unge og søskende (på baggrund af lærerrapporter og forældrerapporter), forbedret kommunikation og familiesamhørighed og bedre mentalt helbred hos forældrene (selvrapporteret samt medicinske journaler).

Det er imidlertid vigtigt at pointere, at programmer ikke er 100% effektive. Selv de mest effektive programmer er ikke effektive for alle unge, og det vil derfor stadig være nødvendigt at have og udvikle andre foranstaltninger (fx i form af anbringelser uden for hjemmet) til de unge, der ikke drager fordel af programmerne.

Desuden må man forvente mindre positive effekter af de amerikanske programmer i et land som Danmark, da den relative forskel i kvalitet mellem velevaluerede behandlingsprogrammer og alternative indsatser antagelig er mindre i Danmark end i USA, idet mulighederne i den danske børneforsorg i forvejen er bedre.

Endelig er selve effektbegrebet værd at overveje. Effektanalyser med klare udfaldsmål i form af registreret kriminalitet eller anbringelser uden for hjemmet er besnærende, da de på enkel og overbevisende måde formidler utvetydige resultater af behandlingen. Imidlertid må de mere bløde effektmål, som der ovenfor er angivet eksempler på, også være centrale i vurderinger af metodernes egnethed i arbejdet med unge med forskelligartede problemer. Det står klart, at disse unges problemer ikke blot består af en kriminel adfærd eller deres belastning af anbringelsessystemet. De kan desuden have en række uddannelses- og arbejdsproblemer, psykiske problemer m.m., som kan have stor betydning for deres fremtidige udviklingschancer. At de bløde effekter kan være vanskelige at måle, gør dem ikke mindre relevante, men blot mere besværlige at håndtere. Derfor vil procesevalueringer, hvor der fokuseres på, hvad der sker i selve behandlingsprocessen (frem for primært at fokusere på output), formentlig være et vigtigt supplement for at kunne belyse fordele og ulemper ved forskellige behandlingsprogrammer.

Udfordringer i implementeringen

Behandlingsprogrammer med en dokumenteret effekt kan på grund af deres multimodale tilgang, faste organisationsstrukturer og krav om høj behandlingsintegritet være vanskelige at gennemføre i den or-

ganisatoriske struktur og praksis, der i dag eksisterer i Danmark.

Gode resultater kræver således trofasthed mod programmerne. Man kan ikke blot pille elementer ud af MST eller MTFC og anvende dem isoleret, da det er afgørende i arbejdet med så strukturerede metoder, at de følges tæt og kontrolleres jævnligt. Man kan heller ikke ændre på de ressourcemæssige forudsætninger, uden at dette også vil få konsekvenser for projektintegriteten. Eksempler fra implementeringen af MST i Norge viser således, at de teams, som med størst præcision fulgte forskrifterne for behandlingen (bl.a. anvendte evalueringsredskaberne TAM og SAM) fik de bedste resultater (Terje Ogden, præsentation på Atferdssenterets konference, Oslo d.3.11.03). Denne kontrol med terapeuterne og fastlåsheden i gennemførelsen af projekterne er selvsagt en udfordring af den danske tradition for, at socialarbejderne har metodefrihed og et selvstændigt råderum. Projektintegritet giver yderst begrænset plads til, at socialarbejderne kan improvisere eller integrere andre velkendte (og måske trygge) metoder i behandlingsarbejdet.

Behandlingsintegriteten i så strukturerede programmer har også konsekvenser for lokale systemers autonomi. For eksempel kan det være en udfordring af det kommunale selvstyre, hvis et program indebærer, at socialarbejderne kun kan arbejde med én metode, med én målgruppe og måske kun med 3-6 sager, dvs. med en fastlagt ressourcefordeling. Når gode resultater endvidere er afhængigt af et tæt samarbejde mellem forskellige instanser som politi, skole, sundhedspersonale, psykologiske rådgivninger og andre professionelle, der arbejder med de unge, kræver behandlingsprogrammerne en klar organisatorisk samarbejdsstruktur og kyndighed i tværfagligt og tværsektorielt arbejde. Sammenfattende vil implementeringen af velevaluerede behandlingsprogrammer kræve opbakning fra både det politiske, ledelsesmæssige og administrative niveau i kommuner/amter, fra socialarbejderne, hvis daglige arbejde forandres markant, og fra lokale offentlige samarbejdspartnere som for eksempel skolen og politiet og private samarbejdspartnere i form af for eksempel virksomheder.

I Norge viste udfordringerne med at implementere et amerikansk koncept i et skandinavisk samfund sig således at ligge i de kommunale systemer og i behandlerkulturen med dens tradition for en ikke særlig stram styring, frem for i selve det terapeutiske arbejde med familierne (Christensen, præsentation på Familjeforums konference, Lund d.7.11.03.).

Gode resultater kræver endvidere ressourcer, og behandlingsprogrammerne er ressourcekrævende at implementere. MST terapeuter kan som nævnt kun arbejde med MST og kun med 3-6 sager, og de kræver uddannelse og løbende supervision. Imidlertid mener forfatterne til de mest refererede forskningsoversigter at kunne pege på, at udgifterne til effektive forebyggende indsatser ifølge amerikanske evalueringer i sidste ende er billigere end ingen indsats (Hansson 2001, Ferrer-Wreder 2003, McWhirter 2003, Durlak 1997)¹⁴. Man kan imidlertid ikke overføre amerikanske cost benefit målinger til en dansk kontekst. Problemernes alvorsgrad kan være forskellige fra kultur til kultur, det samme gælder prisen på de alternative foranstaltninger, der er tradition for at holde disse programmets omkostninger op imod. Graden af parathed til at fængsle unge eller sætte dem i lukkede institutioner som alternativ til de nævnte forebyggende programmer vil for eksempel i høj grad påvirke udfaldet af cost benefit målinger. Og denne parathed er næppe den samme i Danmark som i USA. Man kan således ikke bruge amerikanske evalueringer til at sige noget om eventuelle finansielle fordele ved programmerne. Hvis man afprøver og evaluerer de nævnte programmer i en dansk sammenhæng, må man imidlertid se det som betydningsfuldt også at evaluere programmernes omkostninger, sammenholdt med omkostningerne til den indsats, der ellers ville være blevet ydet.

Der foregår aktuelt i vores nabolande en del forsøg med afprøvning og evaluering af udenlandske programmer, herunder de fem programmer, der er gennemgået i dette notat. For at økonomisere med knappe ressourcer kunne det være et vigtigt led i at introducere nye behandlingsmodeller i Danmark at nyttiggøre sig den viden, som allerede er skabt i de andre nordiske lande, idet svenske og norske resultater må antages at have større anvendelsesværdi i Danmark end amerikanske resultater. Det er endvidere væsentligt, når modeller af denne art introduceres i Danmark - som det eksempelvis aktuelt forsøges med MST i Århus Amt, Århus kommune og Ringkøbing Amt - at man på højt niveau via evalueringer validerer dem under danske forhold, idet det ikke uden videre er indlysende, at amerikanske modeller fungerer godt i det danske velfærdsstatssystem og i den danske kultur.

¹⁴ I amerikanske undersøgelser er nytteværdien (cost benefit) for dette arbejdsnotats tre programmer, dvs. hvad den gennemsnitlige gevinst er pr. satset enhed (her \$), beregnet til 7 for FFT, 7 for MST og 12 for MTFC (Hansson, præsentation på Familjeforums konference, Lund d.7.11.03).

Tidlig indsats eller indsats i ungdomsalderen

Dette notat har i overensstemmelse med opgavens formulering fokuseret på programmer rettet mod større børn og unge med forskelligartede problemer, herunder adfærdsproblemer, antisocial udvikling, problemer i forhold til skole/uddannelse/arbejde, misbrugsproblemer mv. For en stor del af ungdomsgruppen, hvis problemer opstår i ungdomsårene, vil de relevante programmer således være programmer, der sættes ind i ungdomsårene.

Som før nævnt gælder det imidlertid for en mindre del af ungdomsproblemer, at forløbere for problemerne kunne have været diagnosticeret i en tidligere alder. Eventuelt så tidligt som førskolealderen. Dette gælder ikke mindst nogle af de antisociale unge, der allerede som små har udvist symptomer på aggressiv adfærd, hyperaktivitet, dårlige kammeratskabsrelationer mv. For den del af ungdomsgruppen, der har udvist symptomer mere eller mindre barndommen igennem, ville programmer, der sætter ind tidligt, således kunne have en betydelig præventiv værdi. Som eksempler på sådanne programmer er medtaget PMT og IYS. De har begge vist signifikante effekter i form af forbedret adfærd blandt børn og forbedret forældreevne, som fx mere positiv, effektiv og ikke-voldelig interaktion mellem forældre og børn. Programmerne rettet mod små børn og deres forældre er desuden ikke så intensive i deres indsats som eksempelvis MST og MTFC, og strategien i indsatsen er derved sigtet på at tage problemerne i opløbet, før de udvikler sig til de meget alvorlige ungdomsproblemer, der kendetegner målgrupperne for MST og MTFC.

En tidlig indsats er dog afhængig af, at forskellige faggruppers (pædagogers, læreres, socialrådgiveres mv.) diagnosticering af små børns problemer informeres af og baseres på empiriske forskningsresultater i højere grad, end tilfældet er i dag, således at man med en vis sikkerhed kan udskille de børn, hvis udadreagerende adfærd i en ung alder kan prædicere en senere antisocial udvikling. Hvis en sådan diagnosticering kan foretages relativt præcist, vil programmer for børn i yngre aldre også kunne have et præventivt potentiale i forhold til ungdomsproblemer.

Litteratur

Andreassen, Tore

2003 *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Statens institutionsstyrelse och Förlagshuset Gothia AB.

Durlak, Joseph A.

1997 *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*. New York: Plenum Press.

Ferrer-Wreder, Laura, H. Stattin, C.C. Lorente, J.G. Tubman & L. Adamson.

2003 *Successful Prevention and Youth Development Programs: Across Borders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hansson, Kjell

2001 *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

McWhirter, Jeffries, Benedict T. McWhirter, Ellen H. McWhirter & Robert J. McWhirter

2003 *At-risk Youth: A Comprehensive Response. For Counselors, Teachers, Psychologists and Human Service Professionals*. Toronto: Brooks/Cole.

Præsentationer

Christensen, Barnadette: *Erfaringer fra Norge. Multisystemisk behandling av ungdom med alvorlige adfærdsproblemer*. Præsenteret på Familjeforums konference: "Intensiv familjebehandling", Lund 7. november 2003.

Forgatch, Marion: *Researching the Implementation of Programs*. Præsenteret på Atferdssenterets konference: "Alvorlige adfærdsproblemer: metoder og strategier", Oslo d.3-4. november 2003.

Hansson, Kjell: *Vad säga forskningen om intensiva och manualbaserada behandlingsmodeller*. Præsenteret på Familjeforums konference: "Intensiv familjebehandling", Lund 7. november 2003.

Littell, Julia: *Systematic and nonsystematic reviews of research on the outcomes of multisystemic treatment*. Præsenteret på Nordic Campbell Centers konference: "Hvad virker - evidensbaseret politik og praksis", København d.13-14. november 2003.

Ogden, Terje: *Fra forskning til praksis*. Præsenteret på Atferdssenterets konference: "Alvorlige adfærdsproblemer: metoder og strategier", Oslo d.3-4. november 2003.

Ogden, Terje: *Norske forskningsresultater*. Præsenteret på Atferdssenterets konference: "Alvorlige adfærdsproblemer: metoder og strategier", Oslo d.3-4. november 2003.

Webster-Stratton, Carolyn: *Preventing Conduct Disorders and Strengthening Young Children's Social*

Competence: Two Studies Evaluating Parent, Teacher and Child Training in a Head Start Population.
Præsenteret på Atferdssenterets konference: "Alvorlige adferdsproblemer: metoder og strategier", Oslo
d.3-4. november 2003.