

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

## TFCO – Treatment Foster Care Oregon (1. utg.)

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) er en behandlingsmetode for ungdommer med så alvorlige atferdsvansker at de står i fare for å måtte flytte på institusjon. Målet med tiltaket er å få gode behandlingsresultater for ungdommen, slik at ungdommen heller kan bo hjemme.

### BAKGRUNN

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) er en behandlingsmetode for ungdommer med alvorlige atferdsvansker og deres familier. Overordnet er målene å oppnå gode behandlingsresultater på ungdommens vansker, og at ungdommene skal kunne bo hjemme hos foreldrene. TFCO er en multisystemisk, koordinert behandlingsform, der man arbeider med flere relevante arenaer for ungdommen parallelt, som for eksempel familie, skole, psykisk helsehjelp og fritid. I behandlingsperioden bor ungdommen midlertidig i et fosterhjem, for så å flytte gradvis hjem til foreldrene. Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) har ansvaret for metoden i Norge.

### METODE

Denne kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS og SweMed. Det er også søkt i internasjonale kunnskapsdatabaser om evidens samt innhentet informasjon om tiltaket fra tiltakseier. Litteratursøk og annen innhentet informasjon ble gjennomgått for å identifisere nordiske effektstudier, internasjonale oppsummeringsstudier og eventuelt andre norske studier om tiltaket.

### RESULTATER

Resultatene består av en vurdering av tiltakets beskrivelse, foreliggende effektstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. I denne kunnskapsoppsummeringen identifiserte vi 4 nordiske effektstudier samt 14 internasjonale oppsummeringer og vurderinger i databaser om tiltaket. Samlet sett synes studiene å kunne dokumentere effekter på kriminalitet, antall dager i innelåste betingelser, negativ atferd og rusproblemer. Det er noe mer uklart om tiltaket har effekter på psykososiale utfallsmål.

### KONKLUSJON

TFCO klassifiseres på nivå 4 som et tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

## Innledning

### Bakgrunn

Treatment Foster Care Oregon (TFCO) er en behandlingsmetode for ungdommer med alvorlige atferdsvansker og deres familier. Overordnet er målene at ungdommene skal kunne bo hjemme hos foreldrene (eller annen omsorgsbasis) gjennom å dempe ungdommens vansker, bedre foreldreferdigheter og samhandlingen og samarbeidet i familien. Ved starten av behandlingen flytter ungdommen inn i et behandlingshjem (midlertidig

fosterhjem), for etter hvert gradvis å tilbringe mer tid hjemme, og til slutt flytte hjem. Tiltaket benyttes der rene hjemmebaserte metoder, som for eksempel Multisystemisk terapi (MST), ikke har fungert, eller ikke er funnet egnet.

Atferdsvansker beskrives som opposisjonell, aggressiv og/eller



**Helene Eng**

[helene.eng@uit.no](mailto:helene.eng@uit.no)

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord, UiT Norges arktiske universitet



**Bjørn Helge Handegård**

[bjorn.helge.handegaard@uit.no](mailto:bjorn.helge.handegaard@uit.no)


Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Nord, UiT Norges arktiske universitet



**Joshua Patras**

[joshua.patras@r-bup.no](mailto:joshua.patras@r-bup.no)

Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Øst og Sør

 Engelsk sammendrag på nettsiden

ISSN 2464-2142

Tidsskriftet Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet.



destruktiv atferd som varer over tid og som bryter med normale sosiale alders-adekvate normer. Vanskene har negative konsekvenser for mennesker rundt ungdommene og hemmer barnets sosiale, emosjonelle og kognitive utvikling (Berg mfl., 2020). Alvorlige atferdsvansker hos ungdom kan for eksempel innebære rusmisbruk, trusler, vold, utøvelse av seksuelle krenkelser, ødeleggelse av andres eiendeler og skoleskulk.

Atferden kan ses på som lite hensiktsmessige strategier for å håndtere utfordringer og som manglende læring av vanlige ferdigheter og fungering. Over tid får atferden en rekke negative konsekvenser for ungdommen. Den kan lede til dårlige relasjoner med familiemedlemmer, jevnaldrende og lærere, noe som igjen kan lede til andre problemer som psykiske vansker, utenforskap og avbrutt skolegang. Barn og ungdom med atferdsvansker har større risiko for kriminalitet, frafall fra arbeidslivet, rusproblemer, samt fysiske og psykiske lidelser som voksne enn andre (se for eksempel Colman mfl., 2009; Fergusson mfl., 2005; Skogen & Torvik, 2013). Atferdsvanskene får også konsekvenser for jevnaldrende, lærere og familiemedlemmer som kan bli utsatt for hendelser som vold, trusler, ødeleggelse, mobbing og seksuelle krenkelser.

Når atferdsvansker hos ungdom har en slik karakter at familien ikke lengre klarer å håndtere problemene på egen hånd eller med hjemmebasert hjelp, har institusjonsbehandling tradisjonelt vært løsningen (Barne- ungdoms og familiedirektoratet, 2022). Dette er et samfunnsøkonomisk svært kostbart tiltak, og det har heller ikke så gode resultater. Institusjonsplassering kan medføre redusert autonomi og familiekontakt, lite hensiktsmessige straffemetoder, og smitteeffekt ved at flere ungdommer med atferdsvansker plasseres på samme sted, og kan være med på å forverre ungdommenes vansker (Dishion mfl., 1999; Gutterswijk, 2020).

Utgangspunktet for utviklingen av TFCO var at myndighetene i staten Oregon i USA på 1980-tallet la ned en rekke ungdomshjem for unge kriminelle. Det ble dermed et behov for alternative tilbud til

denne gruppen. Med dette utgangspunktet utviklet Oregon Social Learning Center TFCO-modellen basert på kunnskap de allerede hadde rundt ungdom og atferdsvansker. Senere ble modellen videreutviklet og forsket på ved senteret. TFCO hadde tidligere navnet Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC; [tfcoregon.com](http://tfcoregon.com)).

I Norge er det Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) som har ansvaret for metoden.

### Beskrivelse og materiell

TFCO er grundig beskrevet gjennom norske ([nubu.no](http://nubu.no)) og amerikanske nettsider ([www.tfcoregon.com](http://www.tfcoregon.com)), en rekke manualer, et bokkapittel (Christensen & Ervik-Jeannin, 2017) og som en del av diverse artikler (se for eksempel Ervik-Jeannin, Lønnum & Christensen, 2021; Hukkelberg & Ervik-Jeannin, 2022).

På norsk finnes det en organisasjonsmanual (Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge [NUBU], 2021) som beskriver implementering av TFCO i Norge. Manualen er først og fremst ment som en ressurs for ledere i implementeringsarbeidet. I denne beskrives organisering og gjennomføring av tiltaket, de ulike aktørers rolle, teoretisk forankring, samt en rekke praktiske, organisatoriske og juridiske faktorer for implementering av modellen i Norge.

På engelsk finnes det en rekke manualer som beskriver ulike deler av gjennomføring av tiltaket: TFCO-A Foster Parent Recruitment Manual, TFCO-A Foster Parent Manual, TFCO-A Foster Parent Training Manual, TFCO-A Skills Coach Training Manual, TFCO-A Skills Coach Manual, TFCO-A Individual Therapy Manual, TFCO-A Family Therapy Manual, TFCO-A Behavior Plan, TFCO Team Lead Manual (Treatment Foster Care Oregon, u.d.).

### Målsetninger og målgruppe

Målsetningene til programmet er overordnet at ungdommen skal kunne flytte hjem til foreldrene etter behandlingen, gå på skole og unngå kriminalitet/rus eller annen negativ atferd. Det er også et mål at ungdommen skal etablere positive og

gode vennerelasjoner samt delta i positive aktiviteter på fritiden. Tiltaket er individuelt, og de helt konkrete målsetningene bestemmes av ungdommen selv, foreldrene og barnevernet i samarbeid med TFCO-teamet i hvert tilfelle (NUBU, 2021; Christensen & Ervik-Jeannin, 2017).

Målgruppen for tiltaket er ungdom i alderen 12 til 18 år med alvorlige atferdsforstyrrelser og som har minst én omsorgsperson som de kan flytte tilbake til. Ungdommene har alvorlige og sammensatte vansker, og ofte har mange andre hjelpetiltak vært forsøkt tidligere uten at man har oppnådd nødvendige atferdsendringer. Inklusjonskriterier for tiltaket er blant annet at ungdommen utøver gjentatte kriminelle handlinger, har emosjonelle og psykiske plager, har vansker på skolen og utøver fysisk aggresjon og trusler (NUBU, 2021). Tiltaket er et alternativ til institusjonsbehandling.

## Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

### Multisystemisk

TFCO er en multisystemisk, koordinert behandlingsform. Det vil si at man i tiltaket arbeider på flere relevante arenaer rundt ungdommen parallelt, som for eksempel: familie, skole, psykisk helsehjelp og fritid. Behandlingen gjennomføres av et TFCO-team bestående av behandlingsleder, behandlingshjem, behandlingshjemkonsulent, individualterapeut, familieterapeut og ferdighetstrener. Rollene til alle medlemmene i teamet er beskrevet i organisasjonsmanualen, og det er utarbeidet kliniske manualer for hver rolle. Samlet sett sørger de for en helhetlig og individuelt tilpasset behandling til hver enkelt ungdom og familie. Teamet arbeider både direkte med ungdommen og familien, og utadrettet mot andre arenaer som er viktige i ungdommens liv som for eksempel skole, BUP, NAV og lokalt barnevern.

I behandlingsperioden bor ungdommen midlertidig i et fosterhjem, kalt behandlingshjem, for så å flytte gradvis hjem til foreldrene. Ungdommen får oppfølging gjennom hele programmet uavhengig av hvor ungdommen bor. Samtidig får både behandlingshjemmet og familien veiledning og

oppfølging fra TFCO-teamet. TFCO-teamet møtes én gang i uken for å informere hverandre, diskutere kliniske problemstillinger og planlegge en koordinert videre behandling. Teamet er også tilgjengelig for ungdommen, familien og behandlingshjemmet hele døgnet, alle dager i uken.

### Organisering og roller

*Behandlingsleder* er leder for TFCO-teamet. Hen har det overordnede ansvaret for å sikre at behandlingen blir så god som mulig og koordinerer prosesser i behandlingen. Behandlingsleder tar alle beslutninger knyttet til ungdommene i programmet, inkludert hvem som kan være med i programmet og når behandlingen skal avsluttes. Leder skal være oppdatert på alt som foregår i behandlingen og sikre god informasjonsflyt mellom de ulike medlemmene.

*Behandlingshjemmet* er en vanlig familie der ungdommen bor midlertidig. De voksne har fått opplæring i TFCO, og de mottar i tillegg støtte og veiledning gjennom perioden ungdommen bor hos dem. Én av de voksne er heldagsengasjert i TFCO. I behandlingshjemmet skal ungdommen trene på normalt hverdags- og familieliv med og oppleve varme, omsorg, trygghet og stabilitet.

*Ungdomsterapeuten* møter ungdommen hver uke. Hen skal hjelpe ungdommen med det ungdommen opplever som sine utfordringer. I tillegg skal terapeuten hjelpe ungdommen med å utvikle ferdigheter for å bygge gode relasjoner til familie og andre rundt seg, samt å håndtere utfordringer i livet på en mer hensiktsmessig måte enn tidligere. Ungdomsterapeuten er ungdommens representant inn i teamet, og skal sikre at ungdommens interesser blir tilstrekkelig ivaretatt i de beslutningene som tas der.

*Ferdighetstreneren* møter ungdommen cirka én gang i uka, for å trene på konkrete sosiale ferdigheter i ungdommens nærmiljø. Gjennom denne treningen er målet at ungdommen utvikler bedre sosial kompetanse, problemløsningsferdigheter og andre ferdigheter som er nødvendige for å fungere godt i sitt miljø.

*Familieterapeuten* følger opp familien (omsorgspersonene) til ungdommen. Terapeutens oppgave er å hjelpe familien med å legge til rette for at det skal fungere at ungdommen på et senere tidspunkt flytter hjem igjen. Terapeuten identifiserer barrierer og ressurser i familien som har betydning for at familien fungerer godt, og jobber med foreldrene og familien med disse faktorene. Målene er å hjelpe foreldrene til å reetablere gode relasjoner og bedre samspill med ungdommen sin, men også hjelpe dem med å håndtere utfordringer som kan komme når ungdommen flytter tilbake. Terapeuten har også som oppgave å ivareta foreldrenes behov i behandlingsforløpet, og er deres talsperson inn i teamet. Familieterapeuten møter foreldrene én gang i uken eller mer.

*Behandlingshjemkonsulenten* har ansvar for rekruttering, opplæring, støtte og veiledning av behandlingshjemmene, sammen med behandlingsleder. Behandlingshjemkonsulenten monitorerer og dokumenterer utviklingen i hvert behandlingshjem gjennom daglig kontakt, og har praktisk administrativ oppfølging av hjemmene med hensyn til kontrakter, godtgjøringer og lignende.

### **Forløpet i behandlingen**

En fullført TFCO-behandling tar ca. 9–12 måneder og har 3 nivåer. Det er behandlingsleder som vurderer når programmet skal avsluttes.

Nivå 1 har en varighet på 3–5 uker. På dette nivået kartlegges situasjonen til ungdommen. Det legges vekt på å etablere gode relasjoner og stabilitet rundt ungdommen, og å legge til rette for behandlingen som kommer senere. TFCO-teamet blir kjent med ungdommens styrker og behov, slik at de kan tilpasse behandlingen. Det legges særlig vekt på at ungdommen skal finne seg til rette i behandlingshjemmet, og oppleve trygghet og omsorg fra behandlingshjem og terapeuter. I tillegg forberedes de neste behandlingsfasene, rammebetingelser avklares, og det arbeides med å skape en motivasjon for behandlingen. Familien starter samtidig å møte familieterapeuten, som regel uten ungdommen til stede.

Nivå 2 varer vanligvis i 3–6 måneder. På dette nivået jobber man med mål om å redusere negativ atferd og vanskelige følelser, samt å styrke sosiale ferdigheter og positive aktiviteter hos ungdommen. Ungdommen bor fortsatt i behandlingshjemmet, og det legges stor vekt på at ungdommen opplever trivsel, trygghet og mestring. I denne fasen legges det til rette for at ungdommen og familien skal fungere bedre sammen, og ungdommen begynner med hjemmebesøk. Frekvensen av hjemmebesøkene øker etter hvert og tilpasses situasjonen i den enkelte familie. Disse planlegges og evalueres i familieterapien, og ungdommen deltar på disse møtene sammen med familien og familieterapeuten.

Nivå 3 kalles generaliseringsfasen. I denne fasen skal ungdommen etter hvert bo helt hjemme hos familien. Formålet med denne fasen er å etablere endringene som ble oppnådd under nivå 2, og at ungdommen og familien gradvis blir mindre avhengig av støtte fra TFCO-teamet. Hvor lenge fase 3 varer, og hvor mye støtte familien og ungdommen får fra teamet, tilpasses individuelt.

### **Elementer, metoder og prinsipper i behandlingen** *Poengsystem*

Et poengsystem benyttes i behandlingen, der positiv og prososial atferd gir poeng som kan byttes inn mot goder som ungdommen selv har innflytelse på hva skal være. Atferdsmål kan typisk være helt vanlige handlinger som skal til for å fungere i en normal hverdag som å stå opp, spise frokost, gå på skole og gjøre lekser. Poengsystemet følges opp med positive tilbakemeldinger, og det skal sikres at målene utformes på en slik måte at ungdommen også opplever mestring. Hensikten med poengsystemet er å benytte ytre motivasjon som en faktor for å endre atferd – som ungdommen i utgangspunktet ikke er motivert for, slik at erfaringene skal skape indre motivasjon, for å opprettholde forbedret atferd etter hvert. I tillegg er systemet med på å tydeliggjøre normal atferd, synliggjøre hva ungdommen mestrer, og gi mulighet for færre negative tilbakemeldinger og konfliktsituasjoner, når ungdommen ikke gjør det som er ønskelig.

*Individuell tilpasning og fleksibilitet*

TFCO-behandlingen er individuell. Selv om programmet er manualbasert, er ikke behandlingen lik for alle. Strukturene, komponentene og krav til kompetanse for TFCO-teamet er utviklet nettopp for å sikre at behandlingen blir individuelt tilpasset den enkelte ungdom og familie sine behov, utfordringer og ressurser.

*Vektlegging av positive relasjoner*

Ungdommer i TFCO-programmet har ofte mange negative erfaringer fra samhandling med familie, venner, skole og andre. De har mye erfaring med negative tilbakemeldinger og karakteristikk som for eksempel at de er late, slemme og håpløse. I TFCO forstås atferdsproblemer som et resultat av uheldige interaksjoner med omgivelsene, heller enn som egenskaper ved ungdommen. Det er derfor et grunnleggende terapeutisk prinsipp i programmet å vektlegge relasjonene ungdommene er en del av. Det er viktig at ungdommen opplever varme, gode og oppbyggende relasjoner til andre mennesker tidlig i programmet. Videre arbeides det aktivt med samspillsutvikling gjennom programmet for å gjenopprette varme og trygge relasjoner til ungdommens nærmeste tilknytningspersoner.

*Foreldreferdigheter*

Man jobber med foreldreferdigheter i programmet på tre områder: positiv involvering, tilsyn og effektiv grensesetting. Positiv involvering handler om å skape gode relasjonserfaringer kjennetegnet av varme og gjensidighet. I dette ligger det å gi ungdommen ros, anerkjennelse og mestringfølelse, men også gode relasjonelle erfaringer gjennom å gjøre noe hyggelig sammen. Tilsyn handler om at foreldrene følger med på hvor ungdommen er, for å minimere kontakt med negative venner og negative handlinger. Effektiv grensesetting forstås som å gjennomføre hensiktsmessig grensesetting på en trygg, konsekvent og forutsigbar måte. I tillegg arbeides det familieterapeutisk med å bedre samarbeid, samhold og problemløsningsferdigheter i familien.

*Minimere kontakt med negative venner.*

En del vennerelasjoner kan være ødeleggende for det endringsarbeidet man forsøker å få til i TFCO. Det er derfor et mål å redusere denne kontakten samtidig som man prøver å etablere nye, positive vennerelasjoner og fritidsaktiviteter. Hvordan dette gjøres er helt individuelt og avhengig av situasjonen.

*Skole eller annen dagaktivitet*

Å gjennomføre skolegang eller å ha annen dagaktivitet er en viktig beskyttelsesfaktor for å tilpasse seg samfunnet. Derfor settes det mye ressurser inn i programmet for å få skole- eller annen dagaktivitet til å fungere for ungdommen.

**Det teoretiske grunnlaget for metoden**

Det teoretiske grunnlaget for TFCO er blant annet beskrevet i organisasjonsmanualen (Christensen mfl., 2017). TFCO er forankret i flere teorier; systemteori/økologisk teori (Bronfenbrenner, 1979), sosial læringsteori generelt/teorien om tvingende samspill (Patterson, 1982) og tilknytningsteori (Bowlby, 1958). Metodene som inngår i programmet, er også forankret i empiri om hvilke faktorer som innebærer risiko for utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker og hvilke faktorer som kan motvirke utvikling av vansker. I tillegg er terapikomponentene (familieterapi, individualterapi og ferdighetstrening) basert på ulike teoretiske grunnlag. De ulike teoriene belyser aspekter som medvirker til utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker, og de ligger dermed også til grunn for intervensjonene og strukturen i modellen. Det legges imidlertid vekt på at familier er ulike og at det er ulike årsaker til ungdommers vansker fra familie til familie. Faktorer som omsorgssvikt, traumer og overgrep kan ligge til grunn for vanskene. Det beskrives derfor at det er viktig å se teoriene i sammenheng, og at terapeutene har nødvendig kompetanse til å avdekke om og i hvilken grad pågående eller tidligere mishandling eller traumatisering er faktorer som bidro til utvikling eller opprettholdelse av årsaken til atferdsuttrykket hos ungdommen.

### Systemteori/økologisk teori

Systemteori eller økologisk teori innebærer en forståelse av at et individs atferd, følelser og tanker er et resultat av et komplekst samspill med omgivelsene, der mange faktorer har innflytelse på hverandre i dynamiske interaksjoner. I tråd med Bronfenbrenners økologiske modell beskrives det hvordan faktorer i miljøet rundt et barn, direkte og indirekte har innflytelse på barnets utvikling (Bronfenbrenner, 1979). I modellen deles miljøet inn i fem nivåer som har ulik avstand til barnet og dermed ulik grad av betydning for barnets utvikling. Det nærmeste nivået kalles for mikrosystemet. Dette er situasjoner der barnet samhandler med andre mennesker direkte og fysisk. Nivåene utenfor mikrosystemet er mesosystemet (relasjonen mellom de ulike mikrosystemene), eksosystemet (arenaer der barnet ikke er til stede, men der det tas beslutninger eller foregår hendelser som indirekte har betydning for barnet), makrosystemet (de kulturelle betingelsene barnet lever i) og kronosystemet (hendelser i livshistorien til barnet). Menneskene i mikrosystemet og aktivitetene som foregår der, anses å ha størst betydning for barnets utvikling, det vil si samhandlingen med de nære omsorgspersonene. Derfor legges det i TFCO vekt på å veilede familien, og å reetablere gode relasjoner mellom familien og ungdommen. Jo eldre barn blir, jo større betydning har samhandling med mennesker på andre arenaer enn familien for deres utvikling. Et sentralt poeng med Bronfenbrenners økologiske modell er at alle nivåene påvirker hverandre gjensidig til enhver tid og må ses på som et dynamisk system i stadig bevegelse. Nettopp derfor er TFCO-modellen strukturert slik at man jobber med flere av mikrosystemene rundt ungdommen, parallelt og koordinert, samt med andre betingelser i ungdommens miljø som har direkte eller indirekte betydning for ungdommens sosiale og emosjonelle utvikling. TFCO-behandlingen bygger på en forståelse av at atferdsproblemer ikke er egenskaper ved ungdommen selv, men noe oppstår og opprettholdes som en del av spillet med omgivelsene (NUBU, 2021).

### Sosial læringsteori/Teori om tvingende samspill

Sosial læringsteori har å gjøre med regulerings-systemer for atferd (Bandura, 1977). Den beskriver

blant annet hvorfor vi velger en type atferd fremfor en annen. Atferden vår er ikke kun en automatisk respons på ytre stimuli, men et valg vi gjør basert på en vurdering av mulige konsekvenser. Vi lærer gjennom erfaring og observasjon hvilke mulige konsekvenser ulike typer atferd har. Dette skaper en forventning om at en type atferd vil lede til en antatt respons. Er responsen ønskelig eller behagelig, øker sannsynligheten for at vi velger å gjenta atferden. Sentrale elementer i valg av atferd er forsterkning og motivasjon. Motivasjon knytter seg til om det er forventet at konsekvensen av en handling er behagelig/ønskelig eller om den er uønsket. En forsterker er en faktor som øker sannsynligheten for en atferd. En forsterker kan være en erfaring om at en atferd har en positiv konsekvens. Dette øker sannsynligheten for at man velger denne atferden igjen. Forsterkere kan øke sannsynligheten for både negativ og positiv atferd. I TFCO har ungdommene allerede utviklet mye negativ atferd, og målet er å endre denne. Tenkningen fra læringsteori om å forsterke og motivere positiv atferd, inngår som en del av metodikken.

Teorien om tvingende samspill (Patterson, 1982) retter seg mot atferdsvansker spesielt og bygger på sosial læringsteori, samt forskning på familier der barna har atferdsvansker. I denne teorien hevdes det at den viktigste faktoren for utvikling av atferdsvansker er et negativt og tvingende samspillsmønster (gjensidig tvang, press og aggresjon) mellom barn og foreldre (Patterson, 1982). I slike samspill reagerer både barnet og foreldrene på den andres atferd med sinne og fiendtlighet. Foreldrene sliter med å finne hensiktsmessige måter å håndtere barnet på, og oppdragelsen preges av liten konsistens og negative strategier som kjefting, trusler og hard straff. Barnet svarer på dette med liknende strategier som ulydighet og skriking. På denne måten forsterker barnet og foreldrene hverandres negative reaksjoner og atferd på en måte som leder til et konfliktnivå som stadig eskalerer. Barnet lærer seg negative måter å relatere seg til andre mennesker, som det videre kan ta med seg inn i skole- og vennesituasjoner. Denne teorien ligger til grunn for at foreldreveiledning er en sentral del av programmet, og at man gjennom denne kan hjelpe for-



eldrene til å velge andre strategier i møte med ungdommenes utfordrende atferd, som oppleves bedre for ungdommen og er mer effektiv i praksis.

### **Tilknytningsteori**

Tilknytningsteori beskriver hvordan barn knytter seg til sine nære omsorgspersoner, og er som oftest beskrevet som spedbarnets instinktive evne til å knytte seg til sine nærmeste voksne. Dette øker sannsynligheten for at barnet får tilfredsstillende fysiologiske og følelsesmessige behov som behov for mat og søvn og trøst (Bowlby, 1958). På hvilken måte barnets tilknytningsbehov blir møtt, kan blant annet ha betydning for utvikling av evner til å håndtere stress og å regulere følelser (Schore, 2001). Også senere i livet har tilknytning til andre betydning (Nickerson & Nagle, 2005). I TFCO jobber man derfor aktivt for å gjenopprette gode relasjoner mellom ungdom og omsorgspersonene, samt å skape en trygg og positiv relasjon mellom ungdommen og behandlingshjemmet. Dette anses som nødvendig for å oppnå effekt av behandlingen, og kvaliteten på relasjonen monitoreres fortløpende slik at tiltak kan iverksettes dersom den ikke har tilstrekkelig kvalitet (Christensen mfl., 2017). Det arbeides i tillegg med å danne gode, nære relasjoner til andre voksne i ungdommens nettverk.

### **Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostnader**

Det er en rekke prosedyrer for å kvalitetssikre flere ulike aspekter ved gjennomføringen av programmet.

#### **Organisering, kontrakter og forankring**

Implementering av TFCO må være forankret i Bufetats ledelse, og en person med tilstrekkelige beslutningsfullmakter i Bufetats regionsledelse vil ha løpende kontakt med NUBU. Det er beskrevet i organisasjonsmanualen hva som kreves av ressurser og tilrettelegging for implementering. Det anbefales at TFCO-programmet drives som en selvstendig økonomisk enhet innen Bufetat.

Juridisk er TFCO definert som en barnevern-institusjon, og regionen må påse at det eksisterer rutiner for oppfyllelse av plikter som følger av dette, herunder forskrift om krav til internkontroll i

barnevern-institusjoner. Statsforvalteren fører tilsyn med institusjonen og behandlingen ungdommene mottar.

Det skrives kontrakter mellom TFCO og behandlingshjemmene, mellom TFCO og kommunen og mellom TFCO og familien, som skal sikre at alle er kjent med de forpliktelser og forventninger som gjelder i programmet.

#### **Kostnader**

Bufetat må dekke kostnader til personalressursene i tiltaket, samt for reiser og opphold i forbindelse med opplæring og sertifisering. Veiledning og materiell tilbys gratis fra NUBU.

#### **Kvalitetssikring av hvem som får tilbudet**

Når det gjelder hvilke ungdommer som skal få tilbudet, så er inklusjons- og eksklusjonskriteriene for disse grundig beskrevet i organisasjonsmanualen. Det er også beskrevet hvem som kan fatte vedtak om en ungdoms plassering i TFCO og etter hvilke lovhjemler.

#### **Kvalitetssikring av behandlingshjemmene**

Rekruttering av behandlingshjem følger en egen rutine beskrevet i manualen. Hjemmene mottar opplæring i TFCO. Opplæring må være godkjent og hjemmet vurdert som egnet før kontrakt skrives og de kan ta imot en ungdom. Underveis i behandlingen støttes hjemmene ved tett oppfølging og veiledning fra teamleder.

#### **Kvalitetssikring av behandlingsteamene**

Medlemmene av behandlingsteamet må ha høy faglig kompetanse, fleksibilitet og gode samarbeidsferdigheter. For å sikre tilstrekkelig kompetanse hos ansatte må alle ansettelser i teamet gjøres i et samarbeid mellom Regionen og NUBU. I organisasjonsmanualen beskrives hvilken formell kompetanse de ulike medlemmene i teamet må ha. Teamleder og terapeuter må være psykologer. I de andre rollene er det andre kompetansekrav.

Behandlingsteamene får en fire dagers grunnopplæring, etterfulgt av ukentlige telefonkonsultasjoner og månedlige gruppeveiledninger fra NUBU. Etter en driftsperiode på minimum ett år og

totalt syv vellykkede saker, kan teamet bli sertifisert, etter å ha blitt vurdert på en rekke ferdigheter. TFCO-teamet må re-sertifiseres jevnlig for å opprettholde sertifiseringen. Etter sertifisering mottar teamet konsultasjoner og veiledning fra NUBU. I tillegg arrangeres det vedlikeholdsseminarer, og det legges til rette slik at terapeuter deltar på relevante spesialistprogrammer for psykologer.

### Evalueringer underveis

Det gjennomføres evalueringer tre ganger i året av TFCO-driften på faktorer som saksmengde, behandlingstid, metodeintegritet og resultater av behandlingen. Intensjonen er å avdekke om det er behov for justeringer i organisasjonen, for å opprettholde optimale vilkår for gode resultater.

### Teamleders rolle i løpende kvalitetssikring

Innad i hvert team kvalitetssikres behandlingen ved at teamleder har det overordnede ansvaret og oversikten over alt som foregår i behandlingen. Hvert team utvikler interne kvalitetssikringsrutiner knyttet til veiledning og kommunikasjon.

### Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å vurdere om TFCO kan være virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge.

## Metode

Litteratursøk etter studier om tiltaket ble gjennomført i databasene Embase, Medline og Psykinfo, NORART, Cochrane, Google scholar, NORA, SCOPUS, SweMed, Campbell, NREPP, NICE, Blueprint, CEBC, Vidensportalen, Metodguiden, Cinahl og EIF. Søkedato: 24.04.2021. I tillegg ble tiltakseier i Norge kontaktet og bedt om å sende inn dokumentasjon som ikke ble fanget opp av søket, som for eksempel manualer, veiledere, upublisert forskningsdokumentasjon, implementeringsstrategier og kvalitetssikringsrutiner. To forskere gjennomgikk forskningsdokumentasjonen uavhengig av hverandre og identifiserte den aktuelle litteraturen for nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer, samt andre norske evalueringer i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen mfl., 2019).

## Resultater

### Resultater fra litteratursøk

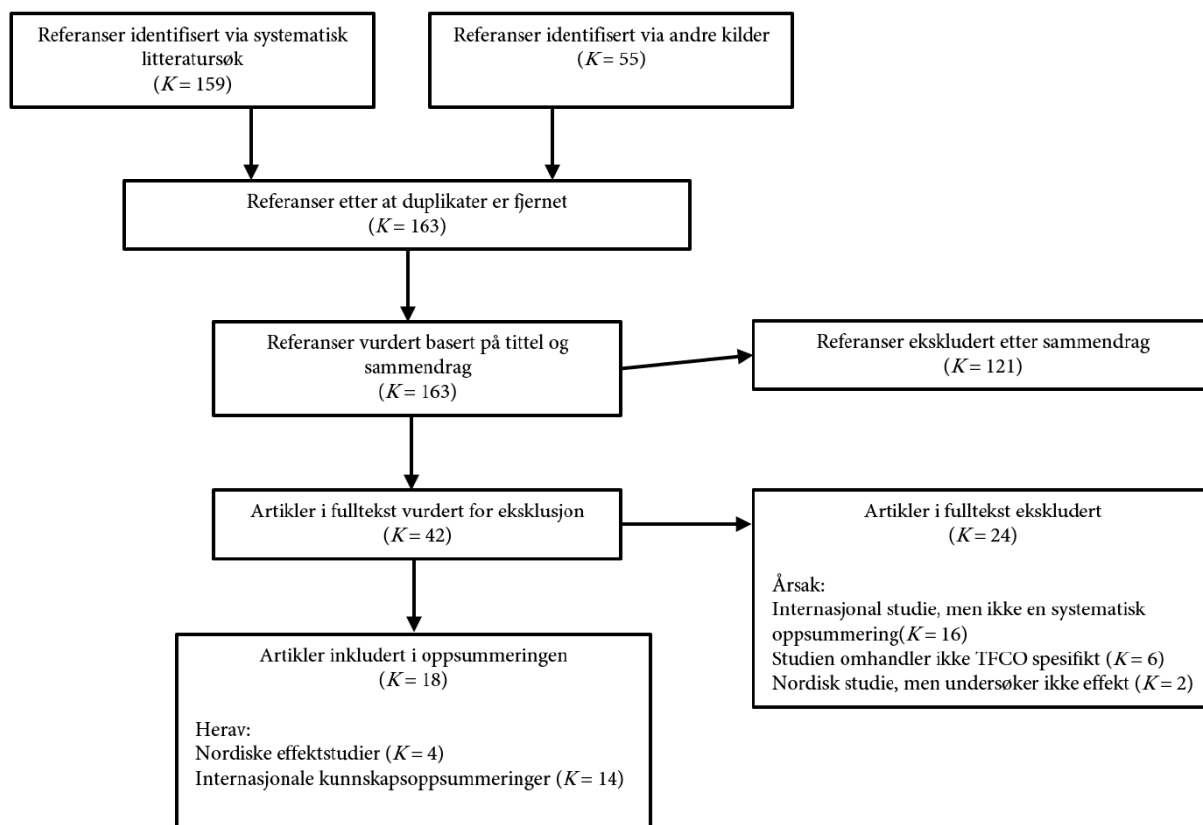
Litteratursøket og informasjon fra tiltakseier resulterte i 214 treff hvorav 42 artikler ble lest i fulltekst og totalt 19 artikler ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen (se figur 1). Til sammen 16 internasjonale studier ble ekskludert fordi de ikke var systematiske kunnskapsoppsummeringer, seks ble ekskludert fordi de ikke omhandlet TFCO spesifikt, og to nordiske studiene ble ekskludert fordi de ikke omhandlet tiltakets effekt. Av de 17 inkluderte artiklene var det fire nordiske effektstudier (se tabell 2, Bergström & Højman, 2016; Hansson & Olsson, 2012; Hukkelberg Ervik-Jeannin, 2022; Westermark mfl., 2011) og 14 systematiske kunnskapsoppsummeringer eller vurderinger i databaser for evidens (Bidonde & Meneses, 2017; Blueprints, u.å ; CEBC, 2021; EIF, 2021; Gutterstwiik mfl., 2020; Kunnskapscenteret, 2006; Ladner-Graham, 2020; MacDonald & Turner, 2007; Osei mfl., 2016; Sosialstyrelsen, 2021; SBU, 2018; Turner & MacDonald, 2011; Tripodi og Bender, 2011; Åström mfl., 2020).

### Gjennomgang av beskrivelser

På norsk er tiltaket særlig grundig beskrevet i organisasjonsmanualen. For vurdering av tiltakets beskrivelse, se tabell 1. Problembeskrivelse, altså bakgrunnen og behovet for tiltaket er godt beskrevet både i organisasjonsmanualen (NUBU, 2021), nettsider, bøker og artikler. Målgruppen er beskrevet i organisasjonsmanualen gjennom presise inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre kommer det også frem der hva som er målsettingen med tiltaket, og det beskrives hvordan de konkrete sekundærmålsettingene utformes i hver enkelt behandling. I organisasjonsmanualen beskrives en rekke faktorer for hvordan tiltaket skal organiseres og gjennomføres. I tillegg er det egne manualer for de ulike behandlingsprosessene hvert medlem i TFCO-teamet har ansvaret for (Treatment Foster Care Oregon, u.d). Gjennom alle manualene beskrives prosesser som inngår i programmet, men også en stor grad av fleksibilitet og individuell tilpasning til hver enkelt familie. Oppsummert kan man si at TFCO er svært grundig beskrevet gjennom en rekke



**Figur 1**  
Flytskjema litteratursøk



manualer, vitenskapelige artikler, nettsider og i bøker.

**Tabell 1**  
Vurdering av tiltakets beskrivelse.

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse			X
Målgruppe			X
Hovedmål			X
Sekundærmål			X
Utforming av tiltaket			X
Metoder som benyttes			X
Kjerneelementer/ Flexibilitet			X
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere			X
Materiell for mottakere av tiltaket		X	
Undersøkelser som styrker beskrivelsen	X		

### Nordiske effektstudier

Det er gjennomført to ulike svenske effektevalueringer (se tabell 2) på TFCO (Bergström & Höjman, 2016; Hansson & Olsson, 2012; Westermark mfl., 2011), hvorav resultatene fra den ene er publisert i to artikler (Bergström & Höjman, 2016; Hansson & Olsson, 2012). I tillegg er det gjennomført en norsk effektevaluering (Hukkelberg & Ervik-Jeannin, 2022).

I den første svenske studien (studie 1, Westermark mfl., 2011) ble effekten av MTFC (det tidligere navnet på TFCO) undersøkt i en RCT-studie. Utvalget bestod av 35 ungdommer i alderen 12–18 år diagnostisert med atferdsforstyrrelser, der 20 ungdommer fikk MTFC og 15 ungdommer fikk vanlig behandling (Treatment as usual, TAU). Vanlig behandling bestod normalt sett ikke av manualiserte programmer, og ungdommene i denne gruppen ble plassert i institusjon, fosterhjem eller fikk hjemmebasert behandling. Noen fikk også flere typer behandlinger og plasseringer i løpet av året studien pågikk. Eksternaliserende vansker og

psykiske plager samlet sett ble undersøkt før og 2 år etter intervensjonsstart.

Den andre studien (studie 2a og 2b) er også en RCT-studie der MTFC-behandling sammenliknes med vanlig behandling for ungdom i alderen 12–17 år. Studien inkluderte 46 ungdommer med diagnostiserte atferdsforstyrrelser og som var vurdert til å være i fare for plassering utenfor hjemmet. I alt fikk 19 av ungdommene MTFC og 27 ungdommer fikk vanlig behandling. Innholdet i den vanlige behandlingen ble ikke rapportert i detalj, men via journalsystemet ble det registrert at 18 av de 27 ungdommene mottok gruppebehandling. Det opplyses videre om at vanlig behandling i Sverige normalt sett ikke er manualbasert. I studien ble behandlingsbrudd undersøkt. I tillegg ble symptomtrykk og opplevelse av sammenheng (sense of coherence) undersøkt for både ungdommene og mødrene. Data ble samlet inn før behandling, etter ett år og etter to år (Hansson & Olsson, 2012). Videre ble det via journalsystemet hentet informasjon om behandlingsprosess, kriminalitet og rus for de to gruppene hhv. ett, to og tre år etter behandlingsstart (Bergström & Højman, 2016).

Den tredje studien er en norsk pre-post studie der effekten av tiltaket ble undersøkt basert på journalførte data som inngår i kvalitetssikrings-

systemet til TFCO. Studien omfattet utviklingen til 76 ungdommer i alderen 12–18 som hadde mottatt TFCO.

### Forskningsmetodisk kvalitet

Skåring av forskningsmetodisk kvalitet for de tre nordiske studiene, er oppsummert i tabell 3.

#### Studie 1

##### Statistiske analyser.

I studie 1 (Westermarck mfl., 2011) ble det brukt adekvate metoder for å undersøke forskjeller mellom utvalgene, dvs. ANOVA for å belyse gruppeforskjeller ved baseline og generelle lineære modeller (repetert ANOVA; rANOVA) for å analysere endringsforskjeller mellom de to intervensjonsgruppene fra baseline til post. En svakhet ved studien er at utvalgsstørrelsen er relativt liten og at det ikke er gjort poweranalyser. Det er heller ikke gjort frafallsanalyser, men disse ville uansett hatt lav styrke. Det er positivt at studien hadde lite frafall (11,4 %), men beslutningen om å erstatte manglende data på post med baselineverdien fører til for lav variasjon i data (Graham, 2009). Beregningen av effektstørrelser er bare basert på postskårer. Disse effektstørrelsene samsvarer ikke med de statistiske testene av endringsforskjeller mellom gruppene som er gjort i artikkelen, men artikkelen oppgir data slik at man kan beregne effekter på basis av endrings-skårer.

Tabell 2

Inkluderte nordiske effektstudier

Note: 2a og 2b er basert på samme studie	Forskningsdesign	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
1. Westermarck, Hansson & Olsson, 2011	RCT der MTFC sammenliknes med (TAU)	Ungdom diagnostisert med atferdsforstyrrelser	35 ungdommer i alderen 12–18 år	pre og 2 år etter intervensjonsstart
2a. Hansson & Olsson, 2012	RCT der MTFC sammenliknes med TAU	Ungdom med alvorlige atferdsvansker	46 ungdommer i alderen 12–17 år	1 og 2 år etter intervensjonsstart
2b. Bergström & Højman, 2016	RCT der MTFC sammenliknes med TAU	Ungdom med alvorlige atferdsvansker	36 ungdommer i alderen 12–17 år	1, 2 og 3 år etter intervensjonsstart
3. Hukkelberg & Ervik-Jeannin, 2022	Pre-post-studie	Ungdom med alvorlige atferdsvansker, der hjemmebaserte tiltak allerede hadde vært prøvd ut	76 ungdommer i alderen 12–18 år	pre og post behandling

**Tabell 3.**  
Forskningsmetodisk kvalitet

Studie	Statistiske analyser	Måling	Indre validitet	Tro mot tiltaket	Ytre validitet	Gj. snitt
1. Westermarck, Hansson & Olsson, 2011	2	3	2,5	3	3	2,7
2a. Hansson & Olsson, 2012	2,5	2,5	2,5	3	3	2,7
2b. Bergström & Højman, 2016	1,5	3	2,5	3	3	2,6
3. Hukkelberg & Ervik-Jeannin, 2022	3	3,5	1,5	2,5	2,5	2,6

Note. Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4.

### Målinger og måleinstrumenter

Utfallsvariablene i studien var atferdsproblemer hos barna og mors emosjonelle velvære. Instrumentene som ble brukt var Child Behavior Checklist (CBCL) og Youth Self Report (YSR) for å avdekke atferdsproblemer. Symptom Checklist (SCL-90) for mors mentale helse er også inkludert, men dette instrumentet kan ikke belyse programmets målsetninger direkte. Dette er utprøvde, standardiserte måleinstrumenter med dokumenterte gode psykometriske egenskaper for målgruppene (Kornør, & Jozefiak, 2012; Reedtz & Løvereide, 2021; Siqveland, Moum & Leiknes, 2016), men Westermarck mfl. (2011) oppgir ikke indre konsistens på de åtte subskalaene i CBCL/YSR for det aktuelle utvalget. Studien kan ikke brukes til å belyse mange av målsettingene i programmet, slik som for eksempel rus, kriminalitet, vold, prososial atferd, eller hvorvidt ungdommene flytter hjem etter endt behandling da dette ikke ble kartlagt.

### Indre validitet

Det er positivt for den indre validiteten at til studien ble gjennomført som en RCT-studie der deltakerne ble fordelt tilfeldig på de to betingelsene. Sammenligningsgruppen fikk vanlig behandling (TAU). Noen svakheter med tanke på den indre validiteten er allikevel at randomiseringsprosedyren ble endret underveis i studien noe som resulterte i ulike gruppestørrelser. At individene i studien hadde ulik sannsynlighet for å havne i de to betingelsene, ble det ikke kontrollert for i analysene. Lav utvalgsstørrelse innebærer lav power til å avdekke små og moderate effekter. På denne måten trues indre validitet av små

utvalg på grunn av økt sannsynlighet for Type II-feil (falsk negativ).

### Troskap mot tiltaket

Studien rapporterer ikke data på troskap til tiltaket i studiene. Allikevel skåres denne relativt høyt da programmet har grundige kvalitetssikringsprosedyrer som antas å være fulgt i utvalget som mottok MTFC. Blant annet beskriver studien at MTFC-teamet hadde daglig kontakt med fosterforeldrene for å monitorere behandlingsprosessens progresjon.

### Ytre validitet

Den ytre validiteten i studien vurderes som relativt god da tiltaket retter seg mot en spesifikk målgruppe, og utvalget i studien representerte denne målgruppen. At det ble gjort målinger etter 2 år er også positivt for generaliserbarhet over tid. Det er ikke beskrevet i hvilke deler av Sverige studien er foretatt. Hvis deltakerne i studien er hentet fra et begrenset område noe som er sannsynlig, kan dette være en svakhet med tanke på ytre validitet. Det trekker litt ned at utvalgsstørrelsen er liten, noe som øker sjansen for at man ikke har et helt balanserte grupper.

Studien omhandler bare ungdommenes atferd, og generalisering av effekter kan derfor ikke gjelde annet enn atferd. Målsetninger knyttet til rusbruk, kriminalitet, vold, prososial atferd, og hvorvidt ungdommene flytter hjem etter endt behandling, kan ikke belyses ved hjelp av denne studien.

## Studie 2a

### Statistiske analyser

I studie 2a (Hansson & Olsson, 2012) ble det brukt adekvate metoder for å undersøke forskjeller mellom utvalgene, dvs. toveis ANOVA for å sammenligne gruppene ved baseline, og rANOVA for å analysere endringsforskjeller mellom behandlingsgruppene fra baseline til oppfølgingstidspunktet. Det var ikke gjort en poweranalyse forut for studien som basis for valgte gruppestørrelser. Det er heller ikke gjort frafallsanalyser, men det var lite frafall (4,3 %) og eventuelle frafallsanalyser ville generelt hatt lav styrke som følge av lav utvalgsstørrelse. Det ble benyttet intention to treat (ITT), men det er en svakhet at manglende postdata ble erstattet med baselinedata fordi dette medfører for lav variasjon i data knyttet til endring. Denne dataerstatningsmetoden kan føre til skjeve resultater (Graham, 2009). En bedre fremgangsmåte ville vært multipl imputasjon, der man bedre ivaretar variasjonen i data.

Effektstørrelser ble beregnet på basis av gruppeforskjeller ved post og oppfølging, men effektstørrelser som uttrykker endringsforskjeller mellom gruppene fra baseline til post eller oppfølging lar seg beregne ved hjelp av data oppgitt i artikkelen.

### Målinger og måleinstrumenter

Instrumentene som ble brukt var Child Behavior Checklist (CBCL) og Youth Self Report (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001) for å avdekke atferdsproblemer, men studien rapporterte ingen variabler knyttet til utagerende atferd, noe som er en svakhet. Dette er godt utprøvde, standardiserte måleinstrumenter med godt dokumenterte psykometriske egenskaper (Kornør, & Jozefiak, 2012; Reedtz & Løvereide, 2021; Siqveland, Moum & Leiknes, 2016), men Hansson & Olsson (2012) oppgir ikke indre konsistens på subskalanivå basert på det aktuelle utvalget. Variablene som er inkludert i Hansson & Olsson (2012) er ikke veldig nyttige til å belyse behandlingseffekter knyttet til alle hovedmålsettingene i behandlingsmetoden. Symptom Checklist (SCL-90) for mors mentale helse er også inkludert, men dette instrumentet kan ikke belyse programmets målsetninger direkte.

### Indre validitet

Det er positivt for den indre validiteten at studien ble gjennomført som en RCT-studie der sammenligningsgruppen fikk vanlig behandling (TAU). Man brukte to ulike allokeringssrater til behandlingsgruppene underveis i prosjektet. Ulik randomiseringssannsynlighet til betingelsene kan ha svekket den indre validiteten ettersom man ikke kontrollerte for denne ulikheten i analysene. Små utvalgsstørrelser kan bidra til at reelle gruppeforskjeller ikke blir avdekket som følge av at testene har lav styrke, og er på denne måten en trussel mot indre validitet («statistical conclusion validity»).

### Troskap mot tiltaket.

Studien rapporterer ikke data på troskap mot tiltaket, men de beskriver grundig hvordan det ble jobbet med etterlevelse av TFCO-manualen. Troskap skåres derfor relativt høyt da programmet har grundige kvalitetssikrings-prosedyrer som antas å være fulgt i utvalget som mottok MTFC.

### Ytre validitet

Den ytre validiteten i studien vurderes som relativt god da tiltaket retter seg mot en spesifikk målgruppe, og utvalget i studien representerte denne målgruppen. Ungdommene var rekruttert fra én vurderingslokalitet beliggende i den aller sørligste delen av Sverige, og hvorvidt resultater fra et såpass begrenset område kan generaliseres er usikkert. At det ble gjort målinger etter 2 år er også positivt for generaliserbarhet over tid.

## Studie 2b

### Statistiske analyser

Denne studien rapporterer 3-års oppfølgingsresultater fra samme RCT som i studie 2a. Repetert ANOVA (rANOVA) ble brukt til evaluering av gruppeforskjeller over tid for antall plasseringer. Denne metoden må i dette tilfellet anses som ikke optimal ettersom rANOVA forutsetter kontinuerlige data (antall plasseringer er en diskret variabel med forholdsvis få mulige verdier). Her kunne en generalisert flernivåanalyse blitt brukt der modellen hadde blitt tilpasset målenivået til den avhengige variabelen på en bedre måte. Konklusjoner basert på ikke-optimal analysemetode kan være en feilkilde som kan lede til feilaktig konklusjon. Analyser av

gruppeforskjeller på variablene: Låste soningsbetingelser, negativt avsluttet behandlingsprosess, kriminalitet, vold og rusmisbruk på henholdsvis ett, to og tre års oppfølging (og samlet for alle tre årene) ble utført ved hjelp av kjikvadrattester. Her fikk man ikke kontrollert for baselinenivå for disse variablene (slik at man ikke fikk evaluert endring fra baseline til oppfølgingstidspunktet), men forfatterne foretok separate analyser for å studere om randomiseringen hadde gitt likeverdige grupper.

Ettersom variablene som ble analysert i denne studien var hentet fra sosialtjenestejournaler eller saksjournaler hos politiet eller via dommer i rettssystemet, var disse data komplette for alle som deltok. Studien hadde ikke foretatt en poweranalyse, men hadde man gjort dette, ville man ganske sikkert endt opp med at man trengte betydelig flere enn henholdsvis 19 og 27 ungdommer i de to betingelsene. Effekstørrelser ble ikke beregnet i artikkelen, men tabelldata gjør det mulig å beregne effekstørrelser som uttrykker gruppeforskjeller på hvert oppfølgingstidspunkt.

### Målinger og måleinstrumenter

Flere utfallsvariabler ble identifisert fra offentlige register som hovedmål i studien: antall plasseringer, låst soning (ja/nei), negativt avsluttet behandlingsprosess (ja/nei), kriminalitet, voldsbruk (ja/nei) og misbruk av rusmidler (ja/nei). Flertallet av disse variablene må anses som svært relevante for å belyse målsetningene i TFCO-behandlingen. Bruk av registerdata gir også objektive mål på sentrale utfallsvariabler, men med tanke på at variablene er hentet fra politijournaler eller dokumenter fra dommer, er det lite trolig at alle voldshendelser eller kriminell aktivitet ender opp i disse registrene. Bergstrøm & Højman (2016) oppga symptombelastning før behandlingen med CBCL, YSR og TRF, men beregnet ikke indre konsistens for subskalaene på basis av eget utvalg.

### Indre validitet

Det er positivt for den indre validiteten at studien ble gjennomført som en RCT-studie der sammenligningsgruppen fikk vanlig behandling (TAU). Randomiseringsprosessen ledet til en høyere andel

med innvandringsbakgrunn i TFCO-gruppa enn i TAU-gruppa. Det ble ikke kontrollert for status på innvandringsbakgrunn i analysene, og selv om det er uklart om denne variabelen er betydningsfull for behandlingseffekter så ville det vært naturlig å undersøke dette nærmere. Manglende statistisk kontroll for baselineverdier i analysene på effekter knyttet til vold, kriminalitet og rusbruk er et potensielt problem. Man kan derfor ikke utelukke at det er andre faktorer enn behandlingen som kan forklare eventuelle effekter på disse variablene. En mulig feilkilde er knyttet til registerdata, der sannsynligvis bare en begrenset mengde hendelser blir registrert.

### Troskap mot tiltaket.

Studien rapporterer ikke data på troskap mot tiltaket i studiene. Artikkelen beskriver godt de kvalitets-sikringsrutinene som var obligatoriske i behandlingen, blant annet med daglig oppfølging av fosterforeldrene. Derfor skåres troskap relativt høyt selv uten data på etterlevelse av tiltaket.

### Ytre validitet

Artikkel 2a og artikkel 2b bruker det samme utvalget, så vurderingen av ytre validitet må nødvendigvis bli ganske lik i de to tilfellene. Studien er foretatt under regulære betingelser for ungdommer med utfordringer som behandlingen retter seg mot, og som er i passende alder, men fra et geografisk begrenset område.

### Studie 3

#### Statistiske analyser

De statistiske analysene vurderes til å være gode. Endring fra pre til post på risikofaktorer og utfallsvariabler ble utført ved parvise t-tester. Denne testen passer for de fleste variablene som er inkludert i studien. Terapeutrapportert risikoatferd (risk behaviors) er en diskret «count-variabel», så for denne kunne man valgt en mer optimal analysemetode, men konklusjonen ville vært den samme siden parvise t-tester ofte gir relativt små skjevheter når man har diskrete variabler (se for eksempel Proudfoot mfl., 2018) og innengruppeeffekten vil uansett være stor i dette tilfellet uavhengig av metode.

Det er gjort frafallsanalyse ved å sammenligne de 68 som fullførte pre og post, og de 10 som droppet ut ved post. Det var ingen signifikante forskjeller mellom disse gruppene ved pre, men disse testene har sannsynligvis lav power. Hvorvidt frafallet er knyttet til status ved post har man ingen opplysninger om, så størrelsen på eventuelle skjevheter som følge av dette er ikke kjent. Det er ikke gjort en styrkeberegning (poweranalyse) i studien. Likevel er utvalget relativt stort med tanke på at populasjonen av ungdommer med slik alvorlig problematikk er liten og kostnadene til behandlingen er store. Analysene er utført på de som har fullført posttest-målingen, så noe intent-to-treat-prinsipp har ikke blitt brukt.

### Målinger og måleinstrumenter

Atferden til ungdommene er vurdert ved hjelp av CBCL (foreldre) og YSR (selvrapport). I tillegg har studien målt risikofaktorer ved hjelp av YLS/CMI, noe som må anses som svært relevant med tanke på å få vurdert endringer knyttet til flere av målsettingene i TFCO. I tillegg har man registrert tilstedeværelse av fem dikotome risikovariabler (bor ikke hjemme; går ikke på skole eller jobber; vold/trusler; kriminalitet; rusmisbruk), noe som også er relevant med tanke på evaluering av om målsettinger med behandlingen er oppnådd, selv om artikkelen bare angir en variabel som teller opp antall risikoatferder blant disse fem og ikke gir en vurdering av endring for hver enkelt faktor. Indre konsistens basert på utvalget ble ikke oppgitt for subskalaene på CBCL og YSR.

### Indre validitet

Studien har brukt et pre-posttest-design, uten kontrollgruppe. Derfor vurderes den indre validiteten til å være lav. Dette gjør at eventuelle endringer ikke utelukkende kan sies å være knyttet til behandlingen. Frafall kan være knyttet til status ved post, men dette har vi ikke informasjon om, så skjevheter i endringsestimatene kan være til stede.

### Troskap mot tiltaket

Terapeutopplæring: Et fire-dagers treningsprogram for terapeutene ble gjennomført. Fosterforeldrene mottok trening før og under behandlingen, daglig kontakt med terapeutene, ukentlige gruppemøter og

coaching. Mål for behandlingsintegritet er ikke rapportert.

### Ytre validitet

Deltakerne var ungdommer som ble screenet og undergikk en klinisk vurdering før inklusjon. På basis av skårene på atferd og risikofaktorer må utvalget kunne sies å tilhøre målpopulasjonen for tiltaket. Behandlingen foregikk under det som kan karakteriseres som naturlige betingelser, men man kan ikke påregne samme effekter i tilfeller der man ikke har samme mengde ressurser tilgjengelig som det som kreves i TFCO. Studien var ikke landsomfattende, og deltakerne kom fra 2 av 5 helseregioner i den tettest befolkede delen av Norge. Den største svakheten med tanke på ytre validitet, var at studien rapporterer korttidseffekter, så resultatene kan ikke generaliseres til å gjelde effekter etter behandlingsperioden.

### Effekter

Tabell 4 og 5 viser effektstørrelser. Disse er beregnet av oss basert på artiklene i studie 1 og studie 2, for studie 3 er effektstørrelsene hentet fra artikkelen. For kontinuerlige mål presenterer vi Hedges'  $g$  eller Cohens  $d$  beregnet som endringsforskjell mellom gruppene fra baseline til 24 måneder, og for dikotome mål valgte vi å bruke oddsrate og Cohens  $h$  ( $h$  ble valgt i artikkel 2b fordi vi for én av variablene hadde 0 individer i én av betingelsene i artikkel 2b, slik at oddsrate ikke fungerer her).

I studie 1 ble det beregnet effekter for eksternalisering og totale problemer på selvrapportskjema og foreldrerapport. Effektene var her små til moderate i størrelse, og endringsforskjellen mellom behandlingsbetingelsene på selvrapportert eksternalisering var signifikant. Med tanke på klinisk endring (Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989), viste Studie 1 at det var en signifikant høyere andel i TFCO-gruppen som endret seg mer enn 30 % (OR mellom 4,67 og 6,00 på de fire utfallsmålene).



**Tabell 4.**  
Effektstørrelser for utfallsvariabler for studie 1 og 2 med mellomgruppedesign

		Behandlings avbrudd	YSR <u>ext</u>	CBCL <u>ext</u>	YSR <u>tot</u>	CBCL <u>tot</u>	
Studie 1	TFCO vs. TAU (Hedges' $g^a$ ; baseline vs. 24 mnd.)		$g = 0,68^*$	$g = 0,57$	$g = 0,27$	$g = 0,58$	
	TFCO vs TAU Klinisk signifikans (oddsrate; minst 30 % ending)		$OR = 4,67^*$	$OR = 6,00^*$	$OR = 6,00^*$	$OR = 6,00^*$	
Studie 2a	TFCO vs. TAU (Hedges' $g^a$ ; baseline vs. 12 mnd.)				$g = 0,31$	$g = 0,13$	
	TFCO vs. TAU (Hedges' $g^a$ ; baseline vs. 24 mnd.)				$g = -0,23$	$g = 0,25$	
Studie 2b	# plasseringer		Locked setting	Negativ exit	Kriminalitet	Vold	Rusbruk
	TFCO vs TAU (Hedges' $g^a$ ; 0–36 mnd.)	$g = 0,13$					
	TFCO vs TAU (Cohens $h^c$ ; 12 mnd. <sup>b</sup> )		$h = 1,00^*$	$h = 0,57$	$h = 0,52$	$h = 1,07^*$	$h = 0,36$
	TFCO vs TAU (Cohens $h^c$ ; 24 mnd. <sup>b</sup> )		$h = 0,41$	$h = 0,28$	$h = 0,32$	$h = 0,79$	$h = 0,41$
	TFCO vs TAU (Cohens $h^c$ ; 36 mnd. <sup>b</sup> )		$h = -0,27$	$h = -0,16$	$h = 0,69^*$	$h = 0,79$	$h = -0,19$

Note: \*  $p < 0,05$ . a. Korrigeret for små utvalgsstørrelser; b. Ikke korrigeret for baseline; c. Cohens  $h = 2(\sqrt{p_1}) - 2(\sqrt{p_2})$ , der  $p_1$  angir andelen i TFCO-gruppa og  $p_2$  angir andelen i TAU-gruppa. Positive effekter for  $g$  og  $h$  indikerer en effekt i favor av TFCO-gruppa.  $OR > 1$  indikerer større effekt for TFCO-gruppa enn sammenligningsgruppa. Konvensjoner fra Cohen (1988): Typisk liten effekt:  $h = 0,20$ ; Typisk middels effekt:  $h = 0,50$ ; Typisk stor effekt:  $h = 0,80$ .

**Tabell 5**  
Effektstørrelser for utfallsvariabler for studie 3 med pre-post design

		YLS Dyn. risiko	YLS Total risiko	CBCL ext (mor)	CBCL ext (far)	YSR ext	Risikoatferd (ter.-rapp.)
Studie 3	Innengruppeeffekter TFCO (Cohens $d^a$ )	$d = 1,87^*$	$d = 1,90^*$	$d = 1,69^*$	$d = 1,52^*$	$d = 0,99^*$	$d = 1,96^*$

Note: \*  $p < 0,05$ . #.  $d = (M_{pre} - M_{post}) / SD(pre - post)$ , effekt hentet fra artikkel 3, der effekten er beregnet i JASP og  $SD(pre - post)$  er differanseskårens standardavvik.

I Artikkel 2a, ble det presentert effekter knyttet til totale problemer på selvrappport og foreldrerappport, og disse var små og ikke-signifikante både ved 12 og 24 måneders oppfølging. I artikkel 2b sammenlignet man andelen i TFCO og TAU som ved 12, 24 og 36 måneder post baseline hadde vært registrert med avlåst soning, kriminalitet, vold, rusbruk eller andelen saker der det i løpet av behandlingstiden var nødvendig å styrke behandlingsopplegget. Ved 12

måneder fant man en stor og signifikant effekt knyttet til bruk av avlåste soningsforhold, der en betydelig høyere andel i TAU-gruppa hadde sonet under slike betingelser. Ved 36 måneder var det en ganske stor (og signifikant) effekt på kriminalitet, og det var TAU-gruppa som på dette tidspunktet var registrert med høyest andel med kriminell atferd. Det var en signifikant forskjell mellom behandlingsbetingelsene når det gjaldt voldsbruk ved 12

måneder, og med 0 av 19 i TFCO-gruppa og 7 av 27 i TAU-gruppa med registrert voldsbruk på dette tidspunktet, kan en slik effekt karakteriseres som stor. Ellers var det forholdsvis små og ikke-signifikante effekter. I begge studiene var utvalgsstørrelsene små, og det innebærer at det er forholdsvis stor usikkerhet knyttet til estimering av effektstørrelsene. I små utvalg får enkeltindivider større innvirkning på resultatene, og ekstreme observasjoner vil kunne få stor innvirkning på effektstørrelsesestimaterne.

I studie 3 (tabell 5) rapporteres innengruppeeffekter for de som gjennomgikk TFCO. Her ble det funnet store effekter både på negativ atferd og på risikofaktorer. Innengruppeeffekter tar ikke hensyn til effekten av tid eller det at ekstreme grupper forventes å avta i nivå (regresjon mot gjennomsnittet). Likevel må man kunne si at effektene av TFCO i artikkel 3 er betydelige. For Dynamisk risiko og total risiko (YLS) og terapeutrapportert risiko endrer behandlingsgruppen seg tilsvarende nesten 2 standardavvik. Det ble og funnes store effekter for alle de enkelte risiko/beskyttelsesfaktorene som for eksempel: familiære forhold, deltakelse på skole/jobb, vennerelasjoner og rusbruk. På foreldre-rapportert eksternaliseringsatferd tilsvarer endringen i overkant av 1,5 standardavvik og selvrapportert eksternalisering avtar med ett standardavvik.

### Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Det ble totalt funnet 14 internasjonale oppsummeringer og vurderinger i databaser om TFCO. Disse bygger i hovedsak på kontrollerte enkeltstudier (RCT-studier og kvasiekperimentelle studier) og andre kunnskapsoppsummeringer. Hovedtrekket er at disse konkluderer med at det finnes god evidens for at TFCO har bedre effekt enn alternative tiltak som ofte innebærer institusjonsplassering for denne gruppen ungdom. Best dokumentasjon er det for utfallsmålene reduserte kriminelle handlinger, antall dager under innelåste betingelser (*locked settings*), deltakelse i kriminelle miljøer og narkotikabruk.

Sannsynligvis bygger oppsummeringene på en del av de samme primærstudiene, uten at vi har undersøkt dette i detalj. I noen oppsummeringer undersøkes

TFC (Treatment Foster Care) og andre TFCO. TFC kan innebære flere typer behandlingsformer. Vi kjenner ikke til hvor ulike disse er TFCO, og når oppsummeringer på TFC har inkludert studier på TFCO, er disse tatt med her. Under følger en gjennomgang av resultatene for de 14 studiene.

I en oppsummering gjennomført av Åström mfl. (2020) ble effekten av TFCO undersøkt. Oppsummeringen inkluderte kontrollerte studier med medium eller høy kvalitet publisert fra 1990 til 2017. Studien omhandlet ungdom med alvorlige atferdsvansker. Kontrollbetingelsene var ungdom som mottok en type institusjonsbehandling eller plassering sammen med andre ungdommer. Inkluderte studier måtte ha minst 12 måneders oppfølgingstid. Litteraturgjennomgangen resulterte i åtte studier. Fem av disse var fra USA, to fra Storbritannia og én fra Sverige. I oppsummeringen ble mellomgruppeeffekten på ulike utfallsmål beregnet og påliteligheten til dokumentasjonene vurdert med GRADE-metodikk. I studien fant de at TFCO hadde moderat effekt på fremtidig kriminalitet, dager med innelåste betingelser, narkotikabruk og deltakelse i kriminelle miljøer. De fant små effekter på psykososial helse. Resultatene for utfallsmålene knyttet til kriminalitet ble vurdert til å ha moderat pålitelighet (3 av 4), mens de andre ble vurdert til å ha lav pålitelighet (2 av 4). Basert på resultatene mener forfatterne at TFCO bør foretrekkes fremfor institusjonsplassering for denne gruppen ungdom.

I en metaanalyse av Gutteriswijk mfl. (2020), ble effekten av TFCO og hjemmebasert behandling sammenliknet med institusjonsbehandling for barn og ungdom mellom 0 og 23 år. Det ble gjort et litteratursøk på kontrollerte studier som var publisert mellom 1992 og 2018. Studiene som skulle inkluderes måtte undersøke effekt av TFCO sammenliknet med institusjonsbehandling eller hjemmebasert behandling sammenliknet med institusjonsbehandling. Hjemmebasert behandling kunne være Intensive Home-Based Treatment (IHBT), Multidimensional Family Therapy (MDFT), Functional Family Therapy (FFT) eller Multi-Systemic Therapy (MST). Litteratur-

gjennomgangen resulterte i 24 inkluderte studier. Totalt var 22 av studiene fra Nord-Amerika og to fra Europa. Fra disse ble det trukket ut totalt 145 effektstørrelser og beregnet én overordnet effekt for ulike vansker for barna inkludert internaliserende vansker, eksteraliserende vansker, narkotikabruk, kriminalitet og totale vansker. Det ble funnet en liten positiv effekt av ikke-institusjonsbehandling sammenliknet med institusjonsbehandling ( $d = 0,21$ ). I videre moderatoranalyser fant man at TFCO hadde en større effekt sammenliknet med institusjonsbehandling ( $d = 0,36$ ) enn hjemmebaserte behandlingsformer ( $d = 0,08$ ). Det vil si at TFCO har en liten til moderat effekt, mens hjemmebasert behandling ikke ble funnet å ha bedre effekt enn institusjonsbehandling i denne analysen.

Socialstyrelsen i Sverige anbefaler TFCO som metode som bør tas i bruk for barn og unge i alderen 12–17 år med høy risiko for normbrytende atferd (Socialstyrelsen, 2021). Anbefalingen er en del av en større rapport der det vitenskapelige grunnlaget for ulike metoder for barn og ungdom med atferdsvansker og anbefalinger til tjenestene. TFCO anbefales som alternativ til plassering på institusjon i de situasjonene strukturert familiebehandling ikke er tilstrekkelig. Anbefalingen bygger på en rapport fra SBU i Sverige (SBU, 2018) og to andre kunnskapsoppsummeringer som totalt inkluderer 11 primærstudier.

SBU i Sverige har vurdert TFCO i rapporten *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem Treatment Foster Care Oregon* (SBU, 2018). Vurderingen er basert på et litteratursøk på TFCO fra perioden 1990 til 2017. Kontrollerte studier av moderat og høy kvalitet og med minst 12 måneders oppfølging ble inkludert. Påliteligheten til evidensen for ulike utfallsmål ble vurdert med GRADE. Litteratursøket resulterte i 18 artikler fra åtte studier. Fem av studiene er fra USA, to fra Storbritannia og én fra Sverige. Det ble funnet at TFCO har positive effekter med middels tillit til evidensen (nivå 3 av 4) for utfallsmålene reduksjon i kriminalitet og færre dager på innelåste betingelser. For programmets positive effekter på redusert narkotikabruk, omgang med kriminelle venner og

psykisk uhelse, ble det vurdert at tilliten til dokumentasjonen var lav (nivå 2 av 4). For andre utfallsmål ble tilliten til resultatene vurdert til veldig lav (nivå 1 av 4) og dermed utilstrekkelig.

Den amerikanske databasen Blueprints Program, vurderer evidensen til kriminalitetsforebyggende program, har klassifisert TFCO som et modellprogram (Blueprints, u.å). I databasen listes program som har evidens for effekt. Programmene blir klassifisert på ett av tre nivåer. Modellprogrammer er på nivå to og innebærer at evidensen til programmet vurderes til å ha så stor pålitelighet at programmet kan anbefales implementert i tjenestene ([www.blueprintsprograms.org](http://www.blueprintsprograms.org)). Klassifiseringen av TFCO i Blueprints bygger på 16 studier, og de viktigste effektene oppsummeres til å være på antall arrestasjoner og fengslinger, antall behandlingsavbrudd og bruk av harde narkotiske stoffer.

Evidensen til TFCO-A er vurdert i den amerikanske databasen The California evidence-based clearing-house (CEBC, 2021). Databasen vurderer programmer relevant for bruk i barnevernet, og klassifiserer evidensen på ett av fem nivåer samt relevansen for bruk i barnevernet på ett av tre nivåer. TFCO er klassifisert på høyeste evidensnivå (nivå 1) og relevansen er vurdert til å være på høyeste nivå (high) for en rekke områder: Alternativ til langtids institusjonsbehandling, program for ungdom med atferdsvansker i barnevernet, behandlingsprogram for ungdom med atferdslidelser i barnevernet, høyere plasseringsnivå (ungdom som har behov for plassering med restriksjoner og behandlingstilbud), program for stabilisering av plasseringer, program for ressursforeldre (for eksempel fosterforeldre), edukative programmer for barn og unge i barnevernet.

Den engelske databasen Early intervention foundation EIF Guidebook (EIF) har vurdert evidensen til TFCO til 3+ (på en skala fra 1–4) (EIF, 2021). Dette betyr at tiltaket er vurdert til å være evidensbasert av denne databasen. I databasen har de oppsummert effekter av programmet på tre utfallsmål: dager på innelåste betingelser, rømming fra plassering og forekomst av kriminalitet. EIF

bygger sin klassifisering på de beste studiene tilgjengelig. For TFCO er dette to RCT-studier fra USA. De refererer for øvrig til 24 andre studier på tiltaket.

I en norsk oversikt publisert av Folkehelseinstituttet (Bidonde & Meneses, 2017) var hensikten å undersøke effekten av ulike tiltak for barn som har vært utsatt for vold i nære relasjoner. I oversikten søkte de etter kunnskapsoppsummeringer som så på effekter av ulike tiltak for barn som hadde vært utsatt for vold eller overgrep. Moderat til gode oppsummeringer publisert etter 2005 ble inkludert. Forfatterne sorterte deretter resultatene etter to grupper tiltak: psykoterapeutiske tiltak og tiltak knyttet til fosterhjem. Påliteligheten for evidensen på de ulike tiltakene ble vurdert i henhold til GRADE-metodikk. Totalt sett ble fem kunnskapsoppsummeringer inkludert. For TFCO fant forfatterne kun én studie som undersøkte denne problemstillingen. Denne fant en liten effekt, men studien ble vurdert til å ha svært lav pålitelighet (1 av 4) blant annet fordi den hadde få deltakere.

Turner og MacDonald har publisert to kunnskapsoppsummeringer som til tross for to utgivelsesår ser like ut (MacDonald & Turner, 2007; Turner & MacDonald, 2011). De har samme problemstilling, samme søk og samme resultat for inkluderte artikler. Disse omtales derfor samlet. I kunnskapsoppsummeringene undersøkte de effekten av Treatment Foster Care (TFC) for barn som trenger plassering utenfor hjemmet. Litteratursøket ble gjort for studier frem til 2007. Inklusjonskriteriet var RCT-studier for aldersgrupper opp til 18 år. Fem amerikanske studier, der fire av dem var på TFCO, ble inkludert i studien. Studiene var på litt ulike målgrupper og ble vurdert til å ha litt ulik kvalitet. Forfatterne konkluderte med at studiene bekreftet funn fra tidligere om at TFC ser ut til være en lovende intervensjon for ungdom med atferdsvansker eller psykiske helseproblemer, eller ungdom som utfører kriminalitet. Evidensen vurderes allikevel som noe mindre robust enn ønskelig. En svakhet som ble påpekt var at de fleste studiene var utført av tiltaksutvikler.

Tripodi og Bender (2011) gjennomførte en systematisk oversikt for å undersøke effekten av ulike tiltak på alkohol- og marijuanabruk blant unge lovbytere. Kontrollerte studier ble inkludert i oppsummeringen. Forfatterne konkluderer med at tiltakene ser ut til å ha små til moderate effekter. I en sammenlikning av tiltakene trekkes TFCO frem som et av de mest lovende.

I metaanalysen til Osei mfl. (2016) ble effekten av TFC sammenliknet med effekten av institusjonsbehandling eller annen plassering sammen med andre ungdommer. Det ble gjort et litteratursøk for publiseringer opp til 2015, samt forfatterne utførte tilleggssøk. Totalt syv studier ble inkludert i analysen. I studien fant forfatterne at TFC overordnet hadde best effekt. De beregnet at TFC forhindret halvparten av de kriminelle handlingene som kunne blitt begått dersom ungdommene hadde bodd på institusjon. Samtidig diskuterer de at kontrollbetingelsene består av ulike typer plasseringer. To mindre analyser antyder at institusjonsplassering muligens kunne ha større effekt enn TFC dersom institusjonene var små og av god kvalitet, men dette resultatet var svært usikkert.

Som en del av en doktorgradsavhandling gjorde Ladner-Graham (2020) en litteraturstudie på MTFC. Formålet var å undersøke om enkelte variabler ved studiene eller utvalgene kunne forklare variasjonen i programeffekter. Et litteratursøk ga 14.000 treff. Etter gjennomgang endte forfatteren med 12 studier som ble undersøkt i detalj. Studiene indikerte at det ikke er ulikheter mellom kjønn når det gjelder effekt av programmet. Resultatene indikerer at MTFC har større effekter enn vanlig behandling i den første tiden, men at forskjellen i effekt reduseres over tid. På grunn av store metodiske variasjoner mellom studiene klarte imidlertid ikke forfatterne å trekke noen klare konklusjoner.

Evidensen til TFC ble vurdert i en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapscenteret (2006) som omhandlet ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling. Oppsummeringen baseres på et søk fra 1990–2006. Søket ble gjort på ulike typer

forebyggings- og behandlingsmetoder, og det inkluderte kunnskapsoppsummeringer og kontrollerte studier. TFC ble i rapporten vurdert separat på bakgrunn av to kunnskapsoppsummeringer og én enkeltstudie. Rapporten konkluderer med at kort (6–7 måneder) og intensiv Treatment Foster Care (TFC) brukt på voldelige barn og unge med kjente alvorlige atferdsproblemer eller kriminell bakgrunn, kan minske aggresjon, vold og voldsrelaterte lovbrudd. Det ser ut til at dokumentasjonen omfatter flere typer TFC-program, ikke kun TFCO.

### Implementeringskvalitet

TFCO har en implementeringsstrategi som beskriver en rekke faktorer som har betydning for at tiltaket utøves slik det er tenkt. Se tabell 6 for vurdering. Det inngår i strategien at Bufetat får mye støtte fra NUBU i implementeringen. Samtidig er det tydelig beskrevet hvilke tilrettelegginger Bufetat må gjøre. Det er kvalifikasjonskrav til de som utøver metoden, og det er både obligatorisk opplæring samt sertifisering og resertifiseringsordninger. Etter opplæring følges utøverne opp med veiledning og det finnes systemer for å opprettholde og videreutvikle kompetanse over tid. I rutineene ligger det også systemer for å måle kvalitet på behandlingen og rammebetingelsene for behandlingen når den gis, for å kunne forbedre denne underveis, dersom det er nødvendig.

**Tabell 6**

*Vurdering av systemer for å sikre implementeringskvalitet*

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
Implementeringsstøtte	X		
Kvalifikasjonskrav	X		
Opplæring	X		
Sertifiseringsordninger	X		
Monitorering av fidelity/etterlevelse	X		
Veiledning	X		
Identifisering av målgrupper	X		
Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	X		
Strategier for tilpasning	X		
Samlet skåre	Σ9/9		

## Diskusjon

Hovedmålet med denne artikkelen var å undersøke om TFCO er et virksomt tiltak benyttet i normal praksis i Norge, basert på Ungsinns kriterier for klassifisering (Martinussen mfl., 2019). Resultatene diskuteres på bakgrunn av disse i påfølgende avsnitt.

### Beskrivelse

TFCO er grundig beskrevet gjennom en rekke manualer, vitenskapelige artikler, nettsider og i bøker. Av beskrivelsene kommer det tydelig frem hvem som er målgruppe, hva som er målsetninger, hvordan tiltaket organiseres og hvilke metoder som benyttes. Tiltaket er multisystemisk og inkluderer flere aktører med ulike roller i miljøet rundt ungdommen. Dette gjør at både organiseringen og gjennomføringen av tiltaket blir relativt komplekse. Dette er godt beskrevet gjennom tiltakets norske organisasjonsmanual (NUBU, 2021).

### Teoretisk rasjonale

TFCO inneholder mange komponenter, og dette gjenspeiles i den teoretiske forankringen som begrunner tiltakets organisering, metoder og terapitilnærminger i flere teorier, samt i empiri. Dette fremkommer av tiltakets materiell. Selv om tiltaket er manualbasert, er det vektlagt at programmet skal tilpasses den enkelte ungdoms behov. Dette presiseres i den teoretiske forankringen der det beskrives at det enkelte TFCO-team må forstå teoriene godt nok til å kunne se dem i sammenheng og dermed kunne tilpasse tiltaket til den enkelte ungdommen.

### Effektstudier

I denne kunnskapsoppsummeringen identifiserte vi tre nordiske effektstudier samt 14 internasjonale oppsummeringer og vurderinger i databaser for tiltaksevidens.

To av de nordiske studiene var RCT-studier gjennomført i Sverige. I studiene ble TFCO-behandling sammenliknet med vanlig behandling for ungdommer med alvorlige atferdsvansker. I den ene studien (Westermarck mfl., 2011) ble effekter på eksternaliserende og totale psykiske helsevansker

undersøkt før- og to år etter intervensjonsstart. Resultatene viste at det i TFCO-gruppa var signifikant flere som fikk en klinisk positiv endring (endring på mer enn 30 %) enn i sammenligningsgruppen. De gjennomsnittlige endringene var små til moderate. I den andre svenske studien (Bergström & Højman, 2016) ble det funnet store, signifikante effekter på voldsbruk og andelen ungdommer som hadde vært i avlåste soningsforhold etter 12 måneder. Ved 36 måneder fant man at ungdommene som hadde fått TFCO begikk mindre kriminalitet. Effekten var å anse som stor. For en del andre utfallsmål som for eksempel det totale symptomtrykket, ble det ikke funnet signifikante effekter i denne studien (Hansson & Olsson, 2012).

De to svenske studiene er blitt vurdert til å ha tilfredsstillende forskningsmetodisk kvalitet. At de er gjennomført som RCT-studier er bra for å kunne avdekke om tiltaket leder til ønskede effekter. I begge studiene er det benyttet pålitelige måleinstrumenter og det er valgt adekvate statistiske metoder. Svakheten ved begge studiene er først og fremst små utvalgsstørrelser. Det kan lede til at ikke alle reelle effekter blir avdekket, og at det knytter seg usikkerhet til effektstørrelsens presisjon. I små utvalg kan ekstreme observasjoner få stor innvirkning på effektstørrelsesestimatene. En annen svakhet for begge studiene er at selve randomiseringen ikke er blitt gjennomført på en ideell måte, noe som kan ha resultert i skjevheter i resultatene.

Den norske studien (Hukkelberg & Ervik-Jeannin, 2022) er en pre-post studie der effekten av tiltaket ble undersøkt basert på journalførte data fra kvalitetssikringssystemet til TFCO. Studien omfatter utviklingen til 76 ungdommer i alderen 12–18 som har mottatt TFCO. Det ble funnet store positive effekter for både eksternaliserende vansker og for risikofaktorer som for eksempel: familiære forhold, deltakelse på skole/jobb, vennerelasjoner og rusbruk. Studien er vurdert til å ha god kvalitet på mange av de forskningsmetodiske parameterne. Svakheten er imidlertid at den ikke har en sammenligningsgruppe. Dette gjør at man ikke kan vite om effektene som er funnet er forårsaket av tiltaket, eller eventuelt hvor mye av effektene som er forårsaket av tiltaket.

Styrkene ved studien er at den har et stort utvalg (for studier på denne type tiltak), lite frafall og at den finner store effekter. Generelt vil effekter funnet i pre-post studier være overestimert i forhold til de reelle effektene av tiltaket. Allikevel finner vi det sannsynlig at deler av effektene funnet i denne studien er forårsaket av tiltaket, siden effektene er såpass store, samt at det er et relativt stort utvalg med lite frafall.

TFCO er et omfattende tiltak å implementere og det har en målgruppe med store og komplekse vansker, men der forekomsten i befolkningen ikke er så høy. Å gjennomføre RCT-studier på dette tiltaket er krevende, og det er derfor forståelig at det ikke har vært mulig å få større grupper. At tiltaket skal tilpasses individuelt med individuelle mål for hver ungdom kan lede til gjennomsnittlige effekter som er mindre for enkelte utfallsmål. Det er positivt at det i de svenske studiene, til tross for relativt små utvalg og individuelle tilpasninger av tiltaket, er funnet signifikante og til dels store effekter på noen av de viktigste utfallsmålene.

Internasjonalt har det vært gjort flere studier. I denne oppsummeringen identifiserte vi hele 14 internasjonale oppsummeringer og vurderinger av TFCO i databaser for evidens. Oppsummeringene bygger på kontrollerte enkeltstudier (RCT-studier og kvasiekperimentelle studier) og andre kunnskapsoppsummeringer. Sannsynligvis ligger en del av de samme enkeltstudiene til grunn for flere av konklusjonene, uten at vi har laget en komplett oversikt over hvor mange internasjonale primærstudier som er gjennomført. Hovedtrekket fra oppsummeringene er at det finnes god evidens for at TFCO har bedre effekt enn alternative tiltak. Best dokumentasjon er det for utfallsmålene som reduserte kriminelle handlinger, antall dager under innelåste betingelser (*locked settings*), deltakelse i kriminelle miljøer og narkotikabruk.

### Implementeringskvalitet

Tiltaket har omfattende kvalitetssikringssystemer for å sikre at tiltaket utøves slik det er tenkt. Dette sikres både gjennom manualer, kompetansekrav til de som utøver metoden, opplæring og veiledning.



Metoden krever videre høy kompetanse og metodeforståelse fra utøverne for å kunne tilpasse tiltaket individuelt og samtidig ivareta kjernekomponentene i tiltaket.

### Samlet vurdering

TFCO er et omfattende, multisystemisk tiltak som kan tilbys ungdommer med store atferdsvansker der hjemmebaserte tilbud ikke lenger anses å kunne fungere. Tiltaket er ressurskrevende både med tanke på antall personer som arbeider med familien og kompetansen disse skal ha. Samtidig er alternativet til TFCO ofte institusjonsplassering eller andre kostnadskrevende tilnærminger, og TFCO har vist seg å ha mindre behandlingsfravall enn andre tilnærminger for samme målgruppe (Westermarck mfl., 2008). Samlet sett foreligger det dokumentasjon på at tiltaket har gode resultater på flere relevante utfallsmål som kriminalitet, rusbruk og negativ atferd gjennom både nordiske og internasjonale studier. Samtidig er det enkelte sentrale utfallsmål som er mindre belyst gjennom studiene, for eksempel prososial atferd, deltakelse i skole/job, positive vennerelasjoner eller hvorvidt ungdommene flytter hjem etter endt behandling.

TFCO er et omfattende tiltak for en målgruppe med store og komplekse vansker, men der forekomsten i befolkningen ikke er så høy. Det er derfor forståelig at det er vanskelig å få gjennomført solide RCT-studier med mange nok deltakere. At tiltaket skal tilpasses individuelt med individuelle mål for hver ungdom kan lede til gjennomsnittlige effekter som er mindre for enkelte utfallsmål. Det er positivt at det i de svenske studiene, til tross for relativt små utvalg og individuelle tilpasninger av tiltaket, er funnet signifikante og til dels store effekter på noen av de viktigste utfallsmålene. Det er også positivt at den norske studien undersøkte og fant effekter på risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Siden dokumentasjonen viser middels store til store effekter av tiltaket på viktige områder, vurderes effektene å ha praktisk betydning. Tiltaket kan bedre fremtiden for ungdommene og deres familier og lede til samfunnsøkonomiske besparelser. Samtidig er det et krevende tiltak å implementere, noe som gjør at

det kan være enklere å etablere tilbudet i befolkningstette områder.

Samlet sett synes nordiske og internasjonale studier å kunne dokumentere effekter på kriminalitet, antall dager i innelåste betingelser, negativ atferd og rusproblemer. Det er noe mer uklart om tiltaket har effekter på alle positive psykososiale utfallsmål som er mål for tiltaket.

### Klassifisering

TFCO er godt beskrevet, bygger på allment akseptert teori og har gode implementeringsrutiner som sikrer at tiltaket gjennomføres slik det er tenkt. Det er gjennomført tre nordiske effektstudier, som i denne oppsummeringen er vurdert å ha tilfredsstillende forskningsmetodisk kvalitet.

I tillegg er effekten av tiltaket oppsummert i en rekke internasjonale kunnskapsoppsummeringer. Resultatene på tvers av studiene er relativt konsistente med god dokumentasjon på effekt for enkelte sentrale utfallsmål av programmet. Effektene vurderes i denne oppsummeringen å være av praktisk betydning.

TFCO tilfredsstiller alle kravene for å kunne klassifiseres på nivå 4 i Ungsinn med positive resultater fra en rekke effektstudier både fra Norden og internasjonalt. Tiltaket tilfredsstiller også mange av kravene for nivå 5 i henhold til Ungsinn sine kriterier. Kvaliteten på de nordiske studiene er imidlertid litt for svake. Ingen av studiene er fikk en gjennomsnittskår over 3 i vurderingen av forskningsmetodisk kvalitet, noe som er kravet for klassifisering på evidensnivå 5. I tillegg mangler det god dokumentasjon på enkelte sentrale utfallsmål, noe som må forventes for tiltak med sterk dokumentasjon på effekt. Siden nordiske studier skal vektlegges mest i Ungsinn, klassifiseres TFCO på evidensnivå 4, som et tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

### Konklusjon

TFCO er et omfattende, multisystemisk tiltak som kan tilbys ungdommer med store atferdsvansker der hjemmebaserte tilbud ikke lenger anses å kunne

fungere. TFCO er godt beskrevet, bygger på allment akseptert teori og har gode implementeringsrutiner som sikrer at tiltaket gjennomføres slik det er tenkt. Samlet sett er det god dokumentasjon fra nordiske og internasjonale studier på at tiltaket har effekt på relevante utfallsmål som kriminalitet, negativ atferd, dager i innelåste betingelser og rus.

TFCO klassifiseres som et tiltak på nivå 4, som et tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.

## Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har kommersielle interesser i tiltaket vurdert i denne artikkelen. De har heller ikke vært involvert i utvikling, evaluering eller implementering av tiltaket.

## Referanser

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2022, 02. august.) *Barn og unge i institusjon*. [Barnevernsstatistikk \(bufdir.no\)](https://www.bufdir.no)
- Berg, R. C., Johansen, T. B., Jardim, P. S. J., Forsetlund, L. & Nguyen L. (2020). *Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter*. (FHI rapport –2020). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/tiltak-for-barn-og-unge-med-atferdsvansker-eller-som-har-begatt-kriminelle-handlinger-rapport-2020.pdf>
- Bergström, M. & Højman, L. (2016). Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. *European Journal of Social Work*, 19(2), 219–235. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1030361>
- Bidonde, J. & Meneses, J. (2017). *The effect of interventions for children who have experienced violence in close relationships: an overview of reviews [Effekten av tiltak for barn som har opplevd vold i nære relasjoner: en oversikt over oversikter]* (FHI Rapport – 2017). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/interventions-children-violence-in-close-relationships-rapport-2017.pdf>
- Blueprints. (u.å.). *Treatment Foster Care Oregon*. Hentet 21.12.2021 fra [Blueprints Programs – Blueprints for Healthy Youth Development](https://wwwBlueprints.org)
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press
- Colman, I., Murray, J., Abbott, R. A., Maughan, B., Kuh, D., Croudace, T. J., & Jones, P.B. (2009). Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*, 338:a2981. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2981>
- CEBC. (2021, februar). *Treatment Foster Care Oregon – Adolescents (TFCO-A)*. [CEBC » Program » Treatment Foster Care Oregon Adolescents \(cebc4cw.org\)](https://www.cebc4cw.org)
- Christensen, B. & Ervik-Jeannin, R. J. (2017). Treatment Foster Care Oregon. I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I, Frønes & J. Kjøbli (Red.), Den krevende foreldrerollen. Gyldendal akademiske.
- Christensen, B., Ervik-Jeannin R., & Lønnum, K. (2017). *Organisasjonsmanual Treatment Foster Care Oregon*. Oslo: NUBU
- Dishion, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am Psychol*. 54(9):755–64. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.755>
- EIF. (2021, April). *Treatment Foster Care Oregon Adolescent*. [Treatment Foster Care Oregon Adolescent | EIF Guidebook](https://www EIF Guidebook Treatment Foster Care Oregon Adolescent | EIF Guidebook)
- Ervik-Jeannin, R., Lønnum, K., & Christensen, B. (2021). Familiebasert behandling for ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 6, 2021, side 466–470*
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Ridder, E.M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(8): p. 837–49. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x>
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549–576. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.08530>
- Gutterswijk, R. V., Kuiper, C. H. Z., Lautan, N., Kunst, E. G., van der Holst, F. C. P., Stams, G.J.J.M. & Prinzie, P. (2020). The outcome of non-residential youth care compared to residential youth care: A multilevel meta-analysis. *Children & Youth Services Review* 113:104950. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104950>
- Hansson, K. & Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review*, 1929–1936. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.06.008>
- Hukkelberg, S.S. & Ervik-Jeannin, R. (2022). Treatment Foster Care Oregon (TFCO): Preliminary Results from a Study among Norwegian Youths. *Youth*, 2, 526–537. <https://doi.org/10.3390/youth2040038>
- Kornør, H. & Jozefiak, T. (2012). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist (CBCL). *PsykTestBarn*, 2012, 1:3. doi: 10.21337/0014
- Kunnskapssenteret. (2006). *Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling* (Rapport nr 22–2006). [Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og](https://www.kunnskapssenteret.no)

- ungdom som alternativ til institusjonsbehandling (fhi.no)
- Ladner-Graham, J. M. (2020). Empirical support for Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC): A critical review. Electronic Theses and Dissertations. <https://egrove.olemiss.edu/etd/1714>
- Martinussen, M., Reedt, C., Eng, H., Neumer, S.-P., Patras, J., & Mørch, W.-T. (2019). Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge. Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak. [https://ungsinn.no/wp-content/uploads/2019/07/Ungsinn\\_kriterier\\_screen\\_2019-V2.1.pdf](https://ungsinn.no/wp-content/uploads/2019/07/Ungsinn_kriterier_screen_2019-V2.1.pdf)
- MacDonald, G. M. & W. Turner (2007). Treatment Foster Care for Improving Outcomes in Children and Young People. *Campbell Systematic Reviews*, 3(1): 1–95. <https://doi.org/10.4073/csr.2007.9>
- Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU). 2021. *Implementeringshåndbok Treatment Foster Care Oregon*. Versjon 1.0.
- Nickerson, A. B. & Nagle, R. J. (2005). Parent and Peer Attachment in Late Childhood and Early Adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 25(2), 223–249. <https://doi.org/10.1177/0272431604274174>
- Osei, G. K., Gorey, K. M. & Jozefowicz, D. M. H. (2016). Delinquency and Crime Prevention: Overview of Research Comparing Treatment Foster Care and Group Care. *Child & Youth Care Forum* 45(1), 33–46. <https://doi.org/10.1007/s10566-015-9315-0>
- Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach: Coercive family process*. (Bind 3). Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Proudfoot, J. A., Lin T, Wang B. & Tu, X. M. (2018). Tests for paired count outcomes. *General Psychiatry*, 31:e100004. <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2018-100004>
- Reedt, C. & Løvereide, S. (2021). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Youth Self Report (YSR). *PsykTestBarn*, 1:4. <https://doi.org/10.21337/0073>
- SBU. (2018). *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. (SBU-rapport nr 279). [Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon \(sbu.se\)](https://www.sbu.se/utredningar/2018/04/behandlingsfamiljer-för-ungdomar-med-allvarliga-beteendeproblem-treatment-foster-care-oregon)
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1–2), 7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Socialstyrelsen. (2021). *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år* (ISBN 978-91-7555-573-7, Artikelnummer 2021-11-7626). [Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socstyrelsen.se/insatser-for-att-motverka-fortsatt-normbrytande-beteende-och-aterfall-i-brott)
- Siqveland J., Moum, T. & Leiknes, K.A. (2016). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Symptom Checklist 90 Revidert (SCL-90-R)*. [Assessment of psychometric properties of the Norwegian version of the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)]. (FHI Rapport - ISBN 978-82-8082-788-3). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/maleegenskaper-ved-den-norske-versjonen-av-symptom-checklist-90-rapport-2016.pdf>
- Skogen, J. S. & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. (FHI-rapport 4). <https://www.fhi.no/publ/2013/atferdsforstyrrelser-blant-barn-og-/>
- Treatment Foster Care Oregon. (u.d). *TFCO-A Foster Parent Recruitment Manual, TFCO-A Foster Parent Manual, TFCO-A Foster Parent Training Manual, TFCO-A Skills Coach Training Manual, TFCO-A Skills Coach Manual, TFCO-A Individual Therapy Manual, TFCO-A Family Therapy Manual, TFCO-A Behavior Plan, TFC-O Team Lead Manual*.
- Tripodi, S. J. and K. Bender (2011). Substance abuse treatment for juvenile offenders: A review of quasi-experimental and experimental research. *Journal of Criminal Justice*, 39(3): 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2011.02.007>
- Turner, W. and MacDonald, G. (2011). Treatment foster care for improving outcomes in children and young people: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 21(5): 501–527. <https://doi.org/10.1177/1049731511400434>
- Westermarck, P. K., Hansson, K. & Vinnerljung, B. (2008). Does Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) reduce placement breakdown in Foster Care? *International Journal of Child & Family Welfare*, 4: 155–171.
- Westermarck, P. K., Hansson, K. & Olsson, M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication. *Journal of Family Therapy*, 33: 20–41. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00515.x>
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T. and Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programmes for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 550–553. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.4.550>
- Åström, T., Bergström, M. & Håkansson, K. (2020). Treatment Foster Care Oregon for delinquent adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 30(4): 355–367. <https://doi.org/10.1177/1049731519890394>
- Mottatt 20.04.2022.  
Godkjent 12.06.2023.  
Publisert 13.10.2023.  
Redaktør: Charlotte Reedtz.

