

RAPPORT

2020

## Barn, unge og kriminalitet

Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering.



## **Barn, unge og kriminalitet**

Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering.

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Område for psykisk og fysisk helse  
Avdeling for barns helse og utvikling  
Oktober 2020

**Tittel:**

Barn, unge og kriminalitet.

Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane?

Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering.

**Forfatter(e):**

Heidi Aase

Kyrre Lønnum

Mari-Anne Sørлие

Kristine Amlund Hagen

Kristin Gustavson

Inger-Hege Utgarden

**Oppdragsgiver:**

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

**Publikasjonstype:**

Rapport

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**Grafisk designmal:**

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

**Grafisk design omslag:**

Fete Typer

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8406-125-2

**Emneord (MeSH):** forebygging, tiltak, atferdsproblemer, atferdsvansker, ungdom, risikofaktorer, familiebaserte tiltak, strukturelle tiltak, traumer, konflikt, barnekonvensjon, straff

**Sitering:** Aase H, Lønnum K, Sørлие MA, Hagen KA, Gustavson K, Utgarden IH. «Barn, unge og kriminalitet.

Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane?

Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering. Rapport 2020. Oslo:

Folkehelseinstituttet, 2020.



## Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
<b>Forord</b>	<b>11</b>
<b>1 Innledning: Om oppdraget, ekspertkonferansen og rapporten</b>	<b>13</b>
1.1 Oppdraget	13
1.2 Bakgrunn for ekspertkonferansen	14
1.3 Plan for Ekspertkonferansen 2020	14
1.4 Referansegruppe og brukergruppe	16
1.5 Oppbygging av rapporten	18
<b>2 Omfang av alvorlige atferdsproblemer og ungdomskriminalitet, og reaksjonsformer for unge lovbrøyttere</b>	<b>19</b>
2.1 Atferdsproblemer hos barn og unge	19
2.2 Atferdsproblemer og kriminalitet	20
2.3 Omfang av kriminalitet blant barn og unge	20
2.4 Kriminalitetsbildet fra offisiell statistikk	21
2.5 Lovbruddskarrierer og utviklingsbaner	23
2.6 Gjengkriminalitet	23
2.7 Reaksjonsformer – hvordan møter vi unge som bryter loven?	25
2.8 Oppsummering	27
<b>3 Utvikling, forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kartlegging av risiko- og beskyttelsesfaktorer</b>	<b>28</b>
3.1 Innledning	28
3.2 Utvikling av atferdsproblemer	28
3.3 Risiko- og beskyttelsesfaktorer	32
3.4 Implikasjoner	35
3.5 Oppsummering og diskusjon	35
<b>4 Tiltaksnivåer og evidensbaserte tiltak</b>	<b>38</b>
4.1 Innledning	38
4.2 Tiltaksnivåer	38
4.3 Forebyggende tiltak – selektert nivå	40
4.4 Tiltak på indikert nivå: Tiltak for ungdom med atferdsproblemer og kriminalitet	42
4.5 Institusjonstilbud	47
4.6 Evidensbasert tiltakskjede i Norge	49
4.7 Universelle tiltak	50
4.8 Nærmere om atferdsproblemer og traumer	51
4.9 Nærmere om gjengdannelse og gjengkriminalitet	52
4.10 Oppsummering	53

<b>5</b>	<b>Implementering, organisering og kjerneelementer i virksomme tiltak</b>	<b>55</b>
5.1	Innledning	55
5.2	Implementeringsprosessen	55
5.3	Hvordan velge egnede tiltak	57
5.4	Implementeringsledelse	58
5.5	Kjerneelementer	58
5.6	Oppsummering	59
<b>6</b>	<b>Vurderinger og anbefalinger</b>	<b>61</b>
6.1	Innledning	61
6.2	Etiske betraktninger	61
6.3	Familie- og nærmiljøbaserte tiltak	65
6.4	Tiltak i institusjon	67
6.5	Universelle programmer for forebygging av atferdsproblemer	70
6.6	Om å styrke beskyttelsesfaktorer	71
6.7	Reaksjoner på lovbrudd og kriminelle handlinger blant barn og unge	72
6.8	Innvendinger mot fokus på evidensbaserte metoder og atferdsproblemer	75
6.9	Manglende fokus på implementering	76
6.10	Manglende tilgjengelighet av effektive tiltak	77
6.11	Utdanningsbehov	78
6.12	Anbefalinger	79
	<b>Referanser</b>	<b>82</b>
	<b>Vedlegg</b>	<b>92</b>

## Sammendrag

### Oppdraget

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) ga i 2019 Folkehelseinstituttet (FHI) i oppdrag

*«å arrangere og gjennomføre en ekspertkonferanse om barn og unge som står i fare for eller har begått kriminalitet, og sammenstille en oppsummering av konferansen med tilhørende vurderinger. Konferansen skal sammen med de øvrige deloppdragene (Kunnskapsoppsummering fra FHI, 2020 og komparativ landanalyse fra Deloitte 2019) belyse tematikken fra ulike ståsteder. Konferansen skal ta sikte på å presentere nasjonal og internasjonal frontforskning på temaet. Det overordnede formålet med konferansen er å bevege seg i retning av en faglig konsensus om hva som skal til for å lykkes med å få barn og unge ut av en kriminell løpebane».*

Konferansen var planlagt gjennomført i mars 2020, men måtte avlyses på grunn av Covid-19 pandemien. Vi fikk isteden skriftlige innspill fra ekspertene som skulle presentert på konferansen. Denne rapporten er et svar på det reviderte oppdraget fra Bufdir.

Vurderinger og råd i rapporten er basert på innspill fra relevante kunnskapsoppsummeringer og forskning, nasjonale og internasjonale eksperter, forfattergruppens egen kompetanse, og på kunnskap og erfaringer fremkommet gjennom drøftinger og innspill fra bruker- og referansegruppe nedsatt i forbindelse med oppdraget.

Frontforskning er forstått som forskning som har bred og solid støtte slik det fremkommer i oppsummert kunnskap og grundige evalueringer. Målgruppene er barn med atferdsproblemer som er i risiko for å begynne med kriminalitet, og barn med alvorlige atferdsproblemer som har begått lovbrudd. Forebyggende tiltak og behandling på henholdsvis selektert og indikert nivå er dermed evaluert. I tillegg er spesifikke tema som har blitt fremmet av Bufdir som relevante og interessante i løpet av arbeidet blitt vurdert. Disse inkluderer institusjonsbehandling, kartlegging av risiko, traumebevisst omsorg og behandling, gjengkriminalitet, samt betydningen av organisering og ledelse. Forfattergruppen har videre inkludert implementering som en viktig faktor for at tiltak og behandling skal virke etter intensjonen. Det er av største betydning at all behandling og tiltak for barn og unge må være basert på FNs barnekonvensjon. Dette innebærer blant annet at barn skal ha informasjon om alle forhold som berører dem, og bli hørt i alle saker som angår dem. Evaluering av tiltak bør inkludere barns perspektiv og erfaringer.

Rapporten gir ikke en fullstendig oversikt over og vurdering av alle innsatser, programmer og tiltak som eksisterer i Norge eller internasjonalt på feltet forebygging av atferdsproblemer og kriminalitet blant barn og unge. Fokus vil være på tiltak for å forebygge og behandle alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet, men også på forutsetninger for god forebygging og behandling, som betydningen av implementering og kvalitetssikring i tjenestene. Vi vektlegger også betydningen av å arbeide universelt forebyggende. Gjennom tiltak som treffer alle barn kan vi forhindre at en del barn som kan være i risiko for å utvikle atferdsproblemer faktisk gjør det.

### Temaene i rapporten

I denne rapporten gis først en redegjørelse for oppdraget og gjennomføringen av dette, før vi i **kapittel 2** beskriver utfordringsbildet: Hva er atferdsproblemer og hvor mange har



det; hvor mange barn og unge begår lovbrudd og blir tatt for det, og hva er samfunnets reaksjon på barns lovbrudd. Forekomst av lovbrudd har gått ned over flere år, samtidig som statistikken viser at kriminaliteten øker i aldersgruppene fra 13-18 år og hovedsakelig blant gutter. Barn under 18 år som begår lovbrudd straffes ikke med fengsel, med noen få unntak. Unge lovbrøyttere får enten påtaleunntatelse eller vurderes for ungdomsoppfølging eller ungdomsstraff under Konfliktrådet. Mange saker der barn er involvert blir henlagt eller barnet overføres til Barnevernet for oppfølging.

I **kapittel 3** presenteres forutsetninger for godt forebyggende arbeid, som er å forstå og kjenne risiko- og beskyttelsesfaktorene for utvikling av atferdsproblemer og kriminalitet. Risiko- og beskyttelsesfaktorer kan være på individ-, familie-, venne-, skole- og nærmiljønivå. I tidlig alder er individuelle og familiære faktorer særlig viktig. Risiko for en uheldig utvikling øker med antall risikofaktorer og ved fravær av beskyttelsesfaktorer. Tiltaks-pyramiden fra universelle til selekterte og indikerte tiltak presenteres.

I **kapittel 4** beskrives tiltak som har god, dokumentert effekt i å forebygge at atferdsproblemer utvikler seg til lovbrudd og en kriminell løpebane. Mange av de best dokumenterte tiltakene er utviklet i USA og er implementert i Norge i dag. Blant de viktigste ressursene som evaluerer og anbefaler kartlegging og behandling av alvorlige atferdsproblemer er Ungsinn for tiltak som er evaluert i Norge, samt National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia og Blueprints for Healthy Youth Development i USA. Tiltak med god dokumentasjon på selektert nivå inkluderer De utrolige årene (DUÅ), Parent management training (PMTO) og Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Alle disse er implementert i Norge. Tiltak på indikert nivå inkluderer Multisystemisk terapi (MST), Funksjonell familierapi (FFT) og Treatment Foster Care Oregon (TFCO Behandlingshjem). Alle er blant identifiserte effektive tiltak i kunnskapsoppsummeringen fra FHI. I tillegg er tiltaket MATCH-ADTC (Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma or conduct problems) omtalt. Denne behandlingsmodellen er inspirert av metoden som identifiserer kjerneelementer i virksomme tiltak som en ny og lovende måte å sette sammen fleksible behandlingpakker på (kjerneelementer drøftes i kapittel 5). Traumefokusert kognitiv atferdsbehandling (TF-CBT) er også trukket fram. Mange barn i målgruppene har traumeerfaringer. TF-CBT har sterk dokumentasjon for effekt i Ungsinn på en rekke utfall knyttet til PTSD, inkludert aggresjon.

For behandlingstilbud i institusjon fins det få evidensbaserte tiltak med dokumentert effekt. De fleste tiltak og behandlingsopplegg som tilbys i institusjon i Norge er ikke evaluert. Det er imidlertid identifisert noen viktige ingredienser som må være til stede for at institusjonsbehandling skal være bra og virke godt for unge med alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet. Disse inkluderer små familielignende enheter, godt utdannet og stabilt personale, relasjonsfokus, etablerte metoder for å håndtere negativ atferd og fremme prososial atferd. Et lovende tiltak i Norge og internasjonalt er MultiFunC, som er lagt opp på disse prinsippene. Andre veldokumenterte tiltak på selektert eller indikert nivå er ikke identifisert i internasjonale kilder.

Universelle tiltak som forebygger atferdsproblemer blant barn generelt inkluderer vel utprøvde og dokumentert effektive tiltak som Olweus antimobbeprogram og Positiv atferd og støttende læringsmiljø (PALS) i skolen. I tillegg er det nevnt tre tiltak identifisert i Blueprints som kan være interessant å vurdere for utprøving i Norge.

Implementering, organisering og ledelse er tema i **kapittel 5**. Gode strategier for implementering er avgjørende for at gode tiltak skal få tilsiktet effekt når de iverksettes i

en organisasjon. Faktorer som faktorer som må være på plass for å lykkes inkluderer god ledelse, motivert og godt opplært personale, nok ressurser, og vedvarende veiledning og monitorering. Implementering handler også om å koordinere tiltaket eller behandlingen med andre instanser som kan være involvert i barnet, som skole, barnevern, PP-tjeneste og politi. Koordinering av innsatser og god kommunikasjon mellom involverte parter er avgjørende for at innsatsene skal lykkes uten å overbelaste barnet eller de involverte etatene.

**Kapittel 6** inneholder vurderinger og anbefalinger for videre arbeid på feltet.

Vurderingene starter med etiske betraktninger der FNs barnekonvensjon legges til grunn. Her ligger viktige føringer som må være til stede i all behandling av barn. Selv om tiltakene som er trukket fram i denne rapporten er dokumentert effektive i å forebygge og behandle atferdsproblemer og kriminalitet, virker de ikke for alle. Brukergruppen og referansegruppen peker på innvendinger og utfordringer som behandles i dette kapitlet.

Styrker og utfordringer i feltet vurderes for hvert av temaene som er drøftet i de foregående kapitlene, og munner ut i anbefalinger for videre arbeid og forskning på feltet. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av anbefalingene i punkter.

## Anbefalinger

- FNs barnekonvensjon må ligge til grunn i all behandling av barn og i alle tiltak som berører barn. Barn skal få informasjon om forhold som angår dem, og høres i saker som angår dem. Det betyr blant annet at voksne skal legge til rette for at informasjon blir gitt i en form som barn forstår, og at barn kan snakke trygt om det som er viktig i saker som angår dem.
- Familiebaserte tiltak må ikke settes i gang før det er gjennomført en grundig kartlegging av familieforhold og relasjoner der barns erfaringer blir hørt på en trygg måte. Eventuelle vanskelige forhold i hjemmet må avdekkes før tiltaket settes i gang, slik at tiltaket kan tilpasses familiens situasjon og unngå at barnet får det vanskelig.
- Retningslinjer fra National Institute of Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia om identifisering og behandling av alvorlige atferdsvansker hos barn (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/1-Recommendations>) bør oversettes til norsk, tilpasses og gjøres tilgjengelige for alle relevante instanser i Norge.
  - Retningslinjene inneholder også generelle prinsipper som skal sikre forsvarlig og etisk behandling av barn, som er i tråd med FNs barnekonvensjon.
- Alle tiltak som vurderes implementert i Norge må være prøvd ut og evaluert i Norge eller Skandinavia og ha dokumentert effekt i tråd med eller tilsvarende Ungsinns krav om dokumentasjonsgrad på nivå 4 – Tilfredsstillende dokumentasjon på effekt, eller 5 – Sterk dokumentasjon på effekt.
- Tiltak og behandling rettet mot forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet må bygge på et multisystemisk perspektiv der barnet og familien, men også skole, venner og nærmiljø er inkludert.

- Tiltak med best dokumentasjon på effekt i å forebygge at barn med store atferdsproblemer begynner med kriminalitet (selektert nivå) er implementert i Norge i dag. Dette er Parent Management Training Oregon (PMTO), De utrolige årene (DUÅ) og Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Det anbefales økt satsing på disse tiltakene, inkludert å gjøre dem tilgjengelig for flere.
- To familiebaserte tiltak med god dokumentasjon på effekt i å forebygge at barn som har begått lovbrudd kommer inn i en kriminell løpebane (indikert nivå) er implementert i Norge. Disse er Multisystemisk terapi (MST) og Funksjonell familierapi (FFT). Det anbefales økt satsing på og videreutvikling av disse tiltakene, inkludert å gjøre dem tilgjengelig for flere.
- Behandlingstilbudet i institusjon for barn med alvorlige atferdsproblemer inkludert kriminalitet må styrkes. Metoder for behandling i institusjon må være evidensbasert, og det er vesentlig at rammene rundt barn i institusjon er trygge og gode. Tiltak som MultiFunC eller tilsvarende, som er implementert i Norge noen steder, anses som lovende og bør videreutvikles og forskes på.
- Behandlingshjem, kjent under navnet Treatment Foster Care Oregon (TFCO), er implementert i Norge og Sverige. Programmet, som ligger mellom institusjonsbehandling og fosterhjem, er evaluert i Sverige med god dokumentasjon på effekt. Tilbudet bør videreutvikles og evalueres i Norge, og i større grad gjøres tilgjengelig som et mindre inngripende alternativ til institusjon.
- Det er iverksatt institusjons- og hjemmebaserte tiltak i Norge basert på dialektisk atferdsbehandling (DBT)-metodikk, med pågående følgeforskningsprosjekt. Det anbefales at effekten av tiltakene på atferdsproblemer og kriminalitet evalueres nærmere.
- Universelt forebyggende tiltak med sterk dokumentasjon på effekt som er implementert i Norge bør videreføres og tilbys over hele landet. Det finnes også internasjonalt evaluerte tiltak som er dokumentert effektive i for eksempel Blueprints for healthy youth development ([blueprintsprograms.org](http://blueprintsprograms.org)) som kan vurderes å prøves ut i Norge.
- Fokus på å opprettholde tilknytning til skolen og legge til rette for gjennomføring av hele skoleløpet gjennom videregående skole bør være en integrert del av alle tiltak og behandling.
- Strukturelle og miljørettede tiltak, som tiltak mot barnefattigdom, styrking av barnehagekvalitet, og satsing på skole og lærere som bidrar til at utsatte barn fullfører videregående skole må være høyt prioritert sammen med de personrettede tiltakene.
- Fokus på implementering må vektlegges når tiltak og programmer settes i verk i en organisasjon. Implementering må forstås som en kontinuerlig prosess og innebærer god administrativ forankring, god ledelse og tilstrekkelig med ressurser for å sikre kompetanse og kvalitet. Kvalitet i implementeringen sikres best gjennom kontinuerlig opplæring, veiledning og evaluering.

- Det må sikres god koordinering av tiltak mellom ulike instanser, etater og sektorer som er involvert i et barn, som for eksempel barnevern, skole, PP-tjenesten, helsetjenesten, politi og kriminalomsorgen.
- Alle som arbeider med barn og unge må ha relevant utdanning, ha god opplæring i FNs barnekonvensjon og kunnskap om hvordan prinsippene i konvensjonen nedfelles i praksis. God kunnskap om en oversatt og tilpasset versjon av NICE Guidelines om barn og unge med atferdsproblemer bør være obligatorisk. Alle som arbeider med behandlingsprogrammer må ha god opplæring i programmene og ha nødvendige sertifiseringer.

Det er stort behov for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget på tematikken på mange nivåer og innen mange undertema. Blant disse er mer kunnskap om hvorfor noen barn som vokser opp under belastende betingelser (barn i risiko / utsatte barn) begynner med kriminalitet mens andre ikke gjør det. Det er også behov for mer kunnskap om effekt av strukturelle tiltak på forekomst av kriminalitet, og om de relative bidrag fra strukturelle og personrettede tiltak. I tillegg er det gjennom denne rapporten identifisert behov for videre forskning på følgende temaer:

- Betydningen av barns medvirkning og barns perspektiv på effekt av tiltak og behandling, inkludert evaluering av tiltak med berørte barn som informanter.
- Etablere oversikt over gode og relevante internasjonale kartleggings- og vurderingsverktøy for risiko- og beskyttelsesfaktorer til bruk i Norge, og utvikle nye verktøy dersom gode alternativer mangler.
- Kartlegge forekomst, årsaksforhold og utviklingsforløp av såkalte «callous and unemotional» (CU)-trekk (hard og ufølsom), samt utvikle og forske på effektive tiltak for denne gruppen.
- Evaluere effekt av Traumefokusert kognitiv atferdsbehandling (TF-CBT) på atferdsproblemer og kriminalitet.
- Etablere og/eller evaluere egnede effektive rusforebyggende tiltak rettet mot ungdom i 13-18 års alderen.
- Etablere og evaluere egnede og effektive tiltak for unge voksne med alvorlige atferdsproblemer, inklusive kriminalitet.
- Evaluere effekt av straffereaksjoner og innhold i ungdomsstraff og ungdomsoppfølging på gjentakelse og forekomst av kriminalitet.

## Forord

Vold og annen kriminalitet har alvorlige konsekvenser for offer, utøver og samfunnet. Det er derfor viktig å forebygge kriminalitet blant barn og ungdom og å hjelpe de som allerede har utøvd kriminelle handlinger til å utvikle positiv tilknytning til samfunnet og å hindre gjentakelse. Dette er imidlertid ingen enkel oppgave. Det har gjennom mange år vært gjort mange utredninger og utviklet tiltak, programmer og ordninger innen helsetjenesten, barnevernet, skolesystemet, kriminalomsorgen, politi og justisvesen for å forebygge at barn og unge havner i en kriminell løpebane. Det finnes digitale ressursider (f.eks. <https://kriminalitetsforebygging.no>) med eksempler fra tiltak som er igangsatt rundt om i Norge. Det utgis rapporter fra politi og kommunale samarbeid rundt om i landet, og NOU'er, rapporter, veiledere og handlingsplaner fra regjering og direktorater. Statistikken viser at forekomst av anmeldt kriminalitet har vært nedadgående i flere år, også blant barn og unge. Selvrapporterte tall fra Ungdata tyder på lite endring i regel- og lovbrudd blant ungdom i Norge. En ny FAFO-rapport påpeker imidlertid at tjenestene ikke alltid når fram når utfordringene er sammensatte slik de ofte er for utsatte barn og unge (Hansen, Jensen & Fløtten, 2020). Det er behov for styrket og samordnet innsats for å sikre at alle barn og unge vokser opp i trygge miljø og til gode liv.

Denne rapporten er et svar på oppdraget fra Bufdir om å oppsummere frontforskning om hvordan vi kan forhindre at barn i risiko starter med kriminalitet eller fortsetter i en kriminell løpebane. Vurderinger og råd er basert på innspill fra nasjonale og internasjonale eksperter, relevante kunnskapsoppsummeringer og forskning, forfattergruppens egen kompetanse, og på kunnskap og erfaringer fremkommet gjennom drøftinger og innspill fra bruker- og referansegruppe. Rapporten vil ikke gi en fullstendig oversikt over og vurdering av alle innsatser, programmer og tiltak som eksisterer i Norge eller internasjonalt på feltet forebygging av atferdsproblemer og kriminalitet blant barn og unge. Den vil heller ikke gi et utdypet og nyansert bilde av alle kjente mekanismer og teorier for utvikling og opprettholdelse av kriminalitet. Fokus vil være på tiltak for å forebygge og behandle alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet, men også på forutsetninger for god forebygging og behandling. Slike forutsetninger inkluderer å involvere barn som berøres av tiltakene i tilrettelegging, innhold og evaluering, og å sørge for god implementering og kvalitetssikring i tjenestene. I tillegg til å benyttes i regjeringens videre arbeid med dette temaet, er vårt mål at rapporten skal være relevant for fagpersoner innen ulike fagfelt og gi et velbegrunnet grunnlag for planlegging og implementering av tiltak. Forfattergruppen har vurdert kunnskapsgrunnlaget for tiltak og arbeidsmåter, og viser at det i mange sammenhenger er konsensus om hva som må til for at dette arbeidet skal lykkes. Men det finnes ingen enkel eller rask vei til målet. Det forebyggende arbeidet må være bredt anlagt, systematisk og langsiktig, basert på god kunnskap og med tilstrekkelige økonomiske og personellmessige ressurser. Ved utprøving av nye og endrede tiltak er det av største betydning at disse blir grundig evaluert for å sikre at tiltakene er trygge og virker slik de er ment å virke.

Ikke alle er eller vil være enige i anbefalingene i denne rapporten. Vi har inkludert noen av innvendingene og uenighet som har framkommet fra representanter i brukergruppen og referansegruppen gjennom arbeidet med rapporten. Innspillene deres har bidratt til styrking av rapporten og vi er takknemlige for den konstruktive og engasjerte diskusjonen vi har hatt i møte med alle i bruker- og referansegruppene.

Rapporten utgis av Folkehelseinstituttet. Forskere ved Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) og professor emeritus Willy Tore Mørch, Universitetet i Tromsø, har vært

engasjert av Folkehelseinstituttet for å bidra med sin ekspertise og skrive deler av rapporten. NUBU har hatt et hovedansvar for å skrive kapittel 3 og 4, der tiltak blir beskrevet. NUBU har også bidratt med redaksjonell hjelp. Willy Tore Mørch har hatt hovedansvaret for kapittel 5 om implementering. FHI er ansvarlig for rapporten som helhet og har skrevet kapittel 1, 2 og 6. Vi vil rette en stor takk til forfatterne som har bidratt til rapporten:

Heidi Aase, Folkehelseinstituttet (kap. 1, 2 og 6)

Mari-Anne Sørli, NUBU (kap. 3)

Kyrre Lønnum, NUBU (kap. 4)

Willy Tore Mørch, UiT (kap. 5)

Kristine Amlund Hagen, NUBU (tekstbidrag)

Kristin Gustavson, Folkehelseinstituttet (tekstbidrag)

Inger-Hege Utgarden, NUBU (redaksjonelt arbeid)

Vi takker Bufdir for oppdraget og muligheten til å bidra på et så viktig og spennende felt. Vi vil også rette en stor takk til deltakere i brukergruppen og i referansegruppen som engasjert delte av sine erfaringer og råd og ga nyttig innsikt og viktige korrigeringer fra sine kompetansefelt. Takk også til Elisabet E. Storvoll, fagdirektør for forskning og helseanalyse og til Idunn Brekke, seniorforsker i avdeling for barns helse og utvikling, for gjennomlesing og intern kvalitetskontroll.

Oslo, oktober 2020

Knut-Inge Klepp

Direktør, område for psykisk og fysisk helse

# 1 Innledning: Om oppdraget, ekspertkonferansen og rapporten

## 1.1 Oppdraget

Forsommeren 2019 mottok Folkehelseinstituttet (FHI) oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) om å arrangere en ekspertkonferanse om hvordan hindre at barn og unge kommer inn i, eller fortsetter i en kriminell løpebane. Konferansen skulle presentere nasjonal og internasjonal frontforskning innen dette temaet og ta sikte på å belyse tematikken fra ulike ståsteder. Oppdraget til FHI var å sammenstille en oppsummering av konferansen med tilhørende vurderinger, der det overordnede målet var å bevege seg i en retning av faglig konsensus om hva som skal til for å lykkes med å få barn og unge ut av en kriminell løpebane. To rapporter; en kunnskapsoppsummering om tiltak for barn og unge med alvorlige atferdsvansker eller kriminell atferd utført av FHI (2020) og en landsammenligning om bruk av institusjon utført av Deloitte (2019) skulle tas inn i kunnskapsgrunnlaget i rapporten.

Regjeringen arbeider for å få en helhetlig innsats overfor barn og unge som begår eller står i fare for å begå kriminalitet. Barne- og familiedepartementet (BFD), Justisdepartementet (JD), Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kunnskapsdepartementet (KD) og Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) har sendt likelydende oppdrag til relevante underlagte etater. Bufdir har fått ansvaret for å lede arbeidet på direktoratsnivå. Formålet med oppdraget til direktoratene er å vurdere om de aktuelle sektorene har nødvendig mandat, ansvar og tiltak for å hindre at barn og unge begår alvorlige eller gjentatte kriminelle handlinger, og at barn og unge kommer ut av en kriminell løpebane. Ekspertkonferansen og oppsummeringen fra denne skulle inngå i grunnlaget for dette arbeidet.

Konferansen ble planlagt gjennomført 24. og 25. mars 2020, men måtte avlyses på grunn av Covid-19-pandemien, som førte til nedstenging av landet og forbud mot slike arrangementer fra midten av mars.

Som alternativ til konferanse ble alle foredragsholderne bedt om å levere et sammendrag av foredragene sine sammen med figurer og referanser innen utgangen av april 2020. Dette var mulig for alle med unntak av én. De skriftlige sammendragene er viktige innspill for den foreliggende rapporten. I tillegg er det inkludert annen litteratur og temaer som er relevante for rapportens målsetting.

FHI etablerte en programkomité som planla konferansen og inviterte foredragsholderne. Programkomiteen besto av leder Willy Tore Mørch, professor emeritus, Universitetet i Tromsø, Kristine Amlund Hagen, da forskningsdirektør og nå administrerende direktør for Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU), Evelyn Dyb, seniorforsker ved Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) ved OsloMet, Torbjørn Skardhamar, professor ved institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo (UiO), Kharim Lekhal, psykologspesialist og behandlingsleder i TFCO Lillestrøm Bufetat region Øst, Idunn Brekke, forsker ved FHI, Thomas Anton Sandøy, stipendiat ved FHI, Sissel Ytterborg, seniorkonsulent i Bufdir, og Heidi Aase, avdelingsdirektør ved FHI, koordinator for programkomiteen og kontaktperson overfor Bufdir. Idunn Brekke gikk etter kort tid ut av gruppen på grunn av andre oppgaver. For rapporten ble det etablert en forfattergruppe ledet av Heidi Aase. Deltakere i forfattergruppen var Kristin Gustavson, forsker ved FHI, Willy Tore Mørch, samt

fagpersoner fra NUBU: Kristine Amlund Hagen, Kyrre Lønnum, Mari-Anne Sørli og Inger-Hege Utgarden.

## 1.2 Bakgrunn for ekspertkonferansen

Tanken om en ekspertkonferanse på temaet om barn og unge som begår, eller er i ferd med å begå kriminelle handlinger var inspirert av en lignende konferanse som ble arrangert av Norges forskningsråd i september 1997. Konferansen handlet om kunnskapsbaserte tiltak for å hjelpe barn og unge som er spesielt utfordrende og utagerende. Denne konferansen ble arrangert som følge av en bekymring i Sosial- og helsedepartementet (SHD) og Barne- og familiedepartementet (BFD) over tilbudene til barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Det vanlige tilbudet var institusjonsopphold i regi av barnevernet. Effektene av slike institusjonstilbud var i beste fall usikre, og det var observert stor grad av tilbakefall etter avsluttet opphold. I forbindelse med ekspertkonferansen i 1997 ble det nedsatt en ekspertgruppe med følgende mandat: «på grunnlag av kunnskapen som fremkommer på ekspertkonferansen skal ... (ekspertgruppen) fremlegge en skriftlig redegjørelse om hvilke tilnærminger som anbefales om forebygging og behandling i arbeidet med barn og unge med atferdsvansker». Gruppen leverte i 1998 rapporten «Barn og unge med atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss og hva slags hjelp trenger de?» (Norges forskningsråd, 1998). Ekspertgruppen anbefalte seks tiltak for forebygging av atferdsproblemer og tre tiltak for behandling av atferdsproblemer hos barn og unge. I kjølvannet av konferansen og rapporten opprettet BFD Atferdssenteret (nå NUBU). I tråd med rapportens anbefalinger implementerte Atferdssenteret, i samarbeid med statlig regionalt barnevern (Bufetat), programmene Parent Management Training Oregon (PMTO) og Multisystemisk terapi (MST) for utprøving og implementering i norsk barnevern. Samtidig fikk Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Region Nord, RBUP Nord (nåværende Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, RKBU Nord) økonomisk støtte fra Helsedirektoratet til å importere og evaluere De utrolige årene (DUÅ). Alle tre programmene ble implementert og evaluert og utgjør i dag tilbud til barn og unge med atferdsvansker og deres foreldre i mange kommuner over hele landet.

## 1.3 Plan for Ekspertkonferansen 2020

Arbeidet med programmet for Ekspertkonferansen 2020 startet med å avklare hvilke problemstillinger som burde dekkes. Gjennom dialog med Bufdir kom det fram behov for å inkludere enkelte spesifikke tema: reaksjonsformer på kriminalitet som inkluderte evidensbasert institusjonsbehandling, kartlegging av risiko, og traumebevisst omsorg og behandling. Norge har et godt forebyggende tilbud gjennom PMTO og DUÅ og familiebasert behandling gjennom MST. Det som mangler i tiltakskjeden er kunnskap om effekt av institusjonsbaserte reaksjonsformer som ikke har form av tradisjonelle fengsler eller ungdomsfengsler. Det fremkommer også at kartlegging av den enkelte ungdom med sikte på risiko for gjentakelse, bør ha et multisystemisk preg som inkluderer vurderinger av ungdommens situasjon og behov, arbeids- og skolebehov, fritidsbehov og kontakt med familie og venner. Ønsket om å løfte kunnskap om traumebevisst omsorg springer ut av nyere praksis med innføring av denne type omsorg i institusjonsbehandling. Det videre planarbeidet ble vinklet i retning av disse føringene, men komitéen valgte også å inkludere tematikk som fremsto som sentrale i et helhetsbilde av de fremtidige strategiene for forebygging og reaksjonsmåter overfor barn i risiko for å utføre eller som har begynt med kriminelle aktiviteter. Dette gjelder for eksempel behovet for høy kvalitet på implementering av tiltak, kunnskap om forskjellige utviklingsveier mot kriminalitet og flernivå



forebygging av kriminalitet hos barn og unge, og kunnskap om effektive kjerneelementer i forskjellige tilnærminger til behandling. I løpet av planleggingsperioden fikk programkomiteen tilgang på foreløpige resultater fra arbeidet med kunnskapsoppsummeringen fra FHI om forebyggende tiltak for barn og unge med atferdsvansker og med begynnende kriminell atferd (Folkehelseinstituttet, 2020). Et ønske var at virksomme tiltak identifisert i kunnskapsoppsummeringen skulle presenteres på konferansen. Samtidig så vi at kunnskapsoppsummeringen ikke identifiserte tiltak på alle nivåer i tiltakskjeden. For å dekke relevante tema søkte programkomiteen etter sentrale representanter i litteraturen selv.

Valg av tiltak og metoder vi ønsket skulle inngå i programmet ble gjort ut fra to overordnede prinsipper: konferansen skulle dekke tiltak og metoder som 1) ligger i forskningsfronten på tematikken (premiss i oppdraget), og 2) de skulle tilfredsstillende kriteriene til de to øverste nivåene i databasen <http://ungsinn.no>: Nivå 4: Tiltak med tilfredsstillende dokumentert effekt og Nivå 5: Tiltak med sterk dokumentert effekt. Vi ønsket også en beskrivelse av omfang av og reaksjonsmåter på kriminalitet blant unge i Norge i dag for å ha et bilde av utfordringene som Ekspertkonferansen skulle svare på.

Vi hadde relativt kort tid på planlegging av program og å finne foredragsholdere. Arbeidet i programkomiteen startet tidlig høsten 2019, men ettersom konferansen skulle avholdes allerede primo 2020, måtte foredragsholdere inviteres så raskt som mulig. Vi identifiserte potensielle foredragsholdere etter to kriterier: de skulle være sentrale representanter for sitt tema og de skulle være gode formidlere. For noen tema hadde programkomiteen forslag til foredragsholdere. Litteratursøk på ulike tema i PubMed og PsykInfo bidro til å identifisere relevante kandidater der vi ikke hadde slike forslag. I tillegg til å lese sentrale artikler fra kandidatene, søkte vi informasjon via hjemmesider til institusjonene de tilhørte, deres egne hjemmesider og så på YouTube-presentasjoner der det fantes. Deretter sendte vi invitasjonsmail til relevante kandidater. Ikke alle hadde anledning på datoene for konferansen, men da fikk vi ofte gode forslag på alternative foredragsholdere.

I invitasjonen til å bidra på ekspertkonferansen ble det pekt på hensikten med konferansen og at foredragene skulle oppsummeres i en rapport til landets myndigheter, og de ble bedt om å sende en utvidet oppsummering av innlegget sitt i etterkant av konferansen. Figur 1 viser programmet for konferansen.

Figur 1: Program for konferansen\*

DAG 1	DAG 2
Mari Trommald, direktør Bufdir: <b>Hva skal fremtidens innsats for utsatte barn og unge være?</b>	Rigmor Berg, avdelingsdirektør, FHI: <b>Hva vet vi om virksom behandling? **</b>
Willy Tore Mørch, professor emeritus, UiT: <b>Fra programkomiteen</b>	Bruce Chorpita, professor, UCLA, USA <b>Kjerneelementer i moderne tilnærminger</b>
Lars Roar Frøyland, stipendiat, OsloMet: <b>Trender i kriminalitet og annen problematferd i Norge</b>	Charles Borduin, professor, Univ. of Missouri, USA <b>Multisystemisk terapi: effektive komponenter og implikasjoner for praksis</b>
Torbjørn Skardhamar, professor, UiO	Martin Bergström, prof II, Univ. i Lund, Sverige

DAG 1	DAG 2
<b>Begynnende kriminelle løpebaner: Hva viser kriminalstatistikken?</b>	<b>Behandlingsfamilie - et alternativ til institusjonsomsorg</b>
Morten Holmboe, professor, Politihøgskolen:	Sigrid James, professor, Univ. i Kassel, Tyskland
<b>Reaksjonsformer-hvordan møter vi unge som bryter loven?</b>	<b>Lovende modeller og evidensbaserte metoder i terapeutisk institusjonsomsorg for unge</b>
Barry Feld, professor em., U Minnesota USA	Tonje Holt, forsker, FHI:
<b>Endrede forestillinger om unges kompetanse og skyld</b>	<b>Traumer hos unge med problematferd - betydning for tiltak</b>
Karen Bierman, professor, Penn State University, USA	Greg Aarons, professor, UC San Diego, USA
<b>Flernivå hjem-skole samarbeid for å forebygge antisosial atferd blant utsatte barn</b>	<b>Ledelse, organisering og kultur - for best evidensbasert praksis</b>
Charlotte Reedtz, professor, UiT	Camilla Stoltenberg, direktør, FHI:
<b>Implementering i norsk kontekst</b>	<b>Ikke glem gutta!</b>
Paul Frick, professor, Louisiana State University, USA	Eirunn Lysø, avdelingsdirektør, Bufdir:
<b>Utviklingsveier til lovovertrerdelse: Implikasjoner for risiko- og behovsvurdering</b>	<b>Veien videre</b>
Leo Ajkic, samfunnsdebattant	
<b>Å høre til</b>	

\*I denne rapporten refererer vi de faglige innspillene. Planlagte foredrag fra Bufdir, Leo Ajkic og Camilla Stoltenberg vil ikke bli behandlet i rapporten.

\*\*Planlagt presentasjon av Rigmor Berg, FHI, gjelder kunnskapsoppsummeringen om virksomme tiltak. Kunnskapsoppsummeringen inngår som en del av det faglige grunnlaget i denne rapporten.

#### 1.4 Referansegruppe og brukergruppe

I forkant av konferansen ble representanter for ulike faggrupper og instanser invitert til å delta i en referansegruppe. Omtrent alle som ble spurt takket ja til å bli med. Den endelige referansegruppen er vist i Tabell 2.

Vi tok også kontakt med flere relevante organisasjoner med spørsmål om de ville delta i en brukergruppe. Deltakere som takket ja er ført opp i Tabell 2.

Deltakere i begge gruppene ble først invitert til å delta på konferansen og på innspillsmøte like etter. Planen var å avholde ytterligere ett møte med hver av gruppene når det forelå utkast til rapport, for å få tilbakemeldinger på utkastet. Da konferansen måtte avlyses, besluttet vi å lage et sammendrag av innspill fra foredragsholderne som ble sendt ut til gruppedeltakerne og inviterte deretter til et møte med hver gruppe.

Vi hadde møte med brukergruppen 17. juni 2020 og med referansegruppen 19. juni 2020. Innspill fra møtene ble tatt med i det videre arbeidet med rapporten. Utkast til endelig rapport ble deretter sendt til alle i gruppene 21. august, samtidig som det ble sendt til Bufdir for innspill.

Tabell 2. Deltakere i brukergruppe og referansegruppe

BRUKERGRUPPEN	
Navn	Organisasjon
Julie Gulbrandsen	Landsforeningen for barnevernsbarn
Silje Marie Berg Sveum	Landsforeningen for barnevernsbarn
Ingeborg Ensrud	Forandringsfabrikken
Dania Omar	Forandringsfabrikken
Simen Brændhaugen	Voksne for barn
Flexi Aukan	Rapper, foredragsholder
Marius Sjømæling	Barn av rusmisbrukere
REFERANSEGRUPPEN	
Navn	Organisasjon / etat
Charlotte Reedtz	Universitetet i Tromsø
Lise Gro Søreide	Bergen tingrett
Lars Engh Førde	SLT - Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging/Konfliktrådet
Johanne B Nilsen	Kristiansand Kommune, kriminalitetsforebygging
Hanne Amb Hovda	Røde Kors, Nettverk etter soning
Elin Saga Kjørholt	Barneombudet
Ingvild Sørum Rasch-Olsen	MST Buskerud
Elin Guttormsen	MST-gjengkriminalitet
Marianne Stallvik	Bufetat, Spisskompetansemiljø behandling atferdsproblemer
Pål Christian Bergstrøm	Bufetat Nord
Olaf Jensen	Bufetat Nord
Tonje Holt	FHI, bakgrunn fra NKVTS om traumebehandling
Hege Bøhn Ottar	Oslo kommune, Faglig leder for SaLTo
Nadja Hindhammer	Oslo kommune, oppvekst og kunnskap. Samarbeid politi, Bufdir
Anders Dovran	StineSofieStiftelsen (måtte melde avbud fra møtet, lest og kommenterer utkast til rapport)

## 1.5 Oppbygging av rapporten

Rapporten følger stort sett samme rasjonale som programmet for konferansen. I kapittel 2 definerer vi atferdsproblemer og anslår andelen barn og unge som kan antas å ha atferdsproblemer i Norge i dag. Deretter prøver vi å besvare spørsmål om hvor mye og hva slags kriminalitet det er blant barn og unge, hovedsakelig basert på kriminalstatistikk. Avslutningsvis ser vi på hvilke reaksjonsmåter vi har overfor unge lovbrytere i dag. Reaksjonen på lovbrudd blant unge er ikke bare en form for straffereaksjon, men kan forstås som forebygging av en videre kriminell løpebane.

Kapittel 3 handler om forebygging, men også om grunnleggende forutsetninger for at tiltak skal få ønsket effekt. Dette handler om kunnskap om hvordan atferdsproblemer utvikler seg og kunnskap om risiko- og beskyttelsesfaktorer. Kapitlet starter med en beskrivelse av ulike utviklingsmønstre, kjønnsforskjeller og hjernens utvikling. Deretter ser vi på viktige risiko- og beskyttelsesfaktorer for utvikling av atferdsproblemer. Forebygging kan settes inn på ulike nivåer avhengig av målgruppen, om det gjelder alle barn, barn i risiko eller barn med begynnende problemer. Vi presenterer også eksempler på tiltak som er dokumentert effektive i å forebygge atferdsproblemer på de ulike nivåene.

I kapittel 4 presenterer vi de tiltakene som har vist seg aller best egnet for å forebygge eller behandle alvorlige atferdsproblemer og kriminell atferd. Dette er tiltak som er identifisert gjennom ulike nasjonale og internasjonale kunnskapsoppsummeringer og evalueringer og utgjør best evidens per i dag. Vi ser også på tiltakskjeden og hvilket handlingsrom vi har for å hjelpe barn som befinner seg på ulike steder i risikobildet. På enkelte områder, som på institusjonsfeltet, er det behov for bedre forskningsgrunnlag for en del tilnærminger og tiltak.

Kapittel 5 handler om implementering, organisering, ledelse og kjerneelementer. Implementering, organisering og ledelse er egne kunnskaps- og kompetanseområder som man må jobbe godt med for at gode tiltak skal få ønsket og tiltenkt effekt. Kjerneelementer handler om hvordan de virksomme elementene i alle gode tiltak kan organiseres og settes sammen i fleksible behandlingsmodeller slik at behandlingen kan tilpasses individuelt og i tråd med behov.

I kapittel 6 går vi gjennom hovedpunktene fra de foregående kapitlene og vurderer evidensen og grunnlaget for å anbefale tiltak. Vurderingene handler om styrker, men også om utviklings- og forbedringsområder. Her har vi tatt inn innspill fra referansegruppen og brukergruppen, og ser på hvordan erfaringer med metoder og tilnærminger kan brukes for å forbedre praksis. Kapitlet avsluttes med en punktliste over de viktigste anbefalingene.

Konferansebidrag fra de inviterte ekspertene er referert under relevante tema. De originale bidragene finnes som vedlegg til rapporten. Vi refererer til konferansebidragene med navn på bidragsyter. I kapittel 2 benytter vi deler av bidragsyterens originale tekst; dette er merket med fotnote. Andre steder refererer vi til poenger de fremmer i sine konferansebidrag.

## 2 Omfang av alvorlige atferdsproblemer og ungdomskriminalitet, og reaksjonsformer for unge lovbrytere

I dette kapitlet ser vi på omfang av atferdsproblemer og kriminalitet blant unge i Norge. Vi vil presentere noen utviklingstrekk basert på norsk kriminalstatistikk og Ungdata. Til slutt i kapitlet ser vi på reaksjonsformer Norge som samfunn har overfor unge kriminelle. Synet på unge kriminelle har endret seg gjennom tidene, noe som også har fått betydning for hvordan unge blir møtt i rettssystemet.

### 2.1 Atferdsproblemer hos barn og unge

Det er mange begreper som benyttes om hverandre når vi snakker om atferdsproblemer. I faglitteratur innen psykologi og psykiatri finner vi i tillegg begrepene atferdsvansker, problematferd, utagerende atferd, eksternaliserende vansker og antisosial atferd. Dette er mer eller mindre overlappende begreper og betegner vansker knyttet til observerbar atferd som impulsivitet, trass, aggresjon og vold, og opposisjon som skaper problemer for utøveren og som igjen kan ramme andre.

Begrepet *atferdsforstyrrelse* er knyttet til en psykiatrisk diagnose. Hos yngre barn benytter man gjerne diagnosen Opposisjonell atferdsforstyrrelse, som er kjennetegnet av blant annet sinneutbrudd, aggressivitet mot andre, lyving og stjeling. En del barn vil fortsatt ha problemer opp i ungdomsalder og for mange kan vanskene også omfatte mer alvorlige norm- og regelbrudd som vold mot andre mennesker eller mot dyr, skulk, kriminelle handlinger og bruk av rusmidler. Forekomst av slik atferd kalles Alvorlig atferdsforstyrrelse (Conduct Disorder på engelsk). Vi vil ikke referere til atferdsproblemer som diagnoser i denne rapporten.

Rapporten «Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter» (FHI, 2020) bidrar til kunnskapsgrunnlaget for denne rapporten. De innleder med følgende beskrivelse av hva som legges i begrepet atferdsproblemer:

*«Atferdsvansker refererer ikke til en diagnostisk kategori (men kan inkludere en diagnose), men til eksternaliserende atferd som kan variere fra lette avvik i atferd til omfattende og alvorlige avvik, med sammenfallende kjennetegn at atferden varer over tid og bryter med eksisterende sosiale normer, verdier, regler og forventninger. For å betegnes som atferdsvansker må de i tillegg ha negative konsekvenser for andre samt føre til at barnets utvikling, læring og positivt sosialt samspill med andre barn og voksne blir hindret og forsinket. Eksempler på atferdsvansker er overdreven sutring, hyling, skriking, ødeleggelse, hærverk, trusler, vold, rusing, skoleskulk og stjeling. Uten hjelp vil mange barn med alvorlige atferdsvansker fortsette å ha problemer som ungdommer. Blant unge kan atferdsvansker gi seg utslag i alvorlig atferdsproblematikk, som tyveri, hærverk, rusmisbruk, vold og annen kriminalitet».*

De fleste barn og unge vil vise noen former for atferdsproblemer i perioder gjennom oppveksten. Det er en del av deres normale utvikling, og kan forstås som forsøk på å etablere selvstendighet, mestre utfordringer, teste grenser og utvikle sosiale ferdigheter (Kjøbli, 2017). I kapittel 3 kommer vi tilbake til ulike sider ved barns utvikling og viktige risiko- og beskyttelsesfaktorer som har betydning for ulike utviklingsforløp for atferdsproblemer.

Det er utfordrende å beregne forekomst av atferdsproblemer da det ikke er et enhetlig system for kartlegging og rapportering av forekomst og type problemer, samtidig som de ofte opptrer sammen med andre tilstander som ADHD. Rapporten fra FHI (2020) viser til studier fra Europa og Nord-Amerika som finner at 1-3% av jenter og 2-5% av gutter har alvorlige atferdsvansker, og at andelen øker i pubertetsalder. Når det gjelder diagnostiserbare tilstander, er det beregnet at 1,8% har opposisjonell atferdsforstyrrelse og 1,7% har alvorlig atferdsforstyrrelse i Norge (Skogen og Torvik, 2013).

Begrepene vi bruker om atferdsproblemer hos barn sier ingenting om årsakene til disse hos den enkelte. Mange barn og unge opplever det stigmatiserende og vanskelig å defineres i kategorien «problembarn», og at betegnelsene er til hinder for å se og forstå hva som ligger bak. I faglitteraturen og fagmiljøer er atferd og atferdsproblemer begreper som kan operasjonaliseres og benyttes som nøytrale begreper. Alle som møter barn med vanskelig atferd må anerkjenne at det svært ofte ligger vonde erfaringer bak, og i møter med barn er det viktig at alle (lærere, behandlere i barnevern, politi, mfl) er bevisst på at vanskelig atferd veldig ofte er et uttrykk for vanskelige liv.

## 2.2 Atferdsproblemer og kriminalitet

Atferdsproblemer omfatter ofte, men ikke alltid kriminalitet. Barn kan ha atferdsproblemer uten å begå lovbrudd, som problemer med å regulere sinne eller forholde seg til normer og regler på skolen og hjemme. For noen barn vil slike atferdsproblemer være en risikofaktor for utvikling av mer alvorlige atferdsproblemer som omfatter lovbrudd. Samtidig er det flere som begår kriminelle handlinger i løpet av ungdomsårene som ikke kan sies å ha typiske atferdsproblemer som sinne, trass og opposisjon, selv om lovbrudd karakteriseres som et alvorlig atferdsproblem. Disse kan i mange tilfeller være vanskelige å fange opp, fordi de ikke befinner seg i «typiske» risikogrupper. I kapittel 3 ser vi nærmere på årsaks- og risikofaktorer og ulike utviklingsforløp for atferdsproblemer og kriminalitet.

## 2.3 Omfang av kriminalitet blant barn og unge

Kriminalstatistikken er en viktig kilde til kunnskap om det norske kriminalitetsbildet ved at den er omfattende, detaljert og publiseres jevnlig. Statistikken vil imidlertid avvike fra den faktiske kriminaliteten i samfunnet fordi ikke all kriminalitet oppdages eller anmeldes, og ikke alle anmeldte forhold etterforskes videre eller blir oppklart. Undersøkelser som inkluderer selvrapporterte lovbrudd kan gi supplerende informasjon om omfang av kriminalitet, vold og rus blant barn og unge. Ungdata-undersøkelsen spør alle skoleelever på ungdomstrinnet og videregående skole om blant annet nasking, slåssing og rusmiddelbruk. Aggregerte data fra hele landet fra perioden 2016-2018/2019 viser at 10% av elever i ungdomsskolen og videregående skole rapporterer at de minst en gang har tatt varer i butikken uten å betale. Kjønnforskjellen er stor, med dobbelt så mange gutter som jenter (hhv. 10-15% og 5-8%). Kjønnforskjellene er enda større når det gjelder slåssing. I snitt har 22% av ungdommene deltatt i slåssing med eller uten våpen, men dette gjelder 20-37% av guttene og 6-12% av jentene. Forekomsten synker med alder for begge kjønn. Samtidig rapporterer 9-12% av gutter og 4-7% av jenter at de har blitt skadet som resultat av vold, men det er ikke nødvendigvis sammenheng mellom slåssing og voldsskader. Omtrent 3% har mobbet andre, og igjen er det 2-3 ganger flere gutter enn jenter som rapporterer dette. Selvrapportert bruk av cannabis gjelder for 4% av ungdommene. Her er alderstrenden den tydeligste; mens 1-2% (jenter-gutter) på 8. trinn

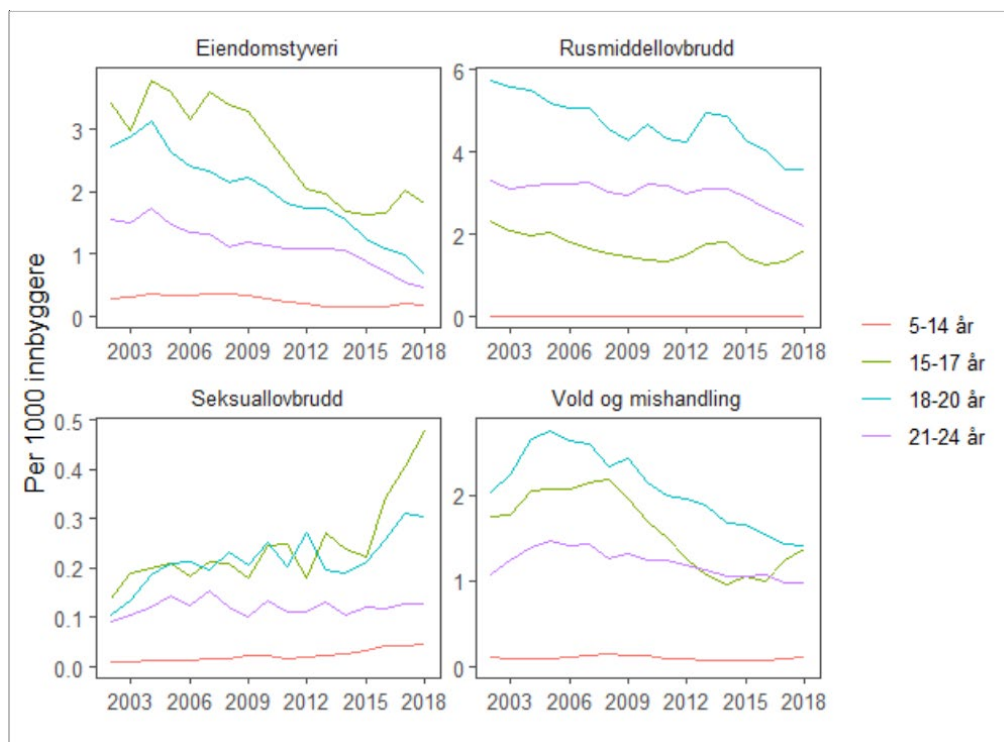
har prøvd cannabis minst en gang, har 13% (jenter)- 25% (gutter) i 3. klasse på videregående gjort det (Ungdata.no, statistikk hentet ut 29.6.20).

I den siste Ungdata-rapporten utgitt i september 2020 ser vi at andelen som begår lov- og regelbrudd (definert som nasking, hærverk og tagging, snike seg inn uten å betale, skulke, slåss) har flatet ut de siste årene (Bakken, 2020). Det er ingen økning blant jenter med mange regelbrudd i perioden 2015-2019, mens det synes å ha flatet ut for gutter siden 2017, med en svak økning før det. Blant elever i henholdsvis ungdomsskolen og videregående skole var det i 2019 17% gutter og 9% jenter, og 25% gutter og 14% jenter i denne kategorien.

## 2.4 Kriminalitetsbildet fra offisiell statistikk<sup>1</sup>

Totalt sett har kriminaliteten gått ned i Norge de siste 15 årene, men nedgangen er først og fremst drevet av nedgang i eiendomstyveri, som er den største lovbruddskategorien. Figur 3 viser tall for siktede for de fire yngste aldersgruppene fordelt på utvalgte lovbruddstyper. Merk at kriminalstatistikken inneholder informasjon om gjerningspersoner i saker helt ned til 5-års alderen selv om kriminell lavalder er 15 år. For barn under 15 år vil reaksjonen ofte være henleggelse på grunn av gjerningspersons alder eller overføring til barnevern. For alle fire aldersgrupper er det en reduksjon i eiendomstyveri i perioden, men særlig for aldersgruppene 15-17 og 18-20 år der ratene var høyest i utgangspunktet. Fra 18 år er det rusmiddellovbrudd som er hyppigst forekommende, hvor narkotikalovbrudd (bruk og besittelse) utgjør en stor andel.

Figur 3 Siktede for utvalgte lovbruddstyper etter aldersgrupper, årene 2002-2018



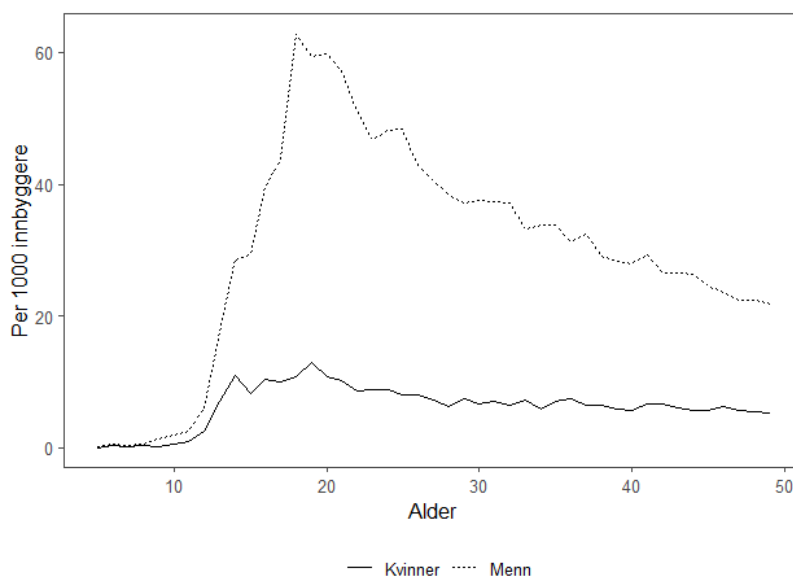
Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalstatistikk, tabell 09415 og Befolkningsstatistikk, tabell 07459

<sup>1</sup> Innholdet i delene 2.4 og 2.5 er hentet fra Torbjørn Skardhamar sitt konferansebidrag

Det er få seksuallovbrudd sammenlignet med de andre lovbruddstypene og tallene er dermed også noe mer følsomme for svingninger. For aldersgruppen 21-24 år ligger tallene nokså stabilt i perioden, mens det er en økning i de andre aldersgruppene og da særlig for gruppen 15-17 år de to siste årene. Anmeldelser av seksuallovbrudd skjer ofte en stund etter hendelsen og kan påvirkes vesentlig av blant annet medieoppmerksomhet. De senere årene har det vært stort fokus på overgrep, noe som kan ha medført flere anmeldelser og siktelser. For vold og mishandling er hovedbildet lite endring i perioden for aldersgruppene 5-14 år og 21-24 år. For de to andre aldersgruppene er det en nedgang i perioden, men med tegn til oppgang de siste par årene for gruppen 15-17 år. Det overordnede bildet når det gjelder det registrert ungdomskriminalitet er preget av stabilitet og nedgang. Unntaket er seksuallovbrudd.

Det er beregnet at nesten 16% av menn og drøyt 6% av kvinner i Norge vil motta minst en straffereaksjon for et lovbrudd i løpet av livet, og de fleste av disse før fylte 30 år. Figur 4 viser aldersfordelingen for gjerningspersoner i oppklarte saker. Kjønnsforskjellen er betydelig, i alle aldre er de registrerte lovbrøtterne i all hovedsak menn. Kriminalitetsraten stiger markant i tidlig ungdomsår (fra ca. 13 år) til en topp ved 18 år, for deretter å avta gradvis utover i mer voksen alder. Denne sammenhengen mellom alder og kriminalitet er en nokså åpenbar grunn til at ungdomskriminalitet ofte står i fokus.

Figur 4 Siktete personer etter kjønn og alder 5-49 år, 2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalstatistikk, tabell 09415

Det er imidlertid viktig å merke seg at selv om alderskurven når en topp i sen ungdomstid, betyr ikke det at ungdomskriminalitet er det som dominerer kriminalitetsbildet. I 2018 var 80 prosent av de registrerte gjerningspersonene 20 år eller eldre<sup>2</sup>. Faktisk er omtrent halvparten av de registrerte lovbrøtterne over 30 år og dette gjelder for både menn og kvinner. Men blant dem som begår lovbrudd relativt ofte, har mange begynt med kriminelle handlinger i ung alder og noen ganger i veldig ung alder.

<sup>2</sup> SSB, Statistikkbanken, tabell 09415, for statistikkår 2018



## 2.5 Lovbruddskarrierer og utviklingsbaner

De aller fleste av dem som begår kriminelle handlinger utfører nokså få lovbrudd, mens noen få personer begår svært mange. På et eller annet nivå kan vi da begynne å snakke om en kriminell livsstil, eller at de har en «lovbruddskarriere».

Det har lenge vært kjent at en liten gruppe av lovbrøtterne er ansvarlige for størsteparten av de registrerte lovbruddene (Blumstein, Cohen, Roth, & Visher, 1986; Piquero, Farrington, & Blumstein, 2007; Skardhamar, 2004; Wolfgang, Figlio, & Sellin, 1972). Den gruppen begynner gjerne sin karriere tidlig og fortsetter som aktive lovbrøttere godt opp i voksen alder. De som begår én kriminell handling, figurerer i kriminalstatistikken bare ett enkelt år, mens de mer aktive lovbrøtterne blir siktet flere ganger over tid og er representert i kriminalstatistikken både i ung alder og senere (Osgood, 2005; Sampson & Laub, 1997).

Den mest aktive gruppen har en langt lavere debutalder enn andre, der halvparten er registrert allerede innen det året de fyller 15 år. En betydelig andel av disse har vært i kontakt med politiet allerede før de har nådd kriminell lavalder. Det er også en tendens til at jo flere lovbrudd man har begått, desto lavere var debutalderen for kriminalitet. Innen de når slutten av tenårene, den alderen lovbrudd forekommer oftest i den generelle befolkningen, er de allerede godt på vei inn i det som kan utvikle seg til å bli en tyngre kriminell løpebane.

At noen begår sitt første lovbrudd og kommer i politiets søkelys i svært ung alder, gir en indikasjon på at det er flere ting som har vært galt. En rekke studier viser nettopp at mange ulike problemer i tidlig barndom (slik som medfødt sårbarhet og negative sosiale forhold) ofte forekommer hos barn som senere begår kriminalitet (Caspi et al., 2016; Moffitt, 1993). Barn av foreldre med vedvarende lav inntekt (nederste inntektsdesil) og lavt utdanningsnivå har økt risiko for lav debutalder (Galloway & Skardhamar, 2010).

Den gruppen registrerte lovbrøttere vi vet mest om, er nok innsatte i fengsler. Det har blitt gjennomført tre norske levekårsundersøkelser blant innsatte (Friestad & Hansen, 2004; Revold, 2015; Skardhamar, 2003) og en tilsvarende blant svenske innsatte (Nilsson, 2002). Det har også blitt gjort andre spesialundersøkelser om blant annet innsattes helse (Cramer, 2014). Dette er i all hovedsak studier av voksne da det er svært få unge som soner fengselsstraff. Undersøkelsene viser imidlertid stor overensstemmelse blant annet når det gjelder hva vi må kunne kalle *krevede oppvekst og familieforhold*. Så mange som 34 prosent oppgir at de opplevde store utfordringer i hjemmet i oppveksten, som krangel, slåssing og vold, og hele 40 prosent oppgir at de hadde opplevd mishandling i oppveksten. Foreldres rusmisbruk, depresjon og fengsling forekom også hyppig, og 38 prosent hadde vært i kontakt med barnevernet under oppveksten. Totalt var det 81 prosent som rapporterte minst én alvorlig negativ barndomsopplevelse (Revold, 2015). Vi vil komme nærmere inn på årsakssammenhenger og risikofaktorer i kapittel 3.

## 2.6 Gjengkriminalitet

Det finnes mange ulike definisjonen av gjenger, men Justisdepartementet opererer med en definisjon som sidestiller kriminalitet og aggressiv atferd og ordensforstyrrelse:

[En gjeng er] en gruppe (ofte aldersavgrenset) som holder sammen over tid, og som utøver straffbare handlinger og/eller ordensforstyrrelser og aggressiv atferd i det offentlige rom. Gjengen har et eller annet symbolsk uttrykk for

gruppetilhørighet som for eksempel navn, symboler, klesstil, språk osv. (Lidén og Sandbæk, 2009).

Vi har ikke funnet oversikt over hvor mange unge som er involvert i gjenger i Norge eller i hvilken grad dette er et økende problem. Forekomsttall basert på kriminalstatistikk er mangelfull og har vært forsøkt styrket med informasjon fra etterforskning og straffesaker som kan belyse i hvilket omfang og hvor unge blir rekruttert fra (Lidén & Sandbæk, 2009).

I en rapport fra Politiet i Oslo beskrives det de kaller *flyktige kriminelle nettverk* blant unge og *pop-up kriminalitet*:

*«Dog gir digital kommunikasjon og spredning av provokasjoner innad og mellom miljøer, grunnlag for flere konflikter med rask eskalering, og for skifter i lojalitetsbånd. Faren for pop-up kriminalitet er betydelig, og kriminaliteten som begås er i mange tilfeller grov. Utviklingen regnes som faresignal for fremtidig kriminalitet og sosial marginalisering.»* (Sætre, Hofseth, & Kjenn 2018, s. 4.)

En av konklusjonene fra Lidén & Sandbæk sin kunnskapsstatus om forskning på kriminelle ungdomsmiljøer i Norden er at svak forankring til familie, skole og fritidsaktiviteter er blant de viktigste årsakene til gjengdeltakelse, og at manglende anerkjennelse og erfaringer med diskriminering synes å være viktige motivasjonelle faktorer for å la seg rekruttere til gjengfelleskap. Barry Feld peker i sitt konferansebidrag på utviklingsmessige trekk<sup>3</sup> ved ungdom som viktige faktorer for å delta i gjengkriminalitet. Umiddelbar anerkjennelse fra jevnaldrende i en emosjonelt opphetet situasjon vil veie tyngre enn vurdering av langsiktige konsekvenser av det man er med på. Tilstedeværelse av venner og viktige jevnaldrende kan øke sannsynligheten for at en ungdom vil delta i risikofylte aktiviteter mer enn om han var alene (Monahan et al., 2015). Unge lovbrøyttere vil i større grad gjøre lovbrudd i gjenger sammenlignet med voksne (Steinberg, 2014; Zimring, 1998).

Early Intervention Foundation (EIF) i Storbritannia har produsert to rapporter som oppsummerer internasjonal forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer for gjengdannelse og vold blant ungdom og om tiltak for å forebygge dette. Rapportene er et resultat av innsatsen kalt The Government's Ending Gang and Youth Violence programme som startet i 2011. Målet med dette programmet er å identifisere barn og unge som kan være sårbare for involvering i eller utnyttelse av gjenger, og finne gode tiltak for å hindre dette i å skje (EIF, 2015; 2015). Vi kommer tilbake til funnene fra disse rapportene i kapittel 4.

Et av de mer kontroversielle temaene i samfunnsdebatten er synet på straff. I samfunnsdebattene, spesielt om bruk av fengselsstraff, fremmes regelmessig forslag om strengere straffer som middel mot økt kriminalitet. Den definisjonen av straff som er allment akseptert i norsk rett, ble lansert av jusprofessor Johs. Andenæs som: «et onde som staten påfører en lovovertræder på grunn av lovovertrædelsen i den hensikt at det skal føles som et onde» og som den i 1977 også ble definert av Høyesterett. Foruten å bli opplevet som et onde skulle straffen ha to formål. Den skulle virke individualpreventivt slik at lovovertræderen ikke begår den straffbare handlingen på nytt, og den skulle virke allmennpreventivt slik at andre ikke begår en lignende handling.

<sup>3</sup> Mer om hjernens utvikling og betydning for atferdsproblemer og kriminalitet i kapittel 3.

## 2.7 Reaksjonsformer – hvordan møter vi unge som bryter loven?

I sitt konferanseinnlegg gjør Morten Holmboe rede for hvilke reaksjonsmåter som finnes overfor unge lovbytere under 18 år, bakgrunnen for de ulike reaksjonene, samt hvilke utfordringer som er knyttet til dem.

Ifølge gjeldende straffelov, kan ungdom under 15 år ikke straffes. Unge i alderen 15-17 år kan straffes, men straffes mildere jo yngre lovbyteren er på handlingstidspunktet. Fengsel kan være aktuelt, men bare når det er «særlig påkrevd». Norge har to fengselsenheter for ungdom: Ungdomsenhet Vest i Bjørgvin fengsel og Ungdomsenhet Øst på Eidsvoll, som har fire plasser hver. Det skal mye til for å idømme fengsel, og straffen kan ikke settes høyere enn 15 år. Forvaring kan bare idømmes når det foreligger «helt ekstraordinære omstendigheter». Begrunnelsen for at unge under 18 år i hovedsak ikke straffes med fengsel baserer seg på at de har dårligere evne til å se konsekvensene av sine handlinger, samt at de er mer sårbare og tåler soning dårligere (f.eks. Fornes 2018).

Siden starten av 2000-tallet har type reaksjoner overfor ungdom som begår kriminelle handlinger endret seg markant. Andel domstolsaker mot ungdom som ender med ubetinget fengsel har hatt spesielt stor nedgang, noe som også må ses i sammenheng med innføring av samfunnsstraff (2003) og senere også ungdomsstraff (2014), dette beskrives nærmere lenger ned i dette underkapittelet. For de yngste straffede har det vært en tydelig endring fra mindre bruk av forelegg til mer bruk av påtaleunntatelser. I 2007 var kun 12 % av de registrerte straffereaksjonene mot 15-17-åringene en betinget påtaleunntatelse, mens denne andelen har økt til 54 % i 2017 (Statistisk sentralbyrå).

Det har lenge vært en tradisjon i norsk strafferett å behandle unge lovbytere mildere enn voksne (NOU 2008: 15). Nå finnes det vesentlig færre unge i fengsel enn i 2000 (Lid, 2015, 2016), og man kan se utviklingen som et samspill mellom lovgiveren og domstolene. Flere aspekter har påvirket denne utviklingen, ikke minst inkorporering av FNs barnekonvensjon i norsk rett i 2003. I 2010 hevet også høyesterett terskelen for bruk av ubetinget fengsel for unge lovbytere, og i 2014 kom nye regler om ungdomsoppfølging og ungdomsstraff. Både hensynet til barnets beste og artikler fra barnekonvensjonen ligger til grunn for disse alternativene. Endringene bygger på ideer om gjenopprettende prosess, som er den rådende oversettelsen av begrepet «restorative justice» (Paus, 2017; Zehr, 2008) (figur 5).

*Påtaleunntatelse* innebærer at påtalemyndigheten velger å avstå fra vanlig straffeforfølgelse (i form av forelegg eller tiltale), selv om straffeskyld «anses bevist», men på gitte betingelser. Et grunnvilkår er at det ikke begås nye lovbrudd i en fastsatt prøvetid, fra seks måneder til to år. I tillegg kan ulike former for særvilkår fastsettes, slik som mekling eller ungdomsoppfølging i konfliktråd, eller ruskontrakt (Statistisk sentralbyrå).

*Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging* er straffereaksjoner spesielt tilpasset mindreårige med et oppfølgingsbehov. Straffereaksjonene er basert på tverrfaglig, strukturert oppfølging og gjenopprettende prosess, det vil si at det legges til rette for møte mellom ungdommen og de som er rammet av lovbruddet. Målet er å styrke ungdommen til et liv uten kriminalitet. Gjenopprettende prosess er en tilnærming der personer som er direkte involvert eller berørte av et bestemt lovbrudd eller en konflikt i fellesskap kan identifisere skader, behov og forpliktelser hendelsen har skapt, og sammen finne fram til måter å gjenopprette og hele urett og skade. Metoden er bruk av dialog i form av tilrettelagte møter. Deltakelse er frivillig, og møtene tilrettelegges av en mekler. Mekleren har ansvar for å legge til rette for en god dialog. I ungdomsstraff og ungdomsoppfølging foregår slike gjenopprettende møter ofte i form av et stormøte der også representanter for hjelpetiltak

er representert. Både samtalen og avtalen som inngås etter et slik møte, regnes som en del av den gjenopprettende prosessen (Konfliktrådet, 2020).

Målgruppen for *ungdomsoppfølging* er unge lovbrøyttere mellom 15-18 år (på gjernings-tidspunktet) som har begått ett eller flere lovbrudd og hvor det vurderes at tverrfaglig oppfølging vil kunne forhindre ny kriminalitet. Ungdomsoppfølging kan både idømmes av domstolen og ilegges av påtalemyndigheten. Gjennomføringstiden er opp til ett år.

*Ungdomsstraff* er et alternativ for unge lovbrøyttere mellom 15-18 år (på gjernings-tidspunktet) som har begått gjentatt og/eller alvorlig kriminalitet, og som kan gjennomføre en reaksjon i frihet forutsatt tett oppfølging. Ungdomsstraff er en strengere reaksjon enn ungdomsoppfølging. Alternativet til ungdomsstraff er gjerne ubetinget fengsel eller de strengeste samfunnsstraffene. Ungdomsstraff idømmes av domstolen. Gjennomførings-tiden kan være på mellom seks måneder og to år, men i de alvorligste sakene kan den settes til tre år (Konfliktraadet.no).

*Samfunnsstraff* har tradisjonelt vært nokså hyppig brukt for unge lovbrøyttere og idømmes istedenfor fengselsstraff når straffen ellers ikke ville vært lengre enn 1 år og hensynet til straffens formål ikke taler mot en reaksjon i frihet. Kriminalomsorgen gir bestemmelser om oppholdssted (bosted) og innhold i samfunnsstraffen (f.eks. opplæring, arbeid eller behandling).

Figur 5: Sammenligning Tradisjonell reaksjon og gjenopprettende prosess\*

«Tradisjonell» reaksjon	Ubetinget påtaleunnlattelse	Bot	Betinget fengsel	Samfunnsstraff	Ubetinget fengsel	
Gjenopprettende prosess	Påtaleunnlattelse/overføring til meglings i konfliktråd		Ungdomsoppfølging		Ungdomsstraff	Ubetinget fengsel

\*Fargetetthet indikerer alvorlighetsgrad: jo mørkere gråfarge jo mer inngripende reaksjon. Bredden på feltene indikerer omfang av bruk. (Fra Holmboes konferansebidrag).

Straffereaksjonene ungdomsoppfølging og ungdomsstraff ble evaluert av Nordlandsforskning i 2016 (Andrews & Eide, 2019; Eide mfl., 2016), og noen utfordringer ble påpekt. Blant annet kan det være problematisk å forklare ungdommen konsekvensen av samtykke (Holmboe, 2016), og både ungdomsoppfølging, samfunnsstraff og ungdomsstraff krever et «reelt og informert samtykke» fra lovbrøytteren. Ungdommen kan også oppleve at det er lite innsyn i hva den konkrete reaksjonen blir og innebærer, og det kan oppstå et spenn mellom hva som anses som passende reaksjon for den unge lovbrøytteren og en rimelig grad av likebehandling (Fornes, 2016). Evalueringen påpekte også at Konfliktrådsloven åpner for å ta inn flere inngripende tiltak i ungdomsplanen, noe som kan reise spørsmål om lovbrøytterens rettssikkerhet, og om konfliktrådene som straffegjennomføringsetat har blitt noe annet enn de var tenkt å være (Christie, 2015; Paus, 2018). Adgangen til å benytte institusjonsplassering på lovbrøytterens samtykke reiser viktige spørsmål om hjelp og tvang (Skippervik, 2019).

## 2.8 Oppsummering

Vi vet ikke hvor mange barn og unge som kan sies å ha atferdsproblemer da det ikke er et enhetlig system for å kartlegge forekomst og type problemer. Definisjoner og beskrivelser av atferdsproblemer sier ingenting om årsaker. Veldig mange barn med slike problemer har vanskelige liv og atferdsproblemene er ofte et uttrykk for dette.

Kriminalitetsstatistikken kan gi et bilde av omfang av lovbrudd blant barn og unge, men viser bare anmeldte og etterforskede lovbrudd. Det er gjennomgående en nedgang i forekomst av registrerte lovbrudd i alle aldersgrupper mellom 5-24 år, med unntak av seksuallovbrudd som viser en økning de siste årene for unge mellom 15-20 år. Det er også tendenser til økning i vold og mishandling blant unge 15-17 år. Det er en betydelig overvekt av gutter og menn som begår kriminalitet.

Selvrapporterte regel- og lovbrudd i Ungdata-undersøkelsen viser at andelen som begår slike synes å flate ut, og det har vært liten endring i tallene siste par-tre år. Gutter begår flere slike enn jenter og det er en økning med alder gjennom ungdoms- og videregående skole. I 2019 hadde 17% av guttene og 9% av jentene i ungdomsskolen, og 25% av guttene og 14% av jentene i videregående skole begått mange lov- og regelbrudd siste året.

Vi har ikke oversikt over hvor mange i Norge som er involvert i gjengkriminalitet. Viktige risikofaktorer er svak forankring til familie, skole og fritidsaktiviteter og opplevd diskriminering.

Lovbrytere under 15 år vil vanligvis ivaretas av barnevernet og saken deres ender ofte med henleggelse eller påtaleunntatelse. Kun i svært sjeldne tilfeller vil man benytte fengsel som straff for unge mellom 15-18 år. Det har vært mest vanlig å benytte samfunnsstraff eller betinget fengsel, men fra 2014 ble det innført mulighet til å idømme ungdomsoppfølging eller ungdomsstraff for denne gruppen. Målet er å styrke ungdommen til et liv uten kriminalitet. En evaluering har vist at de nye reaksjonsmåtene rettet mot ungdom har noen utfordringer som må følges opp. Det er behov for forskning om hvordan de ungdomsrettede reaksjonsformene bør organiseres og hvilket innhold de må ha for å gi ønsket effekt på kriminalitet.

### 3 Utvikling, forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kartlegging av risiko- og beskyttelsesfaktorer

#### 3.1 Innledning

Som grunnlag for sine bidrag og tilrådninger tar Paul Frick og Karen Bierman utgangspunkt i to sentrale og internasjonalt vel underbygde forutsetninger for at tiltak for barn og unge som har eller er i risiko for å utvikle alvorlige atferdsproblemer (inkl. kriminalitet) skal få ønsket positiv effekt. Tiltak må 1) eksplisitt bygge på solid kunnskap om hvordan atferdsproblemer utvikles, og 2) være rettet inn mot å minimere sentrale risikofaktorer og maksimere sentrale beskyttelsesfaktorer. I dette kapitlet utdypes disse forutsetningene og deres praktiske og politiske implikasjoner.

#### 3.2 Utvikling av atferdsproblemer

På et generelt plan kan man si at atferdsproblemer utvikler seg og opprettholdes gjennom ugunstige samspill mellom barnet og hans/hennes oppvekstmiljø (f.eks. Bowlby, 1969; Thomas & Chess, 1977; Patterson & Reid, 1975; Sameroff, 1975). Utviklingen av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge følger gjerne ulike utviklingsbaner eller mønstre, og disse bestemmes i stor grad av når i livet atferdsproblemene oppstår, forhold ved eller sårbarhet hos barnet/ungdommen og ved det sosiale miljøet han eller hun vokser opp i (familie, skole, venner) (f.eks. Eisner & Malti, 2015; Jennings & Reingle, 2012; Miner & Clarke-Stewart, 2008; NICHD, 2004; Ogders m. fl., 2008; Sørli m. fl., 2018; Walters & Ruscio, 2013).

Bakgrunnen for at barn og unge får atferdsproblemer innebærer derfor flere mulige prosesser. *Årsaker* er gjerne mekanismer eller faktorer som med sikkerhet fører til et bestemt utfall. Ofte er det riktigere å snakke om *risikofaktorer*. Dette er faktorer som med en viss sannsynlighet (stor, moderat eller liten) vil gi et bestemt utfall, men som ikke nødvendigvis gjør det i alle tilfeller. *Beskyttelsesfaktorer* er faktorer som med en viss sannsynlighet motvirker effekten av risikofaktorene.

Grovt sett kan man si at i) omsorgssvikt, overgrep og andre traumatiske erfaringer i barndommen (Fox, Perez, Cass, Baglivio & Epps, 2015), ii) foreldreferdigheter og samspill i familien (Smith et al., 2014) og iii) barns genetiske og biologiske utgangspunkt (Jaffee, et al., 2005) utgjør tre svært viktige faktorer for utvikling av atferdsproblemer og mulig senere kriminalitet. Mest nyansert og utfyllende blir det nå man ser disse faktorene i kombinasjon og over tid. Mens i) innebærer stor risiko for negative utfall, kan ii) og iii) være enten risikofaktorer eller beskyttelsesfaktorer. Vi kommer tilbake til dette senere i kapitlet. Det er viktig å påpeke at selv om mer overordnede kontekstuelle forhold som fattigdom, sosial isolasjon, diskriminering og aleneforsørgerstatus m.m. selvsagt spiller inn, virker effektene av disse forholdene primært gjennom deres innflytelse på foreldreferdigheter og omsorgsevne. Kontekstuelle forhold alene er ofte ikke nok til å kunne forutsi med tilstrekkelig treffsikkerhet om barn og unge vil utvikle atferdsproblemer eller lovbrystende atferd.

##### 3.2.1 Vonde erfaringer i barndommen

Omsorgssvikt, overgrep eller det å bli eksponert for vold i barndommen (enten som offer eller som vitne) kan karakteriseres som utviklingstraumer og har nesten alltid en negativ effekt på barn og unges utviklingsmuligheter. Hvordan kommer slike erfaringer 'under

huden' på de barna og ungdommene det gjelder og hvordan påvirker slike erfaringer deres utvikling?

Utviklingstraumer, altså vedvarende negative eller voldelige omsorgssituasjoner, kan påvirke barn og unges biologiske og psykologiske utvikling ved å svekke reguleringsprosesser som ellers er ment å skulle opprettholde normal tilstand (Cicchetti & Rogosch, 2012). Når barn og unge gjennomlever utviklingstraumer, kan det utløse en overdreven og langvarig stressrespons, det som kalles giftig stress ('toxic stress'). Giftig stress påvirker barnets hjernefunksjoner og andre reguleringsystemer, som for eksempel deres evne til emosjonsregulering. Trygge relasjoner til voksne som støtter og beskytter kan motvirke noen av disse negative konsekvensene. Barn som vokser opp med omsorgssvikt eller vold i hjemmet viser ofte en tendens til å være aktsomme, usikre og årvåkne. Erfaringene deres kan ha lært dem å være mer mistroiske og skeptiske ovenfor omgivelser utenfor hjemmet og selv nøytrale stimuli kan mistolkes som negative, hvilket i sin tur påvirker barnas respons på disse. Barn som lever i fare eller i uforutsigbare omgivelser kan ha et overdrevet behov for å forsvare seg selv (Shields & Cicchetti, 1998) og kan synes det er farlig å stoppe og tenke før de handler i visse situasjoner. Det å handle på impuls kan være en slags overlevelsesstrategi i voldelige hjem. Resultatet er ofte at disse barna utvikler en aggressiv og konfronterende atferd. Et slikt handlingsmønster tjener en funksjon i hjem med vold, aggresjon og/eller omsorgssvikt. Når dette handlingsmønsteret bringes inn i 'vanlige omgivelser' som for eksempel i skolen, vil det kunne frembringe negative reaksjoner hos både lærere og medelever som opplever barnas opptreden og handlinger som støtende. Som en konsekvens reagerer ofte andre barn og voksne negativt på barnets oppførsel og en negativ spiral er satt i gang, en spiral det er vanskelig for barnet å komme ut av.

Det har ikke vært kjent hvor utbredt barns erfaringer med vold og overgrep i oppveksten er, men i 2019 kom en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) som har kartlagt dette blant ungdom i alderen 12-16 år i Norge (Hafstad og Augusti, 2019). Over 9000 ungdommer deltok. Her fremkommer det at 10% har opplevd gjentatt fysisk vold, 20% har opplevd psykisk vold og krenkelser og 6% har vært utsatt for seksuelle overgrep fra voksen en eller flere ganger. De fleste som har slike erfaringer opplever flere typer vold og overgrep. Et alarmerende funn er at svært få forteller om slike hendelser. Kun 1 av 5 som har vært utsatt for vold og overgrep har vært i kontakt med hjelpeapparatet, og over halvparten av ungdommene som har vært utsatt for fysisk vold hjemme har ikke fortalt noen om det. På denne bakgrunn er det vanskelig å si hvor mange av barna som viser atferdsproblemer og kriminalitet som har vært utsatt for vold og overgrep gjennom barndommen og som potensielt kan ha utviklingstraumer som en konsekvens av dette.

### 3.2.2 Ulike utviklingsløp

Noen barn utvikler atferdsproblemer og senere kriminalitet uten å ha vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, overgrep eller utviklingstraumer i sin oppvekst. Selv om det også for denne gruppen barn og unge er store individuelle forskjeller, følger de stort sett to utviklingsløp. Den ene beskriver unge som viser atferdsproblemer først i ungdomsalderen (sein-start mønster; late-onset eller adolescent-limited) og den andre refererer til barn og unge som viser utfordrende atferd allerede i barndomsårene (tidlig-start mønster; early-onset trajectory eller life-course persistent) (Moffitt, 1993a, b). Foreldreferdigheter og samspill i familien spiller også for disse barna og ungdommene en viktig

rolle og deres atferd gjør dem mer utsatte for å havne i negative spiraler med foreldre, lærere og jevnaldrende.

Barn som følger tidlig-start mønsteret anses som mer sårbare og er oftere eksponert for flere risikofaktorer eller ugunstige oppvekstbetingelser (miljøpåvirkning) som dårlig foreldreskap og omsorgssvikt eller emosjonell dysregulering sammenlignet med sein-start gruppen. Barn i denne gruppen viser tidlig (dvs. i førskole- og/eller barneskolealderen) et høyt nivå av eksternaliserte atferdsproblemer (f.eks. aggressiv, forstyrrende, regelbrytende atferd) og er i betydelig risiko (30-50%) for å utvikle et eskalerende og vedvarende negativt atferdsmønster (f.eks. Calkins & Keane, 2009; Duncan & Magnuson, 2011; Fairchild m.fl., 2013). Mange har lærevansker (særlig i lesing), konsentrasjonsproblemer og problemer med selvkontroll (executive functioning), og får etter hvert ofte rusmiddelproblemer, psykiske helseplager og mer alvorlige atferdsproblemer. Barns tidlige utfordrende atferd kan ofte starte på et ganske uskyldig og mindre alvorlig stadium. Det som avgjør barnets videre utvikling er i hvilken grad han eller hun blir møtt og ivaretatt av sine omsorgspersoner på trygge, konsekvente og støttende måter (Reid, Patterson & Snyder, 2002). Dessverre er det ofte slik at barna som i størst grad trenger omsorgspersoner som er involverende, oppmuntrende og som setter trygge rammer, har minst sannsynlighet for å ha nettopp det (Amlund Hagen & Christensen, 2010). Kombinasjonen av barns utfordrende temperament og dårlige foreldreferdigheter forsterker hverandre. Foreldrene klarer ikke å møte barna på gode, trygge og forutsigbare måter og barnas atferdsuttrykk bidrar til en dårligere foreldrepraksis over tid. Typiske reaksjoner på opposisjon hos barn fra foreldrenes side kan være enten at de unngår å stille krav og sette grenser fordi de ikke orker kampen eller at de gir seg når barnet får et raseriutbrudd. I begge tilfeller 'lærer' barnet at overdreven masing, opposisjon eller aggresjon gir dem et ønsket utfall (Dishion & Patterson, 2006). Slike 'transaksjoner' får lett fotfeste og hvis dette samspillet varer over tid, kan det føre til mer alvorlige atferdsproblemer. Mange av de barna som har atferdsproblemer i tidlig alder viser en reaktiv type aggresjon (Frick, 2012). Det vil si at de reagerer aggressivt på provokasjoner (reelle, oppfattede eller mistolkede nøytrale) fra omgivelsene, men de viser sjeldnere proaktiv eller instrumentell aggresjon (dvs. uprovosert eller med mål om å oppnå noe). Barna i denne gruppen har som oftest problemer med emosjonsregulering, impulsivitet og sosiale relasjoner, men kan likevel fullt ut forstå konsekvensene av og angre på sine aggressive utbrudd (Frick, 2012).

Frick framhever for øvrig at man bør være spesielt oppmerksom på en mindre undergruppe i tidlig-start gruppen (25-30%); barn med såkalte CU-trekk. CU står for callous-unemotional og betyr hard og ufølsom. Barn med CU-trekk føler ofte ikke skyld, tar mindre hensyn til andres følelser, er mindre opptatt av å prestere og har et mer overfladisk følelsesrepertoar. I en studie av Essau, Sasagawa og Frick (2006) som omfattet 1443 ikke-henviste ungdommer i alderen 13-18 år skåret guttene signifikant høyere på CU-trekk enn det jentene gjorde. Dette er barn som viser både mer reaktiv (respons på provokasjon) og instrumentell (for å oppnå noe) aggresjon enn andre, har høyere sannsynlighet for å begå kriminelle handlinger med våpen, og leder ofte an i kriminelle handlinger sammen med andre. Denne gruppen barn, som dog er liten, viser mindre evne til å oppdage frykt og nød hos andre, er mindre sensitive til signaler om straff og er mer fryktløse og mindre engstelige (Frick, 2012). De foreldreferdighetene som har vist seg å være viktigst for de fleste barn med tidlige atferdsproblemer (positiv foreldreinvolvering, oppmuntring, tilsyn, forutsigbare rammer og ikke fysisk avstraffelse) ser ut til å ha mindre betydning for barn med CU-trekk (Bjørnebekk & Kjøbli, 2016). Imidlertid ser det ut til at foreldres mangel på varme har større betydning for barn som er i ferd med å utvikle CU-trekk (Pasalich, Dadds, Hawes & Brennan, 2011; Kroneman, Hipwell, Loeber, Koot & Pardini, 2011). Selv om det



har kommet en del forskning på denne gruppen særlig siste tiår, er det behov for ytterligere kunnskap om hva som bidrar til utvikling av disse trekkene og ikke minst utvikling av gode forebyggings- og behandlingsstrategier.

Unge som følger sein-start mønsteret viser atferdsproblemer først i ungdomsårene (fra 12-14 årsalderen), men disse avtar vanligvis over tid inn mot tidlig voksen alder. I likhet med tidlig-start gruppen har de ofte problemer med selvkontroll, men sein-start mønsteret er mindre arvelig betinget og mindre knyttet til nevropsykologiske faktorer (f.eks. Ferguson, 2010, Fontaine m. fl., 2018). Sein-start mønsteret er mer vanlig (omfatter ca. 50% av de som blir anholdt for lovbrudd jf. Frick), er vanligvis forbigående og henger antakelig sammen med et «modningsgap» eller identitetssøking og av sosiale prosesser – særlig fremprovosert av gruppepress fra problembelastede (deviant) venner og svak grensesetting og tilsyn fra voksne (Silberg m. fl., 2015). De aller fleste unge gjennomgår en prosess der de forsøker å finne sin egen identitet og dermed skaper avstand til foreldre og andre voksenpersoner i sine omgivelser. Men for en utsatt gruppe ungdom fortøner deres utvikling seg som en overdreven utgave av den normative løsrivningsprosessen (Frick, 2012). Ungdommer i denne gruppen ser ut til å ha en større tilbøyelighet for opprørskhet og avvising av autoriteter. Det kan se ut til at de både søker til og blir mer påvirket av avvikende venner, samtidig som de opplever mindre tilsyn fra foreldre og har dårligere tilknytning til prososiale institusjoner som skole og fritidsaktiviteter. Med mindre de har pådratt seg et rulleblad eller rusavhengighet, har de også større sannsynlighet for å komme seg tilbake på en normal utviklingsbane.

### 3.2.3 Atferdsproblemer og den unge hjernen

Gener, nervesystemet og hjernens utvikling i barne- og ungdomsårene spiller også inn i utviklingen av atferdsproblemer (f.eks. Gjerum & Ellertsen, 2002). Menneskehjernen er plastisk (formbar) og påvirkes av miljøet den befinner seg i. Vonde og vedvarende erfaringer tidlig i livet påvirker ikke bare følelser og reaksjonsmønstre hos barn, men kan ha langvarige negative effekter på hjernens struktur og kognitive funksjoner (tenkning og vurderingsevne). Selv om mye av hjernens utvikling skjer tidlig i livet, er den ikke ferdig utviklet før i 23-25 årsalderen (f.eks. Foulkes m. fl. 2016). Dette gjelder særlig den fremre delen av hjernen (frontallappene, prefrontal cortex) hvor grunnlaget for vår personlighet, sosiale ferdigheter og det voksne rasjonelle jeg ligger. Det er med andre ord i denne delen av hjernen vi finner strukturer som bidrar til impuls kontroll, overstyring av drifter og lyster, sinnekontroll (emosjonsregulering) og evne til abstraksjon (høyere kognitive funksjoner). Andre sentrale funksjoner knyttet til hjernes fremre del er evnen til å skille mellom motstridende tanker, mellom rett og galt, godt og dårlig, evne til å vurdere risiko og framtidige konsekvenser av egen og andres handlinger (atferd), evne til planlegging og målstyring og evne til sosial læring.

I perioden fra omtrent 10 til 23 år foregår det en betydelig omstrukturering i hjernen. Denne perioden preges ofte av en ubalanse mellom et «overopphetet» følelsessystem (hormonell påvirkning, limbisk system) og et underutviklet vurderingssystem (prefrontal cortex), noe som kan bidra til å forklare hvorfor atferdsproblemer særlig opptrer og eskalerer i ungdomsalderen. Ungdom ser ut til å være særlig sensitive for sosiale stimuli og spesielt fra venner og jevnaldrende (Foulkes m. fl., 2016). Det at den unge hjernen er under utvikling/omstrukturering og samtidig påvirkes av miljøet hjernens eier vokser opp i, byr på mange muligheter, men gjør også den unge særlig sårbar. Sårbarheten knytter seg særlig til gjentakende negative påvirkninger (risikofaktorer) som f.eks. rusmidler og antisosiale venner. Fordi hjernens indre styringssystem ikke er fullt utviklet hos barn og

ungdom, vil mange trenge «ytre regulering» i form av god veiledning, mye positiv støtte og tydelige forventninger og grenser fra foreldre, lærere og andre voksne.

### 3.2.4 *Kjønnforskjeller*

Forekomst av atferdsproblemer blant barn og unge er størst blant gutter (eks. Card m.fl., 2008; Rescola m.fl., 2007). Kjønnforskjellene er større for fysisk aggresjon enn for verbal aggresjon, mens mer indirekte aggresjon (f.eks. ekskludering fra aktiviteter, rykkespredning, relasjonelle konflikter) forekommer oftere hos jenter. På samme måte er internaliserte problemer (f.eks., angst, skam, skyld, tristhet/depresjon) mer markant blant jenter, særlig i ungdomsårene (Rhee m. fl., 2018). Det er også kjønnforskjeller i *utviklingen* av alvorlige atferdsproblemer (Gutman m.fl., 2018). Alvorlige atferdsproblemer er langt mer vanlig blant gutter enn jenter i tidlig-start gruppen, mens i sein-start gruppen sliter jentene med mer angst og depresjon enn guttene (Moffit m.fl., 2002; Zahn-Waxler m.fl., 2008). Selv om forekomsten av alvorlige atferdsproblemer fortsatt er vesentlig høyere hos gutter enn jenter, ser kjønnforskjellene ut til å ha blitt noe mindre etter tusenårsskiftet (Putallaz & Bierman, 2004). Årsakene til kjønnforskjellene er ikke avklart, men kan bl.a. avspeile forskjeller i jenters og gutters sosiale miljø og større sosial sensitivitet, bedre følelsesregulering, bedre språkferdigheter og tidligere fysisk modning hos jenter enn gutter (Lahey m.fl., 2006; Zahn-Waxler m.fl., 2008).

## 3.3 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

I tillegg til de sårbarheter og muligheter som den unge og uferdige hjernen gir, er det en rekke andre individuelle faktorer (karakteristika ved barnet) og kontekstuelle faktorer som påvirker forekomst og utvikling av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge. Avhengig av hvilken innflytelse de har (negativ, positiv), omtales de som risiko- eller beskyttelsesfaktorer. En beskyttende faktor er ikke nødvendigvis det motsatte av (fravær av) en risikofaktor, og dens effekt kan variere med nivået av risiko. For eksempel, i en situasjon med lav risiko vil en beskyttende faktor ikke være særlig beskyttende fordi det ikke er behov for det, mens i en situasjon med høy risiko (eks. omfattende atferdsproblemer) vil en beskyttende faktor (eks. gode foreldre-barn relasjoner) ha større betydning.

### 3.3.1 *Akkumulert risiko og beskyttelse*

Om et barn eller en ungdom eksponeres for én enkelt risiko- eller beskyttende faktor har dette vanligvis liten effekt; dvs. vil verken øke eller minske sannsynligheten for å utvikle alvorlige atferdsproblemer. Det som derimot gjør et barn sårbart for utvikling av alvorlige atferdsproblemer er *akkumulert stress*, i betydningen antall risikofaktorer som er til stede, i tillegg til faktorenes vedvarenhet og alvorlighet, (f.eks. Lengua, 2002). Med andre ord, sannsynligheten for alvorlige atferdsproblemer øker betraktelig dersom barnet/ungdommen eksponeres for flere samtidige eller suksessivt påfølgende risikofaktorer. Jo flere risikofaktorer, jo større sjanse for en negativ utvikling.

Risiko- og beskyttende faktorer spiller imidlertid sammen. Det er følgelig også slik at jo mer støtte og jo flere beskyttende faktorer et risikoutsatt barn eksponeres for, jo mer motstandsdyktig mot en negativ utvikling vil han eller hun være. Ikke alle barn og unge vil nødvendigvis utvikle atferdsproblemer selv om de har blitt eksponert for flere risikofaktorer dersom hun/han *samtidig* eksponeres for beskyttende faktorer som kan redusere innvirkningen av risikofaktorene. For eksempel kan støtte fra besteforeldre og gode

sosiale ferdigheter minske effekten av å ha kriminelle venner og foreldre med svake oppdragsferdigheter. Avhengig av mengden belastnings- og risikofaktorer som er til stede, kan man si at barn er i høy, moderat eller lav risiko for en uheldig utvikling.

### 3.3.2 Eksempler på risiko- og beskyttelsesfaktorer

Risiko- og beskyttelsesfaktorer blir gjerne omtalt som henholdsvis individrelaterte, familierelaterte, skole- og vennerelaterte og nabolagsrelaterte.

Eksempler på vel dokumenterte **risikofaktorer**<sup>4</sup> knyttet til alvorlige atferdsvansker og kriminalitet er:

*På individnivå* (barnet): tidlig aggressiv atferd, inkludert å utøve mobbing (sterkeste prediktor), kjønn (gutt), lav IQ, tidlig fødsel/lav fødselsvekt, konsentrasjonsvansker, hissig temperament, impulsivitet (dvs. ADHD-liknende symptomer), svak tilknytning til skolen, svake skoleprestasjoner (særlig dårlige leseferdigheter) og svake sosiale ferdigheter (særlig dårlig selvkontroll, dvs. dårlig evne til å regulere sine følelsesuttrykk).

*På familienivå*: konfliktfylte barn-foreldrerelasjoner, foreldrestress (f.eks. psykiske helseproblemer, dårlig økonomi), aleneforelder-hjem, ung mor, hard og ikke-støttende oppdragelse, kriminalitet/rusmisbruk i hjemmet og sosialt isolerte/marginaliserte foreldre.

*På skole- og vennenivå*: store skoler, skole-/klasse miljø preget av lite positive og støttende læringsbetingelser, konfliktfylte elev-elev og/eller elev-lærer relasjoner, lite konsekvent håndheving av regler, lav kollektiv mestringsopplevelse blant personalet, reaktiv<sup>5</sup> og straffende disiplin, problembelastede venner og sosial avvising av venner.

*På nærmiljønivå*: høy forekomst av kriminalitet, høy andel minoritetsfamilier samt disorganiserte (f.eks. lite sosialt samhold, få felles møtepunkter og aktiviteter) og ustabile (mye flytting) nabolag og høyere grad av fattigdom.

Når det gjelder skolerelaterte risikofaktorer, poengterer Bierman i sitt bidrag til ekspertkonferansen at et skolemiljø med flere høyrisikoelever, eller når høyrisikoelever grupperes sammen, representerer et særlig ugunstig oppvekst- og læringsmiljø med grobunn for problemskalering. Det reduserer også elevenes muligheter for positiv sosialisering og utvikling av selvregulering og andre sosiale ferdigheter.

Eksempler på vel dokumenterte **beskyttende faktorer** knyttet til atferdsproblemer i barne- og ungdomsårene er:

*På individnivå* (barnet): normal språkutvikling og skolefaglige prestasjoner i forhold til alder, gode intellektuelle ferdigheter (IQ over snittet), kjønn (jente) og prososial innstilling/gode sosiale ferdigheter (særlig god selvkontroll).

4 Referanser til litteratur på ulike risikofaktorer: Ferguson, 2010; Fontaine m. fl., 2018; Porsch m. fl., 2016; Rhee & Waldman, 2002; Schoenmacher m. fl., 2020; Simonoff m. fl., 2004; Ttofi m. fl., 2012.

5 Reaktiv - proaktiv: reagere på en elevs problematferd/regelbrudd etter at atferden skjedd i stedet for å i forkant forsøke å hindre (dvs. forebygge) at problematferden/regelbruddet skjer.

*På familienivå:* intakte familiestrukturer, nære relasjoner til minst én av foreldrene, middels til høy sosioøkonomisk status, intensiv og positiv veiledning og oppfølging av barnet og mors høyere utdanningsnivå.

*På skolenivå:* et positivt skole- og klassemiljø, sterk tilknytning (bonding) til skolen, positive elev-lærerrelasjoner, positive relasjoner til klassekamerater som ikke viser atferdsproblemer og positiv innstilling til et flerkulturelt skolemiljø.

*På nærmiljønivå:* et stabilt og sosialt og økonomisk velfungerende nabolag uten (eller lite) kriminalitet.

(For en bredere oversikt over potensielle risiko- og beskyttelsesfaktorer og forslag til metoder for tidlig identifisering av sårbare barn og unge mer generelt, se Helse- direktoratet 2018, som er en kunnskapsgjennomgang av tidlige tegn på risiko hos barn og unge).

### 3.3.3 Betydningen av å gjøre det bra på skolen

Selv om det vanligvis er den kumulative effekten av de risiko- og beskyttelsesfaktorer som barn og unge eksponeres for som øker eller minsker deres sannsynlighet for å ende opp som kriminelle i ungdomsalder/tidlig voksen alder, vil vi likevel fremheve én faktor som synes særlig betydningsfull; hvorvidt den unge lykkes i skolen eller ikke. Funn blant annet fra en stor svensk registerstudie (Socialstyrelsen, 2010) og en norsk registerstudie (Clausen & Kristofersen, 2009) viser dette.

I den svenske registerstudien så man på det skolefaglige prestasjonsnivået i grunnskolen til alle svenske kvinner og menn født i perioden 1974-1978 og sammenholdt dette med deres psykososiale problemer i yngre voksen alder. Her fant man at de med svake skolefaglige prestasjoner, uavhengig av kjønn og sosial bakgrunn, hadde to til tre ganger så høy sannsynlighet for store psykososiale problemer i voksen alder sammenlignet med de med gode karakterer på vitnemålet fra grunnskolen. De med svake prestasjoner kom klart dårligere ut på samtlige parametere som ble undersøkt: forekomst av selvmord, selvmordsforsøk, narkotikamisbruk, alkoholmisbruk, registrerte lovbrudd, alvorlig kriminalitet, tenåringsforelder og mottaker av offentlig økonomisk stønad.

I neste omgang sammenlignet man hvordan ulike sårbare grupper i befolkningen med hhv. gode og dårlige skolefaglige prestasjoner hadde klart seg som voksne. De gruppene man studerte var utenlandsadopterte, svenskfødt-adopterte, sosialhjelpsmottakere og barnevernsklienter (besøkshjem/støttekontakt før tenårene, fosterhjemsplasserte i mer enn 5 år) samt en referansegruppe som ikke hadde mottatt noen offentlig hjelp eller støtte. Å ha «klart seg relativt bra» inkluderte følgende kriterier: ikke selvmord eller annen død og ikke innlagt på sykehus for selvmordsforsøk (etter 15 års alder), ingen indikasjoner på narkotika- eller alkoholmisbruk og ingen alvorlig kriminalitet (etter fylte 20 år) og minst 50% av disponibel inntekt kommer ikke fra økonomisk bistand (ved 25 år). Å ha «klart seg bra» inkluderte: ingen alvorlige problemer, ikke tenåringsforelder, ingen økonomisk bistand og minst fullført videregående skole (ved 26 år). I samtlige analyser kontrollerte man for flere vel dokumenterte og innvirkende bakgrunnsfaktorer som familiesammen-setning, mors høyeste fullførte utdanningsnivå, mors gjentakende mottak av sosialbidrag, indikasjoner på psykisk sykdom og narkotika eller alkoholmisbruk hos mor og far samt fars kognitive testresultater (ikke tilgjengelig for mor).

Funnene viser at langt færre av de i de sårbare gruppene med lavt skolefaglig prestasjonsnivå klarte seg bra eller relativt bra seinere i livet sammenlignet med de med

relativt bra prestasjonsnivå. Dette gjaldt særlig for de som hadde fått hjelp fra barnevernet eller sosialtjenesten - og for begge kjønn, men spesielt for menn.

Studien konkluderer med at å få vitnemål eller relativt bra karakterer i grunnskolen øker sårbare barns sjanse for klare seg relativt bra i yngre voksen alder med 40% og for å klare seg bra med 140%. Norske forskningsresultater peker i samme retning (Clausen & Kristofersen, 2009). Disse og andre studier viser at det å gjøre det dårlig på skolen er en betydelig risikofaktor for en rekke negative livsutfall, deriblant rusmisbruk og kriminalitet, og da særlig for sårbare barn. Utvikling, bruk og evaluering av forebyggende tiltak for å fremme barns skolefaglige mestring fremstår dermed som et viktig innsatsområde - for alle barn (universelle tiltak) og særlig for sårbare barn (selekterte, indikerte tiltak).

### 3.4 Implikasjoner

Bierman og Frick til orde for at kartlegging av barns aggresjonsnivå og andre risiko- og beskyttelsesfaktorer både kan og bør brukes for så tidlig som mulig å kunne identifisere barn/ungdom i høy risiko, og for tidlig å kunne iverksette tilpassede og virksomme kunnskapsbaserte tiltak for henholdsvis «tidlig-startere» og «sein-startere». Det fremheves at ved å sette inn tiltak tidlig, reduseres risikoen for alvorlige atferdsproblemer betraktelig. Tiltak (intervensjoner) har størst mulighet til å påvirke og dempe alvorlige atferdsproblemer i barne- og ungdomsårene, mens overfor yngre voksne/voksne er bildet mer komplisert og effektene av tiltak langt mer usikre.

Begge bidragsyterne fremhever at kunnskapen om ulike utviklingsmønstre og risiko/beskyttelsesfaktorer også har konsekvenser for hvordan forebyggende tiltak og behandlingsprogrammer bør utformes for å gi best mulig utbytte (effekt). Kunnskapen innebærer at tiltak som har til hensikt å forebygge, stoppe eller redusere alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge eksplisitt bør være rettet mot identifiserte risiko- og beskyttelsesfaktorer. Frick og Bierman poengterer videre at tiltaksmodeller som *kombinerer* universelle (dvs. forebyggende, rettet mot alle barn) og individuelt tilpassede (“skreddersydde”) tiltak for barn og unge i risiko, slik som “tidlig-startere” og “sein-startere”, bør prioriteres. Et familiefokus i tiltak overfor høyrisikobarn fremheves som særlig viktig.

Bierman mener for øvrig at utviklingsoverganger (skolestart, overgang til ungdomsskole, videregående skole) kan være særlig godt egnede tidspunkt for risikokartlegging og iverksetting av tiltak. Silke “overgangsvinduer” er ofte en utfordrende periode for barn og familier og de vil derfor være mer motiverte og åpne for læring og endring.

### 3.5 Oppsummering og diskusjon

Utviklingen av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge, inkludert kriminalitet, følger ulike utviklingsbaner eller mønstre, og disse bestemmes i stor grad av når i livet atferdsproblemer oppstår, forhold ved eller sårbarhet hos barnet/ungdommen og ved det sosiale miljøet han eller hun vokser opp i (familie, skole, venner). For så vel å kunne forebygge alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge best mulig og mer effektivt å kunne redusere forekomst av kriminalitet, må de tiltak som tilbys: 1) eksplisitt bygge på solid kunnskap om hvordan atferdsproblemer utvikles (f.eks. relatert til tidlig- og sein-start mønster), 2) være rettet inn mot å minimere flest mulig aktuelle risikofaktorer og maksimere sentrale beskyttelsesfaktorer (særlig de knyttet til hjem og skole), 3) ta hensyn

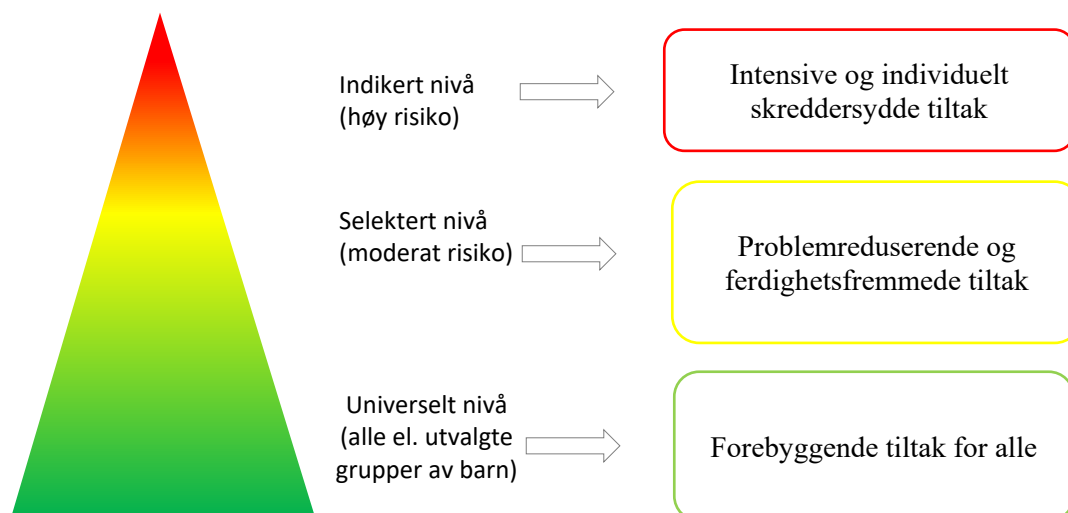
til at barns og unges hjerne er umoden og under utvikling og 4) iverksettes så tidlig som mulig i utviklingsforløpet (tidlig intervensjon).

En utfordring i forbindelse med identifisering av aktuelle risiko- og beskyttelsesfaktorer og av barn og unge i høy risiko for å utvikle alvorlige atferdsproblemer/kriminalitet er imidlertid mangel på gode rutiner og valide og reliable kartleggingsverktøy i de aktuelle instansene (f.eks. PPT, skole, barnevern). Valide og reliable kartleggingsverktøy kjennetegnes blant annet av at få såkalt «falske positive» blir identifisert (dvs. at et barn feilaktig identifiseres som i høy risiko). Det er følgelig behov for etablering av en egen oversikt over internasjonalt eksisterende gode og relevante kartleggingsverktøy for identifisering av aktuelle risikofaktorer og barn/unge i høy risiko for alvorlige atferdsproblemer, for validering av aktuelle verktøy i en norsk kontekst, og for utvikling av nye verktøy dersom gode alternativer mangler.

Her i landet har Helsedirektoratet (2019) utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for oppdagelse og vurdering av tegn og signaler hos barn i risiko som personale i blant annet barnehage og skole kan være særlig oppmerksom på (Helsedirektoratet, 2019). Retningslinjen er blant annet basert på en kunnskapsoppsummering fra FHI fra 2018 (Folkehelseinstituttet, 2018) og den tidligere nevnte rapporten utarbeidet av Geir Møller på oppdrag for Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2018).

Internasjonal forskning som både Bierman og Frick bygger sine innspill og tilrådninger på, viser klart at intervensjoner er mer effektive jo flere risiko- og beskyttende faktorer som kan bli identifisert og påvirket (henholdsvis redusert/elimineret og forsterket/økt). Intervensjonene bør følgelig være multidimensjonale (f.eks. fokus både på følelsesregulering, svake skoleprestasjoner og streng/inkonsekvent oppdragerstil) og ofte multisystemiske (f.eks. involvere barnehage, skole, hjem og/ barnevern eller psykisk helsevern) for å kunne adressere flest mulig risiko- og beskyttelsesfaktorer (f. eks. Wear & Nind, 2011). For i fremtiden å kunne tilby mer virksomme tiltak i forhold til forebygging og reduksjon av alvorlige atferdsproblemer som kriminalitet, vil vi derfor foreslå at hver kommune (evt. interkommunalt samarbeid) etablerer en helhetlig forebyggende innsatsmodell basert på et kontinuum av differensierte og effektive tiltak.

Slike helhetlige kombinasjons- eller flernivåmodeller med differensierte intervensjoner har gjennom en rekke forskningsstudier vist seg å ha større forebyggende betydning og gi bedre effekter enn smale tiltak som adresserer enkeltfaktorer eller bare en mindre del av problemkomplekset (f.eks. Wear & Nind, 2011). En flernivåmodell for forebygging av alvorlige atferdsproblemer kan figurativt fremstilles slik:



Modellen tar utgangspunkt i at forebygging og behandling av alvorlige atferdsproblemer kan deles inn i tre ulike tiltaks- eller innsatsnivåer: universelt nivå, selektert nivå og indikert nivå. Tiltaksnivåene har ulike formål og målgrupper, og fremhever behovet for økende grad av intensitet, kompleksitet og individuell tilpasning med økende grad av risiko. Det universelle tiltaksnivået omfatter (primær)forebyggende innsatser rettet mot alle eller bestemte grupper av barn og unge, uten at man i forkant har identifisert den enkeltes risikonivå eller behov for ekstra hjelp og støtte. Tiltak på selektert nivå (sekundærforebygging) rettes mot grupper med forhøyet risiko (viser atferdsproblemer) for å starte med kriminelle handlinger, mens tiltak på indikert nivå (tertiærforebyggende) rettes mot de relativt få høyrisiko- barn og unge som har eller viser klare tegn på alvorlige atferdsproblemer.

I neste kapittel fremheves tiltak på de tre innsatsnivåene som i den uavhengige kunnskapsbasen Ungsinn per dags dato er vurdert til å ha tilstrekkelig eller sterk dokumentasjon på effekt i Norge.

I dette kapitlet har vi påpekt betydningen av at unge gjennomfører skoleløpet og at styrking av skolefaglige ferdigheter kan virke forebyggende på en rekke utfall i voksen alder. Dette perspektivet kan ofte forsvinne litt når barn blir «vanskelige» for voksne, både i skolesammenheng, for barnevern og andre hjelpeinstanser. Tiltak som styrker barns muligheter til å fullføre skolen og yte i tråd med sine evner bør i større grad løftes fram i tiltakskjeden og sikres, uavhengig av andre tiltak.

Det bør avslutningsvis tilføyes at i familiebaserte, barnehagebaserte, skolebaserte og institusjonsbaserte tiltak vil fokuset primært måtte være på risiko- og beskyttende faktorer som kan endres, dvs. som de aktuelle organisasjonene/fagpersonene reelt sett har myndighet og kompetanse til å gjøre noe med eller påvirke. Endring av strukturelle faktorer (f.eks. familiers sosioøkonomiske status, foreldres utdanningsnivå, skolestørrelse, konsentrasjon av minoritetsfamilier i enkelte boligstrøk), bør i tillegg vurderes av kommuner eller bydeler i deres arbeid for effektiv forebygging av uheldig utvikling og for å fremme gode oppvekst- og livsvilkår også for utsatte familier.

## 4 Tiltaksnivåer og evidensbaserte tiltak

### 4.1 Innledning

I dette kapittelet beskrives tiltak som kan bidra til å forebygge eller behandle atferdsproblemer og kriminalitet. Forut for fremstillingen er det imidlertid viktig å understreke betydningen av enkelte grunnleggende forutsetninger for alle tiltak og behandlinger:

- De må være trygge. Alle tiltak og all behandling må sikre at en uholdbar omsorgssituasjon ikke tildekkes, og at fysisk og/eller psykisk omsorgssvikt ikke vedvarer. Barn og unge som mottar tiltakene må ikke risikere at problemene forverres på grunn av tiltaket, f.eks. ved at tiltaket maskerer omsorgssvikt fra foreldre, holder på for lenge uten resultater slik at mer inngripende tiltak ikke iverksettes, eller ved at andre unge i institusjonstiltak utsetter barnet for risiko.
- Alle tiltak og behandlinger må ha sterkt fokus på hvordan barnet eller den unge har det. Det innebærer blant annet en grundig kartlegging av familie- og omsorgssituasjon sett fra barnets perspektiv, slik at man sikrer at tiltak og behandling foregår innen trygge rammer for barnet. Det innebærer også at barnet har mulighet til å delta og uttrykke seg på sine egne premisser. Barnet må tas på alvor og møtes med respekt, interesse og omsorg fra de som skal hjelpe.
- Tiltaket eller behandlingen må basere seg på kartlegging av det enkelte barns/unges og families behov, og være individuelt tilpasset disse behovene. Dette krever tilstrekkelig høy fagkompetanse hos behandlerne/tiltaksgivere og gode prosedyrer for kartlegging.
- Tiltak eller behandling må være effektiv/nyttig, altså ha høy grad av sannsynlighet for å kunne avhjelpe problemene barnet eller ungdommen strever med.

Vi kommer tilbake til de grunnleggende forutsetningene for at tiltak og behandling skal være trygt og bra for barn i kapittel 6.

### 4.2 Tiltaksnivåer

Tiltak rettet mot barn og unge med atferdsproblemer har ulike nivåer og intensitet. Tiltaksnivåene kan variere fra hjemmebaserte tjenester (med ulik grad av intensitet), til plassering i fosterhjem, beredskapshjem, familiehjem, behandlingshjem, til institusjonsplassering. Mildeste inngreps prinsipp, som er et av de grunnleggende prinsippene barnevernloven hviler på, tilsier at ungdommen og familien skal tilbys hjelp på lavest mulige effektive innsatsnivå. Dette innebærer at hjelp hjemme – om mulig – skal forsøkes forut for mer inngripende tiltak hvor ungdommen må flytte ut av hjemmet.

I tråd med oppdraget for denne rapporten, vil vi gå gjennom forebyggende tiltak rettet mot barn med forhøyet risiko for å begynne med kriminalitet (selektert nivå) og mot barn som allerede har begått lovbrudd, med tanke på å forebygge en videre kriminell løpebane (indikert nivå). Tiltakene som beskrives er de som har best evidens for effekt på disse utfallene. Flere av tiltakene er tilgjengelige i Norge. Lovende tiltak som bør vurderes å prøves ut under norske betingelser vil også bli omtalt.

I kunnskapsoppsummeringen fra Folkehelseinstituttet (2020) som oppsummerer virkningen av tiltak for barn og unge med atferdsproblemer eller som har begått



kriminalitet, trekkes særlig *betydningen av foreldreveiledning og fokus på endringsarbeid i familien, samt et multisystemisk fokus*, frem som viktige trekk ved effektive behandlinger for barn og unge med atferdsproblemer.

I rapporten oppsummeres resultatene slik (s. 8-9):

«Effekter av tiltak for barn og unge med atferdsvansker

*Fire oversikter, med 241 relevante primærstudier, undersøkte effekten av 59 ulike tiltak (med ca. 30 000 deltakere) for barn og unge med atferdsvansker. Sammenlignet med kontroll viste resultatene at:*

- *foreldreveiledning fører muligens til en reduksjon i atferdsvansker hos barn (multisystemiske tiltak og ikke-multisystemiske tiltak. Multisystemisk= innsatsene rettes mot flere sosiale systemer, f.eks. foreldre og barn)*
- *effekten av psykososiale tiltak (gitt kun til barn eller kun til tenåringer) er uklar når det gjelder atferdsvansker hos barn og tenåringer*
- *psykososiale tiltak (multisystemiske eller gitt kun til foreldre) fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos barn*
- *psykososiale multisystemiske tiltak fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos tenåringer*
- *funksjonell familierapi fører trolig til en reduksjon i atferdsvansker hos unge som har atferdsvansker og rusmisbruk*
- *effekten av funksjonell familierapi er uklar når det gjelder nye lovovertrедelser hos unge med atferdsvansker*
- *foreldreveiledning fører trolig til en moderat reduksjon i atferdsvansker hos barn*

Effekter av tiltak for barn og unge som har begått kriminelle handlinger

*Fire oversikter, med 80 relevante primærstudier, oppsummerte 15 ulike tiltak for å forebygge ytterligere kriminelle handlinger hos ungdom i alderen 10-18 år. Alt i alt var det ca. 21 000 ungdommer inkludert i studiene. Sammenlignet med kontroll viste resultatene at:*

- *familiebaserte tiltak fører trolig til en reduksjon i antisosial atferd, slik som arrestasjoner og lovbrudd, hos unge som har begått alvorlige lovbrudd*
- *effekten av ulike tiltak med mål om å behandle unge med ulovlig seksuell atferd er uklar når det gjelder reduksjon i antall nye lovbrudd hos unge som har begått seksuallovbrudd*
- *ulike tiltak for å bedre psykososial fungering hos unge fører muligens til en moderat bedring i psykososial fungering, slik som aggresjon, hos unge (gutter) som har begått seksuallovbrudd*
- *politibaserte avledende tiltak (police-initiated diversion) fører muligens til en liten reduksjon i antall nye lovbrudd hos unge som har begått lovbrudd»*

Flere av tiltakene som beskrives nedenfor under selektert og indikert nivå, trekkes i rapporten fra FHI frem som tiltak som sannsynligvis medfører reduksjon i atferdsproblemer og/eller kriminalitet.

### 4.3 Forebyggende tiltak – selektert nivå

#### 4.3.1 De utrolige årene (DUÅ)

De utrolige årene (DUÅ) er et program med ulike tiltakspakker for barn i alderen 3-12 år med atferdsproblemer og tilbys både på selektert, indikert og universelt nivå der innholdet er tilpasset målgruppene (se: [dua.uit.no](http://dua.uit.no)). I DUÅ BASIC foreldregrupper er målet å oppnå lavere frekvens og intensitet av atferdsproblemer hos barnet gjennom å jobbe med foreldrenes holdninger og atferd overfor barnet, og å styrke barnets sosiale kompetanse og følelsesmessige reaksjoner. DUÅ har program for grupper av foreldre til barn i ulike aldersgrupper, et universalprogram der foreldre i grupper lærer å styrke positive og støttende samspill med barna, og barneprogram for førskole- og skolebarn (Dinosaurusskolen).

Programmene tar sikte på å redusere følgende risikofaktorer (hos foreldrene):

- straffende oppdragelsesstrategier
- inkonsekvens i bruk av oppdragelsesstrategier (f.eks. overkontrollerende eller ladet-skure holdning)
- manglende monitorering av barnet (å vite hvor barnet er til enhver tid)
- dårlig rollemodellering fra de voksne
- konfliktnivået mellom foreldrene
- avvisning av barnet

Programmene tar sikte å fremme følgende resiliensfaktorer (beskyttende faktorer):

- Hos barnet: Sosiale ferdigheter som dele, hjelpe, ta tur, gi komplimenter, bedre samarbeidsevnen, øke selvspekt og bedre problemløsningsevnen.
- Hos foreldre: Styrke verdigheten som foreldre og styrke positive oppdragelsesstrategier. Øke bevissthetsnivået og kunnskapene om hva man kan forvente av barn i forskjellig alder, og tilsvarende øke forståelsen for samspillet viktighet og hvordan de selv som foreldre er den viktigste formende kraften i barnets liv.

Alle programmene er manualbaserte med videosekvenser fra foreldre-barn, lærer-elev og barn-barn samspill tilpasset de temaer som tas opp. Arbeidsformen er «the collaborative process» (samarbeidsprosessen) der gruppeledere og foreldre (eller lærere og barn i Dinosaurusskolen) samarbeider om utvikling av løsninger på dilemmaer og problemer som fremkommer under gruppemøtene. Alle programmene starter med lek som arena for positiv relasjonsbygging mellom foreldre/lærere og barn og som er et grunnleggende premiss for den videre progresjonen i programmene, som er ros, belønningssystemer, effektiv grensesetting, hvordan håndtere negativ atferd, problemløsning og styrking av empati og sosiale ferdigheter. Både foreldretreningsprogrammet, skole- og barnehageprogram og universalprogrammet er vurdert å være virksomme tiltak i Ungsinn på evidensnivå 4 – tilfredsstillende dokumentert (Ungsinn kategoriserer tiltak på en skala fra 0-5, hvor 0 innebærer «uvirksomme tiltak» og 5 tildeles «tiltak med sterk dokumentasjon på effekt». For nærmere beskrivelse av kategoriene og hvordan klassifisering skjer, se [www.ungsinn.no](http://www.ungsinn.no)).

### 4.3.2 Parent Management Training Oregon (PMTO)

PMTO retter seg mot individuelle familier med barn mellom tre og tolv år som har alvorlige atferdsproblemer, der samhandlingsmønsteret mellom foreldre og barn kjennetegnes av gjensidig negativitet som har vedvart over tid (minimum et halvt år). Barnets atferd kjennetegnes av sterk trass og opposisjon, liten vilje til samarbeid, mangelfull sinnekontroll og svake sosiale ferdigheter. Med barnets økende alder, overføres ofte reaksjonsmønsteret til arenaer utenfor hjemmet.

Foreldre og terapeut inngår i en gjensidig og forpliktende samarbeidsrelasjon basert på utprøving og erfaringsutveksling av ny foreldrepraksis. Familiens ressurser kartlegges og vektlegges i endringsarbeidet, og foreldre trenes i å være oppmuntrende når barnet trener inn nye mestringsområder og når barnet følger de forventninger og krav som foreldrene på forhånd har formidlet til barnet. Foreldre støttes i hvordan de kan opptre konsekvent i å følge opp hvilke regler og normer som gjelder i deres familie. Familiene får hjelp i hvordan de kan tilrettelegge og følge opp aktiviteter i og utenfor hjemmet for å sikre at barnet ikke overlates til aktiviteter eller sosiale miljøer som ikke er positive for hans/hennes utvikling. PMTO er evaluert i Norge med gode resultater. PMTO klassifiseres på evidensnivå 5 – Tiltak med sterk dokumentasjon på effekt i Ungsinn.

### 4.3.3 Tidlig innsats for barn i risiko – TIBIR

TIBIR er et program for forebygging og behandling av atferdsproblemer hos barn tilpasset det kommunale tjenestenivået. Programmet består av seks ulike intervensjoner som til sammen representerer en helhetlig innsats for å forebygge og avhjelpe forløpere til eller allerede utviklede atferdsproblemer hos barn. Innholdet i programmet bygger i stor grad på prinsippene i PMTO.

De seks intervensjonene i TIBIR er:

*Kartlegging:* Intervensjonen består av et tilbud til foreldre om samtale om eventuelle oppdragerproblemer, samt en oppfølgende trinnvis kartlegging dersom dette er indikert. Hensikten er å kunne identifisere begynnende atferdsproblemer på et så tidlig tidspunkt som mulig, slik at barn og familier kan få et tilpasset tilbud.

*Foreldrerådgivning:* Samtaler og veiledning av foreldre som skal bidra til å forebygge og redusere problematferd og fremme prososial atferd hos barn i alderen 3–12 år. Intervensjonen skal være kortvarig, 3–6 møter per familie. Tiltaket formidles av kommunalt ansatte som er i en rådgiverposisjon overfor foreldre, som for eksempel helsesøstre, kommunepsykologer, ansatte i barnevern- og PP-tjenesten.

*PMTO-foreldregruppe:* Intervensjonen går ut på å veilede en gruppe på opptil tolv foreldre som har barn i alderen 3–12 år i bruk av foreldreverktøyene i PMTO. Intervensjonen er tidsavgrenset og vil gå over tolv ganger à 2,5 timer. Foreldregruppen ledes av to fagpersoner der en er PMTO-terapeut og en er kommunalt ansatte som har gjennomgått «Grunnkurs i foreldrerådgiving».

*Konsultasjon:* Intervensjonen går ut på å gi barnehage- og skoleansatte veiledning i bruk av konkrete verktøy og strategier som kan forebygge og redusere atferdsproblemer i grupper/klasser. Intervensjonen er kortvarig med ukentlige konsultasjoner over en 6–8 ukers periode.

*Sosial ferdighetstrening:* Intervensjonen bygger på sentrale prinsipper i PMTO og programmet Stop Now and Plan (SNAP), en kognitiv atferdsterapeutisk metode utviklet

ved Child Developmental Institute i Toronto, Canada. Intervensjonen er en korttids-intervensjon (ca. åtte uker) der man trener barn i sinnekontroll og problemløsningsferdigheter og anvender noen kjernekomponenter i PMTO i det direkte arbeidet med barna.

*PMTO-behandling:* Dette er tilbud om ordinær PMTO-behandling til enkeltfamilier der barna viser store atferdsproblemer.

Rådgiverintervensjonen og PMTO-foreldregruppe klassifiseres begge på evidensnivå 4 – Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt etter de nye klassifiseringsreglene i Ungsinn. De andre modulene er ikke evaluert.

#### **4.4 Tiltak på indikert nivå: Tiltak for ungdom med atferdsproblemer og kriminalitet**

Det benyttes en lang rekke tiltak lokalt rettet mot unge som utøver vold og annen kriminalitet, misbruker rusmidler og/eller viser andre former for utfordrende atferd. Mange av disse tiltakene er i liten grad dokumenterte, flere har uklare målgruppekriterier og de mangler ofte en implementerings- og kvalitetssikringsstrategi. En grunnleggende utfordring ved denne gruppen tiltak er liten eller ingen kjennskap til effektene. Man vet dermed i liten grad om intervensjoner som er ment å redusere atferdsproblemer, rusproblemer og/eller kriminalitet, faktisk er til hjelp. I mangel av kunnskap om effekten, risikerer man å iverksette tiltak med gode intensjoner, men som reelt sett kan bidra til å forverre problemene. Særlig er dette en risiko ved institusjonsplassering av ungdom med atferdsproblemer dersom ulike målgrupper blandes. Jo mer inngripende tiltakene er i ungdommenes liv, jo sikrere bør man være på at de har god effekt.

Blant tilnærminger og metoder for barn og unge med kriminell og andre former for utfordrende atferd som er evaluert, er det noen få som kan vise til positive effekter. I rapporten fra Folkehelseinstituttet (FHI, 2020) konkluderes det blant annet med at foreldrerettede tiltak er mer effektive enn andre tiltak i å redusere atferdsproblemer hos barn. Dette gjelder i særlig grad tiltak som fokuserer på foreldrenes ferdigheter i å bekrefte og rose barnet, gi spesifikk positiv oppmerksomhet og ha klare rammer som gir trygghet. Når det gjelder kriminalitet hos ungdom, konkluderer samme rapport med at multisystemiske, familiebaserte tiltak er effektive i å redusere antisosial atferd, som lovbrudd. Dette gjelder i særlig grad metodene Multisystemisk Terapi (MST), Treatment Foster Care Oregon (TFCO) og Funksjonell Familieterapi (FFT).

Funnene i FHI-rapporten samsvarer med flere andre oppsummeringer og vurderinger av ulike tiltaks effekt og kostnadseffektivitet (blant annet Ungsinn (ungsinn.no), Blueprints for Healthy Youth Development (blueprintsprograms.org), Oslo Economics (2017), Washington State Institute for Public Policy (<https://www.wsipp.wa.gov>)).

Hva gjelder økonomiske aspekter, utførte Oslo Economics på oppdrag fra Bufdir i 2017 en analyse av kostnadseffektiviteten av hjelpetiltak. Rapporten konkluderte med at både FFT, MST og TFCO er samfunnsøkonomisk lønnsomme. F.eks. ble det for MST oppsummert slik:

*«Resultatene i denne analysen tyder på at det å gi MST til de barna som i dag er i målgruppen for dette tiltaket, er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Tiltaket har lavere behandlingstkostnader enn behandling med ordinære tiltak. Dette er først og fremst drevet av at mange barn som ikke mottar MST mottar behandling ved institusjon i stedet. MST ser også ut til å gi høyere forebygging av fremtidige plasseringer enn*

*ordinære barnevernstiltak. Verdien av disse besparelsene er på anslagsvis 775 000 kroner per barn som mottar MST. I tillegg ser vi sterkere positive effekter på lovbrudd og internaliserende atferd, både på kort sikt (umiddelbar etter avsluttet behandling) og på lenger sikt (to år).» (Oslo Economics, 2017, s. 72).*

I den videre fremstilling vil vi gi en kortfattet beskrivelse av metodene MST, FFT og TFCO. Metodenes målgruppe er familier hvor ungdommen har utviklet alvorlige atferdsproblemer, inkludert lovbrudd. Det presiseres imidlertid at det i alle metodene også arbeides med ungdommens og foreldrenes psykiske helse, rusproblemer og eventuelle traumevirkninger.

#### 4.4.1 Multisystemisk terapi (MST)

MST er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom i alderen 12–18 år med alvorlige atferdsproblemer. Det kan dreie seg om ungdom med voldelig eller aggressiv atferd, som har problemer på skolen, ruser seg, eller som har venner som har uheldig innflytelse på dem. Det er også vanlig med komorbide psykiske lidelser og traumer. Ungdommens problemer må vise seg på flere arenaer for at MST skal være et aktuelt tiltak.

I MST møter terapeuten familien hjemme på tidspunkter som passer familien. Behandlingstilbudet skreddersys den enkelte familie. Sammen med terapeuten setter foreldrene og ungdommen behandlingsmål og gjør løpende evaluering av behandlingsforløpet. Behandlingskomponenter kan f.eks. være arbeid med å bedre relasjoner og samhold i familien, konflikthåndtering, samarbeid med skole og øke aktiv deltagelse i fritidsaktiviteter. Arbeidet er intensivt og i visse perioder kan det være flere hjemmebesøk i uken, samt møter med skole og støttepersoner. Familien har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Behandlingen varer vanligvis fra tre til fem måneder, men avsluttes tidligere hvis målene for behandlingen er nådd.

MST-behandling tilbys til ungdom og familier hvor ungdommen er i risiko for å bli plassert ut av hjemmet, i etterkant av at ungdommen har vært plassert på akuttinstitusjon, eller som en overgang fra institusjonsopphold for atferdsproblemer tilbake til hjemmet.

Målet for behandlingen er at ungdommen og familien skal fungere godt – og uten alvorlige utfordringer. For å oppnå dette, retter behandlingen seg mot å:

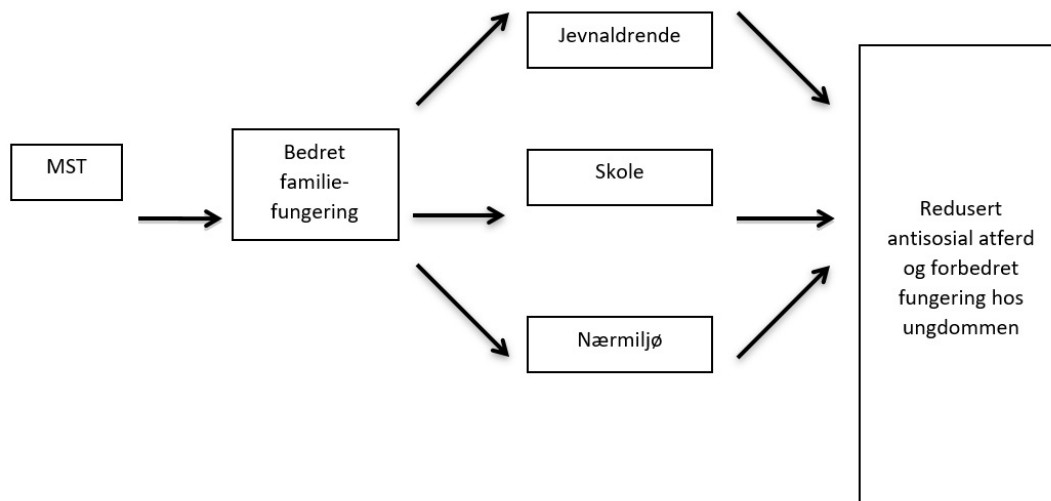
- styrke familiens samhold og omsorg for hverandre
- endre og styrke foreldrenes oppdragelsespraksis
- styrke kontakten mellom familien og omgivelsene, dvs. det sosiale nettverket, skole, fritidsaktiviteter og det offentlige tjenestetilbudet
- hjelpe ungdommen og familien til å håndtere emosjoner på mer hensiktsmessige måter
- bedre ungdommens trivsel, deltakelse og prestasjoner i skolen eller arbeidslivet
- hindre kontakt med negative miljøer
- gjenopprette kontakt med positive venner og øke ungdommens deltakelse i positive fritidsaktiviteter
- sette familien i stand til å løse framtidige problemer

MST skulle presenteres nærmere under konferansen gjennom foredrag av C. Borduin, med oppdatert forskning og utviklingsarbeid fra senere tid. I sitt konferansebidrag fremholder Borduin at MST har vist en robust behandlingseffekt gjennom en lang rekke kontrollerte studier (se <https://info.mstservices.com/researchatagance> med videre referanser). I randomiserte kontrollgruppestudier har MST ført til reduksjon i sentrale sosial-økologiske risikofaktorer som er relatert til atferdsproblemer. Bl.a. er det funnet at MST i større grad enn annen behandling fører til redusert kriminalitet og atferdsproblemer, bedre familie-relasjoner, relasjoner til venner og skolegang, og mindre grad av plassering utenfor hjemmet.

Borduin påpeker videre følgende momenter som sentrale for at denne behandlingen har en robust behandlingseffekt på kriminalitet og andre atferdsproblemer:

- En intensiv familiebasert behandling som tar sikte på å redusere alvorlig antisosial atferd hos ungdom og forhindre plassering utenfor hjemmet
- Har omfattende fokus på kjente årsaker til antisosial atferd på flere nivåer – på ungdommen selv, familie, vennemiljø, skole og andre deler av lokalmiljøet
- Tilbyr behandling der problemene oppstår – i hjemmet, i skolen eller i nærmiljøet
- Integrerer evidensbaserte intervensjoner
- Ser på omsorgspersoner som sentrale for å oppnå gunstige resultater for ungdommen – bruker ressurser på å styrke omsorgspersoner til mer effektiv involvering og bedre relasjon med ungdommen
- Bruker et omfattende kvalitetssikringssystem

Når det gjelder sistnevnte punkt, anses endring i ungdommens atferdsproblemer og kriminelle atferd å relateres til familien. Fra Borduins konferansebidrag hentes følgende (fritt oversatte) figur som beskriver MST sin endringsmodell:



En del av Borduins konferansebidrag omhandler behandling for ungdom som begår seksuelle overgrep. Det er utviklet en tilpasning av standard MST (for ungdom med atferdsproblemer), som kalles MST Problem Sexual Behavior (MST-PSB). Den anvender den helhetlige og familiebaserte tilnærmingen i MST og har i tillegg komponenter som spesifikt retter seg mot seksuell overgrepssproblematikk, også der ungdom som begår overgrep selv har blitt utsatt for overgrep. Behandlingen har noe høyere intensitet og noe lengre varighet enn standard MST. Borduin viser til flere kontrollerte studier fra USA som indikerer at MST-PSB er effektiv i å redusere ungdommens overgrepssatferd og andre atferdsproblemer (se Borduin,

Henggeler, Blaske, & Stein, 1990; Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009; Letourneau et al., 2009; Letourneau et al., 2013). Det er også indikasjoner på at familier som hadde mottatt MST-PSB rapporterte om dempede symptomer hos både ungdommen og foreldre, bedre forhold i familien, redusert kontakt med ungdommens negative venner, økt kontakt med prososiale venner og bedre skolekarakterer. Når det gjelder seksuelle overgrep, fant man i oppfølgingsstudier henholdsvis ca. ni og 25 år etter behandling fremdeles klare effekter i form av redusert frekvens av seksuelle overgrep og annen kriminalitet hos gruppen som mottok MST-PSB.

I Norge i dag har vi ingen kjente behandlingstiltak med godt dokumentert effekt på overgrepssproblematikken utviklet for ungdom som begår seksuelle overgrep. En rapport fra NKVTS konkluderte også med at tilbudet til ungdom som begår seksuelle overgrep er mangelfullt (Holt et al., 2016). Det kan derfor være aktuelt å vurdere MST-PSB innen det eksisterende MST-tilbudet for å ha et hjelpetiltak for denne målgruppen.

Det finnes imidlertid et annet tiltak, AIM2 (Assesment–Intervention–Moving on) som virker lovende for ungdom med skadelig seksuell atferd. Programmet er utviklet og prøvd ut i Storbritannia med lovende resultater. Programmet er en holistisk tilnærming der man jobber systematisk endringsfokuseret individuelt med ungdom i kombinasjon med parallelt systematisk endringsarbeid for hele familien. Tiltaket er tilrettelagt for utprøving i Norge og skal evalueres av RVTS Vest og kompetansemiljøet V27 (<https://www.rvtsvest.no/behandling-av-ungdom-med-skadelig-seksuell-atferd/>). Evalueringer fra utprøving må ligge til grunn før anbefaling om videre implementering av tiltaket kan gjøres.

#### 4.4.2 Funksjonell familieterapi (FFT)

Funksjonell familieterapi er et behandlingstiltak for familier hvor ungdommen har alvorlige utfordringer i relasjoner til familie, skole og nærmiljø. Dette kan ofte være i form av høy konflikt og vold, skolefravær, rusproblemer eller venner som har dårlig innflytelse på dem. Det er også vanlig med komorbide psykiske lidelser, bl.a. traumer. FFT kan gi et tilbud både i tilfeller hvor problemene er avgrenset til en arena – f.eks. i familien, og hvor problemene fremkommer på flere arenaer.

FFT-behandling tilbys til ungdom og familier hvor det er høyt konfliktnivå i familien, og i likhet med MST kan FFT benyttes i tilfeller der ungdommen er i risiko for å bli plassert ut av hjemmet, i etterkant av at ungdommen har vært plassert på akuttinstitusjon, eller som en overgang fra institusjonsopphold for atferdsproblemer tilbake til hjemmet.

I FFT sees også problemene i sammenheng med hvordan alle i familien gjensidig påvirker hverandre. Styrket samhandling innad i familien vil styrke familiens og ungdommens samhandling med nettverket rundt. Målet for behandlingen er at ungdommen skal fungere godt, uten alvorlige bekymringer. For å oppnå dette, retter behandlingen seg mot å

- hjelpe familien til å forstå hverandre bedre
- skape samtaler med fokus på håp og konstruktive løsninger
- styrke familiens kommunikasjon og samarbeid
- sette familien i stand til å løse framtidige utfordringer
- bidra til at familien kan benytte seg av hjelp og støtte i sitt nærmiljø og nettverk
- hjelpe ungdommen og familien til å håndtere emosjoner på mer hensiktsmessige måter

I FFT møter familien enten på terapeutens kontor eller terapeuten kan komme hjem til familien. Behandlingstilbudet skreddersys den enkelte familie ut fra de problemene som familien står overfor. Det blir utarbeidet en endringsplan hvor det legges vekt på trening i ulike ferdigheter som for eksempel kommunikasjon, konflikthåndtering og problemløsning. Videre arbeides det med å sette familien i stand til å løse framtidige problemer på egen hånd og bidra til at familien kan benytte seg av hjelp og støtte i nærmiljø og nettverk.

Behandlingen er intensiv med familiemøter minst en gang i uken med terapeuten, og terapeuten deltar ved behov i møter med skole, relevante instanser og støttepersoner. Omfanget av behandlingen er på 10–30 terapitimer over en periode på 3–6 måneder.

#### 4.4.3 *Treatment Foster Care Oregon (TFCO; Behandlingshjem)*

TFCO er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom, i alderen 12–18 år, med alvorlige atferdsproblemer. Tiltaket retter seg mot ungdom med voldelig eller aggressiv atferd, som har problemer på skolen, ruser seg eller som har venner som har uheldig innflytelse på dem. Det er også vanlig med komorbide psykiske lidelser, bl.a. traumer. Ungdommens problemer må vise seg på flere arenaer for at TFCO-behandling skal være et aktuelt tiltak. Målgruppekriteriene for TFCO er de samme som for MST, med ett viktig unntak: Etersom ungdommen flytter ut av hjemmet under TFCO-behandling, er det i samsvar med mildeste inngreps prinsipp et kriterium at hjemmebaserte tiltak er forsøkt uten hell, eller vurderes uhensiktsmessig. Dersom det er mulig, skal MST forsøkes før TFCO.

I starten av TFCO-behandlingen flytter ungdommen inn i et behandlingshjem. Dette hjemmet er en vanlig familie som er opplært til å arbeide etter TFCO-modellen. Behandlingshjemmet følges tett opp av en behandlingsleder, som har ansvar for å koordinere den helhetlige behandlingen til ungdommen. Ytterligere følges behandlingshjemmet opp av en behandlingshjems konsulent. Behandlingshjemmene har daglig kontakt med behandlingsleder eller behandlingshjems konsulent for veiledning, råd og støtte, samt oppfølging av ungdommens fremdrift i behandlingen. I tillegg har ungdommen ukentlig oppfølging av sin egen individualterapeut, samt en ferdighetstrener. Biologisk familie møter minimum ukentlig til familieterapi med TFCO-teamets familieterapeut. Teamet arbeider i tillegg aktivt med alle relevante arenaer rundt ungdommen, som skole, fritidsaktiviteter, venner og nærmiljø.

Behandlingen har høy grad av fleksibilitet og intensitet, og tilpasses den enkelte ungdom og familie. Det arbeides alltid med familiens samhold og kommunikasjon, og med å bedre foreldrenes foreldreferdigheter. Et viktig fokus hos ungdommen er ofte emosjonsregulering og trening på ferdigheter ungdommen trenger å utvikle eller forbedre. I de fleste tilfeller er det også nødvendig med betydelig intervensjoner og oppfølging rettet mot skole- eller arbeidssituasjon.

I løpet av behandlingstiden på 9–12 måneder tilbringer ungdommen gradvis mer tid sammen med sin familie. Fremdriften styres av fremskritt i behandlingen. Målet med behandlingen er at ungdommen skal kunne flytte hjem, og at familien skal være i stand til å løse utfordringer som oppstår på egen hånd.

I Norge er TFCO definert som en barneverninstitusjon, men befinner seg reelt sett i skjæringspunktet mellom institusjon og fosterhjem. Bergstrøm gir i sitt konferansebidrag en fremstilling av resultatene fra en systematisk gjennomgang av denne



behandlingsmetoden i Sverige. Det konkluderes med at TFCO viser svært gode effekter på ungdommers kriminelle løpebane (registerdata og selvrappoert). Det har også gode (men noe mindre på effekt) resultater i form av mindre narkotikabruk, bedre psykisk helse og mindre kriminell aktivitet sammenlignet med institusjonsplassering (SBU, 2018; Åström et al., 2019).

Sammenlignet med institusjonsbehandling har TFCO vist seg å redusere:

- Kriminalitet (registerdata og selvrappoert)
- Plassering på lukket avdeling (registerdata)
- Kriminell omgangskrets (selvrappoert)
- Narkotikamisbruk (kombinasjon)
- Psykiske lidelser (selvrappoert)

Som tidligere nevnt konkluderer FHI (Berg et al., 2020) også i sin kunnskapsoppsummering med at TFCO er en av de behandlingsmetodene med særlig god dokumentasjon på effekt i å redusere kriminalitet og andre atferdsproblemer hos ungdom.

#### 4.4.4 MATCH-ADTC (*Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma or conduct problems*)

MATCH er en modulbasert poliklinisk behandling for barn og unge som strever med angst, depresjon, traumer og /eller atferdsproblemer, hvor man har samlet behandlingskomponenter med dokumentasjon på effekt innen hvert av disse problemområdene. Ved henvisning gjennomføres en kartlegging, og det er utviklet verktøy som hjelper terapeuten å planlegge forløpet i behandlingen og hvilke problemer som skal prioriteres og i hvilken rekkefølge man skal behandle dem. Dersom barnet for eksempel strever utelukkende med angst, gjennomføres bare behandlingsmodulen for angstproblemer. Har derimot barnet problemer på flere områder, for eksempel angst, traumer og atferdsproblemer, gjennomføres behandlingsmodulene for disse tre problemområdene. Terapeuten foretar en prioritering av hvilken behandlingsmodul som skal igangsettes først, og hvilke moduler som skal komme senere i forløpet. Fremdrift og forløpet justeres imidlertid løpende på bakgrunn av blant annet tilbakemeldinger fra barnet og foreldrene, og analyser av eventuelle barrierer. Barn og foreldre blir spurt ved oppstart av behandlingen om å liste opp de tre største utfordringene de føler de har som de ønsker hjelp for.

Det er gjennomført flere studier som indikerer at MATCH er en effektiv metode i å redusere angst, depresjon, traumer og atferdsproblemer. Metoden er for tiden under utprøving og evaluering i Norge i enkelte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP).

## 4.5 Institusjonstilbud

Etter oppdrag fra Bufdir ble det nylig utarbeidet en rapport med gjennomgang av institusjonstilbudet i Norge, Sverige, Danmark, England og Nederland (Deloitte, 2019). Det fremkommer i rapporten at Norge er det eneste landet som ikke har etablert sikrede institusjoner, og er det landet hvor anledningen til tvangsinngrep overfor ungdommen fremstår mest begrenset. Norge har også mindre institusjonsenheter, som i større grad er lokalisert i vanlige boligområder.

James' konferansebidrag omhandler behandling i institusjoner. Hun argumenter for at det vil være en andel av målgruppen som ikke får hjelp gjennom hjemmebaserte eller

fosterhjemsbaserte tiltak, og at det derfor er viktig å utvikle institusjonstilbud med dokumentert behandlingseffekt. Selv om effekt av institusjonstiltak ikke har samme forskningsgrunnlag som enkelte etablerte hjemmebaserte eller fosterhjemsbaserte behandlingstiltak (som MST og TFCO), fremholder hun noen modeller som lovende. Dette gjelder blant annet MultifunC, som er etablert i Norge. Det fremheves videre følgende kjerneingredienser som kan danne grunnlag for virksomme institusjoner: små familie-liknende enheter, godt opplærte ansatte og en stabil ansattgruppe, relasjonsfokus, læringsteori baserte metoder for å håndtere negativ atferd, bidra til stabilisering og understøtte trening i prososial atferd, traumeinformerte elementer, ettervern og unngåelse av lengre eller flere opphold i institusjon.

Bergstrøm viser i sitt konferansebidrag om TFCO til en svensk kartlegging av arbeidsmetoder på svenske institusjoner. Det ble i denne kartleggingen funnet at hver institusjon i snitt tilbød fem ulike behandlingsmetoder for den plasserte ungdommen, uten krav til utdanning eller opplæring for personalet. Nesten halvparten av personalet fikk en form for veiledning i metodene, men få av metodene var forskningsmessig evaluert for målgruppen. Et stort forbedringspotensial for institusjonstilbud for målgruppen synes påfallende i mange land, deriblant i Norge (Whittaker et al., 2016).

I sitt bidrag til konferansen gir James følgende anbefalinger for arbeid med å etablere virkningsfulle institusjonstilbud:

- En solid programmodell er et helt nødvendig fundament for et effektivt institusjonstilbud. Hvis implementering av et av de forskningsstøttede programmene ikke er mulig eller ønsket, bør de i det minste integrere oppdatert kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer, samt inkludere behandlingselementer som har høy sannsynlighet for gode utfall. Uansett bør programmer som innføres ha en felles manual/håndbok for å sikre nødvendig opplæring, oppfølging og evaluering.
- Tilstrebe stabilitet og kompetanse i personalet. Stor utskifting av ansatte som jobber med metoden er forbundet med umotivert personale og negativt arbeidsmiljø. Dette fører igjen til dårlige utfall for hjelpetilbudet (Aarons & Sawitzky, 2006). Fokus på nødvendig opplæring og veiledning av personale samt gode lønnsbetingelser er viktig for å hindre utskifting, og vil til sist bidra til bedre behandlingsutfall.
- Sørge for at organisasjonen er klar for implementering av evidensbaserte metoder.
  - Skal flere metoder innføres bør de ikke skje samtidig, for å sikre at de befinner seg på forskjellige stadier av implementeringen (Aarons et al, 2011).
  - Bør også spørre seg hvordan metodene passer sammen, og hvorvidt man har ressurser til å opprettholde kompetanse og kvalitetssikring av flere evidensbaserte metoder.
- Sørge for god systematisk evaluering. Enten bygge opp et forskningsprosjekt/ forskerteam selv eller samarbeide med lokale universiteter eller eksterne forskerteam.

Holt kommer i sitt konferansebidrag inn på effektive komponenter i behandling av unge lovbrytere i institusjon identifisert i en oversiktsartikkel (Mathys, 2017).

Komponentene bygger på det ungdommene trenger når de bor på institusjon: 1) Bygge opp ungdommens styrker, med fokus på sosial ferdighetstrening, hjelpe ungdommen å utvikle prososial atferd og redusere antisosial atferd; 2) Bygge opp og skape et trygt klima ved institusjonen; 3) Skape gode relasjoner med de ansatte på institusjonen. De ansatte skal være som autentiske omsorgspersoner for ungdommene og gi emosjonell og utviklingsmessig støtte; 4) Tilrettelegge for å utvikle positive interaksjoner og relasjoner mellom de jevnaldrende på institusjonen, og lære ungdommene å være støttende mot hverandre; 5) Skape og opprettholde gode rutiner; 6) Arbeide med motivasjon for å gå i terapi/ behandling, og 7) Arbeide med ungdommens følelse av å ha agens og håndtere eget liv.

De siste årene er det i Norge utviklet en metodikk forankret i dialektisk atferdsterapi (DBT), kalt «omsorgs og endringsmodellen» som benyttes i omsorgsinstitusjoner for ungdom. Det er også utviklet en modell for hjemmebaserte tiltak som arbeider etter samme grunnlag, og som blant annet kan bidra til å sikre en god overføring av ungdommer til hjemmet etter opphold i omsorgsinstitusjoner. Målgruppen for disse tiltakene er ikke nødvendigvis de som viser kriminalitet eller andre atferdsproblemer. Effekten av både institusjons- og hjemmebaserte tiltak basert på denne metodikken bør evalueres nærmere også for ungdom med atferdsproblemer og kriminalitet.

#### 4.6 Evidensbasert tiltakskjede i Norge

Innenfor metodene FFT, MST og TFCO kan det arbeides med ulik grad og omfang av problematikk, og med varierende intensitet i behandlingen: Gjennom FFT vil familier hvor ungdommen står i risiko for å utvikle mer omfattende atferdsproblemer kunne få et tilbud, uten at ungdommen nødvendigvis framstår med utfordrende atferd på mange arenaer. Både FFT og MST kan gi tilbud til familier der atferdsproblemene har eskalert til et alvorlig nivå, og TFCO vil kunne være en aktuell behandling dersom ungdommen ikke lenger kan bo hjemme. Metodene kan dermed samlet sett utgjøre en tiltakskjede for familier med ungdom med atferdsproblemer (Lønnum et al., 2018).

Felles for alle disse metodene er en multisystemisk innretning, og med et særlig fokus på å endre relasjonene i familien og skape trygghet og forutsigbarhet. Metodene har også til felles at de har behandlingsstrukturer som sikrer individualisering og tilpasning av behandlingen til den enkelte ungdom og families behov. FFT, MST og TFCO har alle tydelige, integrerte deler av behandlingsmodellen som sikrer at behandlingen blir kontinuerlig individuelt tilpasset til ungdommen og familien. Dette inkluderer behandlingskomponenter rettet mot traumer, rus og psykisk helse i et tilpasset behandlingsforløp. Videre har alle metodene omfattende utviklings- og kvalitetssikrings-systemer som både skal sikre nødvendig utvikling og tilpasning, men også at behandlingen holder tilstrekkelig kvalitet.

En forutsetning for at FFT- og MST-behandling skal tilbys familien, er at ungdommen samtykker. Det samme gjelder for ungdom som plasseres i TFCO etter barnevernloven § 4-26. Også i tilfeller hvor fylkesnemnda beslutter at ungdom skal plasseres i TFCO med hjemmel i barnevernloven § 4-24, er man avhengig av et samarbeid med ungdommen rundt plasseringen ettersom ungdommen skal bo i et vanlig hjem. Vi kommer tilbake til betydningen av god og tilpasset informasjon for å sikre forståelse av hva det er ungdommen skal samtykke til og hva samtykke innebærer.

FFT, MST og TFCO tilbys i dag hovedsakelig gjennom statlig regionalt barnevern (Bufetat), mens FFT enkelte steder også tilbys i familievernet, samt i Bærum og Asker kommune.

## 4.7 Universelle tiltak

### 4.7.1 PALS

PALS (Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling) er en flernivå forebyggende tiltaksmodell rettet mot alle elever og ansatte på 1.-10. trinn. Gjennom en helhetlig innsats på alle områder i skolens læringsmiljø er målsettingen å fremme en positiv kultur og relasjonsbygging for å forebygge og redusere problematferd, samt tilrettelegge for å styrke elevenes sosiale og skolefaglige ferdigheter. Et skoleinternt team med representanter for skolens elever, ansatte, ledelse, foresatte og PPT, er ansvarlig for opplæring av de ansatte og for implementeringen ved sin skole. Teamet får opplæring i PALS-modellen. Implementeringen skjer i to moduler. Den første modulen retter seg mot alle skolens elever på et universelt forebyggende tiltaksnivå for å begrense risikoutvikling på lavest mulig innsatsnivå ved å redusere sentrale risikofaktorer. Den andre modulen bygger på den første og retter seg mot elever som trenger mer intensivt støtte. Hvert av innsatsnivåene inkluderer ulike evidensbaserte tiltak (intervensjoner).

Forskningsbaserte kjernekomponenter danner grunnlaget for de ulike intervensjonene:

a) *positiv relasjonsbygging* der bevissthet om de ansattes kommunikasjonskvalitet med elevene vektlegges, b) *skoleomfattende forventninger* til prososial atferd i læringsmiljøet etableres og sosiale ferdigheter som følger av dem læres alle på alle skolens områder, c) bruk av tydelige og *gode beskjeder* for å fremme samarbeid om de etablerte forventningene, d) *oppmuntring, anerkjennelse og positiv involvering* for å støtte og opprettholde ferdighetslæring, og e) *håndtering av problematferd* der felles problemløsende tilnærminger og milde forutsigbare reaksjoner på negativ atferd fokuseres.

Egne systemer for kvalitetssikring av opplæring og implementering inneholder bl.a. et standardisert opplæringsprogram og sertifiseringsprosedyrer for veiledere, samt prosedyrer for systematisk vurdering av hvordan programmet implementeres og tas imot slik at tiltakene best mulig kan tilpasses elevenes behov.

### 4.7.2 Olweus-programmet

Olweusprogrammet er et universelt tiltak for å forebygge mobbing og annen antisosial atferd i grunnskolen (Olweus & Baraldsnes, 2016; ungsinn.no). Målgruppen er alle elever i 1-10.klasse. Følgende elementer står sentralt: a) Økt bevissthet og kunnskap om mobbing, b) engasjere voksne på skolen og hjemme, c) innføring av systematiske tiltak for å forebygge og stoppe mobbing, d) støtte og effektivt beskytte den mobbeutsatte, samt e) innføring av fire regler; 1) vi skal ikke mobbe andre, 2) vi skal forsøke å hjelpe elever som blir mobbet, 3) vi skal også være sammen med elever som lett blir alene, og 4) hvis vi vet om at noen blir mobbet, skal vi fortelle det til kontaktlærer (eller en annen voksen) og de hjemme. Programmet inkluderer spesifiserte og samordnede innsatser på hhv. skolenivå, klassenivå og elevnivå. På *skolenivå* inngår følgende kjerneelementer: skoleregler mot mobbing, inspeksjonssystem i friminuttene, pedagogiske samtalegrupper (alle ansatte, 2g/mnd), etablering av en samordningskomite og detaljert kartlegging og evaluering ved hjelp av et validert elev-spørreskjema. På *klassenivå* inngår: klasseregler mot mobbing, regelmessig klasseråd (ukentlig) og klasseforeldremøte. På *elevnivå* inngår: alvorlige samtaler med mobbere og mobbeofre samt samtaler med foreldrene til innblandede elever. Tiltaksprogrammet må være godt forankret i skolen, eventuelt hos skoleeier (kommunen) når flere skoler i kommunen skal innføre programmet. Før innføring må skolen være tilknyttet en spesialutdannet Olweus-instruktør, som formidler kunnskap om programmet til de ansatte og bistår skolen i ca. 3 1/2 år. Innsatsen på den enkelte skole

ledes av eget samordningsutvalg. Nylig er det utviklet en alternativ implementeringsmodell, kalt Teammodellen, som bl.a. reduserer innføringsperioden til 1 år. Teammodellen er p.t. under utprøving og evaluering.

Vi har funnet ett universelt forebyggende tiltak rettet mot foreldre som virker lovende; det gruppebaserte foreldreveiledningsprogrammet International Child Development Programme (ICDP) som i skrivende stund blir evaluert i en randomisert kontrollert studie av FHI på oppdrag fra Bufdir. Programmet retter seg mot foreldre til barn i alle aldre og fins i en standardversjon (evalueres nå), en minoritetsversjon og en versjon for foreldre i fengsel. Kunnskapsbaserte kurs i barneoppdragelse i regi av helsestasjonene bør vurderes prøvd ut og evaluert, som for eksempel DUÅs babyprogram (0-1 år) og småbarnsprogram (1-3 år).

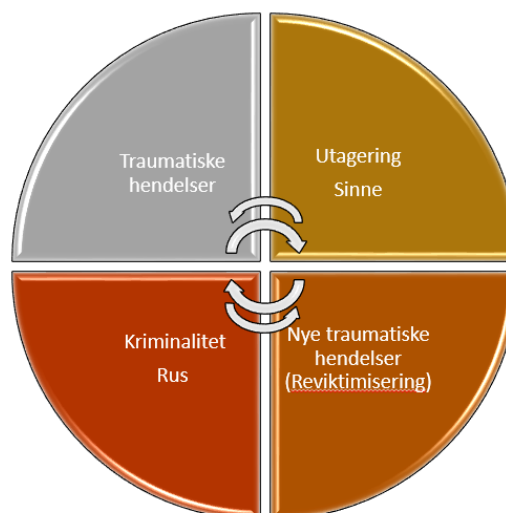
#### 4.7.3 Unge voksne

Ingen valide evalueringer av tiltak for unge voksne (18 -25 år) med alvorlige atferdsproblemer i Norge ble funnet. Det finnes også svært få (om noen) forebyggende eller behandlende tiltak med tilstrekkelig påvist effekt på rusmisbruk blant ungdom. Det er følgelig et klart behov både for 1) etablering og/eller evaluering av egnede og effektive rusforebyggende tiltak for rettet mot ungdom i 13-18 års alderen og 2) for etablering og evaluering av egnede og effektive tiltak for unge voksne med alvorlige atferdsproblemer, herunder kriminalitet. Et naturlig første steg vil være å få utarbeidet en internasjonal kunnskapsstatus over aktuelle virksomme tiltak. Tiltaksprogrammet «MST Emerging Adults» (MST-EA) er et godt eksempel på et tiltak som bør vurderes.

### 4.8 Nærmere om atferdsproblemer og traumer

Holts konferansebidrag omhandler traumer hos ungdom med atferdsproblemer, og fremhever traumeerfaringer som en viktig risikofaktor for utvikling av alvorlig atferdsproblemer og kriminalitet. Hun viser til at flere studier har vist sammenheng mellom utsatthet for traumer, som vold og omsorgssvikt i barndommen og senere aggresjon, voldsutøvelse, antisosial atferd og kriminell atferd (Dutton, 2000; Onyskiw, 2003; Smith et al., 2005; Finkelhor et al., 2009; Ardino, 2012; Foy et al., 2011). Videre peker hun på studier som tyder på at aggressiv atferd eller problematferd øker risikoen for voldelige traumatiske opplevelser, og at man kan komme inn i miljøer der man risikerer å oppleve stadig nye og potensielt traumatiske hendelser innenfor et kort tidsrom (se figur). Et slikt mønster kalles for 'reviktimisering' og det er vanskelig å si hva som er årsak og effekt til plagene som ungdommen har. I en slik situasjon kan det være viktig å få stoppet sirkelen av reviktimisering og beskytte mot nye traumatiske hendelser.

En gjennomgang fra 2019 viste at traumespesifikke intervensjoner for unge lovbrøyttere var effektive for å redusere PTSD-symptomer, men det er mindre sikkert hvor effektive de er for å redusere eksternaliserende atferdsvansker (Rhoden et al., 2019). Holt fremholder at



det er lite forskning per i dag som kan si noe om hvorvidt de traumespesifikke behandlingene kan være hjelpsomme for personer med mer alvorlige atferdsvansker, aggressivitet og kriminell atferd.

I sitt konferansebidrag påpeker Holt videre viktigheten av et multisystemisk perspektiv i behandling av ungdom med traumer og atferdsproblemer, og fremholder metodene FFT, MST og TFCO som helhetlige behandlingsmodeller om ivaretar et fokus på systemene rundt ungdommen, som familie, skole, venner og fritidsaktiviteter.

#### 4.8.1 Traumebevisst omsorg

Traumebevisst omsorg er en verdibasert tilnærming. Omsorgspersonene skal bli kjent med den traumatiserte personens atferd og symptomer som løsninger på den livssituasjonen som personen er i. Lillevik og kollegaer (Lillevik et al., 2020)) understreker at denne tilnærmingen ikke er noen metodikk, men en forståelsesramme som den enkelte utøver og den enkelte organisasjon har mulighet til å inkludere i sin praksis. Traumebevisst omsorg bygger på tre fundamenter: trygghet, relasjon og følelsesregulering (eller mestring). Tilnærmingen bygger på den bredt aksepterte antagelse at opplevd trygghet er fundamentet for menneskets utvikling og at opplevd trygghet er nært knyttet til relasjon med viktige omsorgspersoner og de arbeidsmodeller vi lager oss for disse relasjonene. Dette er begrunnelsen for at de fleste evidensbaserte metoder eller programmer har relasjonsbygging og emosjonsregulering som gjennomgående bærende elementer.

#### 4.9 Nærmere om gjengdannelser og gjengkriminalitet

Det er ikke spesifikke forebyggings- eller behandlingstiltak tilgjengelige i Norge som retter seg mot gjengkriminalitet eller gjengdannelser.

Som nevnt i kapittel 2 har EIF i Storbritannia utarbeidet to kunnskapsoppsummeringer som tar for seg risiko- og beskyttelsesfaktorer for vold og gjengdannelser, og tilgjengelige tiltak for å forebygge dette (EIF, 2015; 2015). Begge rapportene har effektive oppsummerende illustrasjoner og tabeller som gir god oversikt over kunnskapsgrunnlaget. Risiko- og beskyttelsesfaktorer ble identifisert på fem områder: individ, vennegruppe, familie, skole og nærmiljø. Risikofaktorer ble også vurdert etter hvor godt de kunne forutsi et negativt utfall og i hvilken aldersgruppe. For eksempel er individuelle faktorer som impulsivitet og lav selvfølelse (self-esteem) de sterkeste risikofaktorene på tvers av de fleste aldersgruppene. Familiefaktorer er særlig viktige i tidlig alder, men svekkes etter hvert. Nærmiljøfaktorer er i seg selv ikke så sterke, men virker gjennom individ, familie, venner og skole. Blant de få faktorer som synes spesifikke for gjengdannelser var bruk av illegale rusmidler fra 10-årsalder, høyt nivå av sinne og aggresjon, men også lærevansker og et nærmiljø med ungdom med problemer. Felles risikofaktorer for både vold og gjenginvolvering var på individnivå hyperaktivitet, manglende skyldfølelse og empati, tidligere utøvd vold, positiv holdning til lovbrudd og tidligere kriminell aktivitet. Det var flere risikofaktorer på familie-, skole-, venne- og nærmiljøområdene som overlapper med de generelle risikofaktorene listet opp i kapittel 3.

Rapporten fra EIF som oppsummerte effektive tiltak mot vold og gjengdannelser identifiserte til sammen 67 programmer hvorav 27 var universelle, 25 var rettet mot selektert nivå og 15 var rettet mot indikert nivå (EIF, 2015). Av de over 20 nøkkelfaktorene som kan assosieres med effektive programmer, trekker de fram som eksempler:

- *“Seek to create positive changes in the lives of youth and/or their families, as well as prevent negative outcomes.*
- *Work with youth in their ‘natural environments’, e.g. at school/home, and include skills practice, parent training and/or therapy- depending on risk level.*
- *Use trained facilitators, experienced in working with children and families, acting in their professional capacity (e.g. as a teacher or mental health professional).*
- *Stick to the programme specification and ensure good implementation quality.” (EIF 2015, s. 24).*

Dette er fellestrekk ved alle de virksomme tiltakene som er vurdert i denne rapporten.

#### 4.10 Oppsummering

Alle forebyggings- og behandlingstiltak rettet mot barn og unge med atferdsproblemer og/eller som begår kriminalitet, må være trygge. Dette krever blant annet en grundig kartlegging av familiesituasjonen i forkant i en setting der barn kan snakke trygt. Det er avgjørende at en uholdbar omsorgssituasjon ikke maskeres eller vedvarer. Tiltak må rette seg etter og tilpasses det enkelte barns/ungdoms og families behov.

En nylig rapport fra FHI fremhever betydningen av arbeid med familie, foreldreferdigheter og et multisystemisk fokus for tiltak rettet mot barn og unge med atferdsproblemer og/eller som utviser kriminell atferd, eller står i risiko for en slik negativ utvikling (FHI, 2020). I rapporten trekkes bl.a. særlig Multisystemisk terapi (MST) og Treatment Foster Care Oregon (TFCO - Behandlingshjem) frem som virkningsfulle tiltak for ungdom med alvorlige atferdsproblemer.

Det er i Norge implementert en rekke forebyggende tiltak rettet mot atferdsproblemer hos barn hvor det foreligger god dokumentasjon på behandlingseffekt. I dette kapittelet er det redegjort kort for de universelle programmene Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling (PALS) og Olweusprogrammet som iverksettes på skoler. Videre er de forebyggende programmene (på selektert nivå) De Utrolige Årene (DUÅ), Parent Management Training Oregon-modellen (PMTO), Tidlig Intervensjon for Barn i Risiko (TIBiR) beskrevet for barn som befinner seg i en forhøyet risiko for videre utvikling av atferdsproblemer.

Siden starten av 2000-tallet har vi i Norge også implementert en evidensbasert tiltaks-kjede for ungdom med alvorlige atferdsproblemer og som begår kriminalitet (på indikert nivå), bestående av Funksjonell Familieterapi (FFT), Multisystemisk Terapi (MST) og Treatment Foster Care Oregon (TFCO). Det er en tydelig anbefaling at disse behandlingstiltakene utnyttes i større grad enn hva tilfellet er i dag, slik at flere familier og ungdommer kan motta behandling med dokumentert effekt.

Vi har i Norge per i dag ikke et behandlingstilbud med god dokumentasjon på effekt for ungdom som begår seksuelle overgrep. Innenfor Multisystemisk Terapi er det utviklet en egen tilpasning, kalt Problem Sexual Behavior (MST-PSB) hvor studier i USA har vist god behandlingseffekt for overgrepssatferd. Det anbefales at metoden utprøves og evalueres i Norge.

Når det gjelder tiltak i institusjoner for ungdom med alvorlige atferdsproblemer, er det generelt svakt evidensgrunnlag for effekten av de institusjonstiltak som benyttes i dag. Det er utviklet enkelte institusjonsmodeller som fremstår lovende, bl.a. MultifunC som finnes i

Norge. Ettersom institusjoner er en nødvendig del av tiltakskjeden, er det viktig med videre utvikling og evaluering av institusjonsmodeller.

Det er en sammenheng mellom traumer og atferdsproblemer hos barn og unge. Det er imidlertid lite forskning per i dag som kan si noe om hvorvidt traumespesifikke behandlinger kan være hjelpsomme i å redusere mer alvorlige atferdsvansker, aggressivitet og kriminell atferd. Det anbefales mer forskning på effekten av traumebehandling på alvorlige atferdsproblemer.



## 5 Implementering, organisering og kjerneelementer i virksomme tiltak

### 5.1 Innledning

Evidensbaserte eller kunnskapsbaserte metoder kan være meget gode og ha vist gode effekter i kontrollerte vitenskapelige studier. Det er imidlertid ingen garanti for at de virker etter hensikten når de iverksettes i en organisasjon, det være seg barnevern, skole, psykisk helsevern eller en eller annen form for institusjon. Forskning viser at metoden eller tiltakets vellykkethet er avhengig av om implementeringen har vært av høy kvalitet. Implementering er bindeleddet mellom forskning og praksis. Men forsknings- og kunnskapsprodusenter og praksisfeltet innen både barnevern, psykisk helse og kriminalomsorg kan bli flinkere til å samarbeide om å omsette forskningsresultater til praktisk handling.

Implementering handler om å ta i bruk tiltak slik de er ment for å oppnå den effekten de skal ha. Dette gjelder generelt for alle tiltak, og manglende eller dårlig oppfølging av prinsippene for god implementering kan være årsaken til at et tiltak ikke fungerer. I dette kapitlet vil vi diskutere noen viktige premisser for og organisering av implementeringsprosessen for vellykket implementering. Det er viktig å få svar på hvorfor tiltak som burde virke ikke virker i praksis slik at vi lykkes bedre med tiltak for denne målgruppen i fremtiden.

### 5.2 Implementeringsprosessen

Implementeringskvalitet eller implementeringsintegritet er normative begrep om hvor godt samsvar det er mellom hvordan intervensjonen faktisk blir gjennomført og hvordan den opprinnelig er beskrevet og testet gjennom forskning (Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010).

Faren for sammenbrudd i praktiseringen av et evidensbasert tiltak er stor. Mange trusler mot vedlikehold og kvalitet av et tiltak kan oppstå i en organisasjon. Her skal bare nevnes noen: Ny ledelse kommer inn med andre vyer og ideologier, motstandere av tiltaket kan skape splid og motarbeide tiltaket, personer som er utdannet i tiltaket omplasseres til andre oppgaver, kutt i bevilgninger til tiltaket, man fjerner kvalitetssikringssystemer som f.eks. veiledning og monitorering av praktiseringen av tiltaket, man fjerner eller endrer vitale elementer i tiltaket, for eksempel dose (antall konsultasjoner) eller kritiske elementer, for eksempel rollespill.

Implementering handler om hva man gjør når et tiltak rulles ut og gjøres tilgjengelig for målgruppen. Men som Reedtz understreker i sitt konferansebidrag, er det av stor betydning at forebyggende programmer og tiltak evalueres før de settes ut i livet og spres. Man ser eksempler på at tiltak med svak evidens eller tiltak med utelukkende internasjonal evidens (oftest USA) rulles ut i stor skala uten norsk eller skandinavisk evaluering. Evalueringen begynner vanligvis med effektstudier (efficacy) der effektene av tiltaket testes under ideelle betingelser vanligvis av programutvikler, og avsluttes med effektivitetsstudier (efficiency) der man undersøker hvordan effektene av tiltaket er under naturlige betingelser. Med naturlige betingelser menes her de organisasjoner som tiltaket skal implementeres i, det vil si at alle normale forstyrrende faktorer og hindringer får virke. Effektivitetsstudier bør fortrinnsvis gjennomføres av forskere som ikke har tilknytning til eller er i et avhengighetsforhold til programutvikler.

I Norge er både MST (Multisystemisk Terapi), PMTO (Parent Management Training Oregonmodellen), TIBIR (Tidlig Innsats for Barn I Risiko), PALS (Positiv Atferd, Støttende Læringsmiljø og Samhandling i Skolen), FFT (Funksjonell Familierapi), TFCO Behandlingshjem (Treatment Foster Care Oregon), og DUÅ, (De utrolige årene) implementert etter et teoretisk rammeverk beskrevet av Fixsen (2005, 2019) og hans kolleger.

### 5.2.1 Dean Fixsens modell for implementering

Fixsen og kolleger har utviklet et rammeverk for vellykket implementering (Active Implementation Frameworks) som består av fire komponenter. Disse fire rammeverkene definerer *hva* som skal implementeres (et evidensbasert program), *hvordan* implementeringen skal foregå i praksis og *hvem* som skal tilby programmet til målgruppen og omtales som 1) implementeringsdrivkrefter, 2) implementeringsteam, 3) implementeringsfaser og 4) forbedringssykluser (Askeland, Apeland Solholm, 2014).

Implementeringsdrivkreftene kan sies å være motoren for vellykket endring i en organisasjon og som innvirker på hverandre: kompetansedrivkrefter, organisasjonsdrivkrefter og lederskapsdrivkrefter. Disse virker uavhengig av kvaliteten på det programmet som skal implementeres. Vi ser derfor at et dårlig program kan være godt implementert og et godt program kan være dårlig implementert. Det er et overordnet mål at man implementerer et effektivt program på en god måte.

Kompetansedrivkreftene bidrar til å utvikle, forbedre og vedlikeholde utøvernes kompetanse i programmet, som rekruttering, opplæring og veiledning av utøverne. Disse kreftene sees på som svært viktige i kvalitetssikring av tiltaket. I et evidensbasert program vil opplæringen først og fremst foregå i praksis under intensiv veiledning. Veiledningsmetodene vil variere, men flere evidensbaserte programmer anvender utvalgte videopptak av praksis som utgangspunkt for veiledning. Sertifiseringsordninger vil sikre at utøvelsen er i overensstemmelse med metodebeskrivelsene. Resertifiseringsordninger sikrer mot drift i praksisutøvelsen.

Organisasjonsdrivkreftene legger til rette for et støttesystem for implementeringen. Målet er å sikre samarbeid mellom de forskjellige etater som er involvert slik at økonomiske, organisatoriske og menneskelige ressurser blir gjort tilgjengelige. Lederskapsdrivkreftene er forutsetninger for vellykket implementering. Man skiller mellom teknisk og adaptiv lederskap. Teknisk lederskap dreier seg om å oppdage, identifisere og finne løsninger på praktiske problemer underveis der det er enighet om hva som skal implementeres og målene for implementeringen. Adaptiv ledelse er nødvendig når det er mer komplekse problemer som oppstår og når det er usikkerhet om hvordan problemene skal løses. Adaptiv ledelse kan innebære omprioriteringer av menneskelige og økonomiske ressurser.

Implementeringsteam er den gruppen fagfolk som er ansvarlig for implementeringen. Implementeringsteamets oppgave er å sikre at metoden etableres i tråd med intensjonene, det være seg riktig målgruppe, riktig kvalitet og riktig dimensjonert.

Implementeringsfasene dreier seg om å tilpasse aktivitetene til den organisasjonen befinner seg i. Fixsen beskriver fire faser i en implementeringsprosess: 1) Utforskning, der man kartlegger behovene i målgruppen, om programmet vil forbedre tilbudet til målgruppen og om organisasjonen vil ha programmet. 2) Installering, dreier seg om å sikre de ressursene som trengs til implementeringen, f.eks. prosedyrer for rekruttering,

opplæring og veiledning samt tilgang på utstyr og lokaler. 3) Begynnende implementering, er den fasen der nyutdannede, men ofte uerfarne utøvere skal begynne å praktisere programmet. Denne fasen krever ekstra årvåkenhet i implementeringsteamet for å kunne gi nødvendig støtte. 4) Full implementering er nådd når programmet er blitt en integrert del av organisasjonens virksomhet med høy grad av integritet og kvalitet.

### 5.3 Hvordan velge egnede tiltak

Chorpita påpeker i sitt konferansebidrag at det er publisert ca. 1000 randomiserte eksperimentelle studier i psykisk helselitteratur i dag som omhandler ca. 770 evidensbaserte behandlingsprogrammer. Men selv de mest avanserte organisasjoner for psykisk helse bruker bare mellom 1 og 10 av dem, noe som tilsvarer bare 1% av den tilgjengelige evidensbase. Han argumenterer for at organisasjonene som tilbyr psykisk helsehjelp bør anvende en mye større andel av den totale evidensbasen for å øke effektiviteten i tiltakene. Det argumentet er gyldig også for den målgruppen denne rapporten omhandler. Ifølge Chorpita vil det være en fordel å gjøre flere evidensbaserte tiltak tilgjengelig for hjelpeapparatet. Å gjøre evidensbaserte tiltak tilgjengelige er første skritt i å sette dem ut i livet.

Selv om flere evidensbaserte programmer er tilgjengelige innen feltet atferdsvansker hos barn og unge og kriminalitetsforebygging, tar praksisfeltet svært få av dem i bruk, og hvis de tas i bruk, er implementeringen av dem ofte så svak at de faller sammen etter en tid. Dette tyder på at politikere og administrasjon i mange kommuner, og også mange enhetsledere, i liten grad kjenner til eller etterspør virksomme tiltak. Dette fører til at barn og unge med høy risiko for å utvikle alvorlige atferdsproblemer ofte ikke får den beste tilgjengelige hjelpen, og at praksisfeltet ikke får den nødvendige kompetansehevingen, de ressursene og den støtten de trenger fra ledelsen. Reedtz gir i sitt konferansebidrag klare anbefalinger til norske myndigheter om å satse på dokumentert virksomme tiltak og programmer med et godt teoretisk fundament og som er evaluert i Norge. På områder der det er få eller ingen dokumentert virksomme tiltak (for eksempel for unge mellom 18-25 år) anbefales det at gode teori- og forskningsfunderte tiltak prøves ut og evalueres. Videre peker hun på *Ungsinn* (se faktaboks) som kilde til kunnskap om virksomme tiltak med kvalitetssikret implementeringsstrategi og på *PsykTestBarn* (se faktaboks) som en kilde til reliable og valide målemetoder i endringsarbeid. Alminnelige praksiser og egenkomponerte tiltak kan virke fornuftige, men effekten kan likevel være liten, lik null eller til og med negativ. Reedtz er også tydelig på at tidlig forebygging er viktig og at vi i Norge bør satse på universelle tiltak i helsestasjoner, barnehager og skoler som forebygger problemutvikling hos barn og unge i tidlig alder og utvikling.

**PsykTestBarn** er et elektronisk tidsskrift som utgir artikler om måleegenskaper ved norske versjoner av tester og kartleggingsverktøy ([www.psyktestbarn.r-bup.no](http://www.psyktestbarn.r-bup.no)). Hensikten med PsykTestBarn er å vurdere måleegenskapene ved testene og kartleggingsverktøyene, samt bidra til informerte valg og forsvarlig bruk av tester og kartleggingsverktøy i praksisfeltet. Ansvarlig for tidsskriftet og nettstedet er RBUP Øst og Sør i samarbeid med de regionale kunnskapscenterne for barn og unge (RKBU Nord, RKBU Midt og RKBU Vest) på oppdrag fra Helsedirektoratet.

**Ungsinn** er et elektronisk vitenskapelig tidsskrift om tiltak for barn og unges psykiske helse ([www.ungsinn.no](http://www.ungsinn.no)). Tidsskriftet inneholder systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak. Her finner man både praktisk informasjon om tiltakene og grundige gjennomganger av hvor godt dokumentert effekten av tiltakene er. Ungsinn drives av Regionalt kunnskapscenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord) ved UiT Norges arktiske universitet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

## 5.4 Implementeringsledelse

Aarons legger i sitt konferansebidrag også vekt på kvaliteten på implementeringen og hvordan godt lederskap er avgjørende for hvor vellykket implementeringen blir, både med hensyn til effektivitet, brukeropplevelse og medvirkning. 55% av tiltakene innen hjemmebaserte tjenester og 30-90% av tiltakene innen institusjonene i helsetjenesten er mislykkede, fordi kjerneelementene i tiltaket ikke blir fulgt opp (Wright et al 2004). Selv om lederskap er rangert blant de viktigste enkeltfaktorene i innovasjon i helsetjenesten, er det forbausende lite fokus på det i implementeringsstrategiene. Ved Norsk kompetansesenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) brukes LOCI-strategien (Leadership and Organizational Change for Implementation) i implementeringsarbeidet av evidensbasert traumebehandling. Dette er strategisk ledelse i beslutningstagning som oppmuntrer til å tilegne seg evidensbaserte metoder. Implementeringsledelse blir ekstra viktig når vi vet hvor sårbare evidensbaserte metoder er for både motkrefter i implementeringsfasen og sammenbrudd i vedlikeholdsfasen. Implementeringsledelse, som regel knyttet til tilbyder av det evidensbaserte programmet, innebærer å overvåke hvert steg i implementeringsprosessen og gripe inn dersom det oppstår avvik fra implementeringsplanen.

Implementeringsledelse handler også om at implementerte tiltak samhandler med hverandre slik at de ikke står i veien for hverandre. Når barn og familier mottar forskjellige tjenester ofte tilbudt gjennom flere instanser vil mangel på samhandling og samordning kunne skade tiltakene både samlet og hver for seg. Det er viktig å understreke betydningen av samarbeid og koordinering av virksomheten mellom de forskjellige instansene som er involvert i totaltilbudet til ungdom med kriminell løpebane eller som er i ferd med å gå inn i en kriminell løpebane. Dette vil være samarbeid mellom eventuelle institusjoner, politiet, hjemkommune, hjemmeskole eller arbeidsplass.

Se også <http://tidliginnsats.forebygging.no/Global/rapportfafo2020.pdf>.

## 5.5 Kjerneelementer

Chorpita lanserer i sitt konferansebidrag et system for å "sortere og filtrere" kjerneelementene i de mest vellykkede evidensbaserte programmene innen et spesifikt felt, for eksempel traumer, angst, depresjon og/eller atferdsproblemer. Kjerneelementer kan forstås som de 'aktive ingrediensene' i en metode og utgjør det virksomme metoder har til felles. Kjerneelementer kan deles inn i praksiselementer (for eksempel ros og oppmuntring), prosesselementer (for eksempel rollespill) og implementeringselementer (løpende kvalitetssikring). Prosessen med å identifisere kjerneelementer bygger på en systematisk gjennomgang og analyse av tidligere evalueringer som har bestått testen om relevans og kvalitet. Som et supplement til eksisterende evidensbaserte programmer kan man ved hjelp av kjerneelementer høste fruktene av tidligere evalueringsforskning som er gjort innenfor et bestemt område og utvikle nye programmer som består av en sammensetning av de mest effektive elementene i virksomme tiltak. Samtidig vil elementer som har vist seg ineffektive eller skadelige bli valgt bort. En fordel ved denne tilnærmingen er at man kan skreddersy behandling for et mangfold av problemer. En gjentagende kritikk mot standard evidensbaserte metoder er at de ofte er designet for å fokusere på et enkelt problem eller lidelse (eller homogen klynge av lignende problemer), og at det derfor kan være vanskelig å adressere de tilleggsproblemene som er vanlig å se blant henviste barn og unge. For eksempel kan barn henvist for atferdsproblemer ha traumer og angst som det også er behandlingsbehov for. I tillegg har evidensbaserte behandlinger (EBT-er) ofte en forhåndsbestemt rekkefølge av innholdet, og denne standardiseringen kan begrense deres

fleksibilitet i å adressere andre problemer og svingninger i behandlingsbehov under veiledning og behandling. De fleste klinikere og praktikere jobber med flere klienter samtidig som ofte presenterer veldig forskjellige problemer og situasjoner, noe som kan gjøre det vanskelig for praktikere å utnytte - eller forplikte seg fullt til - en intervensjon rettet mot kun én type problem. En tilnærming ved bruk av kjerneelementer vil sannsynligvis også være mer fleksibel og kan utvikle seg mer dynamisk i takt med at ny forskning blir tilgjengelig.

På den annen side er det viktig å huske på at effekten av evidensbaserte tiltak ofte er evaluert på hele tiltaket og det er ikke gitt at alternative måter å sette sammen elementene på vil ha tilsvarende effekt. Her vil man i praksis ha et nytt tiltak som må evalueres som det. Det er heller ikke slik at høyfrekvente elementer automatisk er ekstra effektive, for de må sees opp mot hvor ofte de opptrer i metoder som har liten eller ingen effekt. Rekkefølgen på komponenter kan være viktig, og det sier ikke kjerneelementene i seg selv noe om. En annen vesentlig ulempe er at implementeringsprosessen lett kan blir uklar og vanskelig å sikre/måle. Fleksibiliteten som bruk av kjerneelementer gir kan gå på bekostning av behandlings- og implementeringsintegritet. En løsning er å skolere ledere i hva evidensbasert praksis er og gå til de kilder og oversikter som vurderer evidenskvaliteten på tilgjengelige programmer og tiltak. Man kan velge de som retter seg inn mot de behovene den enkelte kommune har ut fra konkrete undersøkelser av prevalens og insidens av problematikk i kommunen. Forutsetningen for begge strategiene er at man har eller er villig til å bygge et evidensbasert system i kommunen eller organisasjonen. En tiltaksmodell basert på kjerneelementprinsippet, kalt MATCH, er for tiden under utprøving og evaluering i Norge i regi av NUBU og er omtalt i kapittel 4. MATCH har en såkalt transdiagnostisk og modulær utforming som innebærer at den består av velkjente komponenter fra intervensjoner for angst, depresjon, traumatisk stress og atferdsproblemer med dokumentert effekt. Disse behandlingskomponentene er utformet som frittstående byggeklosser eller moduler for at de skal kunne anvendes på en fleksibel måte. Denne fleksibiliteten, og det at terapeutiske prosedyrer for flere problemområder er integrert i én og samme behandling, er ment å gjøre det enklere å behandle sammensatte problemer.

## 5.6 Oppsummering

Alle evidensbaserte metoder er avhengig av at de er implementert på en kvalitativt god måte. God implementering skal sikre at metoden blir praktisert slik det er ment fra programutvikler, at den blir tilbudt til de riktige målgrupper og at den har de forventede effekter. Den organisasjonen som skal motta metoden (kommunen, barnevernet, helsestasjonen, skolen etc.) må ha gjort et forarbeide som sikrer at tilstrekkelige ressurser, både menneskelige og økonomiske blir stilt til rådighet. Organisasjonen må legge til rette for at personalet som skal praktisere metoden får nødvendig opplæring og veiledning. Veiledningen bør som regel være vedvarende for å sikre riktig praksis over tid og hindre at kjernekomponenter faller ut og at kvaliteten på praktiseringen svekkes.

Implementeringen må organiseres slik at det er god dialog og faste avtaler mellom organisasjonens ledelse og tilbyder av metoden. De forskjellige trinnene og progresjonen i implementeringen må tilpasses organisasjonens situasjon. Prosessen må ledes slik at de nødvendige ressurser er til stede (personell og økonomi) og slik at problemer som oppstår blir løst på en god måte.

Det vil være en fordel å utvikle tiltakskjeder som har virkningsfulle tiltak på alle nivåer. Gode tiltak på universelt nivå vil kunne redusere belastningen på selektert og indikert nivå. En samordning av de forskjellige tiltaksnivåene vil også forenkle henvisning av barn og familier slik at tilbudene blir gitt på det riktige nivået.

Dean Fixsens modell er redegjort for i denne rapporten fordi den sikrer implementering med høy kvalitet. De fleste evidensbaserte programmer som er implementert i Norge på dette området følger Fixsens implementeringsmodell.

## 6 Vurderinger og anbefalinger

### 6.1 Innledning

I dette kapittelet blir de viktigste punktene fra foregående kapitler drøftet. Diskusjonen omfatter eventuelle uenigheter i fagfeltet og innspill fra referansegruppe og brukergruppe. Grunnlaget for å anbefale tiltak, arbeidsmåter og forskning blir vurdert ut fra eksisterende evidensgrunnlag.

I tråd med oppdraget skiller vi mellom forebyggende tiltak rettet mot barn med atferdsproblemer som er i risiko for å begå kriminalitet (selektert nivå), og tiltak som skal forebygge en videre kriminell løpebane blant barn og unge som har begått lovbrudd (indikert nivå). I mange tilfeller vil det være vanskelig å skille mellom forebyggende tiltak og behandling på indikert nivå, og flere av tiltakene på dette nivået er en form for behandling.

Kunnskap om utvikling av atferdsproblemer viser at disse forebygges best før de har blitt omfattende, og vi har tilgang på flere gode kunnskapsbaserte tiltak i Norge. Flere i referansegruppen og brukergruppen understreket imidlertid behovet for å synliggjøre andre universelt forebyggende tiltak enn personrettede. Tiltak rettet mot fattigdom, dårlige bomiljøer, utenforskap og mobbing er samfunnsrettede forebyggende tiltak som kan bidra til å rette opp i sosiale skjevheter og styrke barnefamiliene. Slik kan strukturelle tiltak rettet mot samfunnsstrukturer og økonomiske ordninger bidra til å redusere flere risikofaktorer knyttet til familie og nærmiljø og styrke beskyttelsesfaktorer rundt utsatte barn. Strukturelle eller sosiale tiltak vil med stor sannsynlighet virke forebyggende på en rekke negative utfall knyttet til helse, utvikling og livskvalitet hos barn og unge og bør alltid være del av det forebyggende arbeidet. Vi har imidlertid ikke vurdert kunnskapsgrunnlaget for strukturelle tiltak og deres betydning for å redusere kriminalitet blant barn og unge i denne rapporten. Personrettede tiltak må likevel ikke ses som alternativer til strukturelle tiltak, men inngå i en sammenheng der begge deler er nødvendig i en helhetlig innsats. Vi har heller ikke vurdert politiets forebyggende arbeid i denne rapporten. Det foreligger en rekke rapporter som har evaluert dette på ulike måter. Med utgangspunkt i oppdragets utforming, har vi ikke sett det som vår oppgave.

Kapittelet starter med etiske betraktninger. Både brukergruppen og referansegruppen fremmet brukermedvirkning og barneperspektiv som særlig viktig i arbeidet med forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet. Vi avslutter kapittelet med en punktliste over de viktigste anbefalingene som vurderingene har ledet opp til.

### 6.2 Etiske betraktninger

#### 6.2.1 FNs barnekonvensjon, barns rettigheter og konsekvenser for praksis

FNs barnekonvensjon og norsk lov slår fast at barnets beste skal ligge til grunn for alle avgjørelser som berører barn. Barn har rett på informasjon om forhold som angår dem før avgjørelser blir tatt og underveis i prosesser som berører dem, og til å bli hørt i alle saker som angår dem. Barn har ikke «fått informasjon» før den er oppfattet og forstått, derfor må den gis på en måte som gjør at barn forstår hva som blir sagt og kan ta innover seg hva som er viktig for deres situasjon. Det betyr at informasjonen må tilpasses barnets alder og kognitive evner, men også at situasjonen informasjonen gis i tilpasses barnet. Det er videre viktig å huske på at informasjon til barn ikke er gitt en gang for alle. Ofte må informasjon

gjentas, og man må forklare nøye hvilke implikasjoner innholdet kan ha for ulike forhold i barnets liv. I referansegruppen ble det også påpekt at det kan forekomme endringer i forutsetninger og bestemmelser etter at informasjon er gitt, og at det da er helt nødvendig å informere igjen. Barn mister forutsigbarheten og opplevelsen av kontroll i eget liv dersom endringer skjer uten varsel eller over hodet på dem. Slike uforutsigbare endringer kan også bidra til å redusere eller ødelegge tilliten deres til voksne.

Å høre barn innebærer at barns innspill skal tas med i betraktningen når avgjørelser som berører dem skal tas. Både brukergruppen og referansegruppen vektla betydningen av å høre barn. Barns innspill skal ha økende betydning med økende alder. Det betyr ikke at de skal bli holdt ansvarlig for avgjørelser som blir tatt, for eksempel om bosted eller samvær med foreldre, eller ta avgjørelser om hvilke tiltak som er best for dem selv. Men informasjon fra barn er viktig blant annet i utforming av tiltak. Dersom informasjon om vanskelige forhold i hjemmet ikke kommer fram, kan familiebaserte hjelpetiltak oppleves som meningsløse eller til og med utrygge for barn. Det er derfor viktig at det gjennomføres grundig kartlegging av barnet og hans/hennes miljø før man går i gang med endringstiltak. Kartleggingen må inneholde samtaler med barnet i en trygg setting. De som skal gjennomføre slik kartlegging må ha høy kompetanse og menneskelige egenskaper som gjør dem i stand til å skape tillit. Det tar tid å bygge tillit og relasjoner. Mange av barna i målgruppen for denne rapporten har gjentatte negative erfaringer med voksne og kan derfor ha lav tillit til at det kommer noe godt ut av å fortelle om rusmisbruk, vold eller andre overgrep i hjemmet. De trenger derfor å vite hva som kan skje med informasjonen de gir dersom de forteller om overgrep eller omsorgssvikt i hjemmet, for å unngå å føle at voksne går bak ryggen på dem og for at en vanskelig livssituasjon blir mest mulig forutsigbar.

Å høre barn handler også om barn og unges medvirkning gjennom behandlingstiltaket. Her er sitat fra skriftlig innspill fra Olaf Jensen, Bufetat Nord, som setter ord på noe flere i referansegruppen har tatt opp:

*«I alle gode behandlingsmodeller er medvirkning og allianse viktige faktorer. For å unngå at medvirkning skal bli overflattisk, eller for lite integrert er det viktig å se på hvordan medvirkning faktisk integreres i fasene gjennom en valgt modell. Et godt tegn her er om det i innledende fase har vært brukt god nok tid på å faktisk finne ut av ønsket livssituasjon og fremtidsmål for ungdommen. Min erfaring er at mange modeller i sosialt arbeid og arbeid på helsesiden ikke tar dette godt nok på alvor. Altså, medvirkning kan ikke bare legges over som en ferniss i behandlingsforløpet, men innbefatter grundig bekreftelse, lytting, motivasjonsarbeid og forståelse for å kunne identifisere ønsket mål for den unge, allianse og forpliktelse fra den unge OG terapeut tidlig i behandlingsforløpet. En endelig rapport bør se hen til forskningsstøttede metoder som har bygd inn medvirkning og allianse på en slik måte at ved tilbakefall er det mulig å arbeide med ungdommens egne langtidsmål og ikke ønskede langtidsmål for terapeut, eller familie. En slik modell bør inneha virksomme metoder som analyserer atferd sammen med ungdommen som gullstandard. Modellene som brukes må være multisystemiske.»*

Prinsippet om å høre barn gjelder selvfølgelig også for barn som har begått lovbrudd og er i en straffeprosess. I referansegruppen kom det fram at det ofte syndes mot dette i domstolen, der barn kan ha blitt hørt før en sak starter. Underveis i saken kan informasjonen fra barnet bli imøtegått og gis en annen forklaring, som igjen kan diskuteres med foreldre eller sakkyndig uten at barnet får informasjon om den nye vendingen og anledning til å korrigere. Barnet, som er et selvstendig rettssubjekt og part i saken, blir på



denne måten redusert til et passivt objekt. En slik praksis bidrar til at barnet kan føle seg umyndiggjort og at det å bli hørt i første runde hadde liten eller ingen betydning når alt ble endret underveis uten at barnet selv var involvert.

Tiltakene som er diskutert i denne rapporten virker ikke for alle, selv om de har god effekt for mange. For noen få kan de til og med ha negative konsekvenser. Vi trenger mer kunnskap om negative utfall og hva som skjer i situasjoner der barn eller andre sentrale personer i deres liv formidler at tiltakene ikke oppleves å ha vært til nytte. Å høre fra barn hva de har opplevd gjennom tiltaket vil kunne gi nyttig informasjon. Flere representanter i brukergruppen fremhevet betydningen av å snakke med barn om hvordan de har opplevd å være med i et tiltak. Tiltakene kan være gode, men måten man blir møtt på er ikke alltid god. Noen har for eksempel opplevd at det kan være et veldig press på at barn skal delta i familiesamtale selv om dette er ubekvemt for barnet, kanskje fordi de ikke føler seg trygge i situasjonen. Flere, også i referansegruppen, påpekte betydningen av grundig kartlegging av familie, relasjoner og nettverk for å finne hvem som er trygge personer rundt barnet. For eksempel kan en person i kretsen rundt barnet være en som blir definert som «dårlig venn», men som for barnet er den eneste trygge å vende seg til.

Forandringsfabrikken peker på betydningen av å få kunnskap direkte fra barn. De har gjennom flere år intervjuet og samlet erfaringer blant annet fra barn og unge som har utøvd vold og kriminalitet og gjengitt disse i flere rapporter (flere fulltekstversjoner er tilgjengelige her: <https://www.forandringsfabrikken.no/kunnskapssenter>). Her har barn kommet med konkrete råd til mange ulike instanser som møter barn i vanskelige livssituasjoner. Rådene innebærer mange gode konkretiseringer av hvordan FNs barnekonvensjon kan operasjonaliseres i ulike settinger.

I forbindelse med Regjeringens BarnUnge21-satsing har Forskningsrådet utarbeidet en strategi for forskning som støtter praksis, utdanning og innovasjon. Strategien har barnekonvensjonen som utgangspunkt og påpeker at forskningen om barn og unge må ha et barneperspektiv og presiserer at det handler om å vurdere et fenomen ut fra barns posisjon. I oversikten over identifiserte kunnskaps- og forskningsbehov er første punkt forskning på barnefokus, barns deltakelse og medvirkning:

*«Det foreligger alarmerende lite forskning om barn og deres erfaringer og synspunkter på problem og løsninger. Det må forskes mer på barns deltagelse og medvirkning, og hvordan barnas rettigheter etter barnekonvensjonen ivaretas. Det er behov for mer kunnskap både med medvirkning fra ulike brukergrupper og med perspektiver fra utsatte barn og unge» (Barnunge21.no).*

Prinsippet om å høre barn og inkludere barns perspektiv må løftes i alle tiltak som omfatter barn. Viktig i denne sammenheng er at de aller fleste tiltak for barn, også de som er løftet fram i denne rapporten, er evaluert ved at foreldre og/eller forskere vurderer om tiltak virker bra. Effektmål innhentes sjelden eller aldri fra barna som berøres av tiltaket; for eksempel i form av mål på endringer i deres livskvalitet, uro eller engstelse, behov for rus eller opplevd trygghet. Barn er heller ikke spurt i evalueringer av tiltak. I tillegg til forskningsbehovet påpekt i BarnUnge21-strategien, er det derfor behov for forskning om barn opplever tiltak som effektive og gode. Det er også behov for forskning om å høre og bruke barns erfaringer kan styrke eksisterende tiltak slik at de i enda større grad hjelper barn til å få det bedre.

### 6.2.2 Retten til familieliv

Både barn og foreldres rett til familieliv er beskyttet av menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 8. Samtidig har staten en plikt etter barnekonvensjonen til å beskytte barn mot vold, overgrep og annen omsorgssvikt. Hensynet til å beskytte barnet mot vold, overgrep og omsorgssvikt fra foreldrene vil kunne veie tyngre enn retten til familielivet, der et brudd med foreldrene er til barnets beste. I de fleste tilfeller anses det imidlertid å være til barnets beste å vokse opp i sin egen familie. I dette skjæringspunktet mellom å ivareta barns sikkerhet og retten til familieliv, blir det for det første viktig med god kommunikasjon og involvering av barnet, for å klargjøre hvordan barnet har det. Videre blir det viktig med gode og effektive tiltak for å endre negativt og dysfunksjonelt samspill i familien der dette er mulig, slik at barn i størst mulig grad kan vokse opp innen rammene av sin familie.

### 6.2.3 Om valg av tiltak og behandling

Alle tiltak og all behandling av barn må basere seg på metoder og tilnærminger som er trygge og nyttige. Trygge tiltak innebærer at barns problemer ikke må forverres på grunn av tiltaket, baserer seg på grundig kartlegging av det enkelte barn og familien og tilpasses deres behov og forutsetninger.

Nyttige tiltak er tiltak som vi med stor sannsynlighet kan si at vil virke slik de er ment. Det betyr at metoder og tilnærminger er systematisk evaluert og vist at har effekt for de de skal hjelpe. Systematisk kunnskap er innhentet gjennom forskningsbaserte metoder som sikrer at vi kan være trygge på at observerte endringer knytter seg tiltaket og ikke andre faktorer vi ikke har oversikt over. Oppsummert kunnskap kan vise hvilke tiltak som har effekt på tvers av studier og gir den beste evidensen for om tiltak er nyttige.

Det må også understrekes at tiltakene må tilbys dem de er utviklet for. Dersom man for eksempel skal gjennomføre familiebaserte tiltak, er det avgjørende at foreldrene har vilje og evne til å delta i tiltakene på en konstruktiv måte. Det er også viktig at rammebetingelsene er på plass. Hvis familien for eksempel ikke har et trygt sted å bo eller ikke økonomi til å klare daglige utgifter, kan man ikke nødvendigvis forvente at de har kapasitet til å utvikle mer konstruktive foreldreferdigheter.

Tiltak som er dokumentert effektive i andre land, er ikke nødvendigvis nyttige for barn som lever i en norsk kontekst. Derfor bør tiltak være prøvd ut og evaluert i Norge eller i Skandinavia før vi vet om de er nyttige her. Ungsinn rangerer tiltak som benyttes i Norge etter dokumentasjonsgrad og sannsynlig effekt. Vi anbefaler tiltak vurdert til nivå 4 – Tilfredsstillende dokumentasjon på effekt, eller 5 – Sterk dokumentasjon på effekt. Andre tiltak som er vurdert til tilsvarende nivå internasjonalt, kan anbefales at prøves ut i Norge. Tiltak som ikke kan dokumentere effekt på dette nivået, må evalueres før de kan implementeres i større skala i Norge.

Vi har i denne rapporten vist at Norge har implementert mange av de tiltakene som er evaluert til å ha best effekt for barn og unge som har atferdsproblemer og som begår lovbrudd. Familien er en sentral arene for utvikling av problemene, og kunnskapsoppsummeringen fra FHI har påpekt at familien også utgjør en særlig viktig brikke i forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet (FHI, 2020). Vi vil i tillegg løfte fram skolens betydning for sårbare unges fungering og utvikling (se kapittel 3). Skolens kontekst og dens psykososiale og skolefaglige tilbud blir imidlertid i liten grad fokusert i mange av disse tiltakene. Tiltak som bidrar til å sikre deltakelse i skolen gjennom hele skoleløpet til fullført videregående er av største betydning for at unge med en vanskelig

bakgrunn skal ha en plattform i ung voksen alder. Et tydeligere fokus på innsatser som kan fremme målgruppens skolefaglige, men også deres sosiale kompetanse anbefales i det videre arbeidet for å forbedre og styrke effektene av de anbefalte tiltakene.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia har utviklet retningslinjer for identifisering og behandling av alvorlige atferdsvansker hos barn og unge. Retningslinjene inneholder generelle prinsipper som skal sikre forsvarlig og etisk behandling av barna i møte med hjelpeapparatet (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/1-Recommendations>). Retningslinjene gir også anbefalinger om vurderinger og valg i behandling av barn med atferdsproblemer på selektert og indikert nivå. Vi anbefaler at retningslinjene oversettes, tilpasses og gjøres tilgjengelige for alle relevante instanser i Norge.

### 6.3 Familie- og nærmiljøbaserte tiltak

Vi har i de foregående kapitlene vist at forebygging handler om å redusere risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer. Flere risikofaktorer kan være til stede fra barn er små. Disse kan være knyttet til individet, foreldre-barn relasjonen og til forhold ved familien eller nærmiljøet. Helsedirektoratets rapport (2018) om hvordan identifisere utsatte barn og unge, samt Folkehelseinstituttets rapport samme år beskriver en rekke tegn og signaler som kan indikere risiko og som ansatte i kommunen (barnehage- og skolelærere, helsesøster, mfl) kan se etter, inkludert både fysiske og atferdsmessige tegn. Rapportene danner grunnlaget for en nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge (<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>). Tilstedeværelse av tegn på risiko betyr ofte at barn har vonde erfaringer fra vanskelige oppvekstbetingelser, som utrygghet i hjemmet eller nærmiljøet, og atferdsproblemer er ofte et uttrykk for dette. Jo flere risikofaktorer og færre beskyttelsesfaktorer ved individet, familieinteraksjonene og venner/nærmiljø som foreligger, desto større er risikoen for en videre negativ utvikling.

#### 6.3.1 Forebygging av risiko for å begynne med kriminalitet

Nyere forskning og oppsummert forskning viser at tiltak for å forebygge og bekjempe atferdsproblemer for å snu en negativ utvikling må omfatte familien – bl.a. ved å styrke foreldreferdigheter og bedre samspillet i familien. Foreldre som i liten grad forstår og møter barns følelsesmessige uttrykk, kan bidra til eskalering av konflikt og etablering av atferdsproblemer hos barn (Ogden & Hagen, 2018). PMTO og DUÅ er nettopp innrettet mot å lære foreldre hvordan de kan hjelpe barna sine gjennom å endre sin egen (foreldrenes) atferd. Begge tiltakene ble implementert i Norge etter anbefaling fra ekspertkonferansen i 1997 og har blitt evaluert i en rekke studier internasjonalt og i Norge. I Ungsinn har begge tiltakene høy evidensgrad når det gjelder forebygging av alvorlige atferdsproblemer. Vi anbefaler økt satsing på disse tiltakene for familier der samhandlingen har kjørt seg fast og atferdsproblemer oppleveres krevende for foreldrene.

Det finnes også enklere varianter av disse tiltakene som er av kortere varighet og som kan benyttes forebyggende før vanskene har blitt uhåndterlige. TIBIR er en programpakke tilpasset førstelinjetjenestene for å kunne gi et helhetlig tilbud om forebygging og behandling av atferdsproblemer og bygger på mange av de samme prinsippene som benyttes i PMTO. Vi har ikke funnet andre tiltak på selektert forebyggende nivå med dokumentert effekt på atferdsproblemer og kriminalitet.

Sentrale mekanismer som bidrar til å skape positiv behandlingseffekt i virksomme tiltak inkluderer endring av familienes samhandling og foreldrenes oppdragerstil og praksis (Hagen, Ogden og Bjørnebekk, 2011). En av konklusjonene i kunnskapsoppsummeringen fra FHI er nettopp at foreldreveiledning og multisystemisk arbeid er viktig for behandlingseffekten:

*«Det fins best dokumentasjon for at tiltak som er familiebaserte, og da særlig innbefattet veiledning for foreldrene, reduserer atferdsvansker hos både barn og unge. Resultatene viser tydelig at psykososiale tiltak og foreldreveiledning – f.eks. veiledning i atferdshåndtering (behavioral management training), funksjonelle atferdstiltak (functional behavioral interventions) – trolig fører til en vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos barn. I disse tiltakene rettes innsatsen først og fremst mot foreldrene, slik at de gjennom å gjøre endringer i egen oppdragerpraksis kan veilede barna til endringer i atferd. Det er mulig at slik veiledning bedrer samspillet mellom foreldre og barn som på sin side fører til positive endringer hos barn. Dette gjelder for eksempel tiltaket Parent Management Training Oregon. Likeledes viser resultatene at psykososiale multisystemiske tiltak – f.eks. Parent-Child Interaction Therapy, multisystemisk terapi, De utrolige årene, Trippel P – trolig gir en vedvarende reduksjon i atferdsvansker hos barn og unge. I familier der barn og unge har atferdsvansker støtter disse resultatene dermed bruk av foreldreveiledning – f.eks. veiledning i atferdshåndtering – og multisystemiske tiltak, slik som Parent-Child Interaction Therapy, multisystemisk terapi, De utrolige årene og Trippel P. Resultatene i vår kunnskapsoppsummering viser at effekten er vedvarende god for både foreldreveiledning og multisystemiske tiltak som innbefatter foreldreveiledning. For praksisfeltet og beslutningstakere er det også viktig å merke seg at våre funn ikke tyder på at i familier der barn/unge har atferdsvansker vil det være hensiktsmessig med innsats kun rettet mot barna eller skolen.»*  
(Folkehelseinstituttet, 2020, s.62).

Oppsummert viser forskning at tiltak som endrer foreldrenes praksis overfor barna sine bidrar til å bedre samspillet mellom barn og foreldre, noe som igjen resulterer i reduserte atferdsproblemer hos barna. Dette er blant de viktigste komponentene i PMTO, DUÅ og TIBIR. Det anbefales at disse tiltakene videreutvikles og utnyttes bedre i Norge.

### 6.3.2 Forebygging av risiko for en videre kriminell løpebane

Fellestrekk ved effektive behandlingsmetoder for familier med barn som utøver kriminalitet er at de arbeider multisystemisk og har et tydelig fokus på å endre samhandling i familien og forbedre foreldreferdigheter. Det er ikke identifisert andre måter å arbeide på som ser ut til å være mer effektive når det gjelder behandling av barn med kriminalitet og andre atferdsproblemer. Rapporten fra FHI trekker blant annet fram metodene FFT, MST og TFCO Behandlingshjem som behandlingsmetoder med særlig god behandlingseffekt og med god dokumentasjon. MST er klassifisert med høy evidensgrad i Ungsinn. Alle tilbys i Norge i dag, hovedsakelig gjennom statlig regionalt barnevern (Bufetat). De andre tiltakene nevnt i rapporten fra FHI (Parent-Child Interaction Therapy, Triple P) er ikke implementert eller evaluert i Norge eller Skandinavia, men vurderes som lovende i evalueringssystemet til Blueprints ([blueprintsprograms.org/](http://blueprintsprograms.org/)). Tiltakene har flere felles elementer med tiltak som er implementert i Norge og som har bedre evidens (DUÅ og PMTO).

### 6.3.3 Behandling av seksuell overgrepssatferd

En fordel med MST er at tiltaket kan bygges ut og tilpasses grupper med særlige utfordringer. Som vi har sett av kriminalstatistikken, ser det ut til andelen unge som utøver seksuelle overgrep er økende, samtidig som behandlingstilbudet til denne gruppen er mangelfullt (Askeland m.fl., 2017) og vi ikke har evidensbaserte tiltak som vi vet virker for denne gruppen. I kapittel 4 beskrives kort en tilpasset versjon av MST rettet mot unge som utøver seksuelle overgrep (MST-PSB). Denne tilnærmingen inkluderer blant annet tiltak som reduserer fornektning av seksuelle overgrep og deres konsekvenser både hos den unge og foreldrene, styrking av vennskap og aldersadekvate seksuelle erfaringer, og utvikling av den enkeltes sosiale ferdigheter, perspektivtaking og holdninger til seksuelle overgrep. Behandlingen skreddersys for den enkelte ungdom og dennes familie. Det finnes etter hvert solid dokumentasjon på effekten av denne tilnærmingen for målgruppen i USA (se f.eks. Blueprintsprograms.org) og vi vil anbefale utprøving og evaluering av tiltaket tilpasset norske forhold. Utprøvingen og evalueringen av tiltaket AIM2 (omtalt i kapittel 4) bør også følges og vurderes som tiltak for denne målgruppen.

### 6.3.4 Behandling av rusproblemer

Vi har ikke funnet egne evidensbaserte behandlingsmetoder for barn med rusproblematikk. Metodene for forebygging og behandling av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet som MST, FFT og TFCO kan tilpasses slik at rusfrihet blir et av flere mål man arbeider med. Det er utviklet en modell kalt Læringsbasert Rus (LBR) som er integrert i MST-, FFT- og TFCO-behandling med en læringsbasert komponent for behandling av rusmiddelbruk og rusavhengighet. Behandlingen er godt beskrevet og har et solid teoretisk fundament med noen positive resultater i småskala utprøvinger, men det har vist seg vanskelig å gjennomføre utprøving og evaluering i større skala. I Norge har vi for tiden to rusinstitusjoner for ungdom, hvor LBR-komponenter er en integrert del av rusbehandlingen. Det er behov for utvikling og utprøving av gode tiltak for integrert rusbehandling for barn og evaluering av disse.

## 6.4 Tiltak i institusjon

Vold, overgrep og omsorgssvikt er blant de sterkeste risikofaktorene for utvikling av psykiske problemer og atferdsproblemer. Når slike forhold oppdages sent, vil de utsatte barna ha omfattende og sammensatte problemer på mange plan, og mange vil vise alvorlige atferdsproblemer som aggresjon, vold og rus. Noen ganger må barn tas ut av familien for å beskytte dem og sørge for at de får nødvendig omsorg. Barnevernet kan i denne situasjonen tilby beredskapshjem, ulike typer fosterhjem eller barnevernsinstitusjon avhengig av barnets behov og utfordringer.

For barn til og med 14 år som har begått kriminalitet, vil plassering i institusjon ofte være alternativet. I Norge fins det egne institusjoner for barn med atferdsproblemer og for barn og unge med rusproblematikk, i tillegg til institusjoner for barn og unge uten slike vansker. I rapporten fra Deloitte utarbeidet på oppdrag fra Bufdir fremkommer det at Norge i større grad tilbyr institusjonsplasser som differensierer mellom ulike målgrupper sammenlignet med England, Nederland, Sverige og Danmark (Deloitte, 2019). Det finnes etter hvert mye forskning som viser at barn med og uten atferdsproblemer eller rusproblemer ikke må plasseres sammen da dette kan føre til uheldige smitteeffekter. Norge bruker institusjon som et plasseringsalternativ for barn og unge som plasseres utenfor hjemmet i mindre grad enn de andre landene man har sammenlignet med, og barn som plasseres i institusjon i Norge er også eldre.

Selv om det er ulik innretning på tvers av ulike land på bruk av institusjoner, er det klart at det er et vedvarende behov for gode institusjonstilbud. Det vil alltid finnes unge som ikke kan ivaretas godt nok hjemme eller i fosterhjem. James fremholder i sitt konferansebidrag om utforming og implikasjoner av institusjonstilbud:

*“Nobody argues in support of large institutions or for long-term stays in residential care as appropriate options for children and youth; however, the varying functions that residential care fulfills in different country contexts and the continued (and varied) need for residential programs demands that we wrestle with the questions of what function residential care can or should have, what quality residential care is and how it can be implemented.”*

Men tiltak og behandling som tilbys i institusjoner har ikke samme evidensgrunnlag som hjemmebaserte metoder. Et sentralt spørsmål er derfor hvilket innhold institusjonsbehandling av kriminalitet og andre atferdsproblemer må ha for at barna skal føle seg trygge og utvikle seg positivt. Ut fra kunnskapen om multisystemiske risiko- og beskyttelsesfaktorer redegjort for i kapittel 3, og kunnskap om at multisystemisk arbeid – og særlig arbeid med familie – er viktig i hjemmebaserte behandlingstilbud, vil institusjonstilbud måtte bygges opp rundt en multisystemisk modell. For å kunne forvente en positiv behandlingseffekt for ungdom som begår kriminalitet og viser andre atferdsproblemer, vil institusjoner måtte arbeide med familie, skole, fritidsaktiviteter, venner og nærmiljø. Disse arenaene må også knyttes sammen av en tydelig klinisk ledelse slik at en jobber sammen mot felles målsetninger. Vi vil her understreke viktigheten av å ha barnas perspektiv med i dette utviklingsarbeidet. Et reelt multisystemisk behandlingsfokus på institusjonene vil kreve både tilstrekkelig endringskompetanse ved institusjonene, og en organisering som understøtter endringsarbeidet.

En barneverninstitusjon er en kompleks organisasjon. En rekke faktorer vil sannsynligvis påvirke kvaliteten av det tilbudet som gis. I sitt konferansebidrag trekker James frem følgende:

*“..existing findings from TRC<sup>6</sup> outcome research as well as the risk and resilience literature point to a number of core features in TRC program models: small (family-like) units, a stable and well trained workforce, a focus on relationship, inclusion of caregivers, a solid behavioral management program for stabilization and the promotion of prosocial skills, trauma-informed elements, timely aftercare services and avoidance of lengthy stays or repeated episodes in residential care.”*

Det viktige er altså at institusjonssettingen skal ligne mest mulig på en familiesetting med trygge rammer og kjente, stabile og trygge voksne, men også at man arbeider etter et godt, veldokumentert program som både bidrar til å trygge og stabilisere barn og til styrking av prososiale ferdigheter. Når oppholdet skal avsluttes, må man ha på plass tiltak som sørger for god tilbakeføring til et liv utenfor institusjon, og man må unngå gjentatte opphold i institusjon. Vi vil legge til deltakelse i skolen som viktig gjennom oppholdet og for god tilbakeføring etterpå. I Norge har barn i institusjon tilknytning til sin hjemmeskole, mens man i andre land ofte har skole i tilknytning til institusjon. Tilknytning til egen skole kan hindre stigmatisering og brudd med jevnaldrende og lærere som barnet kjenner.

James trekker videre frem enkelte institusjonsmodeller som lovende, hvorav MultifunC er en av dem. Denne institusjonsmodellen fokuserer nettopp på et multisystemisk endringsarbeid og har blant annet et eget team som arbeider med endring i ungdommens

6 TRC er forkortelse for Therapeutic Residential Care, altså institusjon.

familie. Det er også relevant å trekke frem institusjonene som arbeider med Læringsbasert Rus-modellen («LBR-institusjonene»). I LBR-modellen arbeider man også for å etablere multisystemisk endringsarbeid og man har blant annet utviklet en egen modul for familiearbeid. Det anbefales at det bygges videre på arbeidet som allerede er gjort i tilknytning til MultifunC-institusjonene og LBR-institusjonene, og at disse modellene videreutvikles og forskes mer på.

Både Bergströms konferansebidrag og FHI-rapporten trekker frem TFCO som en modell med god forskningsbasert dokumentasjon på behandlingseffekt. Det eksisterer i dag fire TFCO-team i Norge. Ungdom i TFCO plasseres i et behandlingshjem, og både behandlingshjemmet, ungdommen og ungdommens familie følges tett opp av et behandlingsteam. TFCO-teamene arbeider med endring både individuelt hos ungdommen, i familien og på alle andre arenaer rundt ungdommen, med en målsetting om at ungdommen skal kunne flytte hjem igjen etter endt behandling. TFCO har en tydelig klinisk ledelse, tydelige fordelte roller i teamet og er tilgjengelige hele døgnet for behandlingshjemmet, ungdommen og foreldrene. Som Bergström fremholder, er dette en modell som verken er en institusjon eller et fosterhjem. I Norge er tiltaket definert som en barneverninstitusjon, selv om det i realiteten utgjør en hybrid mellom institusjon og fosterhjem.

Med bakgrunn i solid dokumentasjon på behandlingseffekt anbefales det at tilbudet om TFCO i Norge utvides. TFCO vil i mange saker kunne erstatte behovet for plassering i alminnelige barneverninstitusjoner. Dette vil samsvare med minste inngreps prinsipp, ettersom det i alminnelighet må anses mindre inngripende for ungdom å plasseres i en familie enn å plasseres i en tradisjonell barneverninstitusjon.

Det er viktig med mer informasjon om hvordan barn på institusjon opplever sin situasjon for å videreutvikle nyttige og trygge institusjonstiltak for barn som har utøvd kriminalitet. Barns egne erfaringer med å bo og leve i institusjon vil være nyttige i tillegg til evalueringer av tiltakene. Det er viktig å få kunnskap om barnas opplevelse under institusjonsoppholdet, og i tillegg vil det være verdifullt å få mer kunnskap om hva disse barna tenker i ettertid, når de har blitt eldre, om hva som var godt eller ikke godt for dem på institusjon. Dette er erfaringer som kan brukes i å videreutvikle institusjonstilbud.

#### 6.4.1 Traumebehandling og traumebevisst omsorg

Basert på kunnskapen om at mange barn med atferdsproblemer har hatt traumeutløsende opplevelser i oppveksten, er det relevant å tenke at behandling av traumer skal kunne redusere slike vansker. Traumer kan forstås som «såret som eventuelt setter seg hos en person etter en potensielt traumatiserende hendelse». Definisjonen går altså på virkningene av en traumatisk hendelse og ikke spesifikt på hendelsen. Traumatiske hendelser kan videre være årsak til symptomer eller atferd, for eksempel aggresjon. Konsekvenser av traumatiske hendelser kan også deles inn i enkel posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og kompleks PTSD som refererer seg til sår som setter seg hos en person etter hhv en enkeltstående hendelse eller etter en hendelse som gjentar seg eller varer over tid (Anstorp & Benum, 2014). I tillegg har begrepet utviklingstraumer blitt vanlig og refererer til kombinasjonen av vedvarende belastning og sviktende reguleringsstøtte tidlig i livet når barnets hjerne er under utvikling (Nordanger & Baarud, 2014).

En ny evaluering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) publisert i Ungsinn i august 2020 viser at denne tilnærmingen er effektiv (sterk dokumentasjon) for barn mellom 10-18 år som opplever emosjonelle og atferdsmessige vansker etter

traumatiserende enkelt- eller multiple hendelser. Behandlingen gis individuelt og foreldre/omsorgspersoner inkluderes i behandlingen. Behandlingen er blant annet rettet mot å redusere angst, depresjon, skamfølelse og risiko for selvskading og suicidalitet, og i tillegg eksternaliserende atferdsvansker og redusere risiko for problematisk stoff- og alkoholbruk. Tiltaket er basert på veletablerte behandlingsprinsipper og metoder fra blant annet kognitiv atferdsterapi og stressmestring, og man har inkludert foreldretrening mot atferdsvansker etter samme prinsipper som i PMTO. Programmet er utviklet for barn mellom 3-18 år, men er i Norge kun evaluert for barn mellom 10 og 18 år (Jensen et al., 2013).

For barn som har opplevd vold, overgrep eller omsorgssvikt i hjemmet blir det selvsagt veldig viktig å vurdere hvilke omsorgspersoner som er nyttige og trygge å ha med i traumefokusert behandling. Dersom det er foreldrene som har påført barna traumene de trenger hjelp for, vil det kreve spesielle vurderinger og tilpasninger.

Selv om evalueringen av TF-CBT ikke omfatter mål på forekomst av kriminell atferd, finner noen få studier at behandlingen bidrar til reduksjon i blant annet aggressiv og impulsiv atferd (Cohen, Berliner & Mannarino, 2010; Cohen et al, 2016). Vi støtter at TF-CBT benyttes overfor barn med traumatiske erfaringer og foreslår at framtidig evaluering av tiltaket inkluderer forekomst av kriminalitet som utfall.

I tråd med kunnskapen om at mange barn som plasseres utenfor hjemmet har opplevd traumer, har mange barnevernsinstitusjoner i Norge begynt med det som er kalt traumebevisst omsorg. Traumebevisst omsorg handler om å skape trygghet, bygge gode relasjoner og hjelpe barnet å forstå og lære om egen følelsesregulering. Traumebevisst omsorg er ikke ment å erstatte metoder som har vist seg å være virkningsfulle ut fra forskning overfor spesifikk problematikk. Terapeutisk praksis i tråd med retningslinjene i NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ivaretar alle sider ved traumebevisst omsorg og bør være standarden i behandling av barn med atferdsproblemer med eller uten traumer.

## **6.5 Universelle programmer for forebygging av atferdsproblemer**

Atferdsproblemer og kriminalitet forebygges best før problemer har blitt omfattende, med tiltak som omfatter alle barn og som i stor grad handler om å styrke beskyttelsesfaktorer. Når barna er små, vil samspillet i familien være av størst betydning, men også andre mer observerbare, strukturelle faktorer som fattigdom, trangboddhet, utenforskap og belastet bomiljø kan påvirke barna direkte eller indirekte gjennom foreldrene.

Flere tiltak på universelt nivå som har dokumentert effekt på forebygging av atferdsproblemer er implementert i Norge. I kapittel 4 beskrives Olweus' antimobbe-program og PALS skoleomfattende modell. I tillegg har DUÅ et universalprogram og barnehage- og skoleprogram som bygger på de samme prinsippene som foreldretreningensprogrammet. Alle disse programmene er vurdert til å ha tilfredsstillende eller sterk dokumentasjon på effekt i Ungsinn. Felles for programmene er at de er bredt anlagt, godt beskrevet, innebærer systematisk arbeid med implementering, kvalitetssikring og oppfølging, i tillegg til at det er gjennomført flere effektstudier av god kvalitet.

Det finnes også universelle programmer med godt dokumentert effekt som ikke er implementert i Norge. Flere er evaluert av det amerikanske nettstedet Blueprints ([blueprintsprograms.org](http://blueprintsprograms.org)). Tre eksempler nevnes her, som alle er trukket fram som universelt forebyggende programmer med høy standard og god evidens for effekt. Det bør



vrderes om noen av disse kan oversettes og tilpasses norske forhold, og deretter prøves ut med tilhørende evaluering. Programmet *ParentCorps* er innrettet mot barnehager for lavinntektsfamilier med barn i 3-4 års alderen. Programmet beskrives som kulturelt informert og særlig rettet mot bomiljøer i USA med høy grad av fattigdom og kulturell diversitet. Programmet bidrar til å styrke kommunikasjonen mellom foreldre og barnehagelærere, og hjelpe dem til sammen å skape trygge og forutsigbare forhold for barn. Det bør gjøres en vurdering av om tiltaket kan tilpasses områder i Norge med høy andel lavinntektsfamilier. Programmet *Positive Action* er et skolebasert program med opplegg tilpasset ulike klasse- og alderstrinn for barne- og ungdomsskolen. Programmet skal bidra til å øke positiv atferd, redusere negativ atferd og styrke sosial og emosjonell læring og skolemiljø. I tillegg til å redusere atferdsproblemer som mobbing, skulk og kriminelle handlinger, bidrar programmet til å bedre skolefaglige ferdigheter, fysisk helse, prososial atferd, og til å redusere angst og depresjon og øke livskvalitet for barna. *Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)* er også et skolebasert program for barneskolen (alder 5-11 år). PATHS er et bredt sammensatt program med mål å styrke emosjonell og sosial kompetanse og redusere aggresjon og atferdsproblemer hos barna samtidig som det faglige arbeidet i klasserommet styrkes. Programmet skal være en integrert del av den daglige undervisningen slik at ferdighetene generaliseres. Undervisning i PATHS dekker fem temaområder: selvkontroll, emosjonell forståelse, positiv selvfølelse, relasjoner og mellommenneskelig problemløsning.

## 6.6 Om å styrke beskyttelsesfaktorer

Styrking av beskyttende faktorer som gode prososiale ferdigheter, empati og selvregulering kan være viktige i det forebyggende arbeidet. Flere av de generelle forebyggende programmene har styrking av ferdigheter som kan bidra til å beskytte mot utvikling av aggresjon og negativ samhandling med andre som viktige elementer. Dette gjelder for eksempel styrking av prososiale ferdigheter, emosjonell og relasjonell kompetanse, selvkontroll, selvhevdelse, samarbeid og evne til å regulere aggresjon. Slike ferdigheter kan bidra til at barn forstår sin egen rolle i samhandling med andre og at de selv kan gjøre noe for å snu vanskelige situasjoner.

Dersom barn blir utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt, vil imidlertid ikke styrking av barnas sosiale ferdigheter være tilstrekkelig og kan i verste fall bidra til at barnet opplever ansvar for det som skjer fordi de ikke gjør ting «riktig». Mange barn forteller også at de tror dette er noe alle barn opplever. Derfor trenger barn kunnskap om hva voksne kan og ikke kan gjøre med barn, inkludert konkretisering av hva som er vold (både psykisk og fysisk) og hva som er overgrep, og at barn må ha mulighet til å fortelle til trygge voksne når noe ikke er som det skal. I møtet med brukergruppen ble opplæring i FNs barnekonvensjon fremmet som et forslag. Allerede fra barnehagen bør barn få vite om sine rettigheter og hva som er barns beste. Flere steder i Norge arbeider man nå med å utvikle programmer og veiledere for hvordan man kan snakke med barn om kropp og følelser for å lære dem om seksuell helse allerede i barnehagen (se

Eksempler på programmer og veiledere for hvordan å snakke med barn om kropp og følelser:

- <https://www.randaberg.kommune.no/globalassets/dokument/regelverktretningslinjer-vedtekter/barnehage/veileder-for-a-forebygge-krenkelser-vold-og-overgrep-mot-barn.pdf>
- <https://www.kanvas.no/snakk-med-barn-et-metodisk-verktoy-for-barns-seksuelle-helse-og-forebygging-av-vold-og-overgrep/>
- <https://www.reddbarna.no/jegerher>
- [https://bufdir.no/Foreldrehverdag/Skolebarn/Barn\\_og\\_seksualitet/](https://bufdir.no/Foreldrehverdag/Skolebarn/Barn_og_seksualitet/)

infoboks for eksempler). Programmene må inneholde alderstilpasset informasjon og opplæring, og gå gjennom hele utdanningsløpet fra barnehage og gjennom grunn- og videregående skole. Målet er å bidra til trygg identitetsutvikling og forebygge overgrep. Slike programmer krever god opplæring av barnehageansatte og lærere i hvordan snakke med barn om disse tingene på en god og trygg måte, hvordan ta imot og følge opp informasjon fra barn om vold og overgrep, og når og hvordan involvere foreldre. Programmene må evalueres, blant annet når det gjelder hvordan de implementeres og anvendes, erfaringer fra personale, barn og foreldre, samt med tanke på effekt på sentrale utfall. Dokumentert gode programmer og metoder må gjøres tilgjengelige i alle barnehager og innlemme rammeplanen for barnehagen og i læreplaner.

Samfunnet har, og tar, et ansvar for å lage systemer og ordninger som skal redusere risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer rundt utsatte barn. Personrettede tiltak kan aldri erstatte kontekstrettede tiltak, og strukturelle og (sosial)miljørettede tiltak må utgjøre en betydelig del av innsatsen i det forebyggende arbeidet for barn og unge. Systematisk arbeid rettet mot å styrke barnefamilier og barn i utsatte situasjoner, som tiltak mot barnefattigdom, diskriminering, mobbing, atferdsproblemer og utenforskap i skole og vennemiljø vil alltid være viktig. Vi vil peke på tilgang til barnehager av høy kvalitet og skoler med kompetente og nok lærere som særlig viktig, samt tiltak som styrker sjansene for at de unge fullfører hele skoleløpet gjennom videregående skole. Ved Centers for Disease Control and Prevention i USA har de utarbeidet et hefte med informasjon om en rekke godt dokumenterte strukturelle tiltak for å styrke støtte-systemene rundt utsatte barn med tanke på å forebygge traumatiserende og skadelige hendelser som barn kan bli utsatt for. Selv om tiltakene er utviklet med tanke på utfordringer i det amerikanske samfunnet og inkluderer tiltak som er godt utbygd i Norge, blir det beskrevet hvordan strukturelle og kontekstuelle miljøtiltak utgjør en viktig del av det forebyggende arbeidet rundt barn, sammen med styrking av beskyttelsesfaktorer hos barna (cdc.gov). Det synes imidlertid klart at det er behov for mer kunnskap om betydningen av strukturelle tiltak, særlig sett i relasjon til personrettede tiltak, for å redusere kriminalitet blant unge.

## **6.7 Reaksjoner på lovbrudd og kriminelle handlinger blant barn og unge**

Barn og ungdom som allerede har kommet inn i en kriminell løpebane, trenger hjelp til å komme ut av denne og til å fungere i samfunnet og ha et godt liv med trygge relasjoner til andre. FNs barnekonvensjon slår fast at alle beslutninger som gjelder barn skal tas med hensyn til barnets beste. Dette må altså være det grunnleggende prinsippet for alle tiltak for barn og unge, også for dem som har begått kriminelle handlinger. Barnekonvensjonen sier også at barn som har begått kriminalitet har rett til å få reaksjoner som fremmer deres følelse av verdighet og deres mulighet til å komme tilbake til konstruktive roller i samfunnet.

Når barn og unge utøver vold og kriminalitet, må samfunnet reagere. Erfaringer har vist at fengsel ikke er til barns beste. Feld trekker i sitt konferansebidrag fram at straff ikke fjerner årsakene til kriminalitet og heller ikke gjør noe med risikofaktorer. Fengsler er utviklingsmessig uegnet for unge som skal forme sin identitet, tilegne seg sosiale ferdigheter og få til en vellykket overgang til voksenlivet (Loeber & Farrington, 2012; Mulvey & Schubert, 2012). I Norge vil unge mellom 15-18 år kun i svært spesielle tilfeller settes i fengsel og da i såkalt ungdomsenhet (se kapittel 2). Barn under 15 år som gjør kriminelle handlinger blir ivaretatt av barnevernet.

Fra 2014 har unge lovbytere mellom 15-18 år kunnet idømmes ungdomsoppfølging eller ungdomsstraff som alternativ til fengselsstraff. Begge reaksjonsformene krever stor innsats fra ungdommen og en vilje til å endre atferd. Det skal for eksempel utarbeides en ungdomsplan med aktiviteter som ungdommen forplikter seg til å følge. Ungdommene og deres verge må derfor samtykke til å ta imot reaksjonsformen.

Det er ikke gjort systematiske evalueringer av elementene i de to reaksjonsformene eller av om ungdomsoppfølging eller ungdomsstraff faktisk fører til mindre kriminell aktivitet etter avsluttet program. En rapport fra 2019 som gjennomgår erfaringene med disse reaksjonsformene viser at mange sliter med motivasjonen underveis i programmet og en del bryter ut før programmet er avsluttet. Inntil 1/3 av ungdommene som ble idømt ungdomsstraff ble dømt for nye lovbrudd bare ett år etter avsluttet straffereaksjon. Noen av erfaringene fra evalueringen er at innholdet i reaksjonsformene ikke er godt nok tilpasset den enkelte ungdom. I referansegruppemøtet kom det også fram at ungdom kan bli dømt til tiltak som kommunen ikke har råd til, og kommunen kan da tilby lokale, alternative tiltak. Slike tiltak er ikke nødvendigvis tilpasset behov og interesser hos ungdommen, noe som går ut over motivasjonen til å fullføre. En annen utfordring er at den unge lovbyteren ofte har mangelfull forståelse av hva samtykke er og hva det innebærer å samtykke til disse krevende reaksjonsmåtene. I en del tilfeller blir heller ikke innholdet i ungdomsplanen spesifisert før etter at samtykke er avgitt (Andrews & Eide, 2019).

Ideelt sett skal reaksjon på kriminalitet bidra til å stoppe en videre kriminell karriere. Mildere reaksjonsformer som ungdomsoppfølging og ungdomsstraff er ment å virke restituerende og gjenopprettende. Feld er opptatt av unges evne til å oppleve skyld (culpability) og til å føle ansvarlighet for egne handlinger som viktige faktorer i denne sammenheng. Men både Feld og representanter i referansegruppen peker på utfordringer unge kan ha med å ta inn over seg hva som skjer under pågripelse og i en straffeprosess. Barn som er under stress og som ikke forstår situasjonen de er i, klarer ikke ta inn informasjon om sine formelle rettigheter eller om hvilke formalia som skal behandles i et rettsmøte. De fleste unge trenger mye og god informasjon om disse forholdene før de er i stand til å ta valg i en vanskelig situasjon. De skal kunne forstå og utøve sine rettigheter under en pågripelse og forstå hva det innebærer å gi samtykke, hvilken rolle en advokat eller verge har og gjøre vurderinger av hva som er best for dem på kort og lengre sikt. I tilfeller hvor de ikke forstår dette, er rettssikkerheten deres utfordret. For å bedre en slik setting har enkelte domstoler etablert Barnegruppe og utviklet egne prosedyrer for å trygge barn og sørge for at de får informasjon på en måte som de kan ta inn og bearbeide. Domstolene har utviklet egne veiledere for barnets beste i straffesaker som tar utgangspunkt i Barnekonvensjonen og i anbefalinger fra Forandringsfabrikken (<https://www.domstol.no/domstoladministrasjonen/publikasjoner/veiledere/>).

Det er et stort behov for forskningsbasert kunnskap om de alternative straffereaksjonene for barn og unge og hvordan de virker på kriminalitetsbekjempelse. Per i dag vet vi ikke nok om ungdomsoppfølging og ungdomsstraff kan bidra til å stoppe en videre kriminell løpebane, eller hva som er de virksomme elementene i straffereaksjonene (stormøte, ungdomsplan, oppfølgingsteam) og innholdet i aktivitetsplanene. Kunnskap om hvordan ulike reaksjonsformer fungerer på risikoen for en videre kriminell løpebane er nødvendig for å kunne utvikle tilpasset innhold som kan virke motiverende for ungdommen i prosessen og på lysten og evnen til å endre livsstil vekk fra kriminalitet. I dette arbeidet er det nødvendig å ha en god dialog med ungdommen, snakke om hva som virker motiverende (f.eks. hva er ungdommens mål og drømmer) og demotiverende (har ungdommen tro på at nettopp dette tiltaket er steg på rett vei) og justere oppleggene når

de ikke fungerer som planlagt. En løpende, tillitsfull dialog kan bidra til å forebygge frafall underveis i prosessen.

Barneombudet er blant dem som har etterlyst kunnskapsbaserte tiltak overfor unge lovbrøyttere, f.eks. gjennom innspillnotatet til Regjeringen av 6 mai 2019: «Barneombudet anbefaler at myndighetene sikrer at kunnskapsbaserte tiltak er tilgjengelig for alle ungdommer uavhengig av hvor i landet de bor». Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Helsebiblioteket.no). Et pågående forskningsprosjekt ved Folkehelseinstituttet undersøker alternative reaksjonsformer overfor unge (15-17 år) i narkotikasaker. Prosjektet belyser hvordan reaksjonsformene oppleves av ungdommen, hva som motiverer til endring, hvorvidt det er sosiale ulikheter i tildeling av helse- og sosialfaglig oppfølging og effekter av alternative reaksjonsformer på videre kriminalitet (Sandøy 2019, 2020). Vi anbefaler at innhold i og erfaringer med de ulike reaksjonsmåtene på unges lovbrudd forskes på for å få mer kunnskap om effekter av de ulike innholdskomponentene.

Like viktig er tilbakeføring til «hverdagen» etter endt straffeprosess. Før tiltakene avsluttes bør det foretas en kartlegging av hva ungdommen går tilbake til, hvordan bosituasjonen er og økonomiske betingelser. Aktivitet etter gjennomført straffereaksjon må planlegges, om det er skole eller jobb. Et MST-lignende opplegg underveis i ungdomsoppfølgingen eller ungdomsstraffen der familie, nærmiljø og skole involveres bør utvikles, prøves ut og evalueres som metode for å forebygge tilbakefall til kriminalitet, vold og rus og forberede ungdommen på videre utdanning eller jobb.

For unge voksne i alderen 18-25 år er det ulike tilbud om oppfølging etter soning. I referansegruppen fremkommer at mange av disse er fragmentert og dårlig samordnet.

Det kan være relevant i dette perspektivet å se på parallellen til ettervernstilltak for unge voksne over 18 år fra barnevernet. En ny rapport fra NTNU samfunnsforskning konkluderer med at det er behov for å styrke ettervernstilbudet og oppfølgingen av ungdom med barnevernserfaringer over i voksenlivet (Paulsen m.fl., 2020). I en rapport fra Helsetilsynet hvor ettervern for ungdom i barnevernet ble undersøkt, ble det konkludert med lovbrudd i 2 av 3 tilfeller. I oppsummeringen av rapporten står det:

*«Samlet sett fant fylkesmennene lovbrudd på alle de undersøkte delområdene, dvs. hvordan barneverntjenesten forbereder, vurderer behovet for, og følger opp og avslutter ettervernet. Det ble påpekt lovbrudd når det gjelder informasjon om ettervern til de unge, særlig til de som har hatt frivillige hjelpetiltak. Også når det gjelder oppfølging, evaluering og avslutning av ettervernet, er det påpekt lovbrudd. Flere av rapportene viser til at ungdom som har takket nei til ettervern, ikke blir kontaktet i ettertid eller gitt anledning til å ombestemme seg.» (s.5)*

I tillegg til en generell styrking av ettervernstilbud og -arbeid, er det behov for arbeidsmetoder som sikrer systematikk i arbeidet og et multisystemisk fokus. Vi har ikke identifisert behandlingsmetoder med klar evidens for behandlingseffekt for unge voksne over 18 år. Innen MST-systemet er det imidlertid utarbeidet en tilpasning rettet mot unge voksne, MST Emerging Adults (MST EA). Modellen tar utgangspunkt i det multisystemiske perspektivet i MST, men er tilpasset de særegne utfordringene overgangen til voksenårene innebærer. Data fra piloteringen av modellen viser lovende resultater (Sheidow, McCart, & Davis, 2016), og det er planlagt gjennomføring av en studie med større grad av

vitenskapelig kontroll. Det anbefales at man følger nøye med på resultatene MST-EA oppnår, og vurderer implementering og evaluering av denne behandlingsmetoden i Norge.

## 6.8 Innvendinger mot fokus på evidensbaserte metoder og atferdsproblemer

Vi har i dette kapitlet vist at det ikke er noen motsetning mellom etisk og individuelt tilpasset behandling og evidensbaserte metoder. Dette er viktig å poengtere, da det fins oppfatninger om at evidensbaserte, manualiserte metoder er instrumentelle og i liten grad gir rom for å møte individuelle behov. Enkelte medlemmer i brukergruppen og referansegruppen var inne på en slik argumentasjon. I likhet med all annen behandling vil det også innen evidensbaserte metoder kunne skje at terapeuter og andre som er involvert i arbeid med barn, unge og familier ikke utøver dette med tilstrekkelig kvalitet. Løpende veiledning og andre kvalitetssikringstiltak skal demme opp for dette, men man kan aldri garantere 100% mot menneskelige feil. I tillegg til faktorer ved terapeutene/behandlerne vil også kvaliteten på tjenestene påvirkes av forhold ved organiseringen av tiltaket og organisasjonen tiltaket er en del av.

Innvendinger handler også om at randomiserte kontrollerte studier (RCT'er) anses som en «gullstandard» for å måle om et tiltak har effekt eller ikke. Denne type evidens er uten tvil krevende å oppnå og vil ofte være vanskelig i terapiforskning og evaluering av tiltak. I tillegg til å være svært ressurskrevende, er RCT'er noen ganger ikke mulig å gjennomføre av etiske eller praktiske årsaker. I Ungsinn har man derfor lagt til grunn at det er flere typer evidens som kan understøtte om et tiltak har effekt. Vi har valgt å anbefale tiltak på de to øverste nivåene for å få med tiltak som har vist effekt i andre typer studier av god kvalitet.

Det er videre fremholdt at et fokus på alliansebygging med foreldrene i disse metodene kan bidra til å svekke fokuset på barnet og at man i verste fall kan bidra til å opprettholde en livssituasjon som er vanskelig eller uholdbar for barnet. Dersom det for eksempel ikke er klarlagt om foreldre ruser seg, utøver vold eller representerer annen alvorlig risiko for barnet, kan alliansen mellom foreldre og behandler gjøre det umulig for barnet å ha tillit til behandleren eller gå inn i behandlingsopplegget. Disse synspunktene er også fremmet i bruker- og referansegruppen. Dette understreker betydningen av at alle relevante situasjonelle og relasjonelle faktorer kartlegges grundig før tiltaket settes i gang, og at det legges til rette for at barn kan snakke trygt om det som er viktig for dem. Som diskutert tidligere i dette kapitlet, krever det mye av hjelpere å sikre at viktig informasjon om barnets situasjon kommer fram før man setter i gang tiltak. Vi vil understreke betydningen av at instanser som har ansvar for å hjelpe barn, har tilstrekkelige faglige og økonomiske ressurser til å kunne prioritere denne oppgaven. Dersom det avdekkes at forholdene i familien tilsier at familiebaserte tiltak ikke kan anbefales, må det finnes gode alternativer. Barns erfaringer er viktige i denne sammenheng.

Som vi har sett er alliansebygging med og aktiv involvering av foreldrene blant de viktigste faktorene for å skape behandlingseffekt, men det kan skje at man ikke får til dette. I slike tilfeller bør behandlingen vurderes avbrutt og andre nødvendige tiltak vurderes i et samarbeid mellom saksbehandler i barnevernet, barnet, familien og terapeuten. I all behandling, oppfølging eller annet arbeid på dette området hvor barn og unge er berørt, er det viktig å skape trygghet for barnet og sikre at barnet og de foresatte i størst mulig grad involveres. Det er ikke grunn til å tro at dette skjer i mindre grad i evidensbaserte metoder enn i andre metoder.

I brukergruppen ble fokus på negativ atferd hos barn problematisert, ut fra rasjonale om at det ofte ligger vanskelige – noen ganger traumerelaterte – forhold bak den observerbare atferden. Når det er atferdsproblemer som f.eks. kriminalitet som utgjør en viktig årsak til henvisningen til hjelp, kan man imidlertid ikke la være å vurdere om tiltakene leder til nedgang i kriminalitet og atferdsproblemer. Forekomsten av slik atferd blir en indikator på om tiltakene har effekt, og nedgang i slik atferd vil som oftest være en indikator på at barn har fått det bedre. Terapeuter og behandlere kan i samhandling med barnet bidra til at fokus på atferd tones ned.

I møtet med brukergruppen hadde vi en egen runde på erfaringer med MST. Erfaringer med denne metoden var delt i gruppen. Flere av representantene var positive til tiltaket, blant annet betydningen av kontaktperson som var tilgjengelig 24/7 og at deler av opplegget virket strukturerende, forutsigbart og hadde positiv effekt over tid. Det var også flere innvendinger mot tiltaket, inkludert at involvering av foreldre kunne føre til at voksne snakker med voksne og at barnet ikke blir inkludert, det var kritikk mot belønningssystemer som baserer seg på et system om belønning og straff og at belønninger kan fungere inne i en institusjon men ikke vil fungere utenfor der man ikke lenger får belønning. Noen mente at atferdsendringer ikke var «ekte» men bare for å 'please' andre og oppnå belønning og dermed ikke varig. Det ble påpekt at for at belønninger skulle virke måtte de oppleves som meningsfulle for den enkelte. En viktig kommentar var at selv om atferdsproblemene går ned, betyr det ikke at barnet har det bedre inni seg. Dette indikerer at arbeidet med å styrke relasjoner i familien og foreldrenes evne til å se og støtte barnet sitt og vise varme og kjærighet må pågå lenge før sår etter mange år med vanskelige erfaringer er leget.

De evidensbaserte tiltakene vi har beskrevet i denne rapporten har som målsetting at barn med atferdsvansker skal få det bedre sosialt og emosjonelt. Dersom tiltakene ikke implementeres på en god måte, eller de som utfører dem ikke får tilstrekkelig veiledning, kan man risikere at tiltakene ikke fungerer etter hensikten. Dette understreker viktigheten av god implementering, som utdypes nedenfor.

Innvendinger og kritikk som har kommet mot enkelte av metodene drøftet i denne rapporten understreker betydningen av å høre og involvere barn for å sikre at tiltakene blir tilstrekkelig tilpasset den enkelte og ivaretar tryggheten til det enkelte barn. Det er viktig å ta med at de fleste i referansegruppen fremholdt at evidensbaserte, multisystemisk anlagte tiltak er eneste etisk og metodisk forsvarlige tilnærming til behandling og forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet.

## **6.9 Manglende fokus på implementering**

En forutsetning for at potensielt virksomme metoder skal ha tiltenkt effekt, er at de implementeres med tilstrekkelig kvalitet. Manglende resultater kan skyldes svak implementering og ikke at metodene ikke virker. Viktige implementeringsstrategier omfatter forankring i ledelsen for den etaten og virksomheten tiltaket skal implementeres i, økonomisk sikring, god kompetanse blant alle som er involvert i implementering og gjennomføring av tiltaket, og god ledelse knyttet til blant annet disponering av personell og motivasjon i personalgruppen. Videre er det nødvendig med et system for løpende kvalitetssikring for at effekten skal kunne opprettholdes over tid, ut over den første implementeringsfasen. Her vil vi vektlegge betydningen av kontinuerlig veiledning og ikke bare opplæring før implementering. Gjennom et system med kontinuerlig veiledning og evaluering, vil man blant annet kunne sikre at innhold i tiltaket kan tilpasses individuelt

uten at retningen og viktige elementer i tiltaket endres, og man kan korrigere tiltaket dersom noe ikke gir tilsiktet effekt. Et annet område hvor implementering synes å svikte, handler om ledelse. Implementeringsledelse handler blant annet om å sørge for å ha riktige og nok fagpersoner på rett plass, men også om motivasjon, veiledning og prioriteringer underveis. Motivasjon er viktig for å motvirke hyppig utskifting av opplært personale og skape entusiasme i personalgruppen.

Implementering handler også om hvordan tiltak samordnes med andre innsatser. I arbeid med forebygging og reduksjon av kriminalitet blant barn må man arbeide med en tverrsektoriell tankegang rundt implementeringen av de ulike tiltakene. Barnevern, politi, andre kommunale og private innsatser, skole og helseinstanser må arbeide sammen og koordinere sine aktiviteter (Hansen, Jensen & Fløtten, 2020). Både ut fra eksisterende effektforskning og brukergruppens erfaringer fremstår implementeringskunnskap som et viktig, men forsømt innsatsområde. Vi tilrår økt satsning på opplæring/kursing i slik kunnskap i alle etater og instanser med ansvar for forebygging og behandling av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet blant barn og unge.

### **6.10 Manglende tilgjengelighet av effektive tiltak**

Selv om det i dag finnes godt dokumenterte tiltak for forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet, kan det på ingen måte hevdes at norsk helse-, utdannings- og sosialsystem er tuftet på et solid og helhetlig evidensbasert tiltakssystem. I stedet for bare å iverksette enkelttiltak som har god forskningsbase, vil det å bygge opp et evidensbasert tiltakssystem i hver av disse sektorene og på tvers av sektorene både kunne styrke den forebyggende effektiviteten på ulike innsatsnivåer som skissert i kapittel 3 (universell, selektert, indikert) og rettsikkerheten til de barn og unge det dreier seg om. Å velge et par nye programmer kan hjelpe noen få ungdommer, men mange vil ikke ha tilgang til dem og lide under generell sårbarhet og mangel på oppfølging fra hjelpeapparatet.

Det er en stor utfordring at de fleste tiltak som igangsettes overfor barn og unge og deres familier ikke har noen form for dokumentasjon av effekt. Dermed vet man ikke om et tiltak virker slik det er ment, om det er uten effekt, eller om det er skadelig. Innovasjon og utvikling av nye tiltak basert på teori og tidligere kunnskap er ønskelig, men nye tiltak og metoder å arbeide på må evalueres, helst i norsk eller skandinavisk kontekst, før de kan implementeres som del av behandlingstilbudet i Norge. Dette handler om at tilbud til befolkningen skal være sikkert, trygt og forsvarlig, både i etisk og økonomisk forstand.

Denne rapporten viser at vi i Norge har etablert en tiltakskjede med evidensbaserte tiltak fra universelle forebyggende tiltak (PALS, Olweus) til selekterte og indikerte hjemmebaserte tiltak (PMTO, MST, FFT) til behandlingshjembaserte tiltak (TFCO) og institusjons-tilbud (MultifunC) for ungdom med atferdsproblemer. Felles for alle disse tiltakene er at de har et multisystemisk fokus som retter seg mot risikofaktorer både i familien, skole, venner, fritidsaktiviteter, nærmiljø og ungdommen selv. Arbeid med samhold og kommunikasjon i familien - blant annet hvordan foreldrene kan ta ansvar for å rose, oppmuntre og involvere seg positivt i ungdommen, problemløsningsferdigheter, og måter å sette grenser på – er sentrale komponenter på tvers av metodene. Videre arbeides det i alle tiltakene aktivt med ungdommens fungering og prestasjoner på skolen, bl.a. gjennom oppfølging og veiledning av lærere og samarbeid mellom skole og hjem. Det legges også ned en betydelig innsats for å redusere kontakt med negative miljøer, noe som ofte innebærer et utstrakt samarbeid med politiet. På samme tid arbeides det med å øke ungdommens deltakelse i positive fritidsaktiviteter og samvær med jevnaldrende.

En del av utfordringsbildet i Norge er at disse evidensbaserte tiltakene i for liten grad når ut til de som kunne hatt nytte av dem. Det kan ut fra kunnskap om andel ungdom som strever med atferdsproblemer holdt opp mot antall ungdom og familier som mottar evidensbaserte tiltak, legges til grunn at en svært liten andel av den potensielle målgruppen mottar evidensbaserte tiltak i Norge. I en rapport fra FHI beregnes forekomsten av atferdsproblemer hos barn og unge til ca. 3,5 %. Det var imidlertid bare 0,41 % av barn og unge som mottok hjelpetiltak for atferdsproblemer i løpet av et år. I rapporten konkluderes det med at «Likevel er avviket mellom denne summen [0,41 % red.anm.] og den beregnende prevalensen såpass stort at det er rimelig å anta at mange barn som har atferdsforstyrrelser eller som står i fare for å utvikle atferdsforstyrrelser ikke får noen form for hjelp» (Skogen & Torvik, 2013). En klar anbefaling som fremkommer av de presentasjoner som ble utarbeidet for ekspertkonferansen og fra deltakere i referansegruppen er derfor at man sørger for at de tiltakene som allerede finnes i Norge i mye større grad når ut til målgruppen. Det er også en bekymring for at metodefrihet i kommunene innebærer at dokumentert effektive tiltak kan velges bort til fordel for udokumenterte. Forebygging og behandling av barn med alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet er komplisert og krevende. Vi har sett at for mange av barna handler det om vanskelige oppvekstforhold, utrygghet og manglende tillit til voksne og systemene de representerer. Forfattergruppen mener derfor det er utrygt og uetisk å sette i gang med tiltak som ikke er grundig evaluert.

I møtet med referansegruppen ble det påpekt at det er en utfordring å bygge opp og tilby tiltakene i deler av landet med spredt bosetning og lange avstander. Tiltakene er i dag hovedsakelig implementert innen statlig regionalt barnevern. For å nå ut til en større del av målgruppen, bør det vurderes om de hjemmebaserte tiltakene også kan implementeres innen andre systemer som familievern og psykisk helsevern. Representanter i referansegruppen var videre bekymret for økonomiske barrierer for anvendelsen av metodene. I ny barnevernslov som kommer i 2022 vil det legges inn en ordning med økte egenandeler for kommunene for bruk av spesialiserte hjelpetiltak som MST og FFT. En bekymring er at noen kommuner vil velge bort evidensbaserte tiltak på grunn av økonomi. Et slikt scenario er svært uheldig. Kommuner med anstrengt økonomi har kanskje større og ikke mindre utfordringer med familier som strever. På sikt kan «billige» ad hoc-tiltak og tiltak som ikke er evaluert bli mer kostbart for samfunnet enn systematiske, evidensbaserte tiltak av god kvalitet.

### 6.11 Utdanningsbehov

Flere av anbefalingene i denne rapporten innebærer at de som arbeider med barn og unge med atferdsproblemer og kriminalitet må ha god og relevant utdanning. Alle som arbeider tett på barn og unge i denne gruppen må ha inngående kjennskap til FNs barnekonvensjon og hva denne innebærer for hvordan den enkelte utøver sin gjerning. Det er behov for god kunnskap om risikofaktorer og hva som kan ligge til grunn for atferden som barnet viser. Det er også behov for kunnskap om normal utvikling hos barn og at uvanlig utvikling kan ha flere mulige forklaringer: som vanskelige eller farlige familie-, bo- og oppvekstforhold, men også utviklingsvansker og medfødte tilstander. Noen ganger foreligger begge deler. Blant fagpersoner (og ufaglærte) som er involvert i gjennomføringen av tiltak er det nødvendig med grundig opplæring i tiltaket, inkludert begrunnelser for de ulike elementene, slik at den enkelte har full forståelse for metoden og hvorfor den må gjennomføres på en bestemt måte/rekkefølge. For mange av tiltakene kreves sertifisering. I gjennomføringen av tiltak må det i tillegg gjennomføres løpende veiledning og evaluering



av om tiltaket gjennomføres som det skal og om barnet ivaretas på best mulig måte, inkludert sine rettigheter.

## 6.12 Anbefalinger

Her følger en oversikt over anbefalinger som fremkommer i diskusjonen i dette kapittelet og i de foregående kapitlene. Begrunnelsen for anbefalingene er å finne i foregående tekst.

- FNs barnekonvensjon må ligge til grunn i all behandling av barn og i alle tiltak som berører barn. Barn skal få informasjon om forhold som angår dem, og høres i saker som angår dem. Det betyr blant annet at voksne skal legge til rette for at informasjon blir gitt i en form som barn forstår, og at barn kan snakke trygt om det som er viktig i saker som angår dem.
- Familiebaserte tiltak må ikke settes i gang før det er gjennomført en grundig kartlegging av familieforhold og relasjoner der barns erfaringer blir hørt på en trygg måte. Eventuelle vanskelige forhold i hjemmet må avdekkes før tiltaket settes i gang, slik at tiltaket kan tilpasses familiens situasjon og unngå at barnet får det vanskelig.
- Retningslinjer fra National Institute of Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannia om identifisering og behandling av alvorlige atferdsvansker hos barn (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/1-Recommendations>) bør oversettes til norsk, tilpasses og gjøres tilgjengelige for alle relevante instanser i Norge.
- Retningslinjene inneholder også generelle prinsipper som skal sikre forsvarlig og etisk behandling av barn, som er i tråd med FNs barnekonvensjon.
- Alle tiltak som vurderes implementert i Norge må være prøvd ut og evaluert i Norge eller Skandinavia og ha dokumentert effekt i tråd med eller tilsvarende Ungsinns krav om dokumentasjonsgrad på nivå 4 – Tilfredsstillende dokumentasjon på effekt, eller 5 – Sterk dokumentasjon på effekt.
- Tiltak og behandling rettet mot forebygging av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet må bygge på et multisystemisk perspektiv der barnet og familien, men også skole, venner og nærmiljø er inkludert.
- Tiltak med best dokumentasjon på effekt i å forebygge at barn med store atferdsproblemer begynner med kriminalitet (selektert nivå) er implementert i Norge i dag. Dette er Parent Management Training Oregon (PMTO), De utrolige årene (DUÅ) og Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Det anbefales økt satsing på disse tiltakene, inkludert å gjøre dem tilgjengelig for flere.
- To familiebaserte tiltak med god dokumentasjon på effekt i å forebygge at barn som har begått lovbrudd kommer inn i en kriminell løpebane (indikert nivå) er implementert i Norge. Disse er Multisystemisk terapi (MST) og Funksjonell familieterapi (FFT). Det anbefales økt satsing på og videreutvikling av disse tiltakene, inkludert å gjøre dem tilgjengelig for flere.
- Behandlingstilbudet i institusjon for barn med alvorlige atferdsproblemer inkludert kriminalitet må styrkes. Metoder for behandling i institusjon må være evidensbasert, og det er vesentlig at rammene rundt barn i institusjon er trygge og

gode. Tiltak som MultiFunc eller tilsvarende, som er implementert i Norge noen steder, anses som lovende og bør videreutvikles og forskes på.

- Behandlingshjem, kjent under navnet Treatment Foster Care Oregon (TFCO), er implementert i Norge og Sverige. Programmet, som ligger mellom institusjonsbehandling og fosterhjem, er evaluert i Sverige med god dokumentasjon på effekt. Tilbudet bør videreutvikles og evalueres i Norge, og i større grad gjøres tilgjengelig som et mindre inngripende alternativ til institusjon.
- Det er iverksatt institusjons- og hjemmebaserte tiltak i Norge basert på DBT-metodikk, med pågående følgeforskningsprosjekt. Det anbefales at effekten av tiltakene på atferdsproblemer og kriminalitet evalueres nærmere.
- Universelt forebyggende tiltak med sterk dokumentasjon på effekt som er implementert i Norge bør videreføres og tilbys over hele landet. Det finnes også internasjonalt evaluerte tiltak som er dokumentert effektive i for eksempel Blueprints for healthy youth development (blueprintsprograms.org) som kan vurderes å prøves ut i Norge.
- Fokus på å opprettholde tilknytning til skolen og legge til rette for gjennomføring av hele skoleløpet gjennom videregående skole bør være en integrert del av alle tiltak og behandling.
- Strukturelle og miljørettede tiltak, som tiltak mot barnefattigdom, styrking av barnehagekvalitet, og satsing på skole og lærere som bidrar til at utsatte barn fullfører videregående skole må være høyt prioritert sammen med de personrettede tiltakene.
- Fokus på implementering må vektlegges når tiltak og programmer settes i verk i en organisasjon. Implementering må forstås som en kontinuerlig prosess og innebærer god administrativ forankring, god ledelse og tilstrekkelig med ressurser for å sikre kompetanse og kvalitet. Kvalitet i implementeringen sikres best gjennom kontinuerlig opplæring, veiledning og evaluering.
- Det må sikres god koordinering av tiltak mellom ulike instanser, etater og sektorer som er involvert i et barn, som for eksempel barnevern, skole, PP-tjenesten, helsetjenesten, politi og kriminalomsorgen.
- Alle som arbeider med barn og unge må ha relevant utdanning, ha god opplæring i FNs barnekonvensjon og kunnskap om hvordan prinsippene i konvensjonen nedfelles i praksis. God kunnskap om en oversatt og tilpasset versjon av NICE Guidelines om barn og unge med atferdsproblemer bør være obligatorisk. Alle som arbeider med behandlingsprogrammer må ha god opplæring i programmene og ha nødvendige sertifiseringer.

Det er stort behov for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget på tematikken på mange nivåer og innen mange undertema. Blant disse er mer kunnskap om hvorfor noen barn som vokser opp under belastende betingelser (barn i risiko / utsatte barn) begynner med kriminalitet mens andre ikke gjør det. Det er også behov for mer kunnskap om effekt av strukturelle tiltak på forekomst av kriminalitet, og om de relative bidrag fra strukturelle og personrettede tiltak. I tillegg er det gjennom denne rapporten identifisert behov for videre forskning på følgende temaer:

- Betydningen av barns medvirkning og barns perspektiv på effekt av tiltak og behandling, inkludert evaluering av tiltak med berørte barn som informanter.
- Etablere oversikt over gode og relevante internasjonale kartleggings- og vurderingsverktøy for risiko- og beskyttelsesfaktorer til bruk i Norge, og utvikle nye verktøy dersom gode alternativer mangler.
- Kartlegge forekomst, årsaksforhold og utviklingsforløp av såkalte «callous and unemotional» (CU)-trekk (hard og ufølsom), samt utvikle og forske på effektive tiltak for denne gruppen.
- Evaluere effekt av Traumefokusert kognitiv atferdsbehandling (TF-CBT) på atferdsproblemer og kriminalitet.
- Etablere og/eller evaluere egnede effektive rusforebyggende tiltak rettet mot ungdom i 13-18 års alderen.
- Etablere og evaluere egnede og effektive tiltak for unge voksne med alvorlige atferdsproblemer, inklusive kriminalitet.
- Evaluere effekt av straffereaksjoner og innhold i ungdomsstraff og ungdomsoppfølging på gjentakelse og forekomst av kriminalitet.

## Referanser

Aarons, G.A. & Sawitzky, A.C. (2006). *Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33, 289-301.

Allen, F. A. (1981). *The decline of the rehabilitative ideal: Penal policy and social purpose*. New Haven, CT: Yale University Press.

Amlund Hagen, K. & Christensen, B. (2010). *Atferdsproblemer hos ungdom: Utvikling, risikofaktorer og behandling*. I: Sårbare unge: Nye perspektiver og tilnærminger. Gyldendal Akademisk.

Andrews, T. M. & Eide, A. K. (2019) *Mellom hjelp og straff - fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?* Nordlandsforskning, rapport 2/2019.

Anstorp, T. & Benum, K. (red.) (2014). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.

Ardino, V. (2012). *Offending behaviour: the role of trauma and PTSD*. European Journal of Psychotraumatology, 3(1). doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18968.

Askeland, E, Apeland A., Solholm, R. (2014). *PMTO. Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Askeland, I. R., Jensen, M., & Moen, L. H. (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd*. Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress – NKVTS. Rapport 1/2017.

Bakken, A. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 16/20. Oslo: NOVA, OsloMet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Tiltak i barnevernet.

[https://bufdir.no/Barnevern/Tiltak\\_i\\_barnevernet/Metoder/](https://bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/)

BarnUnge21. (2020). Delrapport forskning. Norges forskningsråd. Hentet fra:

<https://www.barnunge21.no/siteassets/1-delrapport-forskning.pdf>.

Bjørnebekk, G. & Kjøbli, J. (2016). *Observed callousness as a predictor of treatment outcomes in parent management training*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 22, 59-73.

Blueprints. Vurdering av MST-PSB. Tilgjengelig fra:

<https://www.blueprintsprograms.org/programs/849999999/multisystemic-therapy-problem-sexual-behavior-mst-psb/>.

Blumstein, A., Cohen, J., Roth, J., & Visher, C. (Eds.). (1986). *Criminal careers and "career criminals"*. Washington D.C.: National Academy Press.

Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. (1990). *Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34, 105–113.

- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). *A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 26–37.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss v. 3* (Vol. 1). Random House.
- Calkins, S. D. & Keane, S. D. (2009). *Developmental origins of early antisocial behavior*. *Development and Psychopathology*, 21, 1095-1109.
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M., & Little, T. D. (2008). *Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment*. *Child Development*, 79, 1185-1229.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., Moffitt, T. E. (2016). *Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden*. *Nature Human Behaviour*, 1(1).
- Cdc.gov. Center for Disease Control and Prevention – Violence Prevention. USA. Tilgjengelig fra: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingACES.pdf>.
- Christie, N. (2015). *Widening the net*. *Restorative Justice: An International Journal*, 3(1), 109-113. <https://doi.org/10.1080/20504721.2015.1049876>.
- Cohen, A. J., Berliner, L., Mannarino, A. P. (2010). *Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problem*. *Child Abuse & Neglect*, 34, 215-224
- Cohen, A. J., Mannarino, A. P, Jankowski, K., Rosenberg, S., Kodya, S., and Wolford, G. L. (2016). *A Randomized Implementation Study of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Adjudicated Teens in Residential Treatment Facilities*. *Child Maltreatment*, 21(2), 156–167. doi:10.1177/1077559515624775.
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Kriminalomsorgens høgskole og utdanningsssenter KRUS. Prosjektrapport 2014-1.
- Deloitte (2019). *Kartlegging av institusjonstilbud i Norge og utvalgte europeiske land*. Rapport. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00005108>
- Dishion, T.J., & Patterson, G.R. (2006). *The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents*. In D.Cicchetti & D.J. Cohens (Eds.), *Developmental psychopathology*. Vol 3: Risk disorder and adaptation, (pp 503-541). New York: Wiley.
- Duncan, G. J. & Magnuson, K. (2011). *The nature and impact of early achievement skills, attention skills, and behavior problems*. In G. J. Duncan & R. J. Murnane (Eds.): *Whither opportunity? Rising inequality, schools, and children's life chances* (pp. 47-70). New York: Russell Sage Foundation.
- Dutton, D. G. (2000). *Witnessing Parental Violence as a Traumatic Experience Shaping the Abusive Personality*. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 59-67, DOI: 10.1300/J146v03n01\_05.
- Eide, A. K., Andrews, T., Strømsvik, C. L. & Gustavsen, A. (2016). *Stemmer «kartet» med «terrenget?»: Underveisrapport fra en følgeevaluering av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging*. Bodø: Nordlandsforskning.

EIF (2015). *What works to prevent gang involvement, youth violence and crime: A rapid review of interventions delivered in the UK and abroad*. Rapport. Early Intervention Foundation, Storbritannia. Tilgjengelig fra: <https://www.eif.org.uk/report/what-works-to-prevent-gang-involvement-youth-violence-and-crime-a-rapid-review-of-interventions-delivered-in-the-uk-and-abroad>.

EIF (2015). *Preventing gang and youth violence: A review of risk and protective factors*. Rapport. Early Intervention Foundation, Storbritannia. Tilgjengelig fra: <https://www.eif.org.uk/report/preventing-gang-and-youth-violence-a-review-of-risk-and-protective-factors>.

Eisner, M. P., & Malti, T. (2015). *Aggressive and violent behavior*. Handbook of child psychology and developmental science, pp. 1-48.

Essau CA, Sasagawa S, Frick PJ. (2006). *Callous-Unemotional Traits in a Community Sample of Adolescents*. *Assessment*;13(4):454-469.

Fairchild, G., van Goozen, S. H. M., Calters, A. J., & Goodyer, I. M. (2013). *Research review: Evaluating and reformulating the developmental taxonomic theory of antisocial behavior*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 924-940.

Feld, B. (1999). *Bad kids: Race and the transformation of the juvenile court*. New York, NY: Oxford University Press.

Ferguson, C. J. (2010). *Genetic contributions to antisocial personality and behavior: A meta-analytic review from an evolutionary perspective*. *The Journal of social psychology*, 150, 160-180.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H.A., & Holt, M. A. (2009). *Pathways to polyvictimization*. *Child Maltreatment*, 14, 316-329. doi:10.1177/1077559509347012

Fixsen, Blase & Van Dyke, (2019). *Implementation practice and Science*. Active Implementation Research Network. Chapel Hill.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature*. National Implementation Research Network. University of South Florida, Tampa, NC.

Folkehelseinstituttet (2018). *Hvilke tegn og signaler som kan observeres av personell i barnehage og skole kan ha sammenheng med omsorgssvikt? En systematisk oversikt over oversikter*. <https://www.fhi.no/publ/2018/hvilke-tegn-og-signaler-som-kan-observeres-av-personell-i-barnehage-og-skol/>.

Folkehelseinstituttet. (2020). *Tiltak for barn og unge med atferdsvansker eller som har begått kriminelle handlinger: en oversikt over systematiske oversikter*. Rapport.

Fontaine, N. M., McCrory, E. J., & Viding, E. (2018). *Genetic contributions to the development of psychopathic traits and antisocial behavior in youths*. *The Wiley Blackwell Handbook of Forensic Neuroscience*, 1, 481-506.

Fornes, I. (2016). *Ungdomsstraffens første år: En undersøkelse av ungdomsstraffens anvendelsesområde og innhold i straffartens første år*. *Tidsskrift for strafferett*, 16(3), 238-280.

- Fornes, I. (2018). *Straff av barn. Frihetsstraffene og alternativene*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Foulkes, L. & Blackmore, S.- J. (2016). *Is there heightened sensitivity to social reward in adolescence?* *Current Opinion in Neurobiology*, 40, 81-85.
- Fox BH, Perez N, Cass E, Baglivio MT, Epps N. (2015). *Trauma changes everything: examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders*. *Child Abuse and Neglect*; 46:163-73.
- Foy, D. W., Furrow, J., & McManus, S. (2011). *Exposure to violence, post-traumatic symptomatology, and criminal behaviors*. In V. Arдино (Ed.), *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence: A handbook of research and practice* (p. 199–210). Wiley-Blackwell.
- Friestad, C., & Hansen, I. L. S. (2004). *Levekår blant innsatte*. Oslo: FAFO.
- Galloway, T. A., & Skardhamar, T. (2010). *Does parental income matter for onset of offending?* *European Journal of Criminology*, 7(6), 424-441.
- Gjerum, B. & Ellertsen, B (red.) (2002). *Hjerne og atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og unge I et nevrobiologisk perspektiv...et skritt videre* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gutman, L. M., Joshi, H., Parsonage, M., & Schoon, I. (2018). *Gender-specific trajectories of conduct problems from ages 3 to 11*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 1467–1480
- Hafstad, G. S. & Augusti, E-M. (red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; Rapport nr. 4/2019.
- Hagen, K. A., Ogden, T. & Bjørnebekk, G. (2011). *Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems*. *Journal of clinical child and adolescent psychology* (Print) 2011, Volume 40.(2) s. 165-178.
- Hansen, I. L. S. H., Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge*. Fafo-rapport 2020:02.
- Helsedirektoratet (2018). *Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge*. Rapport. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal faglig retningslinje: Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>.
- Holmboe, M. (2016). *Reelt og informert samtykke til ungdomsstraff og ungdomsoppfølging*. *Tidsskrift for strafferett*, 16(3), 215-237.
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H., & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep. En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. (Rapport 6/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Dodge, K. A., Rutter, M., Taylor, A., & Tully, L. A. (2005). *Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems*. *Development and psychopathology*, 17(1), 67–84.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050042>

- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., Wentzel-Larsen, T. (2014). *A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with Therapy as Usual for Youth*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. DOI: 10.1080/15374416.2013.822307
- Jennings, W. G., & Reingle, J. M. (2012). *On the number and shape of developmental/life-course violence, aggression, and delinquency trajectories: A state-of-the-art review*. Journal of Criminal Justice, 40, 472-489.
- Johnson, V. A., Kemp, A. H., Heard, R., Lennings, C. J., & Hickie, I. B. (2015). *Childhood-versus adolescent-onset antisocial youth with conduct disorder; Psychiatric illness, neuropsychological and psychosocial function*. PLoS One, 10(4): e0121627. doi: 10.1371/journal.pone.0121627
- Kjøbli, J. (2017). *Atferdsvansker hos barn*. Kronikk. Forebygging.no. Tilgjengelig fra: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Global/Filer/Atferdsvansker%20hos%20barn.pdf>
- Kriminalomsorgen. *Barn og straff*. <https://www.kriminalomsorgen.no/barn-og-straff.237928.no.html>
- Kroneman LM, Hipwell AE, Loeber R, Koot HM, Pardini DA. (2011). *Contextual risk factors as predictors of disruptive behavior disorder trajectories in girls: the moderating effect of callous-unemotional features*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52(2):167-75.
- Konfliktrådet. *Unge lovbytere*. <https://www.konfliktraadet.no/unge-lovbytere.313365.no.html>.
- Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Waldman, I. D., Rodgers, J. L., D'Onofrio, B. M. et al. (2006). *Testing descriptive hypotheses regarding sex differences in the development of conduct problems and delinquency*. Journal of Abnormal Child Psychology, 34, 737-755.
- Lengua, L. J. (2002). *The contribution of emotionality and self-regulation to the understanding of children's response to multiple risk*. Child Development, 73, 144-161.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P., McCart, M., Chapman, J., & Saldana, L. (2009). *Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial*. Journal of Family Psychology, 23, 89-102.
- Letourneau, E.J., Henggeler, S. W., McCart, M.R., Borduin, C.M., Schewe, P., & Armstrong, K. S. (2013). *Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend*. Journal of Family Psychology, 27, 978-985.
- Lid, S. (2015). *Markant skifte i straff av ungdom*. Samfunnsspeilet, (2), 29-38.
- Lid, S. (2016). *Ungdom og straff på 2000-tallet - nye praksiser, kjente dilemmaer*. Sosiologi i dag, 46(3-4), 38-63.
- Lidén, H & Sandbæk, M. L. (2009). *Ungdomsgjenger – en kunnskapsstatus*. ISF-rapport 8/2009. Institutt for samfunnsforskning.
- Lillevik, O. G., Landmark, B., Stokvold, Ø. (2020). *Miljøterapi I barneverninstitusjoner. Juridiske, teoretiske og praktiske perspektiver*. Fagbokforlaget, Oslo.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2012) *From juvenile delinquency to adult crime: Criminal careers, justice policy, and prevention*. New York, NY: Oxford University Press.



- Lønnum, K., Hay, A., Sveinsson, Å., Thøgersen, D. Ervik-Jeannin, R., & Christensen, B. (2018). *En evidensbasert tiltakskjede for ungdom. En deskriptiv studie av problembelastning ved inntak i behandlingsprogrammene FFT, MST og TFCO*. Kontekst online, februar 2018. Hentet fra: <https://www.nubu.no/utgave-1/en-evidensbasert-tiltakskjede-for-ungdom-article3024-2506.html>.
- Lösel, F., & Farrington, D. P. (2012). *Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence*. *American journal of preventive medicine*, 43, S8-S23.
- Manuck, S. B., & McCaffery, J. M. (2014). *Gene-environment interaction*. *Annual Review of Psychology*, 65, 41-70.
- Mathys, C. (2017). Effective components of interventions in juvenile justice facilities: How to take care of delinquent youths? *Children and Youth Services Review*, 73, 319–327. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.01.007>
- Konfliktrådet, Sekretariatet for (2020). *Meklerhåndboka*. <https://www.konfliktraadet.no/getfile.php/4681319.2268.szqzi7atka7jml/Meklerh%C3%A5ndboka+2020.pdf>
- Miner, J. L., & Clarke-Stewart, K. A. (2008). *Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: relations with gender, temperament, ethnicity, parenting, and rater*. *Developmental psychology*, 44, 771.
- Moffitt, T. E. (1993a). *Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy*. *Psychological review*, 100, 674.
- Moffitt, T. E. (1993b). *The neuropsychology of conduct disorder*. *Development and psychopathology*, 5, 135-151.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). *Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years*. *Development and psychopathology*, 14, 179-207.
- Monahan, K., Steinberg, L., & Piquero, A. R. (2015). *Juvenile justice policy and practice: A developmental perspective*. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 44, pp. 577–619). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mullen, E., Streiner, D., (2004). *The evidence for and against evidence-based practice: Brief treatment and crisis intervention*. Oxford University Press, New York.
- Mulvey, E. P., & Schubert C. A. (2012). Youth in prison and beyond. In B. Feld & D. M. Bishop (Eds.), *The Oxford handbook of juvenile crime and juvenile justice* (pp. 843–870). New York, NY: Oxford University Press.
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/1-Recommendations>.
- NICHD (2004). *Trajectories of physical aggression from toddlerhood to middle childhood: Predictors, correlates, and outcomes*. Monographs of the Society for Research in Child Development, i-143.
- Nilsson, A. (2002). *Fånge i marginalen : uppväxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar*. Stockholm: Stockholms universitet.

Nordanger, D. Ø. & Baarud, H. C. (2014). *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i ny traumepsykologi*. Tidsskrift for norsk psykologforening. Vol 51, nummer 7, s. 530-536.

Norges forskningsråd (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss og hva slags hjelp trenger de?* Rapport.

NOU 2008: 15. *Barn og straff - utviklingsstøtte og kontroll*.

Ogden, T. (2010). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge. Evaluering og implementering av evidensbaserte programmer i Norge*. Doktoravhandling. Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Ogden, T. & Amlund Hagen, K. (2018). *Adolescent mental health. Prevention and intervention*, 2nd edition. Adolescence and Society series. Routledge, UK.

Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2008). *Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes*. *Development and psychopathology*, 20, 673-716.

Olweus, D., & Baraldsnes, A. (2016). *Olweusprogrammet mot mobbing og antisosial atferd*. I S. K. Ertesvåg, H. Eng, I. Frønes og J. Kjøbli (red.), *Inkludering og utvikling – førebyggende intervensjoner i barnehage og skule* (s.57-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Onyskiw, J. E. (2003). *Domestic violence and children's adjustment: A review of research*. *Journal of Emotional Abuse*, 3(1-2), 11–45. [https://doi.org/10.1300/J135v03n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J135v03n01_02).

Osgood, D. W. (2005). *Making sense of crime and the life course*. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 602(1), 196-211.

Oslo Economics (2017). *Samfunnsøkonomisk analyse av hjelpetiltak fra barnevernet*. OE-rapport 2017-1. Hentet fra: [https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Samfunnsokonomisk\\_analyse\\_av\\_hjelpetiltak\\_fra\\_barnevernet.pdf](https://bibliotek.buudir.no/BUF/101/Samfunnsokonomisk_analyse_av_hjelpetiltak_fra_barnevernet.pdf).

Pasalich DS, Dadds MR, Hawes DJ, Brennan J. (2011). *Do callous-unemotional traits moderate the relative importance of parental coercion versus warmth in child conduct problems? An observational study*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 52(12):1308-15

Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1975). *A social learning approach to family intervention: Families with aggressive children* (Vol. 1): Castalia Publishing Company.

Paulsen, V., Wendelborg, C., Riise, A., Berg, B., Tøssebro, T., & Caspersen, J. (2020). *Ettervern- en god overgang til voksenlivet? Helhetlig oppfølging av ungdom med barnevernerfaring*. Rapport. NTNU Samfunnsforskning.

Paus, K. K. (2017). *Restorative Justice in Norway, Values and Practices at a Crossroad/Justicia restaurativa - valores, metas y retos*. I I. Nafstad & K. Papendorf (Red.), *Restorative processes from Oslo to Havana and back: discussions on implementing and strengthening restorative justice processes in Cuba and Norway/Los procesos restaurativos en Oslo y la Habana: Experiencias y diálogos teóricos acerca de la justicia restaurativa en Cuba y Noruega* (s. 23-56/23-58). Oslo: Novus.

- Paus, K. K. (2018). *The National Mediation Service—A Top-down Grassroots Movement?* Federal Sentencing Reporter, 31(1), 37-47. <https://doi.org/10.1525/fsr.2018.31.1.37>.
- Porsch, R. M., Middeldorp, C. M., Cherny, S. S., Krapohl, E., Van Beijsterveldt, C. E., Loukola, A., . . . Rhee, S. (2016). *Longitudinal heritability of childhood aggression*. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 171, 697-707.
- Putallaz, M., & Bierman, K. A. (Eds.) (2004). *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and a model for intervention*. Washington DC: American Psychological Association.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (red. 2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Rescola, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). *Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75Re, 351–358.
- Revold, M. K. (2015). *Innsattes Levekår 2014. Før, under Og Etter Soning*. Statistisk sentralbyrå. Rapport 47/2015.
- Rhee, S. H., & Waldman, I. D. (2002). *Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies*. Psychological Bulletin, 128, 490.
- Rhoden, M.-A., Macgowan, M. J., & Huang, H. (2019). *A Systematic Review of Psychological Trauma Interventions for Juvenile Offenders*. Research on Social Work Practice, 29(8), 892–909. <https://doi.org/10.1177/1049731518806578>.
- Runhovde, S. R. & Skjevraak, P. E. (2018). *Kriminalitetsforebygging på norsk – En kunnskapsoversikt*. Rapport. Oslo: Politihøgskolen.
- Sameroff, A. (1975). *Transactional models in early social relations*. Human development, 18, 65-79.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1997). *A life-course theory of cumulative disadvantage and the stability of delinquency*. In T. P. Thornberry (Ed.), *Developmental theories of crime and delinquency* (Vol. 7, pp. 133-162). New Brunswick and London: Transaction publishers.
- Sandøy, T. A. (2019). *Beyond personal reform: Adolescent drug-law offenders and the desistance process*. Punishment & Society, 21(5), 578-595.
- Sandøy, T. A. (2020). *Alternative (To) Punishment: Assessing Punishment Experiences in Youth Diversion Programmes*. The British Journal of Criminology.
- SBU. (2018). *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. Rapport. Hentet fra: <https://www.sbu.se/contentassets/80995faf274d4cd7b93b604eed8935d8/behandlingsfamiljer-for-ungdomar-med-allvarliga-beteendeproblem.pdf>.
- Sheidow, A.J., McCart, M.R., & Davis, M. (2016). *Multisystemic therapy for emerging adults (MST-EA) with serious mental health conditions and criminal justice involvement*. Cognitive and Behavioral Practice, 23 (3) 356–367. DOI: 10.1016/j.cbpra.2015.09.003.

- Shields, A. & Cicchetti, D. (1998). *Reactive Aggression among Maltreated Children: The Contributions of Attention and Emotion Dysregulation*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 381-395.
- Schoenmacker, G. H., Sakala, K., Franke, B., Buitelaar, J. K., Veidebaum, T., Harro, J. m.fl. (2020). *Identification and validation of risk factors for antisocial behavior involving police*. *Psychiatry Research*, 291, 113208.
- Silberg, J., Moore, A. A., & Rutter, M. (2015). *Age of onset and the subclassification of dissocial disorder*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 826–833.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., Rutter, M. (2004). *Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life*. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.118>.
- Skardhamar, T. (2003). *Inmates' Social Background and Living Conditions*. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 4(1), 39-56.
- Skardhamar, T. (2004). *Noen få veier tungt i kriminalitetsbildet*. *Samfunnsspeilet* (3), 25-31.
- Skippervik, L. J. B. (2019). *Barnevernstiltak i straffegjennomføring – eit ukomplisert samspel?* *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 17(4), 323-344. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2019-04-0>.
- Skogen, J.C. og Torvik, F.A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Rapport. Folkehelseinstituttet.
- Smith C. A., Ireland, T. O., & Thornberry, T. P. (2005). *Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior*. *Child Abuse and Neglect*, 29(10), 1099-1119. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.02.011.
- Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C., & Patterson, G. R. (2014). *Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry*. *Development and psychopathology*, 26(4 Pt 1), 917–932. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000169>
- SOU. (2014). *Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga – delbetänkande*. SOU 2014:3.
- Statistisk sentralbyrå. Ssb.no: *Sjeldnere dom og fengsel til ungdom*. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sjeldnere-dom-og-fengsel-til-ungdom>. Lest 16.9.20.
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Sætre, M., Hofseth, C., & Kjenn, B. (2018). *Trender i kriminalitet 2018-2021*. Oslo politidistrikt. Tilgjengelig fra: <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/kriminalitetsutvikling/trendrapport-oslo-2018---2021.pdf>.
- Sørli, M.-A., Idsoe, T., Ogden, T., Olseth, A. R., & Torsheim, T. (2018). *Behavioral trajectories during middle childhood: Differential effects of the School-Wide Positive Behavior Support model*. *Prevention Science*, 19, 1055-1065.

Sørli, M.-A, Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A.R. (2010). *Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke. En oversikt.* Tidsskrift for norsk psykologforening, 47 (4), 315-321.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development.* Brunner/Mazel.

Ttofi, M.M., Farrington, D.P., Lösel, F. (2012). *School bullying as a predictor of violence later in life: a systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies.* Aggressive and Violent Behavior. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.05.002>.

Ungdata: [www.ungdata.no](http://www.ungdata.no). Lest 29.6.2020.

Walters, G. D., & Ruscio, J. (2013). *Trajectories of youthful antisocial behavior: categories or continua?* Journal of Abnormal Child Psychology, 41, 653-666.

Weare, K., & Nind, M. (2011). *Mental health promotion and problem prevention in schools. What does evidence say?* Health Promotion International, 26, S, i29-i69.

Whittaker, J. K., Bellonci, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Holden, M., Zeira, A. (2016). *Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care.* Residential Treatment for Children and Youth, 33(2), 89-106. doi:10.1080/0886571X.2016.1215755.

Wolfgang, M. E., Figlio, R. M., & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a birth cohort Chicago:* The University of Chicago Press.

Wright, C., Catty, J., Watt, H., Burns, T. (2004). *A systematic review of home treatment services.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39 (10), 789-796.

Zahn-Waxler, C., Schirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). *Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology.* Annual Review of Clinical Psychology, 4, 275-303.

Zehr, H. (2008). *Genopprettende ret: en lille bog om ret, uret og retfærdighed* (J. B. Rosenberg, Overs.). København: Akademisk Forlag

Zimring, F. E. (1998). *American youth violence.* New York, NY: Oxford University Press.

Åström, T., Bergström, M., Håkansson, K., Jonsson, A. K., Munthe, C., Wirtberg, I., Wiss, J., & Sundell, K. (2019). *Treatment Foster Care Oregon for Delinquent Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Research on Social Work Practice, 1049731519890394. doi:10.1177/1049731519890394.

## Vedlegg

### Skriftlige bidrag fra inviterte foredragsholdere til ekspertkonferansen.

Skardhamar, T.: Begynnende kriminelle løpebaner: Hva viser kriminalstatistikken?	1
Holmboe, M.: Reaksjonsformer – hvordan møter vi unge som bryter loven?	15
Feld, B.: Changing Conceptions of Adolescents' Competence and Culpability	26
Bierman, K.L.: Multi-tiered Home-School Programming to Prevent Antisocial Behavior in High-risk Children: The Fast Track Program Findings	61
Reedtz, C.: Implementering: Hva, hvorfor og hvordan?	70
Frick, P.J.: Developmental Pathways to Delinquency: Implications for Risk and Needs Assessment	74
Chorpita, B.F.: Coordinated Systems for Evidence Based Practice	82
Borduin, C.: Multisystemic Therapy: Effective Components and Their Implications for Broader Practice	86
Bergstrøm, M.: Treatment Foster Care Oregon for Delinquent Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis.	95
James, S.: Promising Program Models and Evidence-based Treatments in Therapeutic Residential Care	101
Holt, T.: Traumer hos unge med problematferd: Hva sier litteraturen, og betydning for tiltak.	112
Aarons, G.A.: Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) to Improve Care in Systems and Organizations	122

# Begynnende kriminelle løpebaner: Hva viser kriminalstatistikken?

Torbjørn Skardhamar

## Innledning

Det er mange som begår lovbrudd en eller annen gang i livet uten at deres livsstil av den grunn er preget av kriminalitet. Det er derimot en mindre gruppe som begår en god del kriminalitet over tid, og disse kan vi si at er inne på en kriminell løpebane i større eller mindre grad. De mest aktive utgjør en vesentlig større utfordring for både politi og andre instanser, men det er grunn til å tro at de også har mye problemer selv. Vi skal her se nærmere på hvor mange som blir registrert i politiets registre og hvor mange ganger det skjer, og hvordan dette henger sammen med debutalder. Siden kriminalitet også varierer sterkt med alder skal vi først se på nettopp alderskurven og i hvilke aldersgrupper som dominerer kriminalitetsbildet.

## Registrert kriminalitet og kriminalstatistikk – hva måles?

Kriminalstatistikken er på sett og vis den viktigste kilden til kunnskap om det norske kriminalitetsbildet ved at den er omfattende, detaljert og publiseres jevnlig. Det er imidlertid ikke helt det samme som den faktiske kriminaliteten i samfunnet fordi ikke all kriminalitet oppdages eller anmeldes. Det er heller ikke alle anmeldte forhold som etterforskes videre, og heller ikke alt blir oppklart.

Statistikk over anmeldte lovbrudd brukes ofte til å si noe om forekomst av lovbrudd i samfunnet, da denne statistikken i mindre grad blir påvirket av f.eks. politiets ressurser og prioriteringer. Ved anmeldelsestidspunktet finnes det derimot ikke sikker informasjon om gjerningsperson nettopp fordi lovbruddet ikke er etterforsket. Statistikken over ferdig etterforskede lovbrudd gir oss derimot oversikt over oppklarte lovbrudd, og da finnes det også tilgjengelig informasjon om gjerningsperson slik som alder og kjønn. Det gir oss mulighet til å analysere kriminalitetsbildet etter alder, og følge folk over tid for den delen av kriminaliteten som blir anmeldt, etterforsket og oppklart.

Det følgende vil gi et overblikk over hvordan registrert kriminalitet varierer med alderen, basert på SSBs offisielle statistikk. Deretter følger beskrivelse av *individens* kriminelle løpebaner, basert primært på grunnlagsmaterialet for oppklarte lovbrudd.

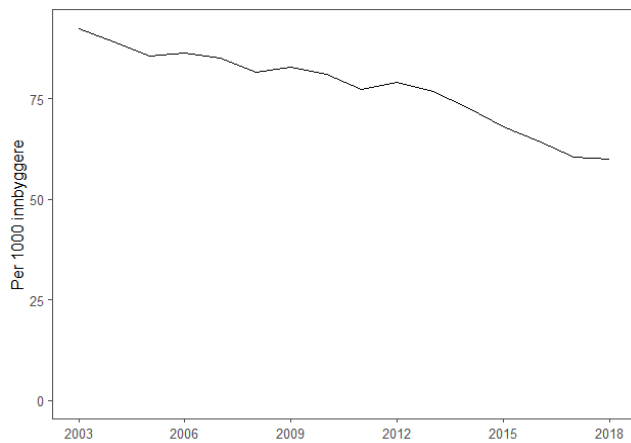
## Kriminalitetsbildet fra offisiell statistikk

Figur 1 viser antall anmeldte lovbrudd per 1000 innbyggere, og totalt sett har kriminaliteten gått ned i Norge de siste 15 årene. Den utviklingen er ikke nødvendigvis lik for spesielle underkategorier av lovbrudd, og behøver heller ikke gjelde for grupper av gjerningspersoner (f.eks. etter alder og kjønn). Figur 2 illustrerer nettopp dette poenget: Nedgangen i den aggregerte kriminalitetsraten er drevet frem først og fremst av nedgang i tyveri som er den største lovbruddskategorien. Den sammen figuren viser også noen utvalgte lovbruddstyper der ratene ligger nokså stabilt i perioden.<sup>1</sup>

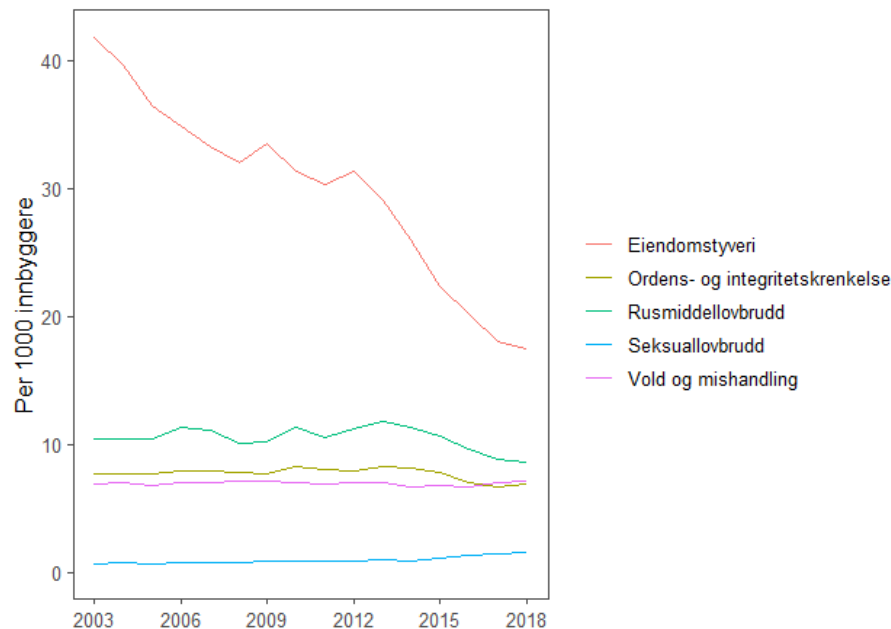
---

<sup>1</sup> Jeg forstår det slik at Frøylands innlegg vil vise noe mer trender for ungdomskriminalitet også for kriminalstatistikk, så jeg går ikke inn på det som sådan her.

Figur 1 Anmeldte lovbrudd per 1000 innbyggere, 2003 - 2018



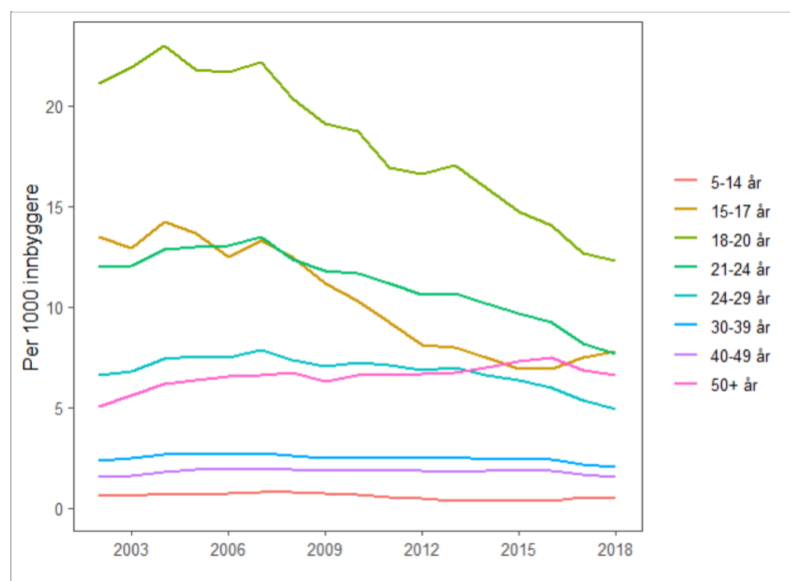
Figur 2 Anmeldte lovbrudd per 1000 innbyggere, etter lovbruddstype, 2003 - 2018



Mens den generelle kriminalitetsutviklingen er stabil eller nedadgående er ikke nødvendigvis utviklingen den samme for aldersgrupper. For å si noe om gjerningspersoner må man bruke tall fra ferdig etterforskede lovbrudd med siktet person. Figur 4 viser tidsserie for siktelser per 1000 innbyggere fordelt etter aldersgrupper. Hovedbildet er nedgang eller stabil utvikling, men det er en jevn økning for gruppen over 50 år. For aldersgruppen 15-17 år er det en antydning til økning siste par år, men nivået i 2018 er likevel omtrent det samme som i 2011.



Figur 3 Siktete for lovbrudd totalt fordelt etter aldersgrupper. Per 1000 innbyggere. 2002-2018



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalstatistikk, tabell 09415 og Befolkningsstatistikk, tabell 07459

Figur 4 viser tilsvarende tall for siktete bare for de fire yngste aldersgruppene, men fordelt på utvalgte lovbruddstyper. Merk at de fire figurene har ulik skala på y-aksen, hvilket reflekterer hvor ofte hver lovbruddstyper forekommer.

For alle fire aldersgrupper er det en reduksjon i eiendomstyveri i perioden for alle aldersgruppene, men særlig for aldersgruppene 15-17 og 18-20 år der ratene var høyest i utgangspunktet. Siden eiendomstyveri er en av de største hovedlovbruddstypene, er dette den typen lovbrudd som har størst betydning for den overordnede trenden vist i Figur 3. Det kan se ut som om reduksjonen flater ut for gruppen 15-17 år de siste årene, med en liten økning siste to år.

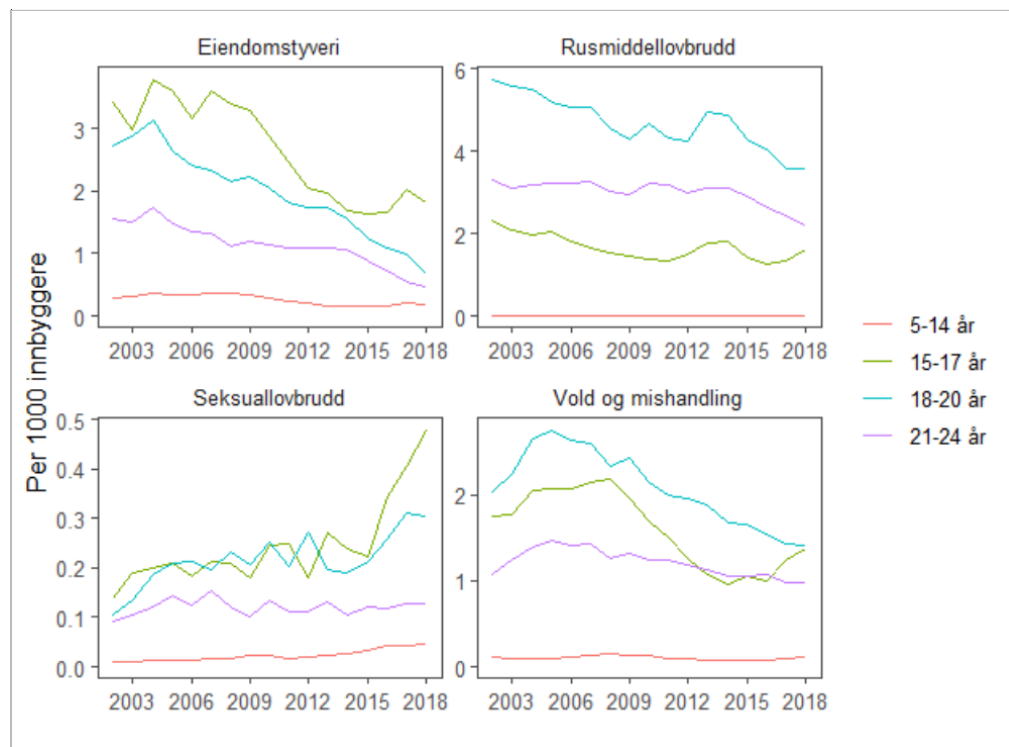
Fra 18 år er det rusmiddellovbrudd som er den hyppigst forekommende lovbruddstypen, derav narkotikalovbrudd (bruk og besittelse) utgjør en stor andel. For de eldste aldersgruppene her er det en nedgang i perioden, mens for de yngre ligger nivået nokså stabilt med tall nærme null.

Seksuallovbrudd er få i antall sammenlignet med de andre lovbruddstypene og tallene er dermed også noe mer følsomme for svingninger. For aldersgruppen 21-24 år ligger tallene nokså stabilt i perioden, mens det er en økning i de andre aldersgruppene, og da særlig for gruppen 15-17 år de to siste årene. All registrert kriminalitet påvirkes av i anmeldelsestilbøyelighet, men det er grunn til å tro at tallene for seksuallovbrudd påvirkes noe mer enn andre typer lovbrudd. Anmeldelser av seksuallovbrudd skjer ofte en stund etter hendelsen, og tidspunktet for anmeldelse kan påvirkes vesentlig av bl.a. oppmerksomhet rundt problemet i medier. De senere år har det vært stort fokus på overgrep og det er mulig det kan ha medført flere anmeldelser med etterfølgende siktelser. I hvilken grad dette slår ut i akkurat disse tallene er imidlertid usikkert, men i så fall slår det ut sterkere for ungdom 15-18 år og i liten grad 21-24 år.

For vold og mishandling er hovedbildet en stabil utvikling for aldersgruppene 5-14 år og 21-24 år. For de to andre aldersgruppene er det en nedgang i perioden, men med tegn til oppgang de siste par årene for gruppen 15-17 år.

Det overordnede bildet når det gjelder det registrert ungdomskriminalitet er preget av stabilitet og nedgang. Unntaket er seksuallovbrudd.

Figur 4 Siktete for utvalgte lovbruddstyper etter aldersgrupper, årene 2002 - 2018

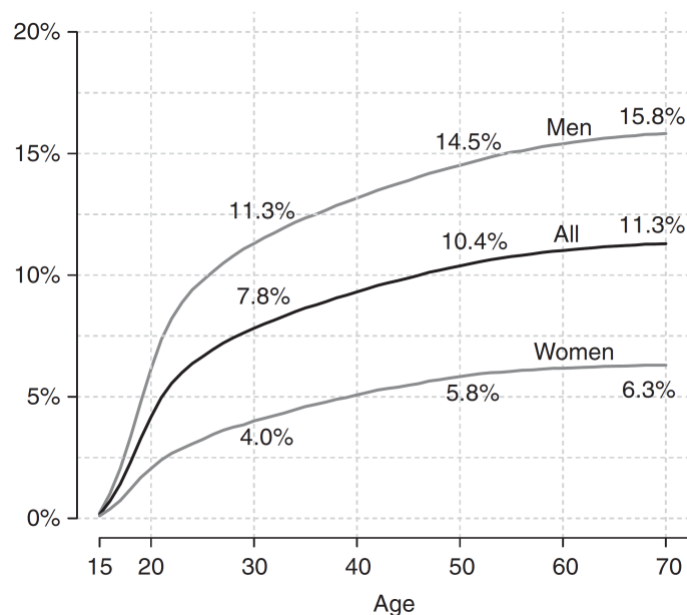


Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalstatistikk, tabell 09415 og Befolkningsstatistikk, tabell 07459

Når man rapporterer tall i per 1000 innbyggere i et enkelt år får man lett inntrykk av at lovbrudd forekommer sjeldent i befolkningen. Hvis man ser over et lengre tidsrom vil det derimot være en god del flere personer som begår kriminalitet. En rekke selvrapporteringsstudier angir at en ganske høy andel av befolkningen har begått lovbrudd noen gang. Majoriteten av disse lovbruddene vil være av lite alvorlig karakter, men selv hvis det begrenses til alvorlige lovbrudd forekomsten være relativt høy. For eksempel viser en engelsk studie at den estimerte andelen straffede menn var 33 prosent innen 46 år (Prime, White, Liriano, & Patel, 2001), og i en svensk studie var andelen 38 prosent innen 30 år (Stattin, Magnusson, & Reichel, 1989).

Figur 5 viser en beregning av hvor mange man kan forvente vil motta minst en straffereaksjon i løpet av livet, basert på fremskrivningsteknikker (Skardhamar, 2014). Det er her benyttet kun straffereaksjoner for forbrytelser (dvs. de mer alvorlige lovbruddene etter gammel straffelov som gjaldt frem til 2015). Innen fylte 30 år forventes nesten 8 prosent av befolkning å ha en straffereaksjon mot seg, mens andelen for menn vil være høyere: 11 prosent. Innen fylte 50 år kan vi forvente at 10 prosent av befolkningen vil ha fått minst en slik straffereaksjon mot seg, mens andel blant menn vil være litt under 15 prosent.

Figur 5 Forventet andel av befolkningen straffet noen gang. Kumulative andeler etter alder. Fremskrevet etter aldersspesifikke rater i 2008



Kilde: Skardhamar (2014)

Gjerningspersoner har en nokså markant profil når det gjelder alder og kjønn. Figur 6 viser aldersfordelingen for gjerningspersoner i oppklarte saker, fordelt på menn og kvinner. Kjønnforskjellen er markant. I alle aldre er kvinner i mindretall, slik at de registrerte lovbrøtterne i all hovedsak er menn. Ikke alle siktede blir straffet eller fengslet, og kvinneandelen er enda lavere blant straffede<sup>2</sup> (23 prosent) og fengslede<sup>3</sup> (6,7 prosent).

Merk at kriminalstatistikken inneholder informasjon om gjerningspersoner i saker helt ned til 5-års alderen selv om kriminell lavalder er 15 år. Disse tallene er altså ikke betinget på type reaksjon, og for de under 15 år vil reaksjonen ofte være henleggelse på grunn av gjerningspersons alder eller overføring til barnevern.

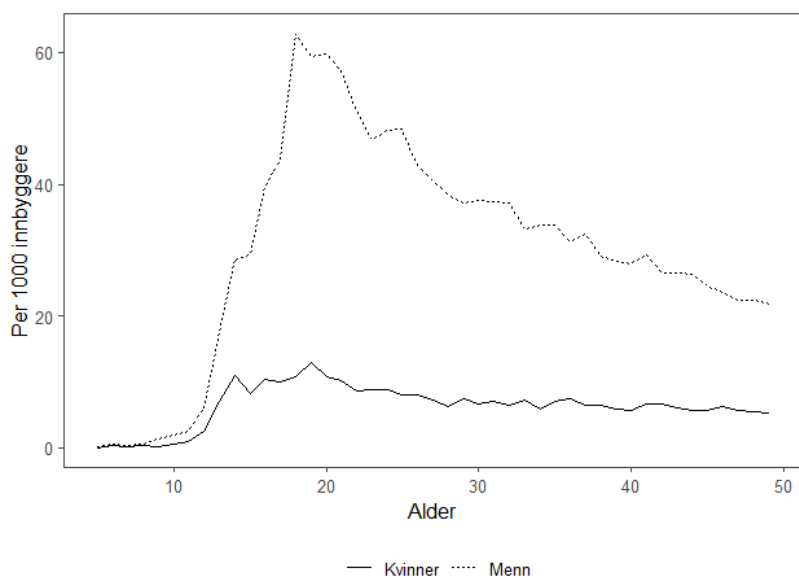
Kriminalitetsraten stiger markant i tidlig ungdomsår (fra ca. 13 år) til en topp ved 18 år, for deretter å avta gradvis utover i mer voksen alder. Denne sammenhengen mellom alder og kriminalitet er en nokså åpenbar grunn til at ungdomskriminalitet ofte står i fokus.

En slik alderskurve finnes igjen i nær sagt alle land og kulturer, og det har derfor blitt hevdet at dette er et nært universelt mønster (Hirschi & Gottfredson, 1983). Det universelle ved dette mønsteret er imidlertid bare som en hovedtendens da det i ulike kontekster kan være noe ulikt forhold mellom aldersgruppene. For eksempel viser Matthews (2017) at det i Skottland har vært en betydelig reduksjon i kriminalitetsrater for de yngste aldersgruppene over siste tiårene, mens kriminalitetsratene er mer stabile i de eldre aldersgruppene.

<sup>2</sup> SSB, Statistikkbanken, tabell 10629, for statistikkår 2018

<sup>3</sup> SSB, Statistikkbanken, tabell 10530, for statistikkår 2018

Figur 6 Siktete personer etter kjønn og alder 5-49 år, 2018

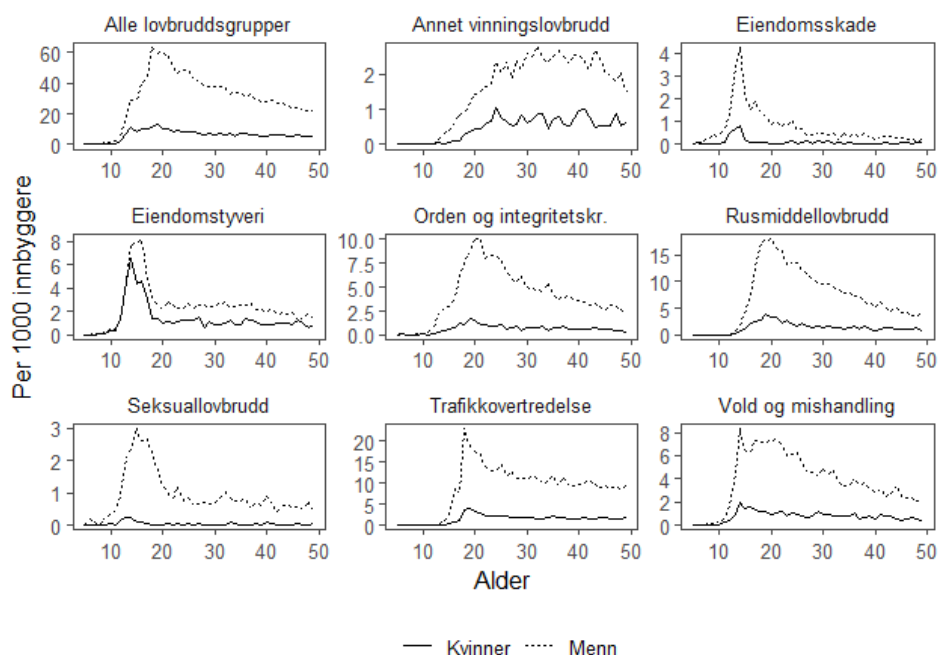


Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalstatistikk, tabell 09415

Aldersprofil vil variere med lovbruddstype. Uten å diskutere det i detalj kan man helt generelt si at mulighetene og motivasjon for ulike typer lovbrudd vil variere med alder. Figur 7 viser aldersfordelingen fordelt på de hovedlovbruddstypene som brukes i kriminalstatistikken. (Merk at y-aksen varierer). Lovbruddstypene har noe ulik aldersprofil, og for ungdom er eiendomsskade og eiendomstyveri særlig konsentrert i ung alder, men det kan også sies om seksuallovbrudd. Kategorien «annet vinningslovbrudd» domineres av voksne, som henger sammen med at her inngår lovbrudd som bedrageri, underslag, heleri og hvitvasking, som krever noe mer av organisering og praktiske muligheter. For øvrige lovbrudd er det en økning etter 15 år frem til 20-års alder.

Kjønnforskjellene er stort sett i tråd med den generelle forskjellen vist i Figur 6, med et klart unntak for eiendomstyveri (mest mindre tyveri fra butikk) der jenter er nesten like ofte siktet som gutter. For seksuallovbrudd er praktisk talt alle gjerningspersonene gutter.

Figur 7 Siktete personer etter kjønn og alder 5-49 år. Hovedlovbruddstyper 2018.

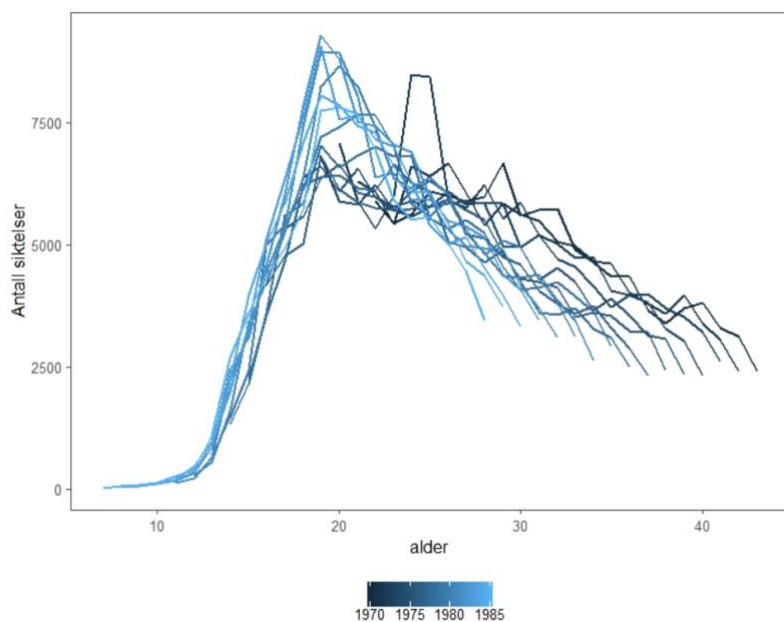


Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalstatistikk, tabell 09415

Figur 1 viste endringer over tid og dette vil også slå inn på alderskurven, men ikke nødvendigvis likt i alle aldersgrupper. Figur 8 viser alderskurven per fødselskohort slik at hver linje viser antallet siktelser i den fødselskohorten. X-aksen viser alder, og fargene på kurvene angir kohort. For å skille kohortene fra hverandre er de gitt farge etter en fargeskala fra mørkeblått for de eldste til lyseblått for de yngre kohortene. Grafikken viser for det første at den longitudinelle alderskurven i stor grad følger samme mønster som tverrsnittskurven. De yngre kohortene har imidlertid noe høyere antall siktete i ungdomstiden enn eldre kohorter. I voksen alder er derimot antall siktete lavere i voksen alder for de yngste kohortene.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Merk at det ikke er justert for befolkningsstørrelse i de enkelte årene her.

Figur 8 Antall siktelser etter alder per kohort. Alder 5-43 år.



Kilde: Statistisk sentralbyrå, Kriminalstatistikk, tabell 09415

Note: Fargekodene angir fødselsår og x-aksen viser alder på gjerningstidspunkt.

Det er verd å legge merke til at selv om alderskurven når en topp i sen ungdomstid, betyr ikke det at ungdomskriminalitet er det som dominerer kriminalitetsbildet. I 2018 var 80 prosent av de registrerte gjerningspersonene 20 år eller eldre<sup>5</sup>. Faktisk er omtrent halvparten av de registrerte lovbrύτεerne over 30 år, og dette gjelder for både menn og kvinner. Selv om det altså er en overhyppighet av lovbrύτεere i sen ungdomstid er likevel den typiske gjerningspersonen voksen, herav en betydelig andel godt voksne.

Det er nok imidlertid slik at for en god del av de som begår lovbrudd i voksen alder er ikke dette deres første lovbrudd. Blant de som begår lovbrudd relativt ofte vil det være mange som påbegynte den livsstilen i ung alder. Noen ganger i veldig ung alder.

### Lovbruddskarrierer

Blant de som begår lovbrudd, er det store forskjeller i antall lovbrudd de begår. De aller fleste begår nokså få lovbrudd, men på den annen side er det også noen få personer som begår svært mange. På et eller annet nivå kan vi da begynne å snakke om en kriminell livsstil, eller at de har en «lovbruddskarriere».

<sup>5</sup> SSB, Statistikkbanken, tabell 09415, for statistikkår 2018

Det har lenge vært kjent at en liten gruppe av lovbrysterne er ansvarlige for størsteparten av de registrerte lovbruddene (Blumstein, Cohen, Roth, & Visher, 1986; Piquero, Farrington, & Blumstein, 2007; Skardhamar, 2004; Wolfgang, Figlio, & Sellin, 1972). Den gruppen begynner gjerne sin karriere i ung alder og fortsetter som aktive lovbryster godt opp i voksen alder. Flere har hevdet at det er nyanser i grått mellom lovlidige og lovbryster, men det er langs et kontinuum der det er ganske stor avstand mellom ytterpunktene. De som begår minst kriminalitet figurerer i kriminalstatistikken bare ett enkelt år, mens de mer aktive lovbrysterne blir siktet flere ganger over tid og er representert i kriminalstatistikken både i ung alder og senere (Osgood, 2005; Sampson & Laub, 1997). Slik sett vil alderskurven vist i Figur 6 først og fremst gjenspeile når engangs- og fågangslovbrysterne begår sine lovbrudd.

I det følgende er det benyttet grunnlagsmaterialet for kriminalstatistikken som gjør det mulig å følge enkeltpersoner over tid slik at det er mulig å se på enkeltpersoners lovbruddskarriere. Her er det brukt statistikk over oppklarte lovbrudd der det er en kjent gjerningsperson. Disse omtales nedenfor som «siktede». En enkel måte å beskrive lovbruddskarrierer på er å telle opp for hver person hvor mange lovbrudd hver enkelt har blitt siktet for i en lengre periode. Disse dataene er tilgjengelige siden 1992, og for dette formålet frem til 2014. Etter gammel straffelov gjøres det et skille mellom forbrytelser og forseelser, et skille som ikke lengre gjelder i ny straffelov fra og med 2015. I det følgende er det kun tatt med de mer alvorlige lovbruddene (forbrytelser), men for enkelthets skyld omtales det bare som lovbrudd.

Tabell 1 viser oppklarte lovbrudd som kan knyttes til fødselskohorten 1977. Utvalget er altså alle født i 1977 og bosatt i Norge per 1992 ( $n = 51\,969$ ), og registrerte lovbrudd frem til og med 2013.<sup>6</sup> Dette utgjør et utvalg på om lag 52 000 personer, fulgt fra det året de fylte 15 til det året de fylte 36 år. Kolonnene markert «i alt» viser andel av hele kohorten som har blitt siktet for et gitt antall lovbrudd. Andelen av kohorten uten noen registrerte lovbrudd i perioden er 86,5 prosent, men noen av disse kan ha blitt siktet for mindre alvorlige lovbrudd som nasking eller trafikklovbrudd (forseelser). Det er 5,3 prosent som har blitt siktet for et lovbrudd i løpet av perioden, 3,3 prosent har blitt siktet for to eller tre lovbrudd og 2,7 prosent har blitt siktet mellom fire og ti ganger. En svært liten gruppe har blitt siktet for mellom elleve og tretti lovbrudd (1,5 prosent) eller mer enn tretti (0,7 prosent).<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Av tekniske årsaker er det her benyttet gjerningsdato til og med 2013, men registreringsdato kan være senere.

<sup>7</sup> En hendelse kan innebære flere lovbrudd og hvert forhold som kan utgjøre et selvstendig punkt i en straffesak skal registreres. Dette gjør at antallet lovbrudd per person kan bli svært høye. F.eks. vil noen typer svindel og underslag kunne akkumulere svært høye antall lovbrudd.

Den neste kolonnen viser fordelingen av lovbruddene der den siktede gjerningspersonen kommer fra denne kohorten. Det er altså 56 054 oppklarte lovbrudd totalt der gjerningspersonen var født i 1977. De personene som har blitt siktet for kun ett lovbrudd (5,3 prosent av kohorten) er da ansvarlige for 4,9 av de oppklarte lovbruddene som kan knyttes til denne kohorten. I den andre enden av skalaen finner vi den lille gruppen på 0,7 prosent av kohorten som er blitt siktet for mer enn 30 forbrytelser, og disse er ansvarlige for nesten halvparten av de registrerte lovbruddene i denne kohorten. Oppsummerende kan vi si at de om lag 7000 registrerte lovbrysterne i 1977-kohorten er siktet for til sammen 56 000 forbrytelser innen det året de fyller 36 år, og av disse er den mest aktive gruppen ansvarlige for om lag halvparten av lovbruddene.

Tabell 1 Siktete for forbrytelser avgjort mellom 1992 og 2013 i fødselskohorten 1977

Antall siktelseser for forbrytelser	I alt		Menn		Kvinner	
	Prosent av kohorten	Prosent av forbrytelsene	Prosent av kohorten	Prosent av forbrytelsene	Prosent av kohorten	Prosent av forbrytelsene
Ingen siktelseser	86,5	0,0	78,6	0,0	94,7	0,0
1	5,3	4,9	7,8	4,2	2,7	11,1
2–3	3,3	7,1	5,1	6,4	1,3	12,3
4–10	2,7	15,6	4,6	15,2	0,8	19,3
11–30	1,5	23,7	2,5	23,7	0,3	23,9
>30	0,7	48,7	1,3	50,5	0,1	33,4
N	51 969	56 054	26 582	49 893	25 387	6161

Kilde: Skardhamar (2017)

Tilsvarende oppstilling er gjort for menn og kvinner i de neste kolonnene i Tabell 1. Mennene har til sammen blitt siktet for nesten 50 000 lovbrudd, mens kvinnene bare er siktet for til sammen omtrent 6000 lovbrudd. Det er en større andel av mennene som har en siktelse mot seg (21,4 prosent) enn kvinner (5,3 prosent). Det er også kjønnsforskjeller i hvor stor andel av lovbruddene de mest aktive er ansvarlige for. Blant mennene er det en gruppe på 1,3 prosent som har blitt siktet for mer enn tretti lovbrudd, mens tilsvarende andel for kvinner er bare 0,1 prosent. Det er altså slik at ikke bare de fleste registrerte lovbrysterne er menn, men også at størsteparten av de med en svært aktiv lovbruddskarriere er menn.

Med utgangspunkt i en tilsvarende gruppering som i Tabell 1 kan vi undersøke alder ved første lovbrudd. Eller med andre ord: debutalder. I de tidligere publiserte tallene for 1977-kohorten ble de fulgt fra kriminell lavalder og fremover. Det er imidlertid en del som debuterer før 15 år, og de vil bli registrert som oppklarte saker selv om saken oftest henlegges på grunn av gjerningspersonens unge alder. I Figur 9 har jeg derfor tatt for meg den yngre kohorten født 1982 slik at de kan følges fra 10-

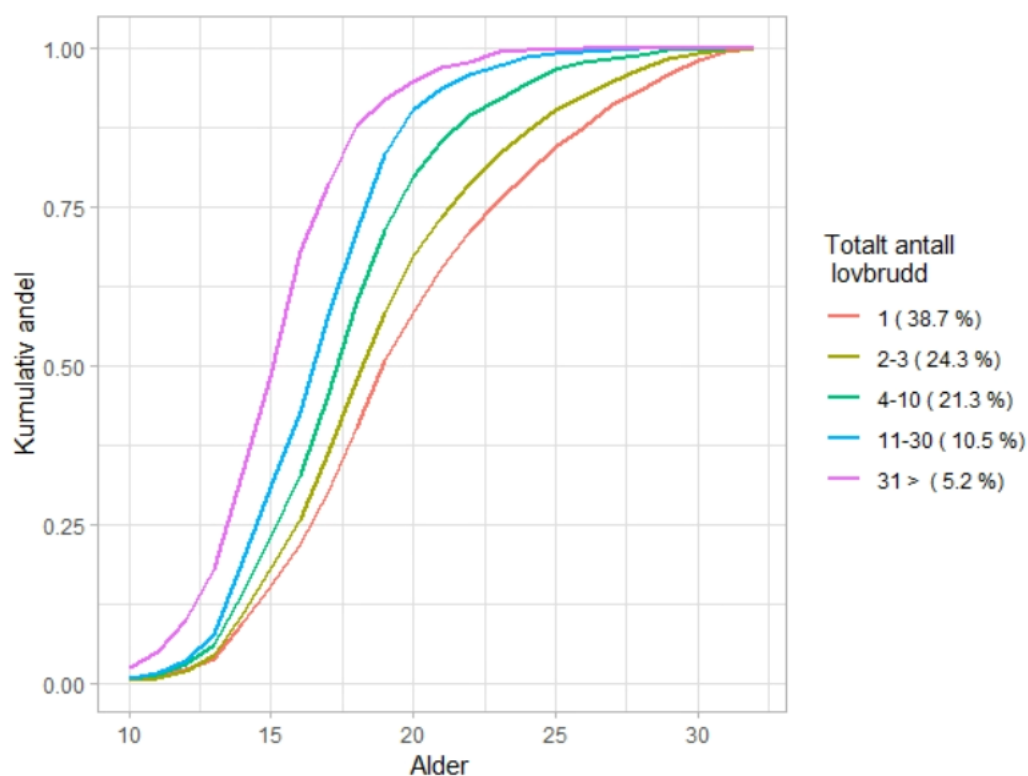


års alder i stedet. Figuren viser kumulative andel med minst en siktelse mot seg ved hvert alderstrinn. Merk at her er det betinget på å være registrert med minst ett lovbrudd, så det skal summeres til 1 mot slutten av perioden. Jo lengre kurven er skjøvet mot venstre, jo tidligere er debutalderen.

I den gruppen som kun har begått ett enkelt lovbrudd i perioden (41% av de med registrerte lovbrudd) er debutalder høyest, med median alder ca 19 år. Den mest aktive gruppen, har derimot en langt lavere debutalder der halvparten er registrert allerede innen det året de fyller 15 år. Det er altså en betydelig andel av disse som har vært i kontakt med politiet allerede før de har nådd kriminell lavalder. I sum viser Figur 9 at de mest aktive lovbrysterne har en klar tendens til å også ha begynt sin lovbruddskarriere tidlig, men det er også slik at det er en tendens til at jo flere lovbrudd vedkommende har begått desto tidligere begikk de sitt første lovbrudd.

Man kan selvsagt argumentere for at noe av denne sammenhengen skyldes at de som begynner tidlig altså har kommet godt i gang slik at de rekker å gjøre mer innen utgangen av perioden. Slik vil det jo nødvendigvis være. Innen de når slutten av tenårene, den alderen lovbrudd forekommer oftest i den generelle populasjonen, er de allerede godt på vei inn i det som kan utvikle seg til å bli en tyngre kriminell løpebane.

Figur 9 Alder ved første siktelse. Kumulative andeler. Fødselskohort 1982, registrerte lovbrudd 1992-2013



Kilde: SSBs kriminalstatistikk, egne beregninger

## **Familiebakgrunn og karriere**

At noen begår sitt første lovbrudd og kommer i politiets søkelys i svært ung alder gir en indikasjon på at det er flere ting som er galt. En rekke studier viser nettopp at mange ulike problemer i tidlig barndom er viktige prediktorer for senere kriminalitet, både når det gjelder medfødt sårbarheter og negative sosiale forhold (Caspi et al., 2016; Moffitt, 1993).

Registerdata gir begrenset mulighet til å undersøke familieforhold utover økonomiske forhold som foreldres inntekt og utdanningsnivå. Det har imidlertid blitt vist at å ha foreldrene med vedvarende lav inntekt (nederste inntektsdesil) og lavt utdanningsnivå er korrelert med tidlig debutalder (Galloway & Skardhamar, 2010).

Den gruppen registrerte lovbrøyttere vi vet mest om er nok innsatte i fengsler. Det har blant annet blitt gjennomført tre norske levekårsundersøkelser blant innsatte (Friestad & Hansen, 2004; Revold, 2015; Skardhamar, 2003), og en tilsvarende blant svenske innsatte (Nilsson, 2002). Det har også blitt gjort andre spesialundersøkelser om bl.a. innsattes helse (Cramer, 2014). Dette er riktignok i all hovedsak studier av voksne da det er svært få unge som soner fengselsstraff. Det er imidlertid en populasjon med høy forekomst av folk som er godt på vei i en kriminell løpebane. Disse undersøkelsene viser i hovedsak stor overensstemmelse blant annet når det gjelder hva vi må kunne kalle *krevende oppvekst og familieforhold*. Så mange som 34 prosent oppgir at de opplevde store motsetninger i hjemmet i oppveksten, som krangel, slåssing og vold, og hele 40 prosent oppgir at de hadde opplevd mishandling i oppveksten. Foreldres rusmisbruk, depresjon og fengsling forekom også hyppig, og det er derfor kanskje ikke så overraskende at 38 prosent var i kontakt med barnevernet under oppveksten. Totalt var det 81 prosent som rapporterte minst en alvorlig negativ barndomsopplevelse (Revold, 2015).

## **Konklusjon**

Det overordnede bildet av registrert kriminalitet er at det er høyest forekomst av siktelser i sen ungdomstid med en rask økning frem til omtrent 19 år som deretter avtar gradvis ut i voksen alder. Denne alderskurven reflekterer i stor grad når personer som *ikke* utvikler en kriminell løpebane begår sitt ene eller fåtall lovbrudd. Det er til og med en svært stor andel av befolkningen (særlig den mannlige delen) som får en straffereaksjon mot seg i løpet av livet, og for de fleste skjer dette nettopp i ungdomstiden.

Det store volumet av en- og fågangslovbrytere har imidlertid relativt liten betydning for kriminalitetsnivået, og mange av disse vil antakeligvis ha lite eller ingen behov for rehabiliterende eller andre målrettede tiltak.

Det store volumet av lovbrudd begås av personer i voksen alder. Unge lovbytere er færre i antall, men det er likevel grunn til å ha et særlig fokus på unge lovbytere nettopp fordi starten på en kriminell løpebane svært ofte begynner nettopp i ung alder. De mest aktive lovbyterne står for en veldig stor andel av den totale mengden lovbrudd. En liten gruppe på en prosent av fødselskohorten er ansvarlig for halvparten av de oppklarte lovbruddene som kan knyttes til samme kohort. Å forhindre at unge begir seg inn på en slik løpebane har derfor potensielt stor betydning for kriminalitetsnivået på lengre sikt.

En stor andel av de mest aktive lovbyterne blir siktet for sitt første lovbrudd i ung alder, herav en god del før 15 år. Når de er under den kriminelle lavalder bør de selvsagt helst fanges opp av andre instanser enn justisvesenet, men også når de er noe eldre er det grunn til å satse på tiltak rettet mot ungdommens underliggende problemer. Gjentatt kriminalitet og tidlig debutalder er knyttet til en rekke andre personlige og sosiale problemer fra tidlig alder, herunder oppvekstkår og familieforhold, slik at når de blir tatt for lovbrudd vil de ofte allerede ha kommet et godt stykke i en negativ utvikling der kriminalitet er ett av flere symptomer.

For å forhindre at barn og ungdom kommer inn på en kriminell løpebane vil det derfor være viktig å i vesentlig grad forhindre eller forebygge også andre uheldige livsbetingelser og -forhold.

## Referanser

- Blumstein, A., Cohen, J., Roth, J., & Visher, C. (Eds.). (1986). *Criminal careers and "career criminals"*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Harrington, H., Hogan, S., Ramrakha, S., . . . Moffitt, T. E. (2016). Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. *Nature Human Behaviour*, 1(1).
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler. Prosjektrapport 2014-1*. Retrieved from Oslo:
- Friestad, C., & Hansen, I. L. S. (2004). *Levekår blant innsatte*. Oslo: FAFO.
- Galloway, T. A., & Skardhamar, T. (2010). Does parental income matter for onset of offending? *European Journal of Criminology*, 7(6), 424-441.
- Hirschi, T., & Gottfredson, M. (1993). Age and the Explanation of Crime *The American Journal of Sociology*, 89(3), 552-584.
- Matthews, B. (2017). *Criminal Careers and the Crime Drop in Scotland, 1989-2011: An Exploration of Conviction Trends Across Age and Sex*. University of Ediburgh,
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674-701.

- Nilsson, A. (2002). *Fånge i marginalen : uppväxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Osgood, D. W. (2005). Making sense of crime and the life course. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 602(1), 196-211.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., & Blumstein, A. (2007). *Key issues in criminal career research. New analysis of the Cambridge study in delinquent development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Prime, J., White, S., Liriano, S., & Patel, K. (2001). *Criminal careers of those born between 1953 and 1978*. Retrieved from HOSB 401, London:
- Revol, M. K. (2015). *Innsattes Levekår 2014. Før, under Og Etter Soning*. Retrieved from Oslo:
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1997). A life-course theory of cumulative disadvantage and the stability of delinquency. In T. P. Thornberry (Ed.), *Developmental theories of crime and delinquency* (Vol. 7, pp. 133-162). New Brunswick and London: Transaction publishers.
- Skardhamar, T. (2003). Inmates' Social Background and Living Conditions. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 4(1), 39-56.
- Skardhamar, T. (2004). Noen få veier tungt i kriminalitetsbildet. *Samfunnsspeilet*(3), 25-31.
- Skardhamar, T. (2014). Lifetime conviction risk - a synthetic cohort approach. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 15(1).  
doi:10.1080/14043858.2014.883175
- Skardhamar, T. (2017). Lovbrytere. In H. Lomell & M.-L. Skilbrei (Eds.), *Kriminologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stattin, H., Magnusson, D., & Reichel, H. (1989). Criminal activity at different ages. A Study Based on a Swedish Longitudinal Research Population. *British Journal of Criminology*, 29(4), 368-385.
- Wolfgang, M. E., Figlio, R. M., & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a birth cohort* Chicago: The University of Chicago Press.

# Reaksjonsformer – hvordan møter vi unge som bryter loven?

Disposisjon til foredrag som skulle vært holdt på Folkehelseinstituttets ekspertkonferanse om barn, unge og kriminalitet 24. mars 2020

Av professor, ph.d. Morten Holmboe, Politihøgskolen

## 1 Innledning: Strafferettens dilemma

Strafferettens formål: Å forhindre kriminalitet Problem: Reaksjonen kan øke risikoen for tilbakefall

Særlig grensen mellom fengsel og reaksjoner i frihet kan ha stor betydning for lovbyteren (Holmboe, 2016a).

## 2 Unge lovbytere (under 18 år på handlingstidspunktet)

Under 15 år: Kan ikke straffes [straffeloven § 20](#), (Gröning, 2014).

15 – 17 år: Straffes mildere jo yngre lovbyteren var på handlingstidspunktet

Fengsel bare når det er «særlig påkrevd». Det skal mer til for å idømme fengsel, og straffen kan ikke settes høyere enn 15 år ([straffeloven § 33](#));

Forvaring kan bare idømmes når «det foreligger helt ekstraordinære omstendigheter» ([straffeloven § 40](#) første ledd)<sup>ii</sup>

Begrunnelsen

- Unge mennesker har mindre evne til å forutberegne resultatet av sine handlinger
- Unge mennesker tåler soningen dårligere Omfattende litteratur (Fornes, 2018).

## 3 Historikk

Det har i lang tid vært en tradisjon i norsk strafferett for å behandle unge lovbytere mildere enn voksne (NOU 2008: 15). Nå vesentlig færre unge i fengsel enn i 2000 (Lid, 2015, 2016). Man kan se utviklingen som et samspill mellom lovgiveren og domstolene.

2003: Barnekonvensjonen inkorporert i norsk rett (menneskerettsloven § 2)

2010: Høyesterett hevet terskelen for bruk av ubetinget fengsel overfor unge lovbytere. Rt. 2010 s. 1313: Samfunnsstraff for ran (Fornes, 2012). Linjen videreført i Rt. 2013 s. 67, selv om det der ble gitt fengsel

2014: De nye reglene om ungdomsoppfølging og ungdomsstraff

## 4 Det rettslige rammeverket

Grunnloven § 104 annet ledd:<sup>iii</sup> Hensynet til barnets beste Barnekonvensjonen artikler 3<sup>iv</sup> og 40<sup>v</sup> (Gröning & Sætre, 2019).

## 5 Reaksjonene (oversikt)

En oversikt over reaksjoner som kan være aktuelle (Holmboe, 2014, s. 412).

Påtaleunntatelse (straffeprosessloven § 69)<sup>vi</sup> Uten vilkår

Med vilkår, for eksempel ungdomsoppfølging

Overføring til konfliktråd (straffeprosessloven § 71a)<sup>vii</sup> Mekling

Ungdomsoppfølging  
Regulert i konfliktrådsloven (Holmboe, 2016b).

Bot (straffeloven kapittel 9) Betinget, kan settes vilkår

Ubetinget

Betinget fengsel (straffeloven § 34)<sup>viii</sup> Uten særvilkår

Med særvilkår (blant annet ungdomsoppfølging), straffeloven § 37 første ledd<sup>ix</sup>

Samfunnsstraff (straffeloven kapittel 8) Ungdomsstraff (straffeloven kapittel 8a)  
Ubetinget fengsel (straffeloven kapittel 6) Forvaring (straffeloven kapittel 7)

## 6 Reaksjoner rettet særlig mot ungdom

Evaluert av Nordlandsforskning (Andrews & Eide, 2019; Eide mfl., 2016). Bygger på ideer om gjenopprettende prosess, som er den rådende oversettelsen av begrepet restorative justice (Paus, 2017; Zehr, 2008). Kan gjenopprettende prosess trekkes inn i strafferetten uten å miste seg selv?

### Ungdomsoppfølging

Kan ilegges av påtalemyndigheten eller retten. En del underrettspraksis, ingen avgjørelser av Høyesterett om ungdomsoppfølging per april 2020.

«Tradisjonell» reaksjon	Ubetinget påtaleunntatelse	Bot	Betinget fengsel	Samfunnsstraff	Ubetinget fengsel	
Gjenopprettende prosess	Påtaleunntatelse/ overføring til megling i konfliktråd		Ungdomsoppfølging		Ungdomsstraff	Ubetinget fengsel

## Ungdomsstraff

Egen straffart, ilegges av retten. Skal på forhånd være utredet ved en personundersøkelse for mindreårige, PUM ([straffeprosessloven § 161a](#)).<sup>x</sup> Ment som et alternativ til ubetinget fengsel og de strengeste samfunnsstraffene. Kan idømmes fra seks måneder til to år, i spesielle tilfeller tre år. Subsidiær fengselsstraff som skal sones hvis vilkårene brytes.

Selv om bruken av ubetinget fengsel overfor unge lovbrøtere allerede var på retur før 2014, har innføringen av denne straffarten gitt et argument for å heve terskelen for ubetinget fengsel ytterligere. Tre avgjørelser av Høyesterett per april 2020:

HR-2016-1364-A: HR-2016-1365-A:

HR-2017-579-A:

To gutter, omtrent 16 år gamle, hadde sammen med 14-åring voldtatt en 14 år gammel gutt. Det straffbare forholdet var for alvorlig til å bruke ungdomsstraff. Fengsel i fire år, hvorav ett år ubetinget.

Gutt på 15 til 16 år hadde over en periode på ca. ett år begått gjentatte grove seksuelle overgrep overfor en pike på fem til seks år. For alvorlig for ungdomsstraff. Fengsel i tre år og åtte måneder, hvorav åtte måneder ubetinget.

Gutt på 17 år og ni måneder hadde over en periode på omkring en måned hatt seks til syv vaginale samleier med fornærmede, som da var 13 år og åtte måneder. Høyesterett satte straffen til ungdomsstraff i to år med en subsidiær fengselsstraff på ett år og seks måneder.

Avgjørelsene er omtalt i litteratur og rundskriv (Andrews & Eide, 2019; Fornes, 2018; Holmboe, 2017; Riksadvokaten, 2017).

## 7 Etter dommen: Politiattest

Var lovbrøyeren under 18 år på handlingstidspunktet, står reaksjonene kortere på politiattesten (Holmboe & Myhrer, 2018). Politiregisterloven § 40 og § 41.<sup>xi</sup>

## 8 Utfordringer

### Grensen mellom fengsel og reaksjoner i frihet

- Ungdomsoppfølging, samfunnsstraff og ungdomsstraff krever «reelt og informert samtykke» fra lovbrøyeren. Kan være problematisk å forklare ungdommen konsekvensene av samtykket (Holmboe, 2016c). Det kan også reises spørsmål om de forskjellige reaksjonene i frihet er godt harmonisert (Kristoffersen & Iversen, 2018).
- Ungdomsstraff er sagt å være et alternativ til ubetinget fengsel, men vil i praksis være alternativ også til samfunnsstraff. Bryter ungdommen vilkårene for ungdomsstraff, kan ikke dommeren omgjøre dommen til samfunnsstraff selv om dette hadde vært aktuelt ved pådømmelsen
- Et spenn mellom hensynet til konkret passende reaksjon for denne unge lovbrøyeren og en rimelig grad av likebehandling. Lite innsyn i hva den konkrete reaksjonen blir (Fornes, 2016). Det kan diskuteres om ikke den reelle straffutmålingen skjer i ungdomsstormøtet, ikke i retten (Holmboe, 2016d; Iversen, 2013a, b).
- Konfliktrådsloven § 25 første og annet ledd gir hjemmel for å ta inn en rekke inngripende tiltak i ungdomsplanen.<sup>xii</sup> Det reiser spørsmål om rettssikkerheten for lovbrøyeren, og om konfliktrådene som straffegjennomføringsetat nå er blitt noe annet enn de var tenkt å være (Christie, 2015; Paus, 2018). Adgangen til å bygge institusjonsplassering på lovbrøyerens samtykke, reiser viktige spørsmål om hjelp og tvang (Skippervik, 2019).

### Forvaring

I 2012 ble straffeloven § 40 om forvaring endret for å markere at forvaring bare skulle brukes overfor unge lovbrøyerere når det forelå «helt ekstraordinære omstendigheter» (Drake, 2019). Den gangen hadde vi ikke hatt dommer der unge lovbrøyerere ble idømt forvaring. Den første saken ble avgjort av Høyesterett i *HR-2017-290-A*: Femten år gammel jente idømt forvaring i ni år for overlagt drap. I *HR-2019-832-A* dømte Høyesterett en 17 år gammel gutt til forvaring i fire år for drapsforsøk. Lagt noe vekt på at tiltalte på tidspunktet for Høyesteretts dom var nær 19 år gammel. Problematiske utgangspunkt at alderen på domstidspunktet – og dermed saksbehandlingstiden – talte i den domfeltes disfavør (Holmboe, 2020, s. 61-64). Mulig forvaring nå er blitt en tenkelig reaksjonsform overfor unge, farlige lovbrøyerere.

### Kilder

Andrews, T. & Eide, A. K. (2019). *Mellom hjelp og straff: Fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?* Bodø: Nordlandsforskning.



Christie, N. (2015). Widening the net. *Restorative Justice: An International Journal*, 3(1), 109-113.

<https://doi.org/10.1080/20504721.2015.1049876>

Drake, K. B. (2019). Forvaring av barn. *Tidsskrift for strafferett*, 19(3), 288-312. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9537-2019-03-03> ER

Eide, A. K., Andrews, T., Strømsvik, C. L. & Gustavsen, A. (2016).

*Stemmer «kartet» med «terrenget»? Underveisrapport fra en følgeevaluering av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging*. Bodø: Nordlandsforskning.

Fornes, I. (2012). Bruk av samfunnsstraff overfor barn – nye tendenser i Høyesteretts praksis. *Lov og Rett*, 51(2), 87-103.

Fornes, I. (2016). Ungdomsstraffens første år: En undersøkelse av ungdomsstraffens anvendelsesområde og innhold i straffartens første år. *Tidsskrift for strafferett*, 16(3), 238–280.

Fornes, I. (2018). *Straff av barn. Frihetsstraffene og alternativene*. Bergen: Universitetet i Bergen.

Gröning, L. (2014). Kriminell lavalder – noen utgangspunkter. *Tidsskrift for strafferett*, 14(4), 308-332.

Gröning, L. & Sætre, H. Š. (2019). 5. Criminal Justice and Detention. I M. Langford, M. Skivenes & K. H. Søvig (Red.), *Children's Rights in Norway* (s. 167—201). Oslo: Universitetsforlaget.

Holmboe, M. (2014). Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging: En oversikt og noen kritiske merknader. *Tidsskrift for strafferett*, 14(4), 397-414.

Holmboe, M. (2016a). *Fengsel eller frihet: Om teori og praksis i norsk straffutmåling, særlig i grenselandet mellom fengsel og mildere reaksjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Holmboe, M. (2016b). *Konfliktrådsloven med kommentarer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holmboe, M. (2016c). Reelt og informert samtykke til ungdomsstraff og ungdomsoppfølging. *Tidsskrift for strafferett*, 16(3), 215-237.

Holmboe, M. (2016d). Ytring: Om «samfunnsnyttige oppgaver» i ungdomsplaner. Behov for reform? *Tidsskrift for strafferett*, 16(1), 3-7. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9537-2016-01-01>

Holmboe, M. (2017). Norwegian youth punishment – opportunity or trap? *Bergen Journal of Criminal Law and Criminal Justice*, 5(1), 37-58. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15845/bjclcj.v5i1.1352>

Holmboe, M. (2020). Utvalgte høyesterettsavgjørelser i strafferett 2019. *Tidsskrift for strafferett*, 20(1), 54-88. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9537-2020-01-05> ER

Holmboe, M. & Myhrer, T.-G. (2018). *Vandel: Om politiattester og vurdering av skikkethet*. Oslo: Universitetsforlaget.

Iversen, J. S. (2013a). En kritikk av ungdomsstraffen. *Lov og Rett*, 52(9), 630-639.

Iversen, J. S. (2013b). Ungdomsstraff og menneskerettigheter. *Tidsskrift for strafferett*, 13(3), 377-395.

Kristoffersen, R. & Iversen, J. S. (2018). Samfunnsstraff – på tide med en revisjon. *Tidsskrift for strafferett*, 18(3), 151-180. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9537-2018-03-02>

Lid, S. (2015). Markant skifte i straff av ungdom. *Samfunnsspeilet*, (2), 29-38.

Lid, S. (2016). Ungdom og straff på 2000-tallet - nye praksiser, kjente dilemmaer. *Sosiologi i dag*, 46(3-4), 38-63.

NOU 2008: 15. *Barn og straff - utviklingsstøtte og kontroll*.  
Paus, K. K. (2017). Restorative Justice in Norway, Values and Practices

at a Crossroad/Justicia restaurativa - valores, metas y retos. I I. Nafstad & K. Papendorf (Red.), *Restorative processes from Oslo to Havana and back : discussions on implementing and strengthening restorative justice processes in Cuba and Norway/Los procesos restaurativos en Oslo y la Habana: Experiencias y diálogos teóricos acerca de la justicia restaurativa en Cuba y Noruega* (s. 23-56/23-58). Oslo: Novus.

Paus, K. K. (2018). The National Mediation Service—A Top-down Grassroots Movement? *Federal Sentencing Reporter*, 31(1), 37- 47.  
<https://doi.org/10.1525/fsr.2018.31.1.37>

Riksadvokaten. (2017). *Ungdomsstraff – oppdaterte retningslinjer*. Hentet fra

[http://www.riksadvokaten.no/no/dokumenter/retningslinjer/Jus+terte+retningslinjer+om+ungdomsstraff.b7C\\_wlbOXL.ips](http://www.riksadvokaten.no/no/dokumenter/retningslinjer/Jus+terte+retningslinjer+om+ungdomsstraff.b7C_wlbOXL.ips)

Skippervik, L. J. B. (2019). Barnevernstiltak i straffegjennomføring – eit ukomplisert samspel? *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 17(4), 323-344.  
<https://doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2019-04-0>

Zehr, H. (2008). *Genopprettende ret: en lille bog om ret, uret og retfærdighed* (J. B. Rosenberg, Overs.). København: Akademisk Forlag.

## Noter

**i Straffeloven § 33. Begrenset bruk av fengselsstraff overfor unge lovbytere**

Den som var under 18 år på handlingstidspunktet, kan bare idømmes ubetinget fengselsstraff når det er særlig påkrevd. Fengselsstraffen kan ikke overstige 15 år selv om straffebudet gir adgang til å idømme strengere straff.

**ii Straffeloven § 40. Vilkår for å idømme forvaring**

Når fengselsstraff ikke anses tilstrekkelig til å verne andres liv, helse eller frihet, kan forvaring i anstalt under kriminalomsorgen idømmes når lovbyteren finnes skyldig i å ha begått eller forsøkt å begå et voldslovbrudd, et seksuallovbrudd, en frihetsberøvelse, en ildspåsettelse eller et annet lovbrudd som krenket andres liv, helse eller frihet, eller utsatte disse rettsgodene for fare og vilkårene i annet eller tredje ledd er oppfylt. Er siktede under 18 år, kan forvaring ikke idømmes, med mindre det foreligger helt ekstraordinære omstendigheter.

**iii Grunnloven § 104 annet ledd:** Ved handlingar og i avgjerder som vedkjem born, skal kva som er best for barnet, vere eit grunnleggjande omsyn./ Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

**iv Barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1.** «In all actions concerning children, whether undertaken by public or private social welfare institutions, courts of law, administrative authorities or legislative bodies, the best interests of the child shall be a primary consideration.»

**v Barnekonvensjonen artikkel 40 nr. 1:** «States Parties recognize the right of every child alleged as, accused of, or recognized as having infringed the penal law to be treated in a manner consistent with the promotion of the child's sense of dignity and worth, which reinforces the child's respect for the human rights and fundamental freedoms of others and which takes into account the child's age and the desirability of promoting the child's reintegration and the child's assuming a constructive role in society.»

**vi Straffeprosessloven § 69.** Selv om straffeskyld anses bevist, kan påtalemyndigheten når helt særlige grunner tilsier det, unnlate å påtale handlingen.

Påtaleunntatelse kan gis på vilkår av at siktede i prøvetiden ikke gjør seg skyldig i noen ny straffbar handling. Prøvetiden er to år fra den dag det blir besluttet å unnlate påtale, men ikke lenger enn foreldelsesfristen for adgangen til å reise straffesak for handlingen. For siktede som var under 18 år på handlingstidspunktet, kan prøvetiden settes til 6, 12, 18 eller 24 måneder.

Påtaleunntatelse kan også gis på vilkår som nevnt i straffeloven §§ 35, 36 og 37 bokstavene a til j. Gir siktedes forhold grunn til det, kan påtalemyndigheten i prøvetiden oppheve eller endre fastsatte vilkår og sette nye vilkår. Den siktede skal så vidt mulig få uttale seg om vilkårene før de fastsettes.

**vii Straffeprosessloven § 71 a.** Når straffeskyld anses bevist, kan påtalemyndigheten beslutte at saken skal overføres til meglingsrådet eller til oppfølging i konfliktrådet med varighet på inntil ett år. Overføring forutsetter at saken egner seg for slik behandling, og at det foreligger samtykke fra både fornærmede og siktede og deres eventuelle verger.

For siktede som var mellom 15 og 18 år på handlingstidspunktet, kan påtalemyndigheten, når straffeskyld anses bevist, beslutte at saken skal overføres til ungdomsoppfølging i konfliktrådet med varighet på inntil ett år. Overføring forutsetter at saken egner seg for slik behandling, og at det foreligger samtykke fra siktede og dennes eventuelle verger.

Det kan settes som vilkår for overføring til oppfølging i konfliktrådet etter første ledd og ungdomsoppfølging i konfliktrådet etter annet ledd at siktede ikke begår nye straffbare handlinger under oppfølgingen.

Overføring til ungdomsoppfølging etter annet ledd kan gjøres betinget av at siktede yter slik erstatning og oppreisning som den fornærmede eller andre skadelidte har rett til og gjør krav på, og som påtalemyndigheten mener den siktede har evne til å betale.»

**viii Straffeloven § 34. Fullbyrdingsutsettelse (betinget fengsel)**

I dom på fengselsstraff kan retten bestemme at fullbyrdingen helt eller delvis utsettes i en prøvetid.

Utsettes fullbyrdingen av deler av straffen (dels betinget, dels ubetinget fengsel), kan den ubetingede delen ikke settes lavere enn 14 dager.

Prøvetiden skal i alminnelighet være 2 år. Når vilkårene for straffskjerpelse ved gjentakelse er oppfylt, og i andre særlige tilfeller, kan det settes en lengre prøvetid, men ikke over 5 år. Prøvetiden regnes fra den dagen endelig dom er avsagt.

8

Fullbyrdingsutsettelse gis på det grunnvilkår at den domfelte ikke begår en ny straffbar handling i prøvetiden. I tillegg kan retten fastsette særvilkår etter §§ 35 til 37. Den siktede skal så vidt mulig få uttale seg om særvilkår før de fastsettes.

**ix Straffeloven § 37. Andre særvilkår** [første ledd]

Som særvilkår for fullbyrdingsutsettelse kan retten pålegge den domfelte å

- a) overholde bestemmelser om bosted, oppholdssted, arbeid eller opplæring,
- b) unngå kontakt med bestemte personer,
- c) tåle innskrenkninger i rådigheten over inntekt og formue og oppfylle økonomiske forpliktelser, som å betale pliktige underholdsbidrag,
- d) avstå fra å bruke alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler og avgi nødvendige rusprøver,
- e) gjennomgå behandling for å motvirke misbruk av alkohol eller andre berusende eller bedøvende midler, om nødvendig i institusjon,
- f) gjennomføre narkotikaprogram med domstolskontroll, jf. § 38, eller program mot ruspåvirket kjøring for personer som er dømt for overtredelse av vegtrafikkloven § 31, jf. § 22 første ledd, og som har problem med alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel, forutsatt at domfelte har samtykket til å gjennomføre programmene,
- g) gjennomgå psykiatrisk behandling, om nødvendig i institusjon,
- h) ta opphold i hjem eller institusjon for inntil 1 år,
- i) møte til **mekling** i konfliktrådet og oppfylle eventuelle avtaler som inngås i meklingsmøte, eller gjennomføre oppfølging i konfliktråd med varighet på inntil ett år, forutsatt at saken egner seg for slik behandling og at det foreligger samtykke både fra fornærmede, domfelte og deres eventuelle verger,
- j) gjennomføre **ungdomsoppfølging** i konfliktrådet med varighet på inntil ett år, forutsatt at domfelte var mellom 15 og 18 år på handlingstidspunktet, at saken egner seg for slik behandling og at det foreligger samtykke fra domfelte og domfeltes eventuelle verger, eller
- k) oppfylle andre særvilkår som retten finner hensiktsmessig.

**x Straffeprosessloven § 161 a.** Når siktede var under 18 år på handlingstidspunktet, kan det, på samme vilkår som i § 161 første ledd, foretas en personundersøkelse for mindreårige. Dersom det tas ut tiltale mot den mindreårige, skal slik personundersøkelse alltid foretas før saken pådømmes, med mindre det er åpenbart unødvendig eller saken gjelder ikke-vedtatte forelegg og påtaleunntatelser som bringes inn for retten.

Det skal foretas en ny personundersøkelse dersom det har gått mer enn ett år fra personundersøkelsen ble foretatt til saken pådømmes, eller dersom barnets personlighet, livsforhold eller fremtidsmuligheter vesentlig er endret.

Kriminalomsorgens behandling av personopplysninger ved personundersøkelsen reguleres av straffegjennomføringsloven kapittel 1 a, jf. personopplysningsloven. Politiets behandling av personopplysninger ved personundersøkelsen, herunder sletting av slike personopplysninger, reguleres av politiregisterloven.

Opplysningene i personundersøkelsen skal bare meddeles retten og partene i møte for stengte dører og under pålegg om taushetsplikt.

Kongen kan gi nærmere forskrifter om innholdet i og gjennomføringen av personundersøkelsen.

**xi Politiregisterloven § 40. Ordinær politiattest**

1. Med mindre annet er særskilt angitt i lov eller i forskrift gitt i medhold av lov, skal det utstedes ordinær politiattest.
2. Med mindre annet fremgår av nr. 5, 6 eller 7, skal det i ordinær politiattest oppgis
  - a) dom på betinget og ubetinget fengsel,
  - b) dom på forvaring, eventuelt sikring,

- c) dom på samfunnsstraff, eventuelt samfunnstjeneste,
- d) dom på ungdomsstraff,
- e) dom på rettighetstap,
- f) bot for lovbrudd med øvre strafferamme på fengsel i mer enn 6 måneder, og
- g) dom på overføring til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg, eventuelt sikring.

3. Med unntak av tilfellene omhandlet i nr. 4, skal det i ordinær politiattest ikke oppgis

- a) betinget dom hvor fastsetting av straff utstår,
- b) påtaleunntatelse etter straffeprosessloven §§ 69 og 70,
- c) bot for lovbrudd med øvre strafferamme på fengsel inntil 6 måneder,
- d) forenklet forelegg,
- e) overføring til behandling i konfliktråd, jf. straffeprosessloven § 71a, eller
- f) overføring til barneverntjenesten.

4. Er det i samme reaksjonsileggelse ilagt reaksjoner som er omhandlet både i nr. 2 og 3, kan den samlede reaksjonen angis i attesten.

5. I ordinær politiattest skal det ikke oppgis reaksjoner som er ilagt ved dom avsagt eller forelegg vedtatt mer enn 3 år før utstedelsen, med mindre annet følger av nr. 6, 7 eller 8. Varig rettighetstap oppgis alltid.

6. I ordinær politiattest skal det ikke oppgis

- a) dom på betinget fengsel eller bot, dersom lovbruddet er begått av **person under 18 år** mer enn 2 år før utstedelsen av attesten, eller
- b) dom på ungdomsstraff eller samfunnsstraff, dersom lovbruddet er begått av **person under 18 år** mer enn 5 år før utstedelsen av attesten.

7. På ordinær politiattest skal oppgis dom på

- a) ubetinget fengsel over 6 måneder, dersom den dømte er løslatt mindre enn 10 år før politiattesten utstedes,
- b) forvaring, eventuelt sikring, dersom den dømte er løslatt mindre enn 10 år før politiattesten utstedes,
- c) samfunnsstraff, eventuelt samfunnstjeneste, der den subsidiære fengselsstraff er over 6 måneder og samfunnsstraffen er gjennomført mindre enn 10 år før politiattesten utstedes,
- d) rettighetstap, som er opphørt mindre enn 10 år før politiattesten utstedes, og
- e) overføring til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg, eventuelt sikring, dersom reaksjonen opphørte mindre enn 10 år før politiattesten utstedes. Tilsvarende skal opphør av slik reaksjon anmerkes på attesten.

8. Har en person flere dommer på ubetinget fengsel i 6 måneder eller mer, sikring, forvaring eller overføring til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg, tas alle dommene med i politiattesten, selv om bare en av dem skal oppgis etter tidsfristen i nr. 7.

9. Kongen gir i forskrift nærmere regler om anmerkning av utenlandske reaksjoner og tiltak på politiattest.

#### § 41. Uttømmende og utvidet politiattest

1. På uttømmende politiattest skal det anmerkes alle straffer, andre strafferettslige reaksjoner og andre tiltak som er registrert i reaksjonsregisteret som følge av lovbrudd. Tidsbegrensningene i § 40 gjelder ikke. På uttømmende politiattest skal det likevel ikke anmerkes

- a) overføring til konfliktråd etter straffeprosessloven § 71a første og annet ledd, dersom vedkommende ikke har begått nye lovbrudd 2 år etter at det er inngått godkjent avtale, ungdomsplan eller plan i konfliktrådet,

- b) forenklet forelegg, og

c) reaksjon ilagt en person som var **under 18 år** på gjerningstidspunktet og som ikke har begått alvorlig eller gjentatte lovbrudd, og som heller ikke har begått nye lovbrudd. Kongen gir i forskrift nærmere regler om blant annet hvor lenge lovbrudd begått i ung alder skal anmerkes på uttømmende politiattest og hva som skal anses som alvorlig og gjentatte lovbrudd.

2. På politiattest som nevnt i nr. 1 og § 40 kan verserende saker bare anmerkes dersom det følger av lov eller forskrift gitt i medhold av lov (utvidet politiattest). Anmerkes verserende saker, skal politiattesten gi en kort forklaring på hva den verserende saken gjelder, hva slags straffebud saken gjelder og hvor langt saken har kommet i den påtalemessige behandlingen.

#### xii **Konfliktrådsloven § 25. Ungdomsplan** [første og annet ledd]

Ungdomsstormøtet skal utforme en ungdomsplan. Planen skal godkjennes av ungdomskoordinatoren,

domfelte eller siktede og domfeltes eller siktetes verger. Planen kan blant annet gå ut på at domfelte eller siktede skal

- a) yte ikke-økonomisk kompensasjon til den som er påført en skade, et tap eller en annen krenkelse
- b) delta i kriminalitetsforebyggende programmer eller andre tilsvarende tiltak
  
- c) utføre samfunnsnyttige oppgaver
- d) overholde bestemmelser om oppholdssted, arbeid eller opplæring
- e) møte for politiet eller kriminalomsorgen
- f) avstå fra å bruke alkohol og andre berusende eller bedøvende midler og avgi nødvendige rusprøver etter helsepersonelloven § 12 tredje ledd
- g) overholde bestemmelser om innetid
- h) unngå kontakt med bestemte personer

Ved ungdomsstraff kan planen også gå ut på at domfelte skal oppholde seg i institusjon eller gjennomgå annen behandling.

## **Changing Conceptions of Adolescents' Competence and Culpability**

**Barry C. Feld**

Centennial Professor of Law Emeritus

University of Minnesota Law School

The juvenile court lies at the intersection of two domains—youth policy and crime policy. How should the legal system respond when the kid is a criminal and the criminal is a kid? This raises another question: How and why do we think about children and criminals as we do? To further complicate these questions, how do race and ethnicity affect the ways we think about children and crime control? Moreover, how and why have these ideas changed over the past century and affected juvenile and criminal justice policies?

Since juvenile courts' creation in the United States more than a century ago, they have evolved through four periods—the Progressive Era (1890 – ), the Due Process Era (1960 – ), the Get Tough Era (1970 – ), and the contemporary Kids Are Different Era (2005 – ) (Feld, 2017a). These historical periods reflect larger social processes, do not divide neatly, and features from one era continue into and overlap with those of the next. In each period, juvenile justice policies have reflected different views about children, crime control, race/ethnicity, and appropriate ways to address youths' misconduct.

Ideas about childhood, crime control, and race are socially constructed. Social constructions assign meaning to objects or events and to people's relationships or understanding of them (Berger & Luckmann, 1966). Juvenile courts are social constructs—a legal institution based on assumptions about children and crime—and several factors influence their structure and function. Moreover, these factors have had different influences in different periods and affected the ways that the court responds to young offenders. I treat the juvenile court as the dependent variable—an institution whose meaning and practices change in response to other factors. Our ideas about children and crime control are intervening variables that influence the structure and function of juvenile courts. Changes in the economy, cities, families, and racial and ethnic demography affect our ideas about youth, crime, and the juvenile court. These societal factors operate through political processes in which legislators enact and courts apply laws that shape juvenile courts' jurisdiction, procedures, and jurisprudence.

Over the past century, two competing social constructions of adolescents have influenced policies toward young offenders (Feld, 1999, 2017b). On the one hand, judges and lawmakers may characterize them as children—immature, vulnerable, and dependent. In this view, the state would take a protective stance to nurture and promote their welfare. On the other hand, lawmakers may characterize young people as quasi-adults—mature and responsible. In



this view, the state would emphasize their maturity and autonomy and hold them accountable for their misbehaviour. Despite the seeming contradiction between these characterizations, judges and legislators selectively choose between the two constructs—immature versus responsible—to maximize social control of young people. States treat juveniles like adults when formal equality results in practical inequality and use special juvenile court procedures that provide an advantage to the state (Feld, 1984, 2017b).

Strategies of crime control mark the second idea shaping juvenile justice policies. When people violate the criminal law, legal scholars and criminologists typically differentiate between retributivist and utilitarian sanctions—deterrence, incapacitation, or rehabilitation (Tonry, 2004). Theories of punishment reflect assumptions about the degree to which people’s behaviour is deliberately chosen or the product of antecedent forces—free will versus determinism. Juvenile courts’ historic claims to rehabilitate young offenders elicit the traditional dichotomy between treatment and punishment (Allen, 1981). Treatment focuses on offenders—what circumstances caused them to act as they did and how can we reform them and improve their life chances. Punishment focuses on the offense committed and imposes sanctions to denounce the act, alter the offender’s calculus, or prevent its reoccurrence. Juvenile courts’ founders believed that children were not autonomous, more dependent than adults on their families and communities, their behavior more determined than chosen, and that they should be treated rather than punished (Scott & Steinberg, 2008).

Although Progressive reformers proffered rehabilitation as the main justification for a separate juvenile court, diversion from criminal courts provided a second rationale at its inception and remains its primary virtue today (Zimring, 2000). Regardless of juvenile courts’ ability to rehabilitate children, deflecting them from criminal courts avoids their destructive consequences. Diversion provides a passive alternative that does less harm and shields youths from far worse life-altering punishment and collateral consequences.

The competing conceptions of childhood—immaturity and incompetence versus maturity and competence—and differing strategies of crime control—treatment or diversion versus punishment—affect the substantive goals and procedural means that juvenile courts use. Substantive law defines rights, obligations and duties, and how members of society are to behave, for example, the criminal law. Procedural law defines the process for making, administering, and enforcing substantive law, for example, the criminal process.

Juvenile courts’ ends and means—substance and procedure—reflect the purposes of intervention when children break the law and the process to achieve them. How has the child become what he is, what can be done to change him, and how and who makes these

determinations? These questions involve judgments about adolescents' culpability and competence. Culpability focuses on youths' mental state at the time of the crime and criminal responsibility. To what extent is a youth responsible for his actions and his conduct blameworthy? Substantive goals raise issues of treatment and punishment, diminished responsibility, and deserved consequences. Substantive questions arise when juvenile courts detain and sentence delinquents, transfer them to criminal court, and sentence them as adults. Competence involves the ability to do something successfully or efficiently. It focuses on youths' capacity to employ rights and to understand and participate in the legal process. Procedural issues involve youths' ability to exercise *Miranda* rights, competence to stand trial, capacity to waive counsel, and their right to a jury trial.

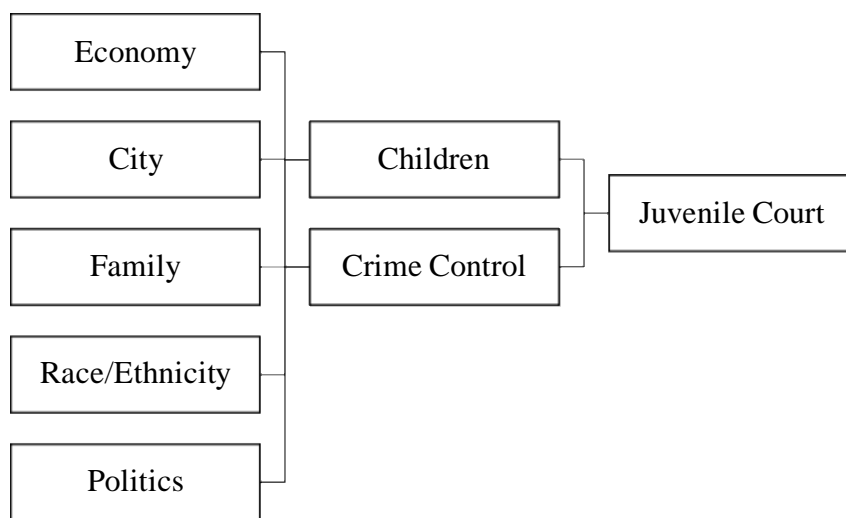
Historical variations in juvenile courts' substantive goals—delinquency dispositions, transfer, and criminal sentencing—reflect lawmakers' and judges' ambivalent assessments of youths' culpability, criminal responsibility, and treatment or punishment. Juvenile courts' procedural means reflect conflicted appraisals of their developmental characteristics, decision-making capacities, and ability to exercise legal rights. Competing characterizations of youths' culpability and competence—immature or responsible, treatment/diversion or punishment, capable or inept—have influenced juvenile courts' procedure and substance from their inception.

What accounts for changes in thoughts about youth, crime control, and juvenile courts? As Figure 1 suggests, a host of social structural factors—economy, urbanization, family, ethnicity/race, and politics, among others—shape the ideas and epochs of juvenile justice. In each era, changes in the economy affected the organization of cities, for example, during the transition from a rural agricultural to an urban industrial society or more recently from an industrial to an information/service economy. In each period, social changes affected the structure and function of families, and how the state and parents socialized and controlled children, for example, earlier through integration into the work force versus current prolonged dependency.

Changes in the economy contributed to urban demographic transformations as earlier waves of European immigrants and subsequently internal African American migrants flooded into and altered the social organization of cities and posed problems of assimilation and integration. Finally, juvenile courts are legislative creations and political processes determine their institutional contours. Policy-makers—legislators, judges, youth advocates, and others—contest ideas about children and crime control in the guise of debates about juvenile courts' age of jurisdiction, transfer methods, court processes, and delinquency and criminal sanctions.

These debates change in response to social and political forces that affect youth and crime policy. Youths' ethnicity and race mark another social construction around which juvenile justice policies have changed over the past century. In the early 20th century, waves of immigrants from Southern and Eastern Europe entered the United States. Juvenile courts were one of several institutions Progressive reformers created to assimilate, acculturate, and prepare them for citizenship. A half century later, the Great Migration of African Americans from Southern farms to Northern and Western cities posed challenges of integration in a society deeply divided by race (Klarman, 2004; Omi & Winant, 1994).

**Figure 1**  
**Social Construction of the Juvenile Court**



Youths' ethnicity and race mark another social construction around which juvenile justice policies have changed over the past century. In the early 20th century, waves of immigrants from Southern and Eastern Europe entered the United States. Juvenile courts were one of several institutions Progressive reformers created to assimilate, acculturate, and prepare them for citizenship. A half century later, the Great Migration of African Americans from Southern farms to Northern and Western cities posed challenges of integration in a society deeply divided by race (Klarman, 2004; Omi & Winant, 1994).

The legal and political responses to African Americans during the second half of the 20th century have had two distinct manifestations—first, the North went South, then the South went North. The Great Migration of African Americans in the decades before and after World War II increased their urbanization, placed racial equality and civil rights on the national political agenda, and motivated the Court to address racial discrimination and criminal and juvenile justice administration (Feld, 2003a). During the 1950s and 1960s, Congress and the Supreme Court imposed equality norms on Southern states that embraced a segregated Jim

Crow legal system and sought to bring Blacks into full citizenship (Klarman, 2004). The Court's desegregation decisions in *Brown v. Board of Education* (1954), criminal procedure decisions like *Mapp v. Ohio* (1961) and *Miranda v. Arizona* (1966), and juvenile court opinions like *In re Gault* (1967) shared the common goals of limiting states' coercive powers, protecting civil rights, and promoting equality.

An almost immediate backlash to Blacks' civil rights gains began in the late 1960s as Republican politicians pursued a Southern strategy, used crime and welfare as wedge issues to appeal to White voters' racial animus, and advocated get-tough policies that affected juvenile and criminal justice administration. These repressive strategies had a disparate impact and disproportionately excluded Blacks from civil society. For adult offenders, it led to the era of mass incarceration (Alexander, 2010). For younger offenders, get-tough policies exacerbated racial differences in juvenile justice administration (Feld, 1999).

I focus primarily on the experience of African American children in the juvenile justice system. The Supreme Court's civil rights and due process decisions of the 1950s and 1960s explicitly or implicitly addressed issues of inequality and injustice toward Blacks. The Get Tough Era of juvenile justice unfolded against the backdrop of the deindustrialization of urban America, the emergence of a Black underclass living in concentrated poverty, and the confluence of crack cocaine and gun violence. The political and legal responses to African Americans provide the connection between the Warren Court's emphases on civil rights and procedural justice and subsequent efforts to get tough on youth crime. Only the unique social and political status of African Americans can account for Republicans' Southern strategy to exploit urban crime and politicize juvenile and criminal justice policy.

The four parts of this paper correspond with the four eras of juvenile justice—the Progressive Era, the Due Process Era, the Get Tough Era, and the Kids Are Different Era. Part I provides an overview of the early juvenile court—its structural origins, philosophical underpinnings, historic mission, and discriminatory practices. Part II examines the Warren Court's due process revolution of the 1960s—its response to racial inequality, its decisions to grant delinquents some procedural safeguards, and its intended and unintended consequences.

Part III examines why and how perceptions of youth and crime changed during the Get Tough Era of the 1980s and 1990s. Macro-structural changes and political processes created segregated areas of concentrated poverty. Beginning in the 1970s, factory closures produced massive layoffs that disproportionately affected minority workers. In the 1980s, crack cocaine and gun violence exacerbated already high Black youth homicide rates and devastated inner cities reeling from deindustrialization. Conservative politicians used racial appeals,

manipulated and exploited public fears, and waged a succession of wars on crime, drugs, and youths (Tonry, 1995). They equated adolescents' culpability with that of adults—"adult crime, adult time"—and adopted punitive juvenile justice policies—transfer, detention, and sentencing—that had a disproportionate impact on youths of color.

Part IV examines adolescent culpability and competence through the lens of Supreme Court decisions reaffirming that "children are different." The trilogy of Court decisions—*Roper v. Simmons* (2005), *Graham v. Florida* (2010), and *Miller v. Alabama* (2012)—emphasized youths' diminished criminal responsibility and relied on developmental psychology and neuroscience research to limit the most severe sentences states inflicted on youths (Feld, 2013b). *J.D.B. v. North Carolina* (2011) recognized that youths' developmental differences also affect their competence to exercise rights (Feld, 2013a).

My conclusion draws on contemporary understanding of adolescents' culpability and competence to envision a justice system for children. But juvenile courts do not directly cause delinquency and can do little to ameliorate its root causes—child poverty—which require more fundamental change.

## **Part I. The Progressive Juvenile Court**

At the end of the 19th century, the transition from an agricultural to a manufacturing economy shifted work from household-based economies to industries, contributed to a privatizing of family life, and modified the roles of women and children (Degler, 1980; Kett, 1977). Expanded economic opportunities fostered increased immigration and rapid urbanization (Feld, 1999; Rothman, 1980; Tanenhaus, 2004). Industrialization attracted massive waves of European immigrants who crowded into urban ghettos and altered the structure of cities. Assimilating and acculturating Southern and Eastern European immigrants who differed in language, religion, and culture posed challenges for the Anglo-Protestant Americans who had preceded them (Feld, 1999, 2017a).

The shift from family farms and shops to factories altered the roles of women and children. During this period, upper- and middle-class women child-savers promoted a social construction of children as vulnerable, immature, and dependent, who required protection and supervision (Platt, 1977). Because children lacked mature reason or legal capacity, their parents and the state had to educate them and prepare them for adulthood and citizenship. At the end of the 19th century, Progressive movements emerged to address the structural changes associated with urbanization and industrialization. Progressive reformers embraced many

child-saving programs—juvenile court, child labor, social welfare, and compulsory school attendance laws—to address threats to children’s development and used the state’s power to inculcate their values through a process of citizen-building (Rothman, 1980; Wiebe, 1967).

At the end of the 19th century, positivist criminology supplanted the classic formulation of crime as the product of free-will choices, attempted to identify antecedent forces that caused criminality, and provided a more modern and scientific conception of social control (Cullen & Gilbert, 1982). Positivist criminology attributed criminal behavior to external deterministic forces and reformers adopted discretionary policies to rehabilitate offenders—probation, parole, indeterminate sentences, and juvenile courts (Allen, 1964; Rothman, 1980). The Rehabilitative Ideal required shared beliefs about ends and means—the goals of change and strategies to achieve them. Progressives believed that the new behavioral sciences provided them the tools with which to change immigrants’ and poor peoples’ personality, character, and morals, and lead them to adopt their middle-class values (Allen, 1964; Rothman, 1980).

The juvenile court melded the new ideology of childhood with the new strategies of social control. Progressive reformers created a separate justice system to shield children from criminal courts, jails, and prisons. Two goals animated juvenile courts’ creators: an interventionist rationale and a diversionary one. The more expansive interventionist vision expected judges to identify causes of youths’ misbehavior, to intervene, and to promote their development into responsible adults. They believed that children were less blameworthy than were adults for their crimes and more amenable to change (Scott & Steinberg, 2008; Wolcott, 2005). Juvenile courts’ less articulated diversionary purpose was to minimize the harms the criminal justice system inflicted on young people. They could accomplish their diversionary goal simply by providing an alternative to criminal courts even if their rehabilitative goal proved more elusive (Zimring, 2000).

Juvenile courts introduced a judicial-welfare alternative to remove children from the criminal justice system, and promised individualized treatment in a non-punitive child welfare system. Juvenile courts’ rehabilitative mission envisioned a specialized judge trained in social work and child development whose empathy and insight would enable him to make dispositions in a child’s best interests (Allen, 1964; Tanenhaus, 2004). Progressives defined the court’s jurisdiction broadly to include youths accused of crimes, noncriminal status offenders at risk to become delinquents, and abused and neglected children. Juvenile courts’ rehabilitative dispositions focused on youths’ future welfare rather than their past offenses and could continue for the duration of minority. The courts’ founders conceived of children as

immature and irresponsible and opposed procedural safeguards that could impede open communication between judge and child.

Progressive reformers intended juvenile courts to discriminate—to control poor and immigrant children, to assimilate and Americanize them, and to distinguish between their own children and other people’s children (Feld, 1999; Rothman, 1980). While probation was the disposition of first resort, the institutions to which judges disproportionately committed poor and immigrant children more closely resembled youth prisons than clinics.

Juvenile courts’ role as agencies of assimilation, acculturation, and Americanization led them to distinguish and discriminate between children of European immigrants and Black youths (Ward, 2012). The creation of juvenile courts in Northern cities coincided with the emergence of Jim Crow justice in the South, where the vast majority of Blacks lived. At the start of the 20th century, 90% of Blacks lived in the South, more than three-quarters in rural areas. Unlike the assimilationist and citizen-building agenda of Northern Reformers, Southern states tried Black youths in criminal court, committed them to adult prisons, subjected them to chain gangs and convict leasing, and executed them (Ward, 2012).

## **Part II. The Due Process Revolution and Juvenile Courts**

In the decades prior to and after World War II, the Great Migration of African Americans from the rural South to the industrial North and West increased the urbanization of Blacks, placed issues of racial equality and civil rights on the national political agenda, provided impetus for constitutional and legislative reforms, and changed American society, politics, and law (Feld 2003a; Klarman, 2004; Wilkerson, 2010). The outbreak of World War I in 1914 curtailed European immigration and created a demand for southern Black laborers to work in Northern factories. Many Blacks joined the exodus to escape Southern racial hostility—Jim Crow laws, Ku Klux Klan violence, beatings and lynching, poor segregated schools, lack of employment, and job discrimination (Alexander, 2010; Klarman, 2004; Lemann, 1992; Massey & Denton, 1993; Wilkerson, 2010). When Blacks left rural farms, they almost always moved to cities. During the first half of the 20th century, there was a massive demographic shift as Blacks moved from the countryside to the city: In 1910, less than one-quarter of blacks lived in cities; by 1940 half lived in cities; and by 1960, more than three-quarters did (Feld, 1999).

In the post-World War II era, as racial diversity outside the South increased, Whites reacted to Blacks in their midst with fear, hostility, violence, arson, and bombings (Hacker,

1992; Klarman, 2004; Massey & Denton, 1993). Public policies—federal housing and mortgage, interstate highway construction, urban planning, and taxes—and private practices—real estate and bank lending—contributed to whites moving from cities to suburbs in ever-larger numbers and forced Blacks to live primarily in racially segregated urban ghettos (Sampson & Wilson, 1995; Wilson, 2009).

In the 1950s and 1960s, a more assertive Civil Rights movement initially challenged segregation in the South, emerged as a social movement against racism throughout the country, and contested the social construction of race (Klarman, 2004; Omi & Winant, 1994; Powe, 2000). As Blacks moved from farms to Northern cities, they gained the right to vote, obtained better jobs and higher incomes, and acquired resources with which to challenge the racial status quo. During the 1950s and 1960s, the Warren Court’s desegregation, civil rights, and criminal procedure decisions aimed to dismantle the Jim Crow system of white supremacy. In the decade between *Brown v. Board of Education* in 1954 and the passage of the Civil Rights Act in 1964, the Court and Congress adopted norms of racial equality and eliminated the legal foundations of Southern apartheid (Mendelberg, 2001; Powe, 2000).

Youth crime increased in the 1960s as baby-boom children reached adolescence (Feld, 2017a). The increased urbanization of Blacks led to higher crime rates in minority areas. Race riots rocked many American cities between 1964 and 1968 (National Advisory Commission on Civil Disorders, 1968). These broader structural and demographic changes and their effects provided the backdrop for the Warren Court’s civil rights decisions, criminal procedure rulings, and juvenile court opinions. The Due Process Revolution emphasized individual liberty and equality, distrust of state power, and attempted to protect minority citizens (Graham, 1970; Powe, 2000).

The President’s Crime Commission *Task Force Report on Juvenile Delinquency and Youth Crime* (1967) revealed juvenile courts’ procedural deficiencies, inadequate correctional institutions, and racial disparities (Feld, 2017a). Drawing on its critique, *In re Gault* highlighted the disjunction between juvenile courts’ rehabilitative rhetoric—long used to justify the dearth of procedural safeguards—and the reality of court and correctional practices. However, the Court relied on the Fourteenth Amendment due process clause rather than the specific provisions of the Bill of Rights and denied delinquents the procedural safeguards afforded criminal defendants (Feld, 2003b, 2017a). *Gault* ruled that juvenile courts must conduct fundamentally fair proceedings: notice of charges, an impartial hearing, assistance of counsel, opportunity to confront and cross-examine witnesses, and the privilege against self-incrimination (Feld, 1984). In granting delinquents legal rights, *Gault* envisioned youths as



competent to exercise procedural rights and to participate in an adversarial system (Manfredi, 1998). However, the Court's reliance on Fourteenth Amendment fundamental fairness, rather than the Sixth Amendment, has resulted in a procedurally deficient justice system compared with rights formally available to adults (Feld, 2003b, 2017b).

Subsequent decisions further criminalized delinquency proceedings. *In re Winship* (1970) required states to prove delinquents' guilt by the criminal law standard of proof beyond a reasonable doubt. *Breed v. Jones* (1975) applied the ban on double jeopardy based on the functional equivalence of criminal trials and delinquency proceedings. However, *McKeiver v. Pennsylvania* (1971) denied delinquents the constitutional right to a jury trial that *Duncan v. Louisiana* (1968) made available to criminal defendants because it feared that juries might adversely affect juvenile courts' informality, flexibility, and confidentiality. Get-tough policies of the 1980s and 1990s increased the direct and collateral consequences of delinquency convictions and repudiated *McKeiver's* unsupported premise that juvenile courts treated rather than punished delinquents.

*Gault* triggered a procedural revolution that transformed juvenile courts from informal welfare agencies into scaled-down criminal courts. Although granting delinquents some procedural rights might impair juvenile courts' ability to intervene in children's lives, safeguards would not impede their ability to divert youths and avoid the harms of the criminal justice system (Zimring, 2000). But granting delinquents some safeguards legitimated increasingly punitive penalties that fell most heavily on minority offenders. The Court's due process revolution coincided with a synergy of campus disorders, escalating crime rates, urban racial rebellions, dissatisfaction with the treatment model, and emerging politics of crime that prompted calls for a return to classic criminal law and paved the way for get-tough policies (Beckett & Sasson, 2000; Feld, 2003a; Garland, 2001).

### **Part III. Structural Change, Youth Crime, and the Get Tough Era**

Macro-structural changes, rising crime rates, and urban unrest in the 1960s realigned both political parties around race-related issues (Edsall & Edsall, 1992; López, 2014). The civil rights struggle shifted from ending apartheid and Jim Crow discrimination to even more difficult issues of political, economic, and social inequality nationwide. The civil rights agenda frayed the coalition of Blacks, liberals, Northern ethnic, and Southern White voters, and polarized the Democratic and Republican Parties over matters of race. Republicans employed a Southern strategy to appeal to White voters' racial antipathies by politicizing crime and

welfare policies. They attributed race riots and crime to Warren Court decisions and liberal Democrat policies that rewarded bad behavior and fostered welfare dependency (Simon, 2007). They described young offenders as dangerous criminals—“super-predators”—rather than as children and attributed their violence to lenient juvenile court dispositions (Bernard & Kurlychek, 2010; Scott & Steinberg 2008). By the early 1990s, lawmakers’ politicization of crime policies led to mass incarceration of adults and get-tough juvenile justice measures (Alexander, 2010; Western, 2006).

Structural, economic, and racial demographic changes in American cities during the 1970s and 1980s contributed to escalating Black youth homicide rates and provided the context within which states adopted get-tough criminal and juvenile justice policies (Feld, 2017a; Zimring, 1998). The Great Migration increased the concentration of impoverished African Americans consigned to inner-city ghettos. Federal housing, highway, and mortgage policies combined with bank redlining and real estate block-busting and related sales practices to create increasingly poor minority urban cores surrounded by predominantly white affluent suburbs (Katz, 1989; Lemann, 1992; Sampson & Wilson, 1995; Wilson, 2009). Unlike earlier European immigrants who provided valuable labor during the period of rapid industrialization, Black internal migrants arrived to face a shrinking manufacturing sector (Lieberson, 1980).

Beginning in the early 1970s, the United States began to shift from a manufacturing to an information/service economy. Globalization and technological innovations eliminated many jobs of less-skilled workers and produced a bifurcation of economic opportunities based on education and technical skills. The economic changes adversely affected Blacks more deeply than other groups because of their more recent entry into the manufacturing economy, their vulnerability in the social stratification system, their lower average educational attainment, and their spatial isolation from sectors of job growth. Notwithstanding discrimination against earlier immigrant groups, Blacks faced much more intense exclusion and segregation in education, residence, and employment, which impeded their integration and upward mobility (Gottschalk, 2015; Katz, 1989). The post-industrial economic transition and racial reorganization of cities contributed to a segregated urban underclass living in concentrated poverty (Wilson 1987).

In the 1980s, the introduction of crack cocaine into inner cities led to a proliferation of guns, sparked turf wars over control of drug markets, and sharply increased Black youths’ homicide rates (Blumstein, 1995; Feld, 1999; Zimring, 1998). Alfred Blumstein and others ascribe the disproportionate racial increase to several factors: introduction of crack cocaine into inner-city ghettos in the mid-1980s; recruitment of young Black men to sell drugs in open-air

street markets; drug-sellers arming themselves for self-protection; circulation of guns among drug dealers' peers; young people's irresponsible use of guns; and a contagion effect that changed attitudes about and behaviors involving gun use (Blumstein, 1995; Cook & Laub, 1998).

Conservative politicians long had exploited the connection between race and crime (Beckett & Sasson, 2000; Klarman, 2004; Kennedy, 1997). In the 1960s, the baby-boom rise in youth crime and urban racial disorders evoked fear of crime in the streets. Beginning in the 1960s, national Republican politicians decried a crisis of law and order, pursued a Southern Strategy to appeal to white southern voters' racial antipathy, as well as suburbanites, socially conservative Catholics, and blue-collar workers to foster a political realignment around race and public policy issues (Edsall & Edsall, 1992; Phillips, 1969).

Conservatives rejected structural root-cause explanations of crime and poverty and instead attributed them to individuals' bad choices, personal character failings, and cultural shortcomings. Code words are symbols or phrases that implicate racial themes but without directly challenging egalitarian ideals (López, 2014). Conservative politicians employed a new vocabulary of coded anti-Black rhetoric to channel racial prejudices but with deniability of racism or intent to discriminate (Mendelberg, 2001). Crime and welfare, in particular, enable politicians to use coded language and exploit white American's negative views about Blacks (Gilens, 1999; López, 2014). Conservative's coded anti-crime rhetoric conflated Blackness and crime in public consciousness, and promoted punitive policies for electoral advantage. In the 1980s and 1990s, those policies produced mass incarceration for adult offenders and fostered changes in juvenile courts' transfer and sentencing laws.

### *The Impact of Get-Tough Policies on the Juvenile Court*

In the United States, state legislatures create juvenile courts, and define their maximum age jurisdiction – typically 17 years of age – and the conduct over which they have authority – offenses. During the Get Tough Era, changes in state laws challenged both their diversionary and interventionist goals. Conservatives promoted a stereotype of super-predators—cold-eyed young killers suffering from moral poverty—rather than traditional images of disadvantaged youths who needed help (Bennet & DiIulio, 1996; Garland, 2001; Ward, 2012). Based on erroneous demographic projections, they predicted a bloodbath of youth crime, even as juvenile violence declined precipitously (Zimring, 1998, 2013). Relying on those flawed predictions, legislators pre-emptively enacted get-tough laws that emphasized suppression of crime rather than efforts to change children.

### *Transfer to Criminal Court*

During the 1970s, Progressives' optimism about human malleability foundered on empirical evaluations of rehabilitation that questioned its effectiveness (Martinson, 1974). The pessimistic finding that "nothing works" reinforced conservatives' distrust of government efforts to reduce crime or ameliorate social problems. In the 1970s, just deserts and retribution displaced rehabilitation as rationales for juvenile and criminal sentencing (Garland, 2001; Tonry, 1996). Proponents of just deserts advocated offense-based determinate and proportionate criminal sentences, rather than discretionary indeterminate penalties. Deserts-based sentences focus on offenders' past behavior rather than utilitarian considerations like treatment, deterrence, or incapacitation. Determinate sentences impose backward-looking penalties based on offense, culpability, or criminal history.

Juvenile justice shifted from a welfare to a penal orientation and assumed responsibility to manage and regulate delinquents rather than to cure them. Retribution, deterrence, and selective incapacitation displaced rehabilitation as sentencing policy rationales and states replaced indeterminate delinquency sentences with determinate ones. In the 1980s and 1990s, states amended their juvenile codes to expedite transfer of youths to criminal courts, where they faced substantial sentences as adults (Feld, 1987). States required juvenile-court judges to impose determinate or mandatory sentences on delinquents who remained in an increasingly punitive system (Feld, 1988a, 1998, 1999; Torbet et al., 1996). Both strategies deemphasized individualized treatment in favor of personal and justice system accountability. Cumulatively they reflect an inversion of juvenile justice jurisprudence and practice—from rehabilitation to retribution, from a focus on the offender to an emphasis on offense, and shifted discretion from judges to prosecutors—all of which had a disproportionate impact on children of color.

Amid predictions of a bloodbath of youth violence, states passed laws to transfer more and younger juveniles to criminal court for prosecution as adults (Feld, 1987; Feld & Bishop, 2012; Torbet et al., 1996). They equated juveniles' criminal responsibility with that of adults—"old enough to do the crime, old enough to do the time"—and expected criminal courts to punish them similarly (National Research Council, 2013). States' get-tough laws lowered the age of eligibility for transfer, increased the numbers of excluded offenses, emphasized offenses rather than offenders, and shifted discretion from judges to prosecutors to decide youth's juvenile or criminal status. Nationally, prosecutors determined the criminal status of 85% of youths tried as adults and acted as gatekeepers to the juvenile justice system, a role previously reserved for judges (Simon, 2007). Blended sentencing laws which meld delinquency and criminal sanctions further eroded the formal demarcation between juvenile and criminal courts.

Criminal court judges sentence transferred youths under the same statutes as adult and often imposed harsher sentences on them than on comparable young adult defendants (Feld & Bishop, 2012; Kurlychek & Johnson, 2004, 2010). Transferred juveniles are more likely to be convicted, incarcerated, and receive longer sentences than comparable young-adult offenders (Kurlychek & Johnson, 2004, 2010; Steiner 2009). Confining youths in prison exacts different and greater developmental opportunity costs than those experienced by adults (National Research Council, 2013). Prisons are developmentally inappropriate places for youths to form an identity, acquire social skills, or make a successful transition to adulthood (Loeber & Farrington, 2012; Mulvey & Schubert, 2012). Despite the iatrogenic effect of transfer—youths tried as adults had higher, faster, and more serious recidivism than their delinquent counterparts—transfer laws reflected legislators’ expressive condemnation of crime without regard to its instrumental impact on offending or appreciation of youthful mitigation.

For decades, studies consistently reported racial disparities in judicial transfer decisions (Feld, 2017a). Get-tough laws to limit judges’ discretion, expand prosecutors’ power or exclude youths from juvenile court amplify racial disparities (Bishop 2005; National Research Council, 2001; Poe-Yamagata & Jones, 2007).

### *Sentencing Delinquents*

Get-tough policies affected juvenile courts’ sentencing practices and eroded the tenuous distinctions between treatment and punishment, even though juvenile courts’ relaxed procedural safeguards rest on the purported differences. The Supreme Court has identified several indicators with which to distinguish between treatment and punishment: legislative purpose clauses; indeterminate, or mandatory or determinate sentencing statutes; judicial sentencing practices; and conditions of confinement (Feld, 1999, 2017b).

During the Get Tough Era, states made delinquency sanctions tougher. In lieu of juvenile courts’ traditional purpose to provide for a child’s “moral, emotional, mental, and physical welfare” and to act in her “best interests,” states amended juvenile codes’ purpose clauses to endorse punishment. The revised language focused on accountability, responsibility, punishment, and public safety rather than, or in addition to, a child’s welfare or best interests (Feld, 1988a, 1998). As accountability became synonymous with retribution, deterrence, and incapacitation, state courts affirmed punishment as a legitimate element of juvenile courts’ treatment regime (Feld, 1999, 2017a; Nellis, 2016).

Traditionally, juvenile courts imposed indeterminate, non-proportionate disposition because delinquency was only a symptom of a child’s needs, and had little bearing on what

might be required to change. During the Get Tough Era, states amended laws to emphasize individual responsibility, justice system accountability, and determinate or mandatory minimum sentences (Feld 1988a, 1998; Torbet et al., 1996). The National Research Council's (2001, p. 210) analysis of juvenile court sentencing laws concluded that "[s]tate legislative changes in recent years have moved the court away from its rehabilitative goals and toward punishment and accountability. Laws have made some dispositions offense-based rather than offender-based. Offense-based sanctions are to be proportionate to the offense and have retribution or deterrence as their goal."

Juvenile court judges' sentencing practices increasingly resembled those of criminal courts. Two factors influence their decisions. First, states define juvenile courts' delinquency jurisdiction based on criminal law violations. The same factors that influence criminal court sentences—present offense and prior record—strongly influence delinquency sentences as well (Feld, 1999, 2017a; Scott & Steinberg, 2008). Second, after controls for legal variables, juveniles' race affects dispositions (Bishop & Leiber, 2012; Feld 2017a; National Research Council, 2001). Analysts attribute racial disparities in justice administration to several factors: differences in rates of offending by race; differential selection of youths by justice system personnel; and juvenile courts' context—the interaction of urban locale with minority residency (Bishop & Leiber, 2012; Feld, 1999). Delinquency case processing entails a succession of decisions by police, court personnel, prosecutors, and judges. The compounding effects of even small disparities produce larger cumulative differences between White youths and children of color (Gottschalk, 2015), and juvenile courts' punitive sanctions fall most heavily on African American youths.

Black youths commit violent crimes at higher rates than do White youths due to their greater exposure to risk factors associated with criminal involvement, most of which are corollaries of poverty (Fox, Jennings, & Piquero, 2014; Loeber & Farrington, 1998). Concentrated poverty, unemployment, dysfunctional families, poor supervision, harsh discipline, abuse or maltreatment, failing schools, gang-infested neighborhoods, and community disorder contribute to crime and violence in segregated urban areas (Massey & Denton, 1993; National Research Council, 2014; Sampson & Wilson, 1995; Tonry 2011; Wilson, 1987, 1996).

Justice system personnel's decisions amplify differences in rates of offending by race. Police stop and arrest youths of color more frequently than White youths (Bishop, 2005; Bishop & Leiber, 2012). Probation officers who decide whether or not to detain and to file formal petitions often perceive minority juveniles as more threatening than White juveniles (Bridges

& Steen, 1998; National Research Council, 2001). Juvenile courts' *parens patriae* ideology legitimates individualized dispositions and exposes disadvantaged youths to more extensive controls because of their greater needs and parents' inability to purchase private services.

The structural context of juvenile courts also contributes to racial disparities. Urban courts are more procedurally formal and sentence all delinquents more severely than do suburban or rural courts. Urban courts have greater access to detention facilities, judges detain minority youths at higher rates than White youths, and detained youths receive more-severe sentences than those who remain at liberty (Feld, 1989, 1991, 1993; Rodriguez, 2010). Because larger proportions of minority youths live in urban settings, experience higher rates of detention, and have their cases adjudicated in more formal courts, the structural context of juvenile courts interacts with racial demography to produce disproportionate minority confinement (Feld, 2017a). As a consequence of get-tough policies, differential offending, differential selection, and decision-making context, since the 1980s the proportion of White youths removed from home has declined while that of Black youths has increased. Despite recent overall reductions in youths in confinement, the racial composition of institutionalized inmates became even darker; Black youths comprise the largest plurality of youths in public correctional facilities (Feld, 2017a).

*Gault* mandated procedural safeguards, in part, because of conditions of confinement in training schools. In subsequent decades, juvenile inmates have filed 60 law suits challenging conditions of confinement, asserting they violate the Eighth Amendment's prohibition on cruel and unusual punishment and deny their Fourteenth Amendment right to treatment (Feld, 2017a). The litigation reveals gang conflict; sexual abuse of inmates by guards; inadequate education, mental health and health care services; suicide; inmate beatings and deaths at the hands of staff; and youths locked in solitary confinement, housed in overcrowded and dangerous conditions, and subjected to other punitive practices (Feld, 1999; Krisberg, 2012). Evaluations of training schools provide scant evidence of effective treatment. Programs that emphasize deterrence or punishment—institutions and boot camps—and use physical training and discipline may lead to increased criminal activity following release (Feld, 2017a; Krisberg, 2012; MacKenzie & Freeland, 2012; Nellis 2016).

#### **Part IV. The Kids Are Different Era**

The Supreme Court developed its jurisprudence of youth—"children are different"—in response to get-tough laws that ignored adolescents' reduced culpability. States' criminal laws

lengthened sentences, set mandatory minimums, and imposed mandatory life without parole for homicide and other crimes (Tonry, 1996, 2011). They apply equally to juveniles as to adults; judges sentenced them as if they were adults and sent them to the same prisons. The increased numbers and immaturity of many juveniles sentenced as adults impelled the Court to review states' laws and to judicially assert that "enough is enough."

### *Culpability Revisited*

In a trilogy of cases beginning in 2005, the Court applied the Eighth Amendment prohibition on "cruel and unusual punishments" to juveniles. *Roper v. Simmons* (2005) categorically barred states from executing youths for crimes committed prior to 18 years of age. *Graham v. Florida* (2010) applied *Roper's* diminished responsibility rationale to youths convicted of non-homicide crimes and categorically prohibited judges from imposing life without parole sentences. *Miller v. Alabama* (2012) extended *Roper's* and *Graham's* diminished responsibility rationale, prohibited states from imposing *mandatory* life without parole sentences on juveniles convicted of murder, and required individualized culpability assessments.

Criminal responsibility reflects an actor's degree of blameworthiness for harmful acts. A crime's seriousness is defined by two elements—harm and culpability—which determines how much punishment an actor deserves (Frase, 2005). An offender's age does not affect the harm caused, but penal proportionality requires consideration of an offender's culpability, and immaturity reduces youths' blameworthiness (Feld, 2017a).

*Roper* gave three reasons why states could not punish juveniles as severely as adults. First, their immature judgment and limited self-control causes them to act impulsively and without adequate appreciation of consequences. Second, their susceptibility to negative influence from peers and inability to escape criminogenic environments reduces their responsibility. Third, their transitory personality provides less reliable evidence of blameworthiness and a greater possibility of reform. For *Roper*, youth's diminished responsibility undermined retributive justifications for the death penalty. Their impulsivity and limited self-control weakened any deterrent effect (Feld, 2013b, 2017b). *Roper* used age as a categorical proxy for diminished responsibility rather than to allow individualized culpability assessments.

*Roper's* diminished responsibility rationale relied more on intuition—"as any parent knows"—than on developmental psychological and neuroscience research. Developmental psychology focuses on how children's and adolescents' thinking and behaving change with



age. By mid-adolescence, most youths reason similarly to adults. For example, they make comparable informed-consent medical decisions. But the ability to make sensible decisions with complete information under laboratory conditions differs from the ability to act responsibly under stress with incomplete information. Emotions influence youths' judgment to a greater extent than adults' and researchers distinguish between "cold" and "hot" cognition. Emotionally charged situations compromise adolescents' decision-making and self-control, and sensitivity to rewards suppress judicious consideration of risk (Feld, 2017a; Scott & Steinberg, 2008).

In response to states' get-tough legislative frenzy, in 1995, the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation sponsored the Research Network on Adolescent Development and Juvenile Justice (ADJJ) (MacArthur Foundation, 2006; Nellis, 2016; Scott & Steinberg, 2008). Over the next decade, the ADJJ Network conducted research on adolescent decision-making, judgment, and adjudicative competence (Monahan, Steinberg, & Piquero, 2015). The research distinguishes between cognitive abilities and judgment and self-control—deliberate thinking versus impulsive behaving (Scott & Steinberg, 2008; Woolard, 2012). Although 16-year-olds' understanding and reasoning approximate adults', their ability to exercise mature judgment and control impulses takes several more years to emerge.

The ADJJ research describes the disjunction between cognitive ability and judgment and self-control as the "immaturity gap." Youths differ from adults in risk perception, appreciation of consequences, impulsivity, and self-control, sensation seeking, and compliance with peers (National Research Council, 2013; Scott & Steinberg, 2008). They weigh costs and benefits differently, apply dissimilar subjective values to outcomes, and more heavily discount negative future consequences than more immediate rewards (National Research Council, 2011). Adolescents crave sensations and excitement, and emotional arousal affects both impulsivity and the quest for novel and risky experiences (National Research Council, 2011; Woolard, 2012).

Adolescents lack adults' neurobiological capacity to exercise mature judgment or control impulses (Feld, 2017a; National Research Council, 2013). The relationship between two brain regions—the prefrontal cortex (PFC) and the limbic system—underlie youths' propensity for risky behavior. The PFC performs executive functions—reasoning, planning, and controlling impulses. The limbic system controls emotions, reward-seeking, and instinctual behavior. The PFC and limbic systems mature at different rates and adolescents rely more heavily on the limbic system—bottom-up emotional processing rather than the top-down cognitive regulatory system. The developmental lag between the PFC regulatory system and

the reward-seeking limbic system contributes to impetuous behavior driven more by emotions than by reason (Feld, Casey, & Hurd, 2013; National Research Council, 2011; Scott & Steinberg 2008; Steinberg 2014). Neuroscience research bolsters social scientists' observations about adolescents' impulsivity and impaired self-control, but has not established a direct link between brain maturation and behavior, or found ways to individualize assessments of developmental differences (Maroney, 2009; Scott & Steinberg 2008; Steinberg, 2014).

*Roper* attributed juveniles' diminished responsibility to greater susceptibility to social and peer influences. Peers' presence increase youths' propensity to engage in unsafe behavior more so than they would if they were alone (Monahan et al., 2015). Their presence stimulates neural activity in the brain's reward centers and makes them more sensitive to all kinds of rewards including risky behavior. Juveniles commit their crimes in groups to a greater extent than do adults (Steinberg, 2014; Zimring, 1998). Group criminality provides less-compelling evidence of criminality than if an adult made the same choice, but increases youths' risks for prosecution as accessories to crimes they did not intend or personally commit.

*Graham v. Florida* extended *Roper's* diminished responsibility rationale to non-homicide offenders who received Life Without Parole (LWOP) sentences. *Graham* extended *Roper's* reduced culpability rationale to term-of-year sentences and applied it categorically to all juveniles sentenced for non-capital crimes. *Graham* reemphasized that juveniles' reduced culpability warranted less-severe penalties than those imposed on adults and explicitly attributed youths' diminished responsibility to developmental and neuroscience research (*Graham*, 2010).

*Miller v. Alabama* extended *Roper* and *Graham* and banned *mandatory* LWOP for youths convicted of murder and required an individualized culpability assessment. Although the Court in *Harmelin v. Michigan* (1991) had upheld mandatory LWOP for an adult, *Miller* emphasized that “[w]e have by now held on multiple occasions that a sentencing rule permissible for adults may not be so for children. . . . So if (as *Harmelin* recognized) ‘death is different,’ children are different too (*Miller*, 2012:481).” Although *Miller* required judges to conduct individualized culpability assessments and to consider youthful mitigation, the Court did not give legislators or judges practical guidance as to how conduct such evaluations or how to weigh youthfulness as a mitigating factor. *Montgomery v. Louisiana* (2016) applied *Miller* retroactively to the thousands of youths who previously had received mandatory LWOP sentences and ruled that they would be eligible for individualized resentencing or parole consideration. The factors *Miller* described to make culpability assessments—age, immaturity, impetuosity, family and home environment, degree of criminal participation, and amenability

to treatment—give expression to judges’ subjective discretion. Without clear guidelines and effective appellate control, judges are unlikely to recognize that children are different and properly weight youths’ reduced culpability (Drinan, 2016, 2018).

### *Youth Discount*

States should formally incorporate youthfulness as a mitigating factor in sentencing statutes. Youths who produce the same harms as adults are not their moral equals and do not deserve the same consequences. *Roper* and *Graham* adopted categorical prohibitions because the Court feared that a judge or jury could not properly consider youthful mitigation when confronted with an especially brutal or heinous crime.

There are two reasons to prefer a categorical rule over individualized discretion. First, judges and legislators cannot define or identify what constitutes adult-like culpability. Culpability is not an objectively measurable thing, but a subjective judgment about criminal responsibility. Despite individual developmental differences, clinicians lack tools with which to assess youths’ impulsivity, foresight, and preference for risk, or a metric by which to relate maturity of judgment with criminal responsibility. Secondly, *Roper* recognized that judges or juries cannot fairly or consistently weigh the abstraction of diminished responsibility against the aggravating reality of a horrific crime (Feld, 2017a, 2017b).

A categorical Youth Discount would give all adolescents substantial fractional reductions in adults’ sentence lengths based on age as a proxy for culpability (Feld, 2013b, 2017a; Scott & Steinberg, 2008). A Youth Discount creates a sliding scale of diminished responsibility that gives the largest reductions to the youngest offenders. The Youth Discount’s diminished responsibility rationale would preclude mandatory or LWOP sentences for young offenders.

### ***Competence to Exercise Procedural Rights Revisited***

Delinquency proceedings are much more formal and their direct and collateral consequences far more serious than the quasi-welfare agency that Progressives envisioned a century ago. Their increased complexity and punitiveness makes greater demands on children’s ability to make legal decisions. However, two competing images of youth influence court procedures. Judges and legislators sometimes depict young people as vulnerable children who need special safeguards to protect themselves from their own immaturity. At other times, they portray youths as mature and responsible and treat them just like adults. When policy-makers choose between competing images of immaturity and responsibility, they ignore

developmental differences that would justify stronger safeguards for youths. Instead, they treat juveniles just like adults when formal equality results in practical inequality and in other instances use juvenile court procedures that provide fewer protections than criminal defendants enjoy (Feld, 1984, 2017b).

Developmental psychologists have examined adolescents' ability to exercise *Miranda* rights, their competence to participate in legal proceedings, and their ability to waive counsel. The research questions whether adolescents—especially younger and mid-teens—possess the cognitive ability, maturity of judgment, and competence necessary to exercise legal rights. Many of the developmental features on which *Roper*, *Graham*, and *Miller* relied—impaired judgment and self-control, impulsivity, short-sightedness, and susceptibility to social influences—contribute to their reduced competence to exercise rights. Despite developmental differences, most states do not provide additional safeguards to protect juveniles from their own immaturity and instead use adult legal standards that put them at a disadvantage.

### *Questioning Juveniles*

The Court in *Miranda v. Arizona* (1966) required police to advise suspects of their right to remain silent and to have counsel present prior to custodial interrogation. In the decades prior to *Miranda*, the Court in *Haley v. Ohio* (1948) and *Gallegos v. Colorado* (1962) cautioned trial judges to examine closely how the youthfulness of 15- and 14-year-olds affected the voluntariness of their confessions. The Court recognized that children are not the equals of adults and required an attorney or parent to offset their vulnerability. *Gault* reiterated concern that youthfulness adversely affected juveniles' statements. By contrast, *Fare v. Michael C.* (1979) held that the legal standard used to evaluate adults' waivers—"knowing, intelligent, and voluntary under the totality of the circumstances"—governed juveniles' waivers as well. Finally, *J.D.B. v. North Carolina* (2011) concluded that a 13-year-old's age was an objective factor that would affect how a young person might experience restraints of liberty. Despite *J.D.B.*'s renewed concern about youths' vulnerability, the vast majority of states use the same *Miranda* framework for juveniles and adults (Feld, 2013a). The leading cases provide long lists of factors for trial judges to consider, do not assign controlling weight to any variable, and defer to trial judges' decisions whether a juvenile made a valid waiver (Feld, 2000, 2013a).

Developmental psychologists question whether juveniles can meet an adult waiver standard. Some juveniles do not understand the words or concepts the *Miranda* warning conveys (Feld, 2013a; Grisso, 1980, 1981). Adolescents ages 16 and 17 with near-average intelligence performed comparably with adults, but younger juveniles and those with lower IQ

scores performed much more poorly. Even youths who understand *Miranda*'s words do not appreciate the function or importance of rights as well as adults (Grisso 1981, 1997). *Roper*, *Graham*, and *Miller* emphasized youths' susceptibility to social influences, and *Miranda* characterized custodial interrogation as a police-dominated setting designed to create psychological pressures to comply. The differing legal and social status of youths and adults render children questioned by authority figures more suggestible and susceptible. The Court requires suspects to invoke *Miranda* rights clearly and unambiguously even though juveniles and other groups tend to speak indirectly or tentatively to avoid conflict with those in power (Feld, 2013a, 2017b). Juveniles may waive rights and admit responsibility because they believe they must obey authority. They acquiesce more readily to negative pressure and accede more willingly to suggestions (Kassin et al., 2010). They impulsively confess to escape the rigors of interrogation, rather than consider long-term consequences.

Once juveniles waive rights, police question them just like adults and use the same maximization and minimization strategies to overcome young suspects' resistance and to lead them to confess. Police do not incorporate developmental differences into the tactics they employ and techniques designed to manipulate adults—aggressive questions, presenting false evidence, using leading questions—create unique dangers when employed with youths (Feld, 2013a; Kassin, 2005; Leo, 2008).

Research on false confessions underscores juveniles' unique vulnerability. Studies of exonerated juveniles who confess falsely involve only the small group of youths prosecuted as adults, but they typically comprise one-third or more of all proven false confessions and younger juveniles are even more likely to confess to crimes they did not commit (Drizin & Leo, 2004; Garrett, 2011; Gross, et al 2005). Developmental psychologists attribute their substantial overrepresentation among false confessors to reduced cognitive ability, immaturity and impulsivity, and susceptibility to manipulation (Bonnie & Grisso, 2000). They are more likely to comply with authority figures, tell police what they think they want to hear, and try to extricate themselves from the stress and anxiety of interrogation by falsely confessing.

Juveniles' incomplete understanding, impaired judgment, and heightened vulnerability warrant greater protections than those afforded adults. The Court in *Haley*, *Gallegos*, *Gault*, *Fare*, *Yarborough v. Alvarado*, and *J.D.B.* excluded statements taken from youths 15 years of age or younger and admitted those obtained from 16- and 17-year-olds. The Court's de facto function line—15 and younger versus 16 and older—closely tracks what psychologists report about youths' ability to understand the *Miranda* warning. Younger juveniles should consult with an attorney before they exercise or waive rights to assure an informed and voluntary

waiver. If they cannot understand or exercise rights without assistance, then to treat them as if they do enables the state to exploit their vulnerability. States should require police to record all interactions—preliminary interviews and interrogations—with young suspects to provide an objective record of what transpired. Because the vast majority of interrogations are very brief and false confessions typically emerge only after lengthy questioning, states should create a presumption that admissions obtained after prolonged grilling are involuntary and unreliable (Feld, 2013a, 2017a).

### *Competence to Stand Trial*

The Court long has required that a defendant must be competent to preserve the integrity of trials, to promote factual accuracy, to reduce risk of error, and to enable defendants to play a part in proceedings. *Gault*'s procedural rights would be of no value to youths incapable of exercising them. Juveniles must understand the trial process, have the ability to reason and work with counsel, and to rationally appreciate their situation (Grisso, 2004; Grisso et al., 2003). Adult defendants found incompetent to stand trial exhibited significant mental illness—psychotic disorders—or severe mental retardation. However, the American Psychiatric Association's *DSM—V* cautions against diagnosing psychotic disorders in younger populations, although delinquent youths exhibit substantial higher rates of mental illnesses—one-half to three-quarters—than those in the general population (Grisso, 2004).

Developmental psychologists assert that immaturity per se—especially for younger juveniles—produces the same deficits of understanding and inability to assist counsel that mental illness or retardation engenders in incompetent adults. Youths' developmental limitations adversely affect their ability to pay attention, understand proceedings, make rational decisions, and work with counsel (Scott & Grisso, 2005; Scott & Steinberg, 2008). About one-third of 11- to 13-year-olds and one-fifth of 14- and 15-year-olds exhibited deficits of reasoning and understanding comparable to that of incompetent adults (Grisso et al., 2003).

The issue of competence to stand trial arises both for youths tried in criminal court and those prosecuted in juvenile court. For youths tried as adults, criminal courts apply the adult standard but focus on mental illness or retardation rather than developmental immaturity as sources of incompetence. For youths tried in juvenile court, most states use a lower juvenile-normed standard on the theory that delinquency hearings are less complex and consequences less severe, and a relaxed standard enables judges to proceed (Scott & Grisso, 2005). However, a finding of delinquency requires proof of guilt, and if youths cannot understand the proceedings and assist counsel, they should not be prosecuted in any court (Feld, 2017b).

### *Access to Counsel*

*Gault* compared a delinquency proceeding to a felony prosecution, granted delinquents the right to counsel, but relied on the more flexible Fourteenth Amendment Due Process Clause rather than the Sixth Amendment. It required a judge to advise the child and parent of the right to have a lawyer appointed if indigent, but ruled that juveniles could waive counsel. Most states do not use special procedural safeguards—mandatory non-waivable appointment or pre-waiver consultation with a lawyer—to protect delinquents from improvident decisions. Instead, they use the adult standard—knowing, intelligent, and voluntary to gauge juveniles’ relinquishment of counsel. As with *Miranda* waivers, formal equality results in practical inequality—lawyers represent delinquents at much lower rates than they do criminal defendants (Feld, 1993; Feld & Schaefer, 2010).

When the Court decided *Gault*, lawyers appeared in fewer than 5% of delinquency cases. Evaluations of delivery of legal services in the subsequent decades report that in many if not most states, a majority of delinquents appeared in juvenile courts without a lawyer (American Bar Association, 1993; Feld 1988b, 1993; Feld & Schaefer, 2010). While many juveniles appeared without counsel, lawyers who represented youths often encountered structural impediments to effective advocacy—heavy caseloads, inadequate resources, and the like (American Bar Association, 1995).

The most common explanation why so many juveniles are unrepresented is that they waived counsel. Judges in most states use the adult standard to gauge juveniles’ waivers of counsel and consider the same factors as in *Miranda* waivers (Feld, 2017b). As with *Miranda* waivers, many juveniles do not understand their rights or the role of lawyers and waive counsel without consulting with either a parent or an attorney. Judges who give counsel advisories often seek waivers to expedite court dockets, which affects how they inform juveniles of their rights and interpret their responses. Juveniles’ diminished competence, inability to understand proceedings, and judicial encouragement to waive counsel result in many delinquents being adjudicated without lawyers.

The formal procedures of juvenile and criminal courts have converged in the decades since *Gault*. Because of differences in age and developmental competence, youths should receive more procedural safeguards than adults to protect them from punitive delinquency adjudications and their own limitations. States do not provide juveniles with additional safeguards to protect them from their own immaturity—mandatory counsel at interrogation and at trial—and instead use adult legal standards that most youths are unlikely to meet. High rates of waiver undermine the legitimacy of the juvenile justice system because assistance of counsel

is the prerequisite to the exercise of other rights and to protect against the punitive consequences of delinquency convictions.

### *Jury Trial: Fact-Finding, Government Oppression, and Collateral Consequences*

States treat juveniles just like adults when formal equality produces practical inequality, but use juvenile courts that provide less-effective protection when called upon to provide delinquents with adult safeguards. *McKeiver v. Pennsylvania* denied delinquents the constitutional right to a jury guaranteed to adults. The presence of lay-citizens functions as a check on the state, provides protection against vindictive prosecutors or biased judges, upholds the criminal standard of proof beyond a reasonable doubt, and enhances the transparency and accountability of the justice system (Feld, 2003b). The *McKeiver* plurality reasoned that a judge could find facts as accurately as a jury, rejected concerns that informality could compromise fact-finding, invoked the imagery of a paternalistic judge, and disregarded delinquents' need for protection from state overreaching (National Research Council, 2001).

Although *McKeiver* assumed that judges could find facts as accurately as juries, their fact-finding differs because judges may preside over hundreds of cases a year, while a juror may participate in only one or two cases in a lifetime. Although juries and judges agree about defendants' guilt or innocence in about four-fifths of criminal cases, when they differ, juries acquit more often than do judges. For a variety of reasons, jurors have a higher threshold of proof beyond a reasonable doubt than do judges, and the greater flexibility and informality of closed delinquency proceedings compounds those differences (Feld, 2003b).

*McKeiver* uncritically assumed that juvenile courts treated delinquents rather than punished them, even as it conceded that states seldom realized that goal. Juries serve a special role to prevent governmental oppression and protect citizens facing punishment. Get Tough Era changes and states' explicit endorsement of punishment emphasize juvenile courts' penal character, undermine *McKeiver*'s premise of treatment, and undercut juveniles' perceptions of the legitimacy of the system.

Despite juvenile courts' increased punitiveness, the vast majority of states continue to deny delinquents the right to a jury trial (Gardner, 2012). Because some judges may apply the reasonable doubt standard less stringently than jurors, more youths are convicted than would be with adequate safeguards (Feld, 2003b). Collateral consequences of delinquency convictions amplify juvenile courts' procedural deficiencies. States use prior delinquency convictions to transfer youths to criminal court and to enhance their sentences. Federal and state appellate courts are divided whether to use delinquency convictions to enhance criminal



sentences (Feld, 2003b). In addition to direct penalties—confinement and enhanced sentences as juveniles or as adults—extensive collateral consequences follow from delinquency convictions. The consequences may follow youths for decades and affect future housing, education, and employment opportunities (National Research Council, 2013; Nellis 2016). The response to juvenile sex offenders is among the most onerous collateral consequences of delinquency adjudications and may include lifetime registration and notification requirements and limitations on where offenders can live, work, or attend school (Zimring, 2004).

### **Conclusion: Opportunities and Obstacles**

Over the past half century, the politics of race has shaped juvenile courts and evoked two contradictory responses. Initially, the Warren Court’s due process revolution aimed to end Southern apartheid, enhance civil rights, and protect minority citizens. *Gault* extended some procedural rights to delinquents as part of the Court’s broader civil rights agenda. Thereafter, Republican politicians pursued a Southern strategy to appeal to Southern, suburban, and blue-collar White voters’ negative racial attitudes. By the 1980s and 1990s, structural, economic, and racial demographic changes led to a Black underclass living in concentrated poverty and a rise in drug crime, gun violence, and murder. Politicians campaigned to crack down on youth crime which the public understood as code for young Black males. They inverted Progressives’ conception of youthful innocence and immaturity into an alternative vision of adult-like super-predators. Punitive transfer laws and delinquency sanctions transformed juvenile courts into procedurally deficient, second-class criminal courts.

During the Get Tough Era, politicians ignored the fact that children differ from adults in competence and culpability. Although they are less able to exercise rights, states use adult legal standards, posit a fictitious equality, and place youths at a procedural disadvantage. Judges readily allow delinquents to waive counsel in an increasingly complex punitive system. When juveniles have lawyers, they often fail to provide effective advocacy because of structural impediments.

For the past three decades, states have transferred more and younger juveniles to criminal courts. Politicians characterized them as criminally responsible and disregarded youths’ reduced culpability. *Roper*, *Graham*, and *Miller* finally recognized that children’s immature judgment and impaired self-control diminished their responsibility and barred the harshest punishments. Other than death or LWOP, however, criminal court judges punish transferred juveniles just like adults, ignore developmental differences, and disproportionately

penalize Black youths. Despite substantial declines in youth crime, the punitive legacy of the 1980s and 1990s remains in place. Belated judicial recognition that children are different and softening of punishment in a few states marks, at best, a modest retreat from repressive policies.

### *Juvenile Justice Reform*

This is an opportune time to adopt sensible juvenile justice policy. The dramatic drop in juvenile crime—especially violence and homicide—reduces its salience as terrorists and immigrants have supplanted super-predators on the political agenda. Advances in developmental psychology and neuroscience heighten our understanding of children’s behavior and increase prospects to change it. Youth advocacy groups pressure courts and legislatures to implement reforms.

While local, state, and federal agencies can implement many reforms to enhance juvenile justice administration, improving the lives of juvenile courts’ clients requires addressing root causes of crime and racial disparities. The prevalence of violent crime in segregated urban areas reflects private and public policy decisions stretching back decades that created and reinforce economic inequality, concentrated poverty, and racial isolation. The political economy—social and economic inequality—produces profound disparities in income, health, housing stability, educational opportunities, employment, and exposure to criminogenic conditions that no justice system reforms can overcome.

Poverty is the biggest single risk factor for successful child development. It affects every dimension of a child’s life beginning *in utero*. Poverty affects how their parents raise them, their access to healthcare, exposure to hunger and inadequate nutrition, residential instability, the safety of their communities, the quality of schools they attend, and their likelihood of justice system involvement. Every adverse indicator of child development—suicide, mental illness, drug abuse, homelessness, teenage pregnancy, school-leaving, crime—correlates with living in poverty.

Although poverty is the leading risk factor for children’s positive development, it does not affect all children as equally or intensely. While child poverty rates fluctuate somewhat with larger economic trends, over the past four decades about one in five children in the United States has lived in poverty. However, the fluctuation around 20% obscures profound differences in poverty rates by race. For White children, the poverty is about half the overall average, and for Black and Hispanic children, it is about double the overall average—one in nine White children live in poverty, while four in 10 Black children do (Feld, 2017a).

Harsh as it may sound, child poverty is the United States' public policy. A much larger proportion of children in America live in poverty—one in five—than in any other Western industrialized nation. Child poverty in the United States is two to five times higher than that of other Western democracies; poverty rates for children of color are quadruple those of white children.

As international comparisons demonstrate, in affluent societies child poverty is not an inevitable social condition or the result of natural scarcity. It is the consequence of public policies that produce and reinforce social and economic inequalities, and national priorities to prefer the elderly and wealthy over the young, the poor, and families. Other Western democracies successfully have adopted social policies—a children's allowance, paid parental leave, and subsidized child care—to alleviate child poverty.

Even though White children comprise the largest number of children in poverty and would benefit from programs to alleviate it, too many White people and public officials resist structural reforms to aid the poor because Blacks and other children of color would benefit disproportionately. While Americans invest resources, lavish affection, and want only the best for their own children, they view other people's children—especially those of other races or classes—with suspicion, hostility, and as potential threats to their own children's well-being.

A half century ago, the Kerner Commission warned that America was “moving toward two societies, one black, one white—separate and unequal” and predicted that failure to ameliorate economic and racial inequality would “make permanent the division of our country into two societies; one largely Negro and poor, located in the central cities; the other predominantly white and affluent located in the suburbs (National Advisory Commission, 1968:1).” Deindustrialization transformed cities and left a legacy of segregation, concentrated poverty, erosion of public education, and political battles over race subsumed in cultural conflict.

Confronting issues of political economy and racial and economic inequality requires political will and leadership, which unfortunately we greatly lack. It requires alleviating unconscionable rates of child poverty and improving failed urban schools. It requires policies and programs to address residential segregation, inadequate housing, concentrated poverty, and unequal access to quality public education.

The great gulf between the enormous problems our children face and our political leaders' unwillingness to address them fills me with anger and despair. It is my fervent hope that future, more enlightened generations of Americans will look back with shame on the contemporary child abuse inflicted by the state. Although the words were spoken in a different

context and addressed a different evil, the indictment is the same. “Until this moment . . . I think I have never really gauged your cruelty or your recklessness. . . . Little did I dream you could be so reckless and so cruel as to do an injury to that lad. . . . It is, I regret to say, equally true that I fear he shall always bear a scar needlessly inflicted by you. If it were in my power to forgive you for your reckless cruelty I would do so. I like to think I am a gentleman, but your forgiveness will have to come from someone other than me. . . . Have you no sense of decency, sir? At long last, have you left no sense of decency?”

## References

- Alexander, M. (2010). *The new Jim Crow: Mass incarceration in the age of colorblindness*. New York, NY: The New Press.
- Allen, F. A. (1964). Legal values and the rehabilitative ideal. In *The borderland of the criminal law: Essays in law and criminology*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Allen, F. A. (1981). *The decline of the rehabilitative ideal: Penal policy and social purpose*. New Haven, CT: Yale University Press.
- American Bar Association. (1993). *America's children at risk: A national agenda for legal action*. Washington, DC: Author.
- American Bar Association. (1995). *A call for justice: An assessment of access to counsel and quality of representation in delinquency proceedings*. Washington, DC: ABA Juvenile Justice Center.
- Beckett, K. (1997). *Making crime pay: Law and order in contemporary American politics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Beckett, K., & Sasson, T. (2000). *The politics of injustice: Crime and punishment in America*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Bennet, W., & DiIulio, J. J., Jr. (1996). *Body count: Moral poverty and how to win America's War against crime and drugs*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. New York, NY: Anchor Books.
- Bernard, T. J., & Kurlychek, M. (2010). *The cycle of juvenile justice* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Bishop, D. M. (2005). The role of race and ethnicity in juvenile justice processing. In D. Hawkins & K. Kempf-Leonard (Eds.), *Our children, their children: Confronting racial and ethnic differences in American juvenile justice* (pp. 23–82). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bishop, D. M., & Leiber, M. (2012). Racial and ethnic differences in delinquency and justice system responses. In B. Feld & D. M. Bishop (Eds.), *The Oxford handbook of juvenile crime and juvenile justice* (pp. 445–484). New York, NY: Oxford University Press.
- Blumstein, A. (1995). Youth violence, guns, and the illicit-drug industry. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 86, 10–36.

- Bonnie, R. J., & Grisso, T. (2000). Adjudicative competence and youthful offenders. In T. Grisso & R. Schwartz (Eds.), *Youth on Trial: A Developmental Perspective on Juvenile Justice* (pp. 73–104). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Breed v. Jones*, 421 U.S. 519 (1975).
- Bridges, G. S., & Steen, S. (1998). Racial disparities in official assessments in juvenile offenders: Attributional stereotypes as mediating mechanisms. *American Sociological Review*, 63, 554–570.
- Brown v. Board of Education*, 347 U.S. 483 (1954).
- Cook, P. J., & Laub, J. H. (1998). The unprecedented epidemic in youth violence. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 24, pp. 27–64). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Cullen, F. T., & Gilbert, K. E. (1982). *Reaffirming rehabilitation*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing Company.
- Degler, C. (1980). *At odds: Women and the family in America from the revolution to the present*. New York, NY: Oxford University Press.
- Drinan, C.H. (2016). The Miller revolution. *Iowa Law Review*, 101, 1787–1869.
- Drinan, C.H. (2018). *The war on kids: How American juvenile justice lost its way*. New York, NY: Oxford University Press.
- Drizin, S. A., & Leo, R.A. (2004). The problem of false confessions in the post-DNA world. *North Carolina Law Review*, 82, 891–1008.
- Duncan v. Louisiana*, 391 U.S. 145 (1968).
- Edsall, T. B., & Edsall, M. D. (1992). *Chain reaction: The impact of race, rights, and taxes on American politics*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Fare v. Michael C.*, 442 U.S. 707 (1979).
- Feld, B. (1984). Criminalizing juvenile justice: Rules of procedure for juvenile court. *Minnesota Law Review*, 69, 141–276.
- Feld, B. (1987). Juvenile court meets the principle of offense: Legislative changes in juvenile waiver statutes. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 78, 471–533.
- Feld, B. (1988a). Juvenile court meets the principle of offense: Punishment, treatment, and the difference it makes. *Boston University Law Review*, 68, 821–915.
- Feld, B. (1988b). *In re Gault* revisited: A cross-state comparison of the right to counsel in juvenile court. *Crime and Delinquency*, 34, 393–424.
- Feld, B. (1989). The right to counsel in juvenile court: An empirical Study of when lawyers appear and the difference they make. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 79, 1185–1346.
- Feld, B. (1991). Justice by geography: Urban, suburban, and rural variations in juvenile justice Administration. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 82, 156–210.
- Feld, B. (1993). *Justice for children: The right to counsel and the juvenile court*. Boston, MA: Northeastern University Press.
- Feld, B. (1998). Juvenile and criminal justice systems' responses to youth violence. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 24, pp. 189–261). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Feld, B. (1999). *Bad kids: Race and the transformation of the juvenile court*. New York, NY: Oxford University Press.

- Feld, B. (2000). Juveniles' waiver of legal rights: Confessions, *Miranda*, and the right to counsel. In T. Grisso & R. Schwartz (Eds.), *Youth on trial: A developmental perspective on juvenile justice* (pp. 105–138). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Feld, B. (2003a). Race, politics, and juvenile justice: The Warren Court and the conservative “backlash.” *Minnesota Law Review*, 87, 1447–1577.
- Feld, B. (2003b). The constitutional tension between *Apprendi* and *McKeiver*: Sentence enhancements based on delinquency convictions and the quality of justice in juvenile courts. *Wake Forest Law Review*, 38, 1111–1224.
- Feld, B. (2013a). *Kids, cops, and confessions: Inside the interrogation room*. New York, NY: New York University Press.
- Feld, B. (2013b). The youth discount: Old enough to do the crime, too young to do the time. *Ohio State Journal of Criminal Law*, 11, 107–148.
- Feld, B. (2017a). *The evolution of the juvenile court: Race, politics, and the criminalizing of juvenile justice*. New York, NY: New York University Press.
- Feld, B. (2017b). Competence and culpability: Delinquents in juvenile courts, youths in criminal courts. *Minnesota Law Review*, 102, 473–576.
- Feld, B., & Bishop, D. M. (2012). Transfer of juveniles to criminal court. In B. Feld & D. M. Bishop (Eds.), *The Oxford handbook of juvenile crime and juvenile justice* (pp. 801–842). New York, NY: Oxford University Press
- Feld, B., Casey, B. J., & Hurd, Y. (2013). Adolescent competence and culpability: Implications of neuroscience for juvenile justice administration. In S. J. Morse & A. L. Roskies (Eds.), *A primer on criminal law and neuroscience* (pp. 179–215). New York, NY: Oxford University Press.
- Feld, B., & Schaefer, S. (2010). The right to counsel in juvenile court: Law reform to deliver legal services and reduce justice by geography. *Criminology and Public Policy*, 9, 327–356.
- Fox, B. H., Jennings, W. G., & Piquero, A. R. (2014). Serious, chronic, and violent offenders. In W. T. Church II, D. W. Springer, & A. R. Roberts (Eds.), *Juvenile justice sourcebook* (2nd ed., pp. 553–580). New York, NY: Oxford University Press.
- Frase, R. (2005). Excessive prison sentences, punishment goals, and the Eighth Amendment: “Proportionality” relative to what? *Minnesota Law Review*, 89, 571–651.
- Frase, R. (2009). What explains persistent racial disproportionality in Minnesota’s prison and jail populations? In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 38, pp. 201–280). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Gallegos v. Colorado*, 370 U.S. 49 (1962).
- Gardner, M. A. (2012). Punitive juvenile justice and public trials by jury: Sixth Amendment applications in a post-*McKeiver* world. *Nebraska Law Review*, 91, 1–71.
- Garland, D. (2001). *The culture of control: Crime and social order in contemporary society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Garrett, B. L. (2011). *Convicting the innocent: Where criminal prosecutions go wrong*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilens, M. (1999). *Why Americans hate welfare: Race, media, and the politics of anti-poverty policy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Gottschalk, M. (2015). *Caught: The prison state and the lockdown of American politics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Graham, F. (1970). *The self-inflicted wound*. New York, NY: Free Press.
- Graham v. Florida*, 130 S. Ct. 2011 (2010).
- Grisso, T. (1980). Juveniles' capacities to waive *Miranda* rights: An empirical analysis. *California Law Review*, 68, 1134–1166.
- Grisso, T. (1981). *Juveniles' waiver of rights: Legal and psychological competence*. New York, NY: Plenum Press.
- Grisso, T. (1997). The competence of adolescents as trial defendants. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3, 3–11.
- Grisso, T. (2004). *Double jeopardy: Adolescent offenders with mental disorders*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Grisso, T., Steinberg, L., Woolard, J., Cauffman, E., Scott, E., Graham, S., . . . Schwartz, R. (2003). Juveniles' competence to stand trial: A comparison of adolescents' and adults' capacities as trial defendants. *Law and Human Behavior*, 27, 333–363.
- Gross, S. R., Jacoby, K., Matheson, D. J., Montgomery, N., & Patil, S. (2005). Exonerations in the United States: 1989 through 2003. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 95, 523–560.
- Hacker, A. (1992). *Two nations: Black and white, separate, hostile, unequal*. New York, NY: Ballantine Books.
- Haley v. Ohio*, 332 U.S. 596 (1948).
- Harmelin v. Michigan*, 501 U.S. 957 (1991).
- In re Gault*, 387 U.S. 1 (1967).
- In re Winship*, 397 U.S. 358 (1970).
- J.D.B. v. North Carolina*, 131 S. Ct. 2394 (2011).
- Kassin, S. (2005). On the psychology of confessions: Does innocence put innocents at risk? *American Psychologist*, 60, 215–228.
- Kassin, S., Drizin, S. A., Grisso, T., Gudonsson, G. H., Leo, R. A., & Redlich, A. D. (2010). Police-induced confessions: Risk factors and recommendations. *Law and Human Behavior*, 34, 3–38.
- Katz, M. (1989). *The undeserving poor: From the war on poverty to the war on welfare*. New York, NY: Pantheon Books.
- Kennedy, R. (1997). *Race, crime, and the law*. New York, NY: Vintage Books.
- Kett, J. F. (1977). *Rites of passage: Adolescence in America 1790 to the present*. New York, NY: Basic Books.
- Klarman, M. (2004). *From Jim Crow to civil rights: The Supreme Court and the struggle for racial equality*. New York, NY: Oxford University Press.
- Krisberg, B. (2012). Juvenile corrections: An overview. In B. Feld & D. M. Bishop (Eds.), *The Oxford handbook of juvenile crime and juvenile justice* (pp. 748–770). New York, NY: Oxford University Press
- Kurlychek, M., & Johnson, B. D. (2004). The juvenile penalty: A comparison of juvenile and young adult sentencing outcomes in criminal court. *Criminology*, 42, 485–517.
- Kurlychek, M., & Johnson, B. D. (2010). Juvenility and punishment: Sentencing juveniles in adult criminal court. *Criminology*, 48, 725–758.

- Lemann, N. (1992). *The promised land: The great black migration and how it changed America*. New York, NY: Vintage Books.
- Leo, R. A. (2008). *Police interrogation and American justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lieberson, S. (1980). *A piece of the pie: Black and white immigrants since 1880*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (1998). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2012) *From juvenile delinquency to adult crime: Criminal careers, justice policy, and prevention*. New York, NY: Oxford University Press.
- López, I. H. (2014). *Dog whistle politics: How coded racial appeals have reinvented racism and wrecked the middle class*. New York, NY: Oxford University Press.
- MacArthur Foundation Research Network on Adolescent Development & Juvenile Justice. (2006). *Network overview*. Retrieved from [www.adjj.org/downloads/552network\\_overview.pdf](http://www.adjj.org/downloads/552network_overview.pdf).
- MacKenzie, D. L., & Freeland, R. (2012). Examining the effectiveness of juvenile residential programs. In B. Feld & D. M. Bishop (Eds.), *The Oxford handbook of juvenile crime and juvenile justice* (pp. 771–800). New York, NY: Oxford University Press.
- Manfredi, C. P. (1998). *The Supreme Court and juvenile justice*. Lawrence, KS: University of Kansas Press.
- Mapp v. Ohio*, 367 U.S. 643 (1961).
- Maroney, T. A. (2009). The false promise of adolescent brain science in juvenile justice. *Notre Dame Law Review*, 85, 89–176.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22–54.
- Massey, D. S., & Denton, N. A. (1993). *American apartheid: Segregation and the making of the underclass*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McKeiver v. Pennsylvania*, 403 U.S. 528 (1971).
- Mendelberg, T. (2001). *The race card: Campaign strategy, implicit messages, and the norm of equality*. Princeton NJ: Princeton University Press.
- Miller v. Alabama*, 567 U.S. 460 (2012).
- Miranda v. Arizona*, 384 U.S. 436 (1966).
- Monahan, K., Steinberg, L., & Piquero, A. R. (2015). Juvenile justice policy and practice: A developmental perspective. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 44, pp. 577–619). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Montgomery v. Louisiana*, 577 U.S. 460 (2016).
- Muhammad, K. G. (2010). *The condemnation of blackness: Race, crime and the making of modern urban America*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mulvey, E. P., & Schubert C. A.. (2012). Youth in prison and beyond. In B. Feld & D. M. Bishop (Eds.), *The Oxford handbook of juvenile crime and juvenile justice* (pp. 843–870). New York, NY: Oxford University Press
- National Advisory Commission on Civil Disorders. (1968). *Report*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.



- National Research Council. (2001). *Juvenile crime, juvenile justice*. Washington, DC: National Academies Press.
- National Research Council. (2011). *The science of adolescent risk-taking: Workshop report*. Washington, DC: National Academies Press.
- National Research Council. (2013). *Reforming juvenile justice: A developmental approach*. Washington, DC: National Academies Press.
- National Research Council. (2014). *The growth of incarceration in the United States: Exploring causes and consequences*. Washington, DC: National Academies Press.
- Nellis, A. (2016). *A return to justice: Rethinking our approach to juveniles in the system*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishing.
- Omi, M., & Winant, H. (1994). *Racial formation in the United States: From the 1960s to the 1990s*. New York, NY: Routledge.
- Phillips, K. P. (1969). *The emerging Republican majority*. New York, NY: Arlington House.
- Platt, A. (1977). *The child savers: The invention of delinquency*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Poe-Yamagata, E., & Jones, M. A. (2007). *And justice for some*. Oakland, CA: National Council on Crime and Delinquency.
- Powe, L. A., Jr. (2000). *The Warren Court and American politics*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice. (1967). *Task force report: Juvenile delinquency and youth crime*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Rodriguez, N. (2010). The cumulative effect of race and ethnicity in juvenile court outcomes and why pre-adjudication detention matters. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47, 391–413.
- Roper v. Simmons*, 543 U.S. 551 (2005).
- Rothman, D. J. (1980). *Conscience and convenience: The asylum and its alternative in progressive America*. Boston, MA: Little, Brown.
- Sampson, R. J., & Lauritsen, J. L. (1997). Racial and ethnic disparities in crime and criminal justice in the United States. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 21, pp. 311–374). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Sampson, R. J., & Wilson, W. J. (1995). Toward a theory of race, crime, and urban inequality. In J. Hagan & R. D. Peterson (Eds.), *Crime and Inequality* (pp. 37–54). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Scott, E., & Grisso, T. (2005). Developmental incompetence, due process, and juvenile justice policy. *North Carolina Law Review*, 83, 793–846.
- Scott, E., & Steinberg, L. (2008). *Rethinking juvenile justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Simon, J. (2007). *Governing through crime: How the war on crime transformed American democracy and created a culture of fear*. New York, NY: Oxford University Press.
- Stanford v. Kentucky*, 492 U.S. 361 (1989).
- Steiner, B. (2009). The effects of juvenile transfer to criminal court on incarceration decisions. *Justice Quarterly*, 26, 77–106.

- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. New York, NY: Houghton Mifflin Harcourt.
- Tanenhaus, D. S. (2004). *Juvenile justice in the making*. New York, NY: Oxford University Press.
- Tonry, M. (1995). *Malign neglect: Race, crime, and punishment in America*. New York, NY: Oxford University Press.
- Tonry, M. (1996). *Sentencing matters*. New York, NY: Oxford University Press.
- Tonry, M. (2004). *Thinking about crime: Sense and sensibility in American penal culture*. New York, NY: Oxford University Press.
- Tonry, M. (2011). *Punishing race: A continuing American dilemma*. New York, NY: Oxford University Press.
- Torbet, P., Gable, R., Hurst IV, H., Montgomery, I., Szymanski, L., & Thomas, D. (1996). *State responses to serious and violent juvenile crime: Research report*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, National Center for Juvenile Justice.
- Ward, G. K. (2012). *The black child-savers: Racial democracy and juvenile justice*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Western, B. (2006). *Punishment and inequality in America*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Wiebe, R. H. (1967). *The search for order 1877–1920*. New York, NY: Hill and Wang.
- Wilkerson, I. (2010). *The warmth of other suns: The epic story of America's great migration*. New York, NY: Vintage Books.
- Wilson, W. J. (1987). *The truly disadvantaged*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Wilson, W. J. (1996). *When work disappears: The world of the new urban poor*. New York, NY: Alfred A. Knopf.
- Wilson, W. J. (2009). *More than just race: Being black and poor in the inner city*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Wolcott, D. B. (2005). *Cops and kids: Policing juvenile delinquency in urban America, 1890–1940*. Columbus, OH: Ohio State University Press.
- Woolard, J. L. (2012). Adolescent development, delinquency, and juvenile justice. In B. Feld & D. M. Bishop (Eds.), *The Oxford handbook of juvenile crime and juvenile justice* (pp. 107–122). New York, NY: Oxford University Press.
- Yarborough v. Alvarado*, 541 U.S. 652 (2004).
- Zimring, F. E. (1998). *American youth violence*. New York, NY: Oxford University Press.
- Zimring, F. E. (2000). The common thread: Diversion in juvenile justice. *California Law Review*, 88, 2477–2495.
- Zimring, F. E. (2004). *An American travesty: Legal responses to adolescent sexual offending*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Zimring, F. E. (2013). American youth violence: A cautionary tale. In M. Tonry (Ed.), *Crime and justice: A review of research* (Vol. 42, pp. 265–298). Chicago, IL: University of Chicago Press.

# Multi-tiered Home-School Programming to Prevent Antisocial Behavior in High-risk Children: The Fast Track Program Findings

Karen L. Bierman and the Conduct Problems Prevention Research Group

## **Overview**

The Fast Track project was initiated in 1990 to test a comprehensive intervention model designed to prevent antisocial behavior and violence in high-risk children. The prevention model was based upon developmental research documenting the key risk and protective factors associated with the negative cascade from early aggressive behavior to later adolescent and adult antisocial activity and violent crime. The corresponding intervention was multi-tiered, with components designed for children and families at elevated risk nested within universal components designed to promote healthy school environments for all children. The intervention bridged across contexts, targeting improved socialization supports in families and in schools, and was multi-year, with intensive prevention activities as high-risk children entered elementary school (beginning at age 6 years) and follow-through prevention support through the transition into high school (age 16 years). Prevention program impact was evaluated using a rigorous randomized trial conducted at four diverse locations in the United States and following participants longitudinally through early adulthood (age 25 years). Results documented significant benefits in adulthood, including reductions in externalizing, internalizing, and substance abuse disorders and risky sexual activity, along with corresponding improvements in overall health and well-being. Among those who had criminal records in adulthood, intervention produced significant decreases in frequency and severity. Implications for school- and community-based prevention programming are discussed.

## **Developmental Foundations of the Fast Track Prevention Program**

The primary aim of the Fast Track project was to develop, implement, and evaluate a comprehensive intervention designed to prevent the development of conduct disorder and related patterns of severe and chronic antisocial and violent behaviors in a sample of children selected at high risk when they first entered elementary school. Conduct disorder (CD) is one of the most intractable mental health problems of childhood and adolescence. Its prevalence is estimated to range from approximately 4% to 10%, with higher rates in boys than girls. CD is comprised of a cluster of antisocial behaviors, including stealing, lying, running away, physical violence, cruelty, and sexually coercive behavior. Approximately half of the children who show high levels of childhood aggression desist as they mature, but those who escalate and develop CD show escalating problem behaviors in adolescence (e.g., antisocial activity, substance abuse, school dropout). Research suggests that chronic, life-course patterns of aggression become increasingly resistant to change as children age.

The design of the Fast Track prevention program was guided by a set of developmental theories that posited the interaction of multiple influences at different developmental periods that influenced child antisocial behavioral development. "Early-starting" patterns of aggression are most likely to emerge in stressful family contexts, where effective parenting is undermined by family conflict, instability, mental health issues (parental depression, substance use), and social insularity (lack of social support). Serious CD emerges over time as part of an escalating early-starting cycle that reflects both child characteristics (e.g., difficulty regulating emotions and impulses) and family socialization influences (e.g., increasing conflicts with parents, deteriorating family relationships, ineffective parental limit-setting and supervision). This constellation of individual and socialization factors is especially detrimental in high stress/low resource neighborhoods, which increase exposure to threat and reduce available social support.

School experiences often compound risk, particularly when high-risk children attend schools in which there is a high density of other high-risk children, increasing classroom disruptiveness and contributing to a negative school climate. Aggressive children are often rejected by peers at school and disliked by teachers. Conflict with teachers and peers can exacerbate aggressive impulses and reduce opportunities for the positive socialization of self-regulation and social-emotional skills. As aggressive children transition into adolescence and move to larger schools their problem behavior takes on new developmental dynamics. School disengagement and affiliation with peers who have similar antisocial interests fuel increases in the frequency and severity of overt (fighting, property destruction) and covert (lying, stealing, vandalism) forms of antisocial activity, often associated with substance use and risky sexual activity.

### **Implications of Developmental Research for Prevention Program Design**

The developmental trajectory that links early aggressive behavior to chronic antisocial activity is best conceptualized as an escalating process fueled by cumulative risks and aggravated by age-related stressors at key developmental transition points such as school entry and the transition into middle school. This developmental research has several key implications for the design of effective prevention supports.

First, intervene early in the developmental process. Early intervention can reduce the degree to which high-risk children become enmeshed in accumulating risk factors over time and build competencies that can move children onto a more positive trajectory of development. Fast Track initiated prevention activities at school entry, when children were age 5-6. At school entry, high risk children can be effectively screened at the population level for elevated aggression in home and school contexts. Because school entry is a significant developmental transition, and failure has not yet occurred, families may be hopeful and motivated to support their child's school success at this time point. In addition, during developmental transitions, families are both under more stress and often more open to learning new skills, which may foster responsiveness to proactive interventions such as Fast Track.

Second, developmental research suggest that the progression toward chronic antisocial activity is fueled by multiple determinants (family stress, parenting deficits, alienation between school and family, child social skill deficits, and academic failure). Thus, the prevention approach should be comprehensive and attentive to the social contexts of the family, peer group, and school, as well as the connections between these contexts (e.g., family and school connection). Finally, there was a need to recognize and attend to the heterogeneity among high-risk children. Just as the determinants of CD are multiple, the needs and intervention responsiveness of different individual children and families also vary. As a result, the Fast Track prevention program included both standard components that were implemented consistently for all participating schools, families, and children, and adapted components that provided tailored intervention to address variations in the needs, risks, and competencies of each child and family.

Accordingly, Fast Track targeted six interrelated domains for elementary school prevention.

- Social-cognitive skill training for children to foster the skills needed to control impulses and manage emotions, cope effectively with stressors, and support positive peer relationships and peaceful conflict resolution.
- Supportive opportunities for children to develop friendships and to provide experiences of caring and concern from and for others.
- Assistance in preparing for the academic tasks of school, especially early reading.

- Parent training to help parents acquire more consistent, more positive, and less punitive discipline methods; the ability to better regulate their own emotions during conflict; and to learn how to provide support for their children's cognitive growth.
- Scaffolds to enhance positive parent-teacher communication and collaboration
- Help for teachers to prepare their classrooms with effective and caring atmospheres that support the healthy social development and learning for all children, especially in schools and classrooms with a high concentration of high-risk children.

*Elementary phase of Fast Track prevention.* Incorporating these elements, the Fast Track elementary-school intervention included an integrated set of intervention components to promote competencies in children (social-emotional skills training and academic tutoring), parents (parent management training and home visiting), and teachers (prevention curriculum and classroom management consultation), and to strengthen bonds of communication between parents and teachers. Evidence-based prevention approaches existing in each of these domains; Fast Track integrated and coordinated these components to create a multi-level, multi-domain, cross-context network of prevention supports. Specifically, the elementary phase of Fast Track (grades 1-5) included the following:

- *A universal school-based prevention program:* Classroom teachers implemented a universal social-emotional learning program (Fast Track PATHS curriculum)
- *An extracurricular support program for families with children showing high rates of aggression:* During 2-hour sessions held in the evening or on the weekend, families with high-risk children were offered parent training sessions, concurrent child social skill training sessions (Friendship Groups), and guided parent-child interaction sessions.
- *Additional individualized school support for high-risk children:* Tutors provided reading tutoring and peer-pairing sessions to promote positive peer relations on an as-needed basis.
- *Additional individualized home support for parents of high-risk children:* Parents also received individualized home visits, with the frequency depending upon need.

These elementary school prevention activities were most intensive during the initial years of school entry. When children were in first grade, family enrichment programs were held weekly, families of all high-risk children received bi-weekly home visits, and all children received academic tutoring and peer-pairing at school. Group-based prevention support decreased gradually over the elementary years, with the enrichment program held bi-weekly in grade 2 and monthly in grades 3-4. Individual needs of high-risk children and families were assessed three times a year, and additional prevention services were provided in areas of need. Academic tutoring and peer-pairing continued on an as-needed based, and the frequency of home visits ranged from weekly to monthly, depending upon family functioning.

*Adolescent phase of Fast Track prevention.* A second phase of prevention activities was organized as children prepared to make the transition into adolescence and move into middle school. The purpose of the adolescent prevention phase was to address emerging developmental challenges, including the greater autonomy, decreased supervision and monitoring, school disengagement and expanded exposure to deviant peer groups that occurred after the transition to middle school. The adolescent phase of Fast Track included the following intervention components:

- Middle school transition program (pre-transition planning and post-transition support)
- Four parent-youth groups on topics of adolescent development; alcohol, tobacco, and drugs; and decision-making (grades 5-6).
- Youth workshops (grades 7-8) that addressed vocational opportunities, life skills, and summer employment opportunities.

- Individual assessments and action plans (grades 7–10), focused on issues of parent monitoring, peer affiliation, academic achievement, and social cognition.

## Research Design

The efficacy of Fast Track to prevent adult antisocial behavior and related psychopathology was tested using a rigorous randomized controlled trial with long-term follow-up. Over the course of three years (1991-1993), 9,594 children entering kindergarten at 55 schools in 4 diverse U.S. communities were screened for elevated aggressive and oppositional behavior problems using teacher and parent ratings. A total of 891 high-risk children (91% of those identified) consented to participate in the study (51% African American, 47% European American; 69% boys). Children were randomly assigned by school cluster to a ten-year intervention or control.

A multi-gate screening process was used to identify high-risk children. The first gate employed teacher-reported classroom conduct problems, using the Teacher Observation of Child Adjustment-Revised (TOCA-R) Authority Acceptance Score. Children scoring in the highest 40% within cohort and site were solicited for the second gate of screening: parent-rated home behavior problems, using a 22-item instrument based on the Child Behavior Checklist. Teacher and parent scores were standardized within site and summed to yield a *severity-of-risk screen score*. Children were selected based on this risk score, moving from highest down until desired sample sizes were reached within sites, cohorts, and conditions. At the time of selection, participant mean age was 6.58 years ( $SD = 0.48$ ). Ethnicity varied (51% African American, 47% European American, and 2% other ethnicity), and 69% were boys. The mean externalizing-problem score for the teacher-reported Child Behavior Checklist was 1.6 standard deviations above the national mean; 58% had single parents; 29% of parents had not completed high school; and 35% of families were in the lowest socioeconomic class. Written informed consent from parents and oral assent from children were obtained. All procedures were approved by the Institutional Review Boards of participating universities.

Extensive supports were provided to enhance intervention participation. For group sessions, meals were served, transportation and child-care for siblings was provided, and parents were paid a small subsidy for attending training sessions. These procedures facilitated high levels of intervention participation -- 96% of parents and 98% of children attended at least 1 group session during grade 1. Of these families, 79% of parents and 90% of children attended at least 50% of prescribed group sessions. Participation decreased modestly across years, primarily due to residential moves. In grades 7-10, intervention continued with at least 80% of all children. High intervention fidelity was ensured by detailed manuals, regular cross-site training, and weekly clinical supervision. Outside interventions were neither encouraged nor discouraged.

## Results

*Effects evident during middle childhood.* Intent-to-treat analyses to date indicate that the intervention was successful in promoting its proximal goals of improving parenting behavior, social-cognitive skills, peer relationships, academic skills, and classroom social ecology during the elementary school years. Specifically, it promoted lower rates of physical punishment and increased warmth, positive parent-child interaction, and appropriate, consistent discipline. Children showed gains in key areas of social-emotional and self-regulation skills, including improved emotion knowledge, emotion coping, social problem-solving skills, and they experienced improved peer relationships. In addition, the Fast Track prevention program reduced aggressive behavior across elementary school as reported by parents, teachers, peers, and blinded observers. Although children initially showed academic

gains associated with the reading tutoring, these gains were not sustained in later school years.

*Effects evident during adolescence.* Surprisingly, positive effects were not apparent during the middle school years (age 11-13), when measures of aggression, involvement with deviant peers, and social skills showed equivalence across the intervention and control groups. However, by later adolescence, prevention program benefits were again evident. By the end of high school (age 19), the youth in the Fast Track intervention group self-reported lower rates of delinquent offenses than youth in the control group and were significantly less likely to experience arrest (based on court records). Externalizing disorders (ADHD, CD) were also reduced for children at the highest level of initial risk.

*Effects evident during early adulthood.* Follow-up analyses of data collected when participants were age 25 indicated that those who were randomly assigned to the intervention were significantly less likely than controls to exhibit any externalizing, internalizing, or substance use problem. These effects were evident in self-reported measures (rates of 48% vs. 57% respectively) and in reports provided by peers (rates of 41% versus 51% respectively). Fast Track significantly reduced the likelihood of young adults of meeting criteria for antisocial personality disorder, attention deficit/hyperactivity, and avoidant personality disorder. Fast Track also significantly decreased the probability of alcohol abuse, marginally decreased binge drinking, and significantly decreased serious substance use and risky sexual activity. Intervention also promoted self-reported happiness and well-being. Importantly, intent-to-treat analyses also showed Fast Track intervention effects on court records documenting criminal activity. Assignment to intervention significantly decreased the expected severity-weighted violent crime conviction index by 31% and drug conviction index by 35%. Interestingly, intervention also significantly decreased spanking of participants' offspring, suggesting intergenerational benefits.

### **Identifying Mechanisms of Impact to Guide Program Dissemination**

In order to help identify intervention mechanisms of action, statistical modeling strategies were applied to identify the childhood effects of the intervention that accounted for (mediated) the later adolescent and adult benefits. This information about the key mechanisms of intervention impact could inform future prevention program designs.

Initial studies focused on the elementary school years and identified improvements in parenting as a key mediator of reduced aggressive child behavior at home (but not at school). Improvements in child social-emotional skills and increases in child positive behavior at school served as a mediator of improved peer relationships. These studies validated the importance of a cross-setting prevention approach (home and school) as well as the importance of focusing on skill promotion (not just aggression reduction) and strengthening support for positive relationships in home and school contexts.

Later mediation studies documented links between improved parenting (reductions in harsh discipline, increases in parental warmth) in elementary school and reductions in CD symptoms and callous-unemotional traits in early adolescence. Improvements in child social-emotional skills in elementary school (reductions in hostile attributional biases, improved social problem-solving skills) reduced self-reported delinquency in adolescence. A comprehensive study of Fast Track mechanisms of action revealed that fully one-third of Fast Track's impact on later crime outcomes was accounted for by improvements in social and self-regulation skills during childhood (ages 6-11), including prosocial behavior, emotion regulation, and problem-solving.

## Implications for Dissemination

Fast Track was designed as a demonstration project, to determine the level and type of benefits that might result from a comprehensive, multi-component, and sustained approach to prevention antisocial development in high-risk children. To accomplish this scientific aim, identical prevention activities were implemented across communities and participants were followed for a sustained period of time.

The dissemination efforts that have followed in different communities and different countries have modified the Fast Track program in various ways in order to create program structures that capitalize on the available funding streams and delivery systems. Fast Track supports these flexible dissemination strategies, provided that they sustain the core components of the prevention approach that were linked to long-term benefits. These include coordinated school-based and family-focused components that:

- provide high-risk children with the social and emotional regulation skills that help them to manage their emotions and behavior, and develop positive peer relationships
- support parents in developing warm and involved relationships with their children and managing behavior problems in ways that are firm, consistent, and non-punitive
- support teachers in providing positive social-emotional supports and effective (non-punitive) limit-setting in the classroom at school, and form collaborative working relationships with parents.

Program features that have varied effectively across dissemination efforts include the following:

- Using a simplified screening process. Fast Track used both teacher and parent ratings (combined) to identify high-risk children. Longitudinal analyses suggest that teacher ratings alone have nearly the same level of predictive validity, and more so when teacher ratings are combined across two years (kindergarten and first grade.)
- Modifying the delivery of the social-emotional skill training program. Fast Track delivered Friendship Group as an extracurricular program and used a peer-pairing program at school to foster generalization of skills to peer relations at school. Friendship Group has also been implemented effectively as a pull-out program in school during the school day, with rotating peer partners participating in group sessions.
- Stacking intervention components and re-screening for eligibility. Fast Track longitudinal research involved the continuous tracking and involvement of a set of enrolled children across a 10 year period of intervention. Efficiency may be gained by re-screening eligible children for program components at different developmental phases, allowing recovered children to “graduate” and children with emerging problems to initiate prevention services.
- Using alternative programming in place of some Fast Track components. Many of the dissemination efforts to date have omitted academic tutoring when delivering Fast Track. Fast Track did not have sustained academic benefits for children and schools often have alternative academic support programs for children who need them. In some of the dissemination efforts, schools were already implementing a different universal program (e.g., Second Step), and continued to use this program in place of



PATHS. Friendship Group was designed in alignment with PATHS, but works equally well in alignment with other similar universal SEL programs (e.g., Second Step, RULER).

- Partnering across multiple providers to deliver the comprehensive set of Fast Track prevention components. For example, dissemination projects have represented the collaborative efforts of school-supported providers, who support the classroom social-emotional learning program and Friendship Group, and community mental health providers who deliver Parent Group and home visiting.

## Summary

Fast Track was designed to test the power of comprehensive prevention approach to reduce antisocial outcomes in high-risk aggressive children. The program blended parent behavior-management training, child social-cognitive skills training, peer coaching, classroom support, and academic skills tutoring to create a network of services that were multi-tiered (universal and targeted), coordinated across socialization contexts (home and school), and extended over time. The large, multi-site randomized trial provides evidence for the efficacy of early prevention programming to reduce adult psychopathology and violent crime among high-risk, aggressive children. Nineteen years after identification and 8 years after intervention ended, relative to controls, individuals randomly assigned to intervention displayed lower prevalence of externalizing problems, internalizing problems, substance use problems, violent and drug crime convictions, and aggression in romantic and offspring relationships, and higher wellbeing. Subsequent dissemination efforts have identified flexible implementation approaches to improve the feasibility and sustainability of Fast Track as a school- and community-based prevention approach.

## Acknowledgements:

Additional information about the Fast Track project is available from <http://www.fasttrackproject.org>. In addition to Karen L. Bierman, Pennsylvania State University, members of the Conduct Problems Prevention Research Group are (in alphabetical order): John D. Coie, Duke University; D. Max Crowley, Pennsylvania State University; Kenneth A. Dodge, Duke University; Mark T. Greenberg, Pennsylvania State University; John E. Lochman, University of Alabama; Robert J. McMahon, Simon Fraser University and B.C. Children's Hospital Research Institute, and Ellen E. Pinderhughes, Tufts University.

The Fast Track project has been supported by National Institute of Mental Health (NIMH) Grants R18 MH48043, R18 MH50951, R18 MH50952, R18 MH50953, K05MH00797, and K05MH01027; National Institute on Drug Abuse (NIDA) Grants DA016903, K05DA15226, RC1DA028248, and P30DA023026; National Institute of Child Health and Human Development Grant R01 HD093651; and Department of Education Grant S184U30002. The Center for Substance Abuse Prevention also provided support through a memorandum of agreement with the NIMH. Additional support for this study was provided by a B.C. Children's Hospital Research Institute Investigator Grant Award and a Canada Foundation for Innovation award to Robert J. McMahon.

This study is registered at [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov) (Registry Number NCT01653535) and Prevent Violence Trials Registry (<http://www.preventviolence.info/trial.aspx?id=3f511162-eecd-4277-a27c-a08a016869fe>) as Multisite Prevention of Conduct Problems (Fast Track).

We are grateful for the collaboration of the Durham Public Schools, the Metropolitan Nashville Public Schools, the Bellefonte Area Schools, the Tyrone Area Schools, the Mifflin

County Schools, the Highline Public Schools, and the Seattle Public Schools. We appreciate the hard work and dedication of the many staff members who implemented the project, collected the evaluation data, and assisted with data management and analyses.

## References

- Conduct Problems Prevention Research Group. (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track program. *Development and Psychopathology, 4*, 509–528.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1999a). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 631–647.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1999b). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: II. Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 648–657.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2000). Merging universal and indicated prevention programs: The Fast Track model. *Addictive Behaviors, 25*, 913–927.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2002a). Evaluation of the first 3 years of the Fast Track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 19–35.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2002b). Using the Fast Track randomized prevention trial to test the early-starter model of the development of serious conduct problems. *Development and Psychopathology, 14*, 925–943.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2004a). The effects of the Fast Track program on serious problem outcomes at the end of elementary school. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 650–661.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2004b). The Fast Track experiment: Translating the developmental model into a prevention design. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations: From development to intervention* (pp. 181–208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2007). The Fast Track randomized controlled trial to prevent externalizing psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*, 319–333.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2010a). The difficulty of maintaining positive intervention effects: A look at disruptive behavior, deviant peer relations, and social skills during the middle school years. *Journal of Early Adolescence, 30*, 593–624.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2010b). Fast Track intervention effects on youth arrests and delinquency. *Journal of Experimental Criminology, 6*, 131–157.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2010c). The effects of a multi-year randomized clinical trial of a universal social-emotional learning program: The role of student and school characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 156–168.

Conduct Problems Prevention Research Group. (2011). The effects of the Fast Track preventive intervention on the development of conduct disorder across childhood. *Child Development, 82*, 331–345.

Conduct Problems Prevention Research Group. (2013). School outcomes of aggressive-disruptive children: Prediction from kindergarten risk factors and impact of the Fast Track prevention program. *Aggressive Behavior, 39*, 114–130.

Conduct Problems Prevention Research Group. (2014). Trajectories of risk for early sexual activity and early substance use in the Fast Track prevention program. *Prevention Science, 15*(Suppl. 1), S33–S46.

Conduct Problems Prevention Research Group. (2015). Impact of early intervention on psycho-pathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry, 172*, 59–70.

## Implementering: Hva, hvorfor og hvordan?

Professor Charlotte Reedtz, RKBU Nord

Sammendrag av planlagt foredrag

**Hva:** Implementering er aktive strategier for å iverksette nye tiltak og endre praksis. Implementeringsvitenskap er studien av faktorer som påvirker effektiv og helhetlig bruk av innovasjoner i praksis. Dette er en ny vitenskap med mange utfordringer for forskere og myndigheter.

**Hvorfor:** Evaluering av forebyggende programmer og tiltak er nødvendig for å få kunnskap om tiltakenes effekter. Evidensbaserte tiltak er tiltak som gjennom velkontrollert forskning har vist seg å gi gode resultater for en bestemt målgruppe eller et definert problem. Disse er ofte først evaluert gjennom «efficacy» studier med høy grad av kontroll, og deretter effektivitetsstudier gjennomført i alminnelig praksis. «Efficacy» studier gir svar på om et tiltak gir forventet resultat under ideelle betingelser, mens effektivitetsstudier evaluerer tiltakseffekter under betingelser i alminnelig praksis og for en bredere populasjon. Når effektene av et tiltak er etablert begynner tilretteleggingen for å ta tiltaket i bruk i vanlige tjenestestettinger. Fokuset i denne tilretteleggingen bør være hvilke faktorer som er betydningsfulle for å spre tiltaket på måter som ivaretar tiltaket og dets effekter.

Det er flere utfordringer i denne prosessen og disse knytter seg ofte til både den samfunnsmessige kontekst, forhold i organisasjonene som skal implementere nye tiltak og individuelle faktorer hos de som skal utøve nye tiltak. Forskning viser at få tiltak implementeres i alminnelige tjenester på vellykkede måter, og at svært få tiltak oppnår de samme positive effekter over tid som de man fant i forskning. Dette gjelder også tiltak med svært gode effekter i forskning. Det er viktig å skaffe seg kunnskap om hvorvidt manglende måloppnåelse knytter seg til tiltaket i seg selv eller hvordan tiltaket ble implementert. Dette er en god grunn til at man også bør forske på hvordan ulike tiltak implementeres i ordinære tjenester. Virkeligheten er kompleks og det er svært mange faktorer som påvirker effektene av nye tiltak. Ble tiltak levert slik det skulle? Ble tiltaket tilbudt i en hensiktsmessig setting? Hva i tiltaket virket positivt for målgruppen? Hva i tiltaket virket ikke? Hvilke hindringer stanset eller bremsset positive effekter av tiltaket i den aktuelle settingen?

Slike spørsmål er sentrale idet man ønsker å forbedre praksis gjennom implementering av nye tiltak. Fokus på implementeringsprosesser gir bedre resultater av behandlingstiltak og forebyggende tiltak for barn og unge. Dette knytter seg til at essensen i implementering er atferdsendringer. Ideene bak innovative tiltak er ikke selvtutførende og derfor er det viktig å sette fokus på de samfunn, organisasjoner og enkeltindivider som skal materialisere innovasjoner og utføre nye tiltak. Handlingene til de som omformer innovasjoner til handling er nøkkelen til om resultatet blir en suksess eller en fiasko.

**Hvordan:** Det finnes mange teoretiske rammeverk for å forstå, måle og styre implementering. Man deler ofte inn i ulike grader av implementering der papirimplementering beskriver når noen (for eksempel myndigheter) forventer og/eller krever endringer av en praksis, som f. eks etablering av ny policy og prosedyrer. Prosessimplementering beskriver når nye prosedyrer iverksettes ved hjelp av opplæring, veiledning og endring av formater for informasjon og/eller

kartlegging. Ferdighetsimplementering er den implementeringsgraden som sikrer atferdsendringer, ved at nye tiltak gjennomføres på slike måter at de virksomme komponenter brukes med god effekt i forhold til målgruppen. Det er personellet som leverer tjenester/tiltak som må endre sin atferd, men hvordan en organisasjon og systemet/samfunnet rundt disse fungerer, påvirker tjenesteutøverne og om implementeringen gjøres med trohet (fidelity) til tiltak og på måter som opprettholder positive effekter. Det finnes mange eksempler på innovasjoner og tiltak som søkes implementert kun ved hjelp av papirimplementering og/eller prosessimplementering i Norge, og der det ikke er tid, ressurser eller planer for hvordan nye ferdigheter skal etableres hos utøvere av nye tiltak.

De fleste nye teorier for implementering fokuserer også på ulike faser i endringsarbeid. I mitt foredrag benyttes det teoretiske rammeverket som er beskrevet av Fixsen og hans kolleger (Fixsen, Blase og Van Dyke, 2019; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). Dette rammeverket er sentralt i det implementeringsfaglige grunnlaget til RKBU Nord, RKBU Midt-Norge, RKBU Vest og RBUP Øst og Sør som implementerer De Utrolige Årene (DUÅ) i Norge, og NUBU som implementerer MST, PMTO, TIBIR, PALS og FFT. I mitt foredrag blir følgende faser beskrevet:

- Fase 1: Utforsking, initiativ til endringer og initialt planleggingsarbeid.
- Fase 2: Adopsjon av tiltak. Forberedelser. Utvikling av planer for utøvelse av ny praksis.
- Fase 3: Iverksetting av ny praksis, å ta i bruk nye tiltak.
- Fase 4: Opprettholdelse av ny praksis. Vedlikehold av ny praksis. Konsolidering.

Fasene eksemplifiseres med erfaringer fra implementering av De Utrolige Årene (DUÅ) i Norge. I fase 1 inngår aktiviteter som kartlegging av forekomsten av et problem og behovene som et tiltak skal avhjelpe. Utforsking av innovasjoner/tiltak og hospitering kan skje i denne fasen, samt beslutninger om å ta i bruk et nytt tiltak. Etablering av internasjonale/nasjonale samarbeidsavtaler inngår også her og beslutninger bør fattes på systemnivå gjennom politiske og administrative vedtak i. I DUÅ startet dette arbeidet da Carolyn Webster-Stratton var på besøk i Norge for første gang i 1997 og som et resultat av den nasjonale atferdsatsingen som ble etablert samme år. I fase 2 inngår aktiviteter som oversettelse av materiell, kvalitetssikring av tester/kartleggingsverktøy, rekruttering av organisasjoner og evaluering av deres «readiness»/forberedthet for endring, opplæring og sertifisering av personell og forberedelse av implementeringsprosessen. Det utvikles en plan for implementeringene. I DUÅ har man for eksempel oversatt og normert kartleggingsinstrumentene ECBI og SESBI-R for å kunne måle atferdsvansker under norske forhold og man har stringente krav til sertifisering av gruppeledere, kollegaveiledere, mentorer og trenere for å sikre at effektene i tiltakene opprettholdes. Videre har man utviklet en egen søknadsprosess for organisasjoner som vil ta i bruk DUÅ, et eget format for å måle organisasjoners forberedthet for endring og kriterier for at søkere får implementere DUÅ. Etter fase 1 og 2 er forberedelsene til å implementere nye tiltak over. I fase 3 initieres implementeringen av tiltaket/programmet, mens både endringsarbeidet og primære utfallsvariabler måles. Mekanismer for tilbakemeldinger og nødvendige korrigeringer underveis i implementeringsprosessen er sentrale i denne fasen. I DUÅ har man utviklet sjekklistor for gruppeledere, prosedyrer med videoopptak av gruppeledelse til bruk i veiledning, samt brukerevaluering blant deltakere for å sikre at alle tiltakskomponenter leveres i tråd med manualen. Fase 4 beskriver et tiltak/program i full implementering, mens prosessen evalueres kontinuerlig og svakheter utbedres for å sikre

oppretholdelse av effekter. I DUÅ har man jevnlig veiledning av alle gruppeledere og mentorer, en ordning for resertifisering av gruppeledere, samt regionale og nasjonale samlinger der det settes fokus på gruppelederes og mentorers ferdigheter og kompetanse. Samarbeidet med gruppeledere er forankret i formelle avtaler med gruppeledernes organisasjoner (f. eks helsestasjoner, barnehager, skoler, barneverntjenester og BUP-er) og kommunale myndigheter. Evaluering av implementeringsprosesser er viktig for å få kunnskap om hva som gjøres for å oppnå ønskede effekter og grad av måloppnåelse.

Å endre tjenesteutøveres atferd gjennom disse fire implementeringsfasene styres av tre ulike drivere; Kompetansedrivere, Organisasjonsdrivere og Ledelsesdrivere, og disse påvirker hverandre gjensidig og kontinuerlig. Det er svært viktig å måle status for de ulike implementeringsdriverne og derigjennom evaluere implementeringskvaliteten i relevante innovasjoner. Ifølge Fixsen og hans kolleger er formelen for suksess i implementering av nye tiltak at man starter med et evidensbasert tiltak/program, implementerer tiltaket/programmet på effektive måter og tilbyr en kontekst som muliggjør opprettholdelse av tiltakets/programmets effekter.

I Norge har vi flere evidensbaserte tiltak/programmer for å forebygge og behandle atferdsvansker og vi har organisasjoner og lokalsamfunn som er villige til å satse på disse. Det synes imidlertid som at disse tiltakene implementeres i svært liten utstrekning sett i forhold til forekomsten av atferdsvansker, vold og kriminalitet i landet (Martinussen, Eng, Reedtz, Breivik, & Jakobsen, 2020). Det synes som at politikere og byråkrater er en del av årsaken til at tiltakene med den sterkeste evidensen ikke prioriteres, eller endog ikke tillates benyttet i enkelte kommuner. På denne bakgrunn vurderes at beslutningstakere i norske kommuner ikke har tilstrekkelig kunnskap om implementering av evidensbaserte tiltak/programmer. Dersom slike tiltak/programmer ikke har organisasjonsdrivere og ledelsesdrivere i Norge med nødvendig kompetanse i det å implementere de beste tiltakene, er det lite håp for styrket måloppnåelse i arbeidet med å redusere atferdsvansker, vold, kriminalitet og rus blant unge i Norge.

## **Anbefalinger**

- Sats på virksomme tiltak/programmer med dokumenterte effekter i Norge.
- Vær kritisk til verdibasert og ideologisk argumentasjon i diskusjoner omkring hvilke tiltak/programmer som bør satses på og prioriteres.
  - Så fremt etiske retningslinjer i møte med barn, unge og deres familier ivaretas bør dokumentert virksomme tiltak prioriteres fremfor tiltak vi ikke kjenner effekten av.
- Bruk Ungsinn som kilde til kunnskap om hvilke tiltak som er virksomme og hvilke som har en kvalitetssikret implementeringsstrategi.
  - Ungsinn er et elektronisk vitenskapelig tidsskrift om tiltak for barn og unges psykiske helse. Tidsskriftet inneholder systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak. Her finner man grundige gjennomganger av hvor godt dokumentert effekten av tiltakene er. Ungsinn

- drives av RKBU Nord, på oppdrag fra Helsedirektoratet og Bufdir, og forfatterne som skriver for Ungsinn og fagfellene er forskere fra hele landet inklusive de andre sentrene (RKBU/RBUP), NUBU og universitetene.
- Sats på måling av effekter i arbeid med barn og unge ved hjelp av målemetoder som er dokumentert reliable og valide i bruk i Norge.
  - Bruk PsykTestBarn som kilde til reliable og valide målemetoder i endringsarbeid.
    - PsykTestBarn er et elektronisk tidsskrift som utgir artikler om måleegenskaper ved norske versjoner av tester og kartleggingsverktøy. Hensikten med PsykTestBarn er å vurdere måleegenskapene ved testene og kartleggingsverktøy og bidra til informerte valg og forsvarlig bruk av tester og kartleggingsverktøy i praksisfeltet. PsykTestBarn drives av RBUP Øst/Sør, på oppdrag fra Helsedirektoratet, og forfatterne som skriver for PsykTestBarn og fagfellene er forskere fra hele landet inklusive de andre sentrene (RKBU/RBUP), NUBU og universitetene.
  - Vær kritisk til bruk av tiltak og programmer vi ikke kjenner effekten av og der effektene er små.
    - Alminnelige praksiser og egenkomponerte tiltak kan virke fornuftige, men effekten kan være liten, lik null eller til og med negativ.
  - Sats på universelle tiltak i helsestasjoner, barnehager og skoler som forebygger problemutvikling hos barn og unge i tidlig alder og utvikling.
    - Atferdsvansker utvikles over tid og formes også av barnets samspill med omsorgspersoner, betydningsfulle voksne og venner. Å stoppe utvikling av problematferd gjøres best gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak som settes inn så tidlig som mulig.

## Referanser

Fixsen, D.L., Blase, K.A. og Van Dyke, M.K. (2019). *Implementation practice and Science*. Chapel Hill, NC: Active Implementation Research Network.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Martinussen, M., Eng, H., Reedtz, C., Breivik, K. & Jakobsen, K. (2020). *Hvilke psykisk helsefremmende tiltak virker for barn og unge?* Psykologisk.no: <https://psykologisk.no/2020/03/hvilke-psykisk-helsefremmende-tiltak-virker-for-barn-og-unge/>

Paap, M.C.S., Martinussen, M., Jakobsen, R., Jozefiak, T. Axelsdottir, B. & Neumer, S.P. (2018). *Tester for barn og unge i Norge bør kvalitets-sikres bedre*. Psykologisk.no: <https://psykologisk.no/2018/06/tester-for-barn-og-unge-i-norge-bor-kvalitetssikres-bedre/>

Developmental Pathways to Delinquency: Implications for Risk and Needs Assessment

Paul J. Frick

Department of Psychology

Louisiana State University

&

Institute for Teaching Education and Learning Science

Australian Catholic University

Executive Summary of Presentation Prepared for Norwegian Institute of Public Health for the  
Expert Conference on Children, Youth, and Criminality: April, 2020

Author Contact: Paul J. Frick  
Department of Psychology  
Louisiana State University  
Baton Rouge, LA 70803  
PH: 205-578-0865  
E-Mail: pfrick@lsu.edu  
Web: <http://sites01.lsu.edu/faculty/pfricklab/>



## **Statement of the Problem**

Mental health diagnoses of children who act in an antisocial (i.e., violating the rights of others or breaking major societal norms) or aggressive (i.e., intentionally harming another individual) manner, such as the diagnoses of Conduct Disorder in the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) or Conduct-Dissocial Disorder in the ICD-11 (World Health Organization, 2018), have traditionally been limited to documenting whether or not the child shows a severe, developmentally-non-normative, and impairing pattern of behavior. Such broad definitions do not distinguish among a wide range of severity in behavior, do not provide information on the causes of the behavior, and are limited in pointing the way to the most effective ways to prevent and treat such behavior (see Slide 2).

Research on the causes of serious antisocial behavior have often focused on documenting a large number of risk factors in the child (e.g., neurochemical or cognitive abnormalities, personality characteristics) and in her/his psychosocial context that are correlated with antisocial and aggressive behavior (see Slides 3 – 8). While this research is important to highlight that causal theories and interventions are likely to be inadequate if they focus on only one or a few risk factors, this research is limited in describing the mechanisms through which these risk factors influence the child's development and lead to the problem behavior. Describing such developmental mechanisms is important not only for causal theory but also for intervention. For example, many risk factors may not be amenable to certain interventions because they have already had an impact on the child (e.g., prenatal exposure to toxins, early emerging temperaments) or may be beyond the control of the person/agency providing the intervention (e.g., poor quality child care, living in a high crime neighborhood). However, if common mechanisms can be identified through which these risk factors influence the developing child, interventions can target these processes, even if the risk factor itself cannot be removed (Key reference: Frick, 2016).

## **Developmental Pathways to Antisocial and Aggressive Behavior: Age of Onset**

Thus, it is important to understand the most common developmental pathways that can lead to antisocial and aggressive behavior in order to effectively tailor intervention to the unique mechanisms leading to the problem behavior. One key distinction that has a long history of use in research and in diagnostic classification is the distinction between childhood-onset (or early-starter) and adolescent-onset (or late-starter) patterns of antisocial behavior. The latter group consists of youth who do not start showing serious behavior problems until they approach puberty, whereas the former start showing behavior problems early in development (ages 3-6) and show behavior problems of increasing severity across development. The adolescent-onset group, while often accounting for about half of adolescents who are incarcerated for delinquent behavior, show fewer dispositional and contextual risk factors, show less aggression and violence, and are less likely to continue their problem behavior into adulthood. Thus, this group seems to show an exaggeration of the normal process of adolescent rebellion related to identity development that is encouraged by a deviant peer group and by limitations in how well the youth is monitored and supervision by adults. In contrast, the childhood-onset group (often defined as showing severe behavior problems prior to age 10) shows a greater number and more severe dispositional and contextual risk factors, are more likely to be aggressive and violent, and are more likely to continue their antisocial behavior into adulthood. Thus, this group seems to show a more characterological disturbance that is evident early in life (Slides 9-12; Key References: Frick & Viding, 2009).

***Key Policy Implication #1: Early intervention is critical, given that the most severe, aggressive, and chronic behavior problems show up early in development (prior to age 10) and are more amenable to treatment early in development.***

## **Developmental Pathways to Antisocial and Aggressive Behavior: Callous-Unemotional Traits**

Recent research has suggested that an additional distinction can be made within the childhood-onset group that differentiates subgroups that are both clinically (e.g., differ on severity and response to treatment) and etiologically (e.g., differ on causal mechanisms) important. This research has integrated work on psychopathic traits in adults with research on the development of conscience in children to identify a non-normative and impairing pattern of callous-unemotional (CU) traits in children as young as age 3 defined by a lack of guilt, a callous lack of empathy, a lack of concern about performance in important activities, and deficient affective expression (see slides 13-24). Non-normative levels of these traits are found in about 25% to 30% of children within the childhood-onset group. This subgroup with elevated CU traits shows more severe aggression that includes both reactive (i.e., in response to provocation) and instrumental (i.e., to obtain some desired goal) forms for aggression and this subgroup is more likely to continue their antisocial and violent behavior into adulthood. Further, arrested adolescents with elevated CU traits are more likely to commit crimes using guns, are more likely to be part of a gang, and are more likely to report instigating and leading criminal behavior when committing crimes with their peers (Slides 25-41).

In addition to these differences in the severity of behavior problems, the causes of antisocial behavior for the group high on CU traits appear to be different as well. Specifically, children and adolescents with serious behavior problems who are also elevated on CU traits show a stronger genetic component to their behavior problems. Further, their behavior problems are more related to a) reduced responsiveness to emotional stimuli, especially to pain and distress cues in others, b) abnormal responses to cues to punishment, and c) lower fearfulness and anxiety. However, their behavior problems are more strongly

related to warm and responsive parenting. Thus, the developmental process leading to their behavior problems appears to be one in which the child has a temperament (i.e., low response to distress in others, threat and punishment) that makes it difficult for her/him to develop appropriate levels of the prosocial emotions that form the affective component of conscience and that can lead to severe behavior problems unless it is modified by warm and responsive parenting (Slides 42-56; Key references: Frick, Ray, Thornton & Kahn, 2014a; Frick, Ray, Thornton, & Kahn, 2014b).

Importantly, separating youth with antisocial behavior who do and do not show elevated CU traits also leads to a clearer understanding of youth with childhood-onset conduct problems without elevated CU traits. That is, this group is less likely to be aggressive overall and, when they do act aggressively, it is likely to be confined to reactive forms of aggression in response to perceived provocation. Further, rather than being under-responsive to emotional stimuli, they tend to have trouble controlling their emotions. They tend to be highly distressed by the effects of their behavior on others but have trouble controlling their impulsive acts. They also are more likely to have limited cognitive abilities, further contributing to their difficulties regulating their behavior and emotions. Finally, their conduct problems tend to be highly related to inconsistent and harsh parenting. Thus, the developmental mechanisms underlying their conduct problems seem to be related to problems developing adequate emotional and behavioral regulation, due to limited cognitive abilities, high levels of emotional reactivity, and/or problems in the way they have been socialized (see slides 54-68; Key reference: Frick & Viding, 2009).

***Key Policy Implication #2: To adequately assess level of risk and the unique treatment needs of antisocial youth across the developmental pathways, it is important to assess for the age of onset***

*of serious conduct problems and for the presence of elevated callous-unemotional traits.*

### **Implications for Diagnosis and Treatment**

To reflect the importance of assessing the key characteristics of the different developmental pathways to serious antisocial behavior, mental health diagnoses for children with serious conduct problems now include specifiers for age of onset of the behavior problems and for the presence of significant levels of CU traits (labelled as “with Limited Prosocial Emotions” by both the DSM-5 and the ICD-11; Slides 69 -75; Key Reference – Frick and Ray, 2015). Importantly, given the different risk factors and causal mechanisms associated with the various developmental pathways to severe antisocial and aggressive behavior, it is not surprising that the most effective interventions are those that can be tailored to the unique characteristics of youth across the different subtypes defined by these specifiers. That is, interventions need to be tailored to the specific problems associated with the adolescent onset group, addressing the problems in identity formation that can lead to rebellious behavior and limiting contact with deviant peers. Similarly, interventions specifically targeting problems associated with children in the childhood-onset group that are not elevated on CU traits need to target problems with emotional regulation, cognitive limitations, and harsh and inconsistent parenting (Key Reference: Frick, 2012).

To date, the group that seems to respond least well to available treatments are those with elevated CU traits. Importantly, it is not that these youth do not respond to existing treatments. Instead, they start treatment with more severe behavior problems and, although treatment can reduce their behavior problems, they still leave treatment with the most severe behavioral difficulties. These findings have led to a number of attempts to enhance the effectiveness of these treatments using research on the characteristics of children and adolescents with CU traits as a guide. For example, behavioral parent management

interventions that have proven effective for reducing conduct problems in young children have been enhanced by increasing the focus on positive reinforcement (over punishment) to promote behavior change, by including strategies that increase parental warmth, and by teaching and motivating the child to attend to, recognize, and respond to emotions in others. In older children and adolescents, methods for motivating behavior change based on the youth's self-interest have been used to enhance the effectiveness of existing multi-component interventions (Slides 76-84; Key References: Frick, 2012; Kimonis et al., 2019).

***Key Policy Implication #3: Interventions need to be tailored to address the unique needs of children and adolescents within the most common developmental pathways that lead a child to act in an antisocial and aggressive manner.***

#### Key References

- Frick, P.J. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 41*, 378-389.
- Frick, P.J. (2016). Current research on conduct disorder in children and adolescents. *South African Journal of Psychology, 46*, 160-174.
- Frick, P.J. & Ray, J.V. (2015). Evaluating callous-unemotional traits as a personality construct. *Journal of Personality, 83*, 710-722.
- Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C., & Kahn, R.E. (2014a). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin, 140*, 1-57.
- Frick, P.J., Ray, J.V., Thornton, L.C., & Kahn, R.E. (2014b). A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*, 532-548.
- Frick, P.J., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology, 21*, 1111-1131.
- Kimonis, E.R., Fleming, G., Briggs, N., Brouwer-French, L., Frick, P.J., Hawes, D.J., Bagner, D.M., Thomas, R., & Dadds, M. (2019). Parent-Child Interaction Therapy

adapted for preschoolers with callous-unemotional traits: An open trial pilot study.  
*Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 48 (S1), S347-S61.



# Coordinated Systems for Evidence Based Practice

An Executive Summary and Report Submitted to Norwegian Institute of Public Health, following the postponement of the Expert Conference on Children, Youth and Criminality

Prepared by:

Bruce F. Chorpita, Ph.D. 31 March 2020

[Chorpita Report Expert Conference on Children, Youth and Criminality](#)

## EXECUTIVE SUMMARY

### ***Critical Issues, Questions, Evidence, and Arguments***

My presentation was organized to make the case that high-functioning public systems must be more than a collection of parts, even when those parts are excellent. Picking a specific evidence-based program, or even a few programs, is not the same thing as building an evidence-based system.

My central argument is that to prepare a public-facing workforce to meet diverse mental health needs of youth and families, even in the specific context of criminal or delinquent behavior, it is important to have an extensible framework to guide mental health workers to use procedures supported by evidence, broadly defined (see Chorpita & Daleiden, 2018).

Consider the following:

- The children's mental health literature has over 1,000 randomized clinical trials, yielding over 770 evidence-based treatment programs.



- The best mental health systems in the world, when they limit themselves to implementing specific programs, use between 1 and 10 of these programs, which represents about 1% of the evidence base.

The talk was intended to illustrate that the most important challenge in designing systems is to prepare members of the system to wield information and evidence to achieve desired goals. This is the single greatest challenge. Traditional approaches have been to simplify the information space by filtering down to 1 or 2 programs, forfeiting the rest of the evidence base as if it had never existed. This approach provides a successful offering to a limited number of youth in the system, but often has few contingencies for interruptions, crisis, non-responding, or lack of fit (e.g., based on age, gender, comorbidity, geographic proximity to services).

We have been advocates of complementing the *EBT program* approach (not replacing it) by providing tools that allow providers to reference what is in the evidence base that is potentially relevant to advancing a youth and family towards desired goals. This essentially means putting decision support resources into the hands of mental health workers, supervisors, and system administrators.

Our designs emphasize three principles:

**Diversity** – this means that mental health workers as well as youth and families will have different baseline competencies, different preferences, and different identities that are relevant to their training and or their therapy service. Resources need to have “multiple doors” or ways for people to interact based on their different abilities and preferences.

**Development** – in the workforce and in the youth population, these competencies change over time. So what a mental health worker finds challenging today, could be easy in 6 months, and boring in a year. Resources to interact with evidence need to provide a flexible interface to allow people to “keep it easy” at early developmental levels, and to “go deeper into the evidence” as they build competencies.

**Dynamics** – this means that things often go wrong or that surprises emerge in care. Our

research shows that 70% of treatment cases in public systems involve some kind of unexpected crisis, and the majority of times these events throw providers off track. These effects are enduring

### Chorpita Report Expert Conference on Children, Youth and Criminality

and our research shows they affect treatment outcomes. Thus, resources need to be able to flexibly update their practices and procedures based on what is happening in real time.

We have developed multiple “intervention system” solutions along these lines, and they are often implemented alongside a small number of carefully chosen EBT programs. These programs

have had extraordinarily large effects, and typically serve the majority of a service population. For example:

- The implementation of the *Managing and Adapting Practice* system led to a **tripling** of the effect size across all youth served in a public mental health system in the US (Daleiden et al., 2006).
- In multiple randomized trials, dynamic, our modular systems have outperformed not only usual care, but “gold-standard” evidence-based programs (e.g., Chorpita et al., 2013; Chorpita et al., 2017; Weisz et al., 2012).
- Mental health workers find dynamic, modular treatment systems more satisfying to use than traditional manualized EBTs (Chorpita et al., 2015).
- These systems showed the highest sustained use 8 years after a system wide

implementation in the largest public mental health system in the US (Rodriguez et al.

2018).

- We have flexible ways of rapidly scaling these approaches affordably to extremely large workforces, using a supervisor-based train-the-trainer model (Southam Gerow et al., 2014).

### ***Conclusions, Recommendations, and Fit with the Norwegian Context***

Our recommendation is that a national mental health system invest not only in specific evidence-based programs, but also in providing supports throughout all aspects of the system for the careful use of evidence in all aspects of planning, service management, and care delivery. We feel that this fits with the Norwegian context, as the high degree of extensibility of this approach is one of its defining features. In other words, it is designed to be configurable to any context. We have seen successful applications throughout the world, in public, private, military, mental health, and child welfare contexts.

## REFERENCES AND SELECTED READINGS

- Cheron, D. M., Chiu, A. A. W., Stanick, C. F., Stern, H. G., Donaldson, A. R., Daleiden, E. L., & Chorpita, B. F. (2019). Implementing evidence based practices for children's mental health: A case study in implementing modular treatments in community mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. DOI: 10.1007/s10488-019-00922-5
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. (2018). Coordinated strategic action: Aspiring to wisdom in mental health service systems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25, e12264. DOI: 10.1111/cpsp.12264
- Chorpita, B. F., Daleiden, E., Park, A. L., Ward, A. M., Levy, M. C., Cromley, T. C., Chiu, A. W., Letamendi, A. M., Tsai, K. H. & Krull, J. L. (2017). Child STEPs in California: A cluster randomized

effectiveness trial comparing modular treatment with community implemented treatment for youth with anxiety, depression, conduct problems, or traumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 13-25.

### Chorpita Report Expert Conference on Children, Youth and Criminality

Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Austin, A. A., Borntrager, C., Ward, A. M., Wells, K. C., Gibbons, R. D., & Research Network on Youth Mental Health. (2013). Long term outcomes for the child steps randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with

usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. DOI: 10.1037/a0034200

Daleiden, E. L., Chorpita, B. F., Donkervoet, C., Arensdorf, A. M., & Brogan, M. (2006). Getting

better at getting them better: Health outcomes and evidence-based practice within a system of care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 749-756.

Rodriguez, A., Lau, A. S., Wright, B., Regan, J., & Brookman-Frazee, L. (2018). Mixed-method analysis of program leader perspectives on the sustainment of multiple child evidence-based practices in a system-driven implementation. *Implementation Science*, 13:44, DOI: 10.1186/s13012-018-0737-6

Southam-Gerow, M. A., Daleiden, E. L., Chorpita, B. F., Bae, C., Mitchell, C., Faye, M., & Alba, M. (2014). MAPping Los Angeles County: Taking an evidence-informed model of mental health care to scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 190-200. DOI: 10.1080/15374416.2013.833098

Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K., Miranda, J., Bearman, S.K., Daleiden, E.L., Ugueto, A.M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D.A., Southam-Gerow, M.A., Gibbons, R.D., & Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274-282.

## **Multisystemic Therapy: Effective Components and Their Implications for Broader Practice**

**Charles Borduin**

Youths who engage in serious antisocial behaviors often continue to require mental health and criminal justice interventions well into adulthood (Farrington, Ttofi, & Coid, 2009; Moffit, 1993; Odgers et al., 2008). Unfortunately, as numerous reviewers have concluded (e.g., Howell, 2009; McCart & Sheidow, 2016), large-scale progress in the development and dissemination of effective treatments for youth criminality has been challenging. Indeed, until the 1990s, the conclusion that “nothing works” (e.g., Lipton, Martinson, & Wilks, 1975) in treating the behavior of serious juvenile offenders was generally accurate. In fact, it is still the case that most (approximately 95%) serious juvenile offenders do not receive evidence-based interventions (Borduin, Brown, & Sheerin, 2018; Greenwood & Welsh, 2012; Henggeler & Schoenwald, 2011). Moreover, a number of juvenile justice interventions (e.g., shock incarceration, residential placement) that are intended to reduce the criminal activity of offenders have had the unintended consequence of increasing youth antisocial behavior (see Drake, Aos, & Miller, 2009; Howell, 2009, for reviews). Furthermore, the most common interventions (e.g., individual therapy, residential treatment) do not address well-established risk factors for serious juvenile offending (e.g., poor parenting skills, involvement with antisocial peers, academic difficulties) and are delivered in settings (e.g., training school, group home) that bear little relation to the problems being addressed. It seems clear that there is a pressing need for effective alternatives to the narrowly focused and restrictive practices that continue to dominate mental health interventions for serious juvenile offenders.

Multisystemic therapy (MST; Henggeler & Borduin, 1990; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2009) is an intensive family- and community-based treatment approach that was originally developed in the late 1970s to address major limitations of existing mental health services for serious and violent juvenile offenders and is now viewed as an effective treatment for criminality in youths (e.g., Blueprints for Healthy Youth Development, 2020; Dopp, Borduin, Rothman, & Letourneau, 2017; Dopp, Borduin, White, & Kuppens, 2017; McCart & Sheidow, 2016).

Indeed, McCart and Sheidow (2016) concluded that MST was one of only two treatment models that met the most rigorous criteria of research support (i.e., “well-established”) for juvenile offenders. As a well-established treatment model, MST has been evaluated in more than 75 outcome, implementation, and benchmarking studies over the past four decades, and MST programs have been successfully transported to 34 states and 13 countries outside the U.S., including Norway.

This presentation describes findings from MST outcome studies and community-based dissemination efforts with serious juvenile offenders, including juvenile sexual offenders; outlines the bases of MST effectiveness and their implications for broader practice; and discusses lessons learned and policy directions. In randomized clinical trials, MST has demonstrated (a) positive effects on key social-ecological risk factors that are associated with serious juvenile offending (e.g., Borduin et al. 1995; Timmons-Mitchell, Bender, Kishna, & Mitchell, 2006), (b) long-term reductions in criminal activity and incarceration for youths (e.g., Borduin, Schaffer, & Heiblum, 2009; Sawyer & Borduin, 2015) as well as for their siblings (Wagner, Borduin, Sawyer, & Dopp, 2014) and caregivers (Johnides, Borduin, Wagner, & Dopp, 2017), and (c) considerable cost savings for taxpayers and crime victims (Borduin & Dopp, 2015; Klietz, Borduin, & Schaeffer, 2010). It is proposed that the bases of MST effectiveness are related to the following emphases: (1) MST addresses the multidetermined nature of serious antisocial behavior (i.e., problems in family relations, barriers to effective parenting, association with deviant peers, youth characteristics such as hostile attributions and antisocial attitudes, poor performance in school, and neighborhood disorganization and criminality); (2) MST services have high ecological validity (i.e., delivered in home, school and community settings) and are intensive; (3) MST has a comprehensive quality assurance system that replicates the training and supervision protocols used in the successful randomized trials of MST; (4) MST programs rely on evidence-based interventions (e.g., strategic/structural family therapies, cognitive-behavioral therapies) that are used within a social-ecological conceptual model (see Figure 1) and a commitment to remove barriers to service access; (5) Caregivers are viewed as the key to long-term outcomes in MST (see Figure 2), with significant attention devoted to overcoming barriers

to effective parenting and developing caregiver capacity to achieve positive goals; and (6) MST programs are accountable for family engagement and clinical outcomes.

The presentation closes with a discussion of lessons learned and some policy directions in the treatment of serious juvenile offenders, including (1) funding must be shifted from ineffective institution- and office-based services to intensive and effective community-based services; (2) funding must be provided not only for training but also for ongoing quality assurance/improvement in evidence-based treatments; (3) performance contracts should be used to promote accountability, desired clinical outcomes, and increased reliance on evidence-based practices; and (4) improved collaboration is needed among multiple levels of government and practice to facilitate the widespread transport of evidence-based services for youths and their families. Because (a) MST clinical outcomes have been successfully replicated in Norway (see Ogden & Halliday-Boykins, 2004) and (b) there are now 22 MST teams in Norway that have been highly effective in altering the antisocial trajectories of many youths and their families, it would appear that Norway provides an excellent context for implementing the policy directions outlined above and for continued expansion of MST and similar evidence-based practices.

### **References and Suggested Readings**

Blueprints for Healthy Youth Development (2020). *Blueprints programs*. Retrieved from <http://www.blueprintsprograms.org>

Borduin, C. M., Brown, C. E., & Sheerin, K. M. (2018). Multisystemic therapy for serious juvenile offenders: From development to dissemination. In E. L. Jeglic & C. Calkins (Eds.), *New frontiers in offender treatment: The translation of evidence-based practices to correctional settings* (pp. 251-268). Springer: New York.

Borduin, C. M., & Dopp, A. R. (2015). Economic impact of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Family Psychology, 29*(5), 687–696. doi: 10.1037/fam0000113

- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *34*(2), 105–113. doi: 10.1177/0306624X9003400204
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(4), 569–578. doi: 10.1037/0022-006X.63.4.569
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(1), 26–37. doi: 10.1037/a0013035
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, *18*(3), 411–419. doi: 10.1037/0893-3200.18.3.411
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., Rothman, D. B., & Letourneau, E. J. (2017). Evidence-based treatments for youths who engage in illegal sexual behaviors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *46*(5), 631–645. doi: 10.1080/15374416.2016.1261714
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., White, M. H., & Kuppens, S. (2017). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(4), 335–354. doi: 10.1037/ccp0000183
- Drake, E. K., Aos, S., & Miller, M. G. (2009). Evidence-based public policy options to reduce crime and criminal justice costs: Implications in Washington state. *Victims & Offenders*, *4*(2), 170–196. doi: 10.1080/15564880802612615
- Farrington, D. P., Ttofi, M. M., & Coid, J. W. (2009). Development of adolescence-limited, late onset, and persistent offenders from age 8 to age 48. *Aggressive Behavior*, *35*, 150–163. doi: 10.1002/ab.20296
- Greenwood, P. W. & Welsh, B. C. (2012). Promoting evidence-based practice in delinquency prevention at the state level: Principles, progress, and policy directions. *Criminology and Public Policy*, *11*(3), 11–36. doi: 10.1111/j.1745-9133.2012.00826.x
- Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

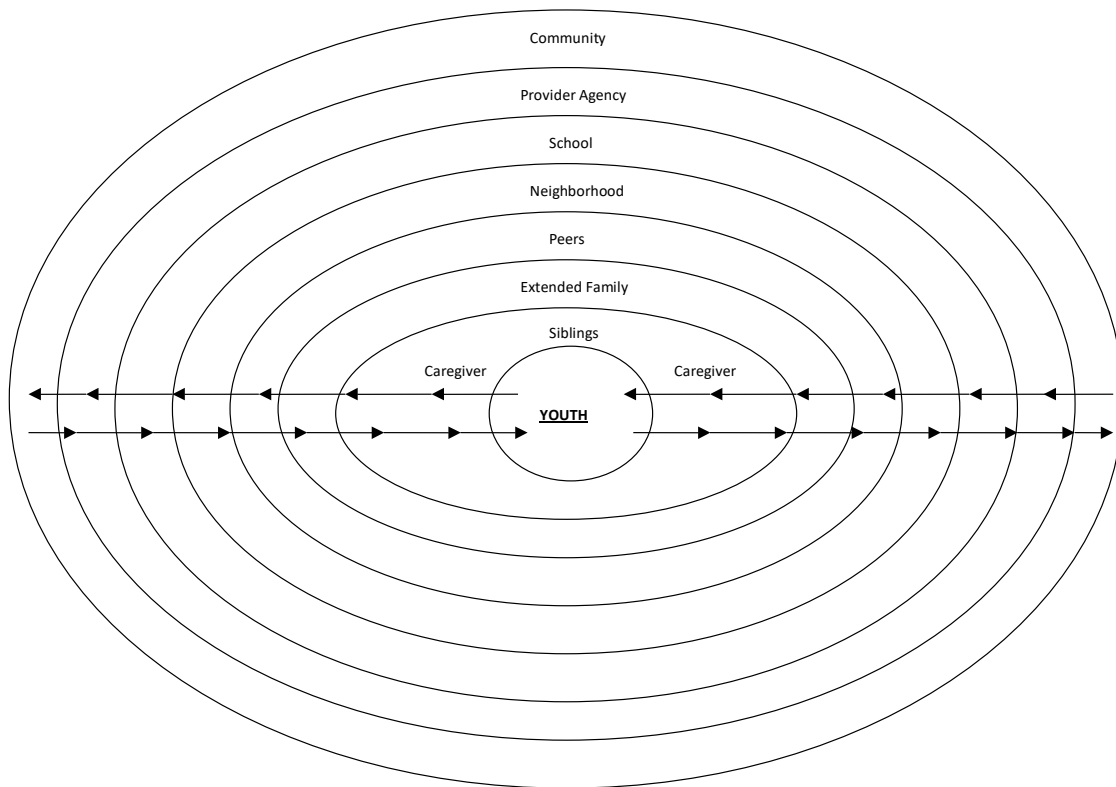
- Henggeler, S. W., Letourneau, E. J., Chapman, J. E., Borduin, C. M., Schewe, P. A., & McCart, M. R. (2009). Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 451–462. doi: 10.1037/a0013971
- Henggeler, S. W., & Schoenwald, S. K. (2011). Evidence-based interventions for juvenile offenders and juvenile justice policies that support them. *Society for Research in Child Development: Social Policy Report, 25*(1), 1–20. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=ED519241>
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Howell, J. C. (2009). *Preventing and reducing juvenile delinquency: A comprehensive framework* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Johnides, B. D., Borduin, C. M., Wagner, D. V., & Dopp, A. R. (2017). Effects of multisystemic therapy on caregivers of serious juvenile offenders: A 20-year follow-up to a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(4), 323–334. doi: 10.1037/ccp0000199
- Klietz, S. J., Borduin, C. M., & Schaeffer, C. M. (2010). Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Family Psychology, 24*(5), 657–666. doi: 10.1037/a0020838
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 23*(1), 89–102. doi: 10.1037/a0014352
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., McCart, M. R., Borduin, C. M., Schewe, P. A., & Armstrong, K. S. (2013). Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *Journal of Family Psychology, 27*(6), 978–985. doi: 10.1037/a0034710
- Lipton, D., Martinson, R., & Wilks, J. (1975). *The effectiveness of correctional treatment: A survey of treatment evaluation studies*. New York, NY: Praeger Publishers Inc.
- McCart, M. R., & Sheidow, A. J. (2016). Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 45*(5), 529–563. doi: 10.1080/15374416.2016.1146990
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*(4), 674–701. doi: 10.1037/0033-



- Odgers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, *20*(2), 673–716. doi: 10.1017/S0954579408000333
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, *9*(2), 77–83. doi: 10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x
- Sawyer, A. M., & Borduin, C. M. (2011). Effects of multisystemic therapy through midlife: A 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5), 643–652. doi: 10.1037/a0024862
- Sawyer, A. M., Borduin, C. M., & Dopp, A. M. (2015). Long-term effects of prevention and treatment on youth antisocial behavior: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *42*, 130-144. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.009
- Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 445-453. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.445
- Smith-Boydston, J. M., Holtzman, R. J., & Roberts, M. C. (2014). Transportability of multisystemic therapy to community settings: Can a program sustain outcomes without MST services oversight? *Child and Youth Care Forum*, *43*(5), 593–605. doi: 10.1007/s10566-014-9255-0
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A., & Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*(2), 227–236. doi: 10.1207/s15374424jccp3502\_6

van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 468–481. doi: 10.1016/j.cpr.2014.06.006

Wagner, D. V., Borduin, C. M., Sawyer, A. M., & Dopp, A. R., (2014). Long-term prevention of criminality in siblings of serious and violent juvenile offenders: A 25-year follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(3), 492–499. <https://doi.org/10.1037/a0035624>



*Figure 1.* Social-ecological environment. The youth and family are embedded in multiple systems with dynamic and reciprocal influences (represented by arrows) on the behavior of family members. Youth offending can be maintained by problematic transactions within and/or between any one or combination of these systems.

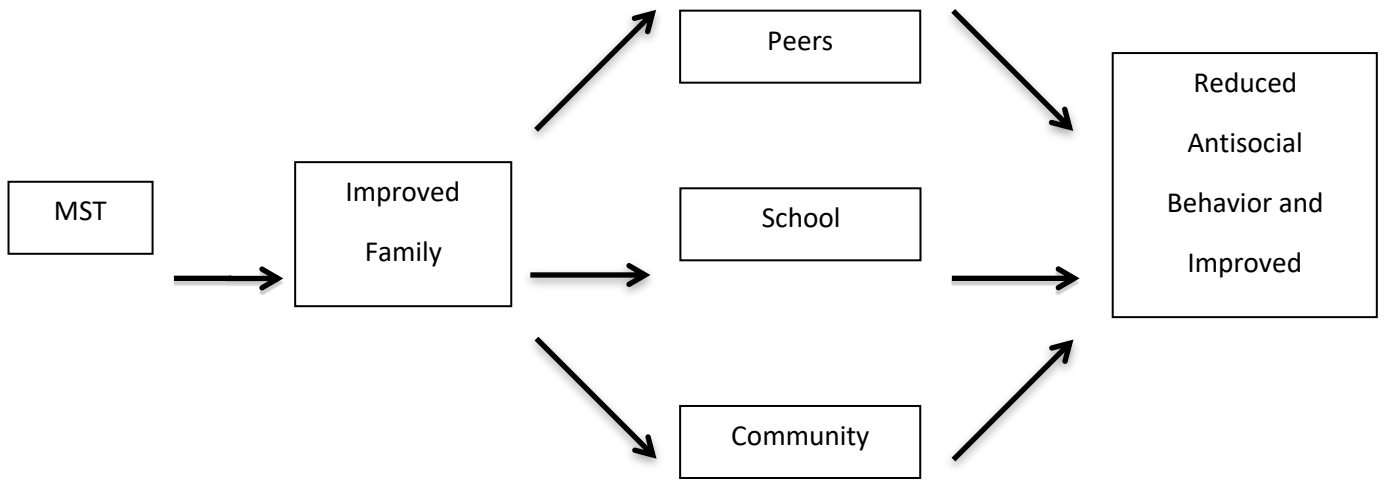


Figure 2. The multisystemic therapy (MST) theory of change.

## Treatment Foster Care Oregon for Delinquent Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis.

En sammanfattning av presentation som skulle framförts på "The Expert Conference on Children, Youth and Criminality" författade på uppdrag av "Norwegian Institute of Public Health".

Sammanställd av:

Martin Bergström, Ph.D.

28 april 2020

Min presentation handlade om att värdera om ett interventionsprogram, Treatment Fostercare Oregon (TFCO), som ett intressant alternativ till vad som konventionellt erbjuds inom social vården. Utgångspunkten för resonemanget var svenska institutionsvård, som sannolikt är lik den norska institutionsvården utifrån traditioner, lagar och normer.

Mitt resonemang bygger på en svensk kontext där TFCO har varit en del av den sociala dygnsvården sedan år 2000. TFCO<sup>8</sup> är ett interventionsprogram som vänder sig till unga med ett långt och allvarligt problembeteende (inklusive kriminalitet) som erbjuds i alternativ till institutionsvård (Chamberlain, 2003). Behandlingstiden är 9-12 månader. Varje år sedan TFCO introducerade i Sverige har ungefär 40 ungdomar erhållit interventionsprogrammet, möjligtvis skulle ungefär 1000 ungdomar i Sverige vara i behov att stöd i form av TFCO årligen (SBU, 2018). TFCO har sitt ursprung i USA.

Beakta följande:

- För att värdera ett interventionsprogram måste det värderas i relation till något annat interventionsprogram som vänder sig till samma målgrupp. För att värdera TFCO i Sverige bör svensk institutionsvård värderas först som är alternativet till TFCO. Om svensk institutionsvård tycks vara excellent, finns mindre behov av TFCO.
- För att värdera effekten av TFCO behövs en samlad bild av flera studier utifrån olika utfallsmått. Ett tillvägagångssätt att göra detta är en systematiskt litteraturoversikter.

Min presentation var tänkt att ta sin utgångspunkt i den svenska lagstiftningen för att visa på vilka alternativ det finns i svenska lag för institutionsvård. En socialarbetare måste välja placeringsalternativ som beskrivs i lagen. Idag kan en svensk socialarbetare välja mellan att placera en ungdom i familjehem eller i någon form av institutionsvård. Utifrån svensk lagtext innebär detta att TFCO betraktas som ett familjehem, vilket inte anses som ett vanligt alternativ för målgruppen eller går att kostnadsmässigt försvara utifrån normal ersättningsnivå för ett reguljärt familjehem. Normalt placeras målgruppen för TFCO inom institutionsvård, där problemnivåerna och kostnaderna för placeringen är mera igenkännbara. TFCO är egentligen varken ett reguljärt familjehem eller en institutionsplacering. Detta att TFCO som placeringsalternativ svårligen återfinns bland lagens definierade placeringsalternativ kan vara en förklaring till att få ungdomar erhåller TFCO trots att TFCO

---

<sup>8</sup> Tidigare känt som Multidimensional Treatment Fostercare, MTFC.

funnits sedan länge i Sverige. En lagändring hade underlättat och det har funnit förslag på att införa benämningen "behandlingsfamilj" i svensk lagstiftning (SOU, 2014), vilket hade tydliggjort TFCO som placeringsalternativ.

Institutionsvård av ungdomar med allvarliga problembeteende är sedan länge ifrågasatt för dåliga utfall och innehåll (Andreassen, 2003). Utifrån en kartläggning av svenska institutionsvård framkom att det förekommer 33 behandlingsmetoder och 8 teoretiska förhållningssätt (SBU, 2018). I genomsnitt erbjöd varje institution fem behandlingsmetoder för att stödja den placerade ungdomen. Men användandet av specifika behandlingsmetoder förutsatte inte att institutionspersonalen genomgått utbildning för att tillhandahålla uppgiven behandlingsmetod. Upp till vart femte institution erbjöd en behandlingsmetod utan utbildad institutionspersonal. I än mindre omfattning (43 %) tillhandahölls institutionspersonalen stöd i form av handledning för att genomföra institutionens behandlingsmetod. Få av behandlingsmetoderna som erbjöds var vetenskapligt utvärderade för målgruppen (SBU, 2018). Omfattningen av olika behandlingsmetoder inom svensk socialvård är inget nytt. Redan år 2012 sammanställde myndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en rapport som visade på ett stort mångfald av behandlingsmetoder (IVO, 2013). Sammantaget tycks kartläggningen tydligt peka på att institutionsvården inte är excellent och det finns utrymme för alternativa placeringsformer (såsom TFCO). Behov av förbättrad institutionsvård för målgruppen tycks delas av många länder, däribland Norge (Whittaker et al., 2016).

För att bedöma effekten TFCO genomfördes en systematisk litteraturoversikt (SBU, 2018; Åström et al., 2019). Målgruppen i utvärderingen var ungdomar i åldern 12-17 år med allvarliga beteendeproblem. Studierna skulle utvärdera TFCO i jämförelse till institutionsvård. Sammanlagt granskades 5893 artikelsammanfattningar. Relevans- och kvalitetsgranskningen fann åtta studier som motsvarade översiktens inklusionskriterier, varav fem från USA, två brittiska och en svensk. Dessa åtta studier följde i de flesta fall ungdomarna under 24 månader. Resultaten visar att effekterna av TFCO minskade ungdomars fortsatta kriminalitet (registerdata och självskattad) och institutionsplacering på låst avdelning jämfört med institutionsvård. Dessa resultat bedöms ha ett måttligt starkt vetenskapligt stöd. Vidare visade även resultaten på minskad narkotikaanvändning, förbättrad psykisk hälsa samt minskat kriminellt umgänge jämfört med institutionsvård. Dessa resultat bedöms ha ett begränsat vetenskapligt stöd (SBU, 2018; Åström et al., 2019).



I samtliga fall var effekterna svaga eller medelstarka. Ett annat sätt att beskriva effekten av TFCO är med hjälp av number needed to treat (NNT), det vill säga antal ungdomar som behöver placeras på TFCO för att *en* ungdom ska dra nytta av behandlingen jämfört med institutionsvård. I det aktuella fallet handlar det om att mellan 5 och 13 ungdomar ska (beroende på utfallsmått) erhålla TFCO för att det ska bli märkbar skillnad jämfört med institutionsvård (SBU, 2018; Åström et al., 2019). Detta innebär att den enskild socialarbetare knappast själva kan observera effekterna av TFCO annat än på aggregerad nivå.

För att bedöma de ekonomiska aspekterna granskades 314 artikelsammanfattningar

(SBU, 2018; Åström et al., 2019). Relevans- och kvalitetsgranskningen fann en dansk rapport som visade att TFCO var kostnadsbesparande jämfört med institutionsvård med närmare 900 000 kronor per ungdom i ett livstidsperspektiv. En sammanställning av svenska kostnader för placeringar visade att TFCO var mindre kostsamt än institutionsvård vid särskilt ungdomshem men något dyrare än HVB, om man räknade med att vårdtiderna var desamma. Den svenska studie som valts ut för att exemplifiera möjliga kostnadsbesparingar med TFCO. Detta exemplet visade att TFCO kan medför kostnadsbesparingar som alternativ till institutionsvård utifrån utfallsmåttet antal dagar i låst placering. Detta tyder att TFCO kan ha potential för att vara kostnadsbesparande för samhället på både kort och långt sikt.

## **Slutsats**

Det behövs alternativ till institutionsplaceringar. TFCO har funnit sedan länge i Sverige, men har en marginaliserad tillvaro med i genomsnitt 40 ungdomar per år som erhåller stöder. Det lilla antalet ungdomar som erhåller TFCO kan bero på att placeringsalternativet inte beskrivs i lagen. Utifrån en systemtematisk översikt av det vetenskapliga stödet för TFCO tycks det vara alternativ att föredra framför placering på institution.

Utifrån det svenska exemplet är det sannolikt möjligt att implementera TFCO i en norsk kontext, men förväntningen att det ska vara ett alternativ till ett stort antal institutionsplaceringar är osannolik. Resultaten av det samlade vetenskapliga stödet utifrån internationell forskning är med sannolikt generaliserbar till norsk kontext. Sammantaget framstår TFCO eller liknande program med samma programinnehåll som ett placeringsalternativ som borde vara ett intressant alternativ i norsk kontext.

## Referenser

- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, Outcomes, and Progress in Dissemination *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 303-312.
- IVO. (2013). En trygg och säker vård—har personalen lämplig utbildning? [A Safe and Secure Care—Do Staff Have Appropriate Training?]. In. Stockholm: IVO (The Inspectorate of Health and Social Care)
- SBU. (2018). *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. Retrieved from Stockholm:
- SOU. (2014). Boende utanför det egna hemmet – placeringsformer för barn och unga – delbetänkande SoU 2014:3.
- Whittaker, J. K., Bellonci, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Holden, M., . . . Zeira, A. (2016). Therapeutic Residential Care for Children and Youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care\*. *Residential Treatment for Children and Youth*, 33(2), 89-106. doi:10.1080/0886571X.2016.1215755
- Åström, T., Bergström, M., Håkansson, K., Jonsson, A. K., Munthe, C., Wirtberg, I., . . . Sundell, K. (2019). Treatment Foster Care Oregon for Delinquent Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 1049731519890394. doi:10.1177/1049731519890394

**Promising Program Models and Evidence-based Treatments  
in Therapeutic Residential Care**

Prof. Dr. Sigrid James  
University of Kassel, Germany  
Department of Social Work and Social Welfare

Submitted to  
The Norwegian Institute of Public Health

May 2020

## 1. Introduction

(Therapeutic) residential care (TRC)<sup>9</sup> is often depicted as a setting or form of intervention, which in comparison to other available family- or community-based options has outlasted its value and timeliness. Concerns about cost, an un(der)trained and unstable workforce (in some countries), the potential for abuse<sup>10</sup> as well as other iatrogenic effects, residential care's distance from children's families and their natural environments along with a weak evidence base for effectiveness have prompted calls to end residential care or significantly reduce its use (Dozier et al., 2014; Stockholm Declaration, 2003). Some countries (like the United States) promote and, in some cases, mandate the use of community-based interventions with empirical support over residential care through policies as well as class action lawsuits (e.g., Chadwick Center and Chapin Hall, 2016). Notable advances in the development of empirically supported treatments for children and youth with complex psychosocial problems seem to have put residential care at the opposite end of evidence-based practice;<sup>11</sup> or in other words, evidence-based treatments are meant to serve as 'the better alternative' to residential care.

The consequences for the field of residential care have been varied and can be thought of in two ways: For one, they have caused significant reductions in the use of residential care in a number of (mostly Anglo-American) countries, with Australia leading the charge by reducing utilization rates to less than 5%. These reductions have resulted in the closure of many programs and have produced a range of unintended effects, such as raising the clinical severity of youth in residential care (Duppong Hurley et al., 2009). Secondly, the push toward the implementation of community-based evidence-based treatments has prompted a transformative process in the field of residential care towards the integration of evidence-based concepts (ACRC, 2009; James, 2017). This new focus has spurred efforts to more clearly define the nature and role of residential care – specifically TRC – and to identify elements that are critical to its success (e.g., Bellonci, Holmes & Whittaker, 2018; Caldwell et al., 2020; Whittaker et al., 2016). From this perspective, the shift toward family- and community-based care is viewed as an opportunity to be leveraged toward greater quality and coherence in residential care practice.

In this presentation, I will briefly make the case for the continued need to include (therapeutic) residential care as one option in the continuum of services for children and youth. I will further provide an overview of promising program models and evidence-based treatments relevant for TRC. I will end with a few recommendations for TRC providers that (hopefully) also have relevance for the child welfare system in Norway.

---

<sup>9</sup> This report will at times use the generic term 'residential care' since the literature does not firmly distinguish (yet) between therapeutic or other forms of residential care. Where applicable, it will refer to TRC.

<sup>10</sup> Residential care scandals continue to erupt up until the present time. Many countries have had to address serious abuses, forms of exploitation and violence in the context of residential care. This is a pressing issue.

<sup>11</sup> There is much discussion in the field of residential care about the use of the term 'evidence-based practice' and alternative terminology such as evidence-informed care, etc. has been introduced (see James [with Kendrick Burk], 2020 for a more detailed discussion on this issue).

## **2. The Case for Therapeutic Residential Care**

From an international perspective, residential care remains a highly relevant form of intervention in many countries. Due to historical, cultural, sociopolitical or economic reasons residential care continues to fulfill not only functions of treatment but also of care/accommodation and education (Ainsworth & Thoburn, 2014). While deinstitutionalization efforts are underway even in countries that have historically relied almost solely on residential care (e.g., Japan, Jordan or Lithuania), many children and youths across the globe continue to be placed in residential care settings. Some are there for short periods as a form of crisis intervention or for stabilization but many others still grow up in facilities that range from small group homes to large institutions. Nobody argues in support of large institutions or for long-term stays in residential care as appropriate options for children and youth; however, the varying functions that residential care fulfills in different country contexts and the continued (and varied) need for residential programs demands that we wrestle with the questions of what function residential care can or should have, what quality residential care is and how it can be implemented. Further lending support to this argument is the fact that community-based interventions with research support are not yet widely available in many countries and data about their utilization as alternatives to residential care is largely missing.

We also need to acknowledge that there are youth who do not want to be placed with foster families and that a stringent push toward early reunification with the biological parents to reduce time in residential care has been associated with higher rates of re-entry into out-of-home care as well as other problems (e.g., Thoburn, 2009). Further supporting the continued need for residential care is the insufficient number of qualified (treatment) foster families and the fact that breakdowns of family-based options may subsequently result in residential care placement. Lastly, the research base of residential care is not as dismal as often depicted. While most research is based on uncontrolled designs, the totality of the many outcome studies that have been conducted support positive outcomes for youth in residential care. In fact, residential care outcome research has gone through several iterations and has advanced significantly in some areas (for a recent overview see James [with Kendrick Burk], 2020).

These reasons form the basis for some experts to argue that residential care – specifically TRC – needs to be more than a ‘last resort placement’ or ‘failure option’ (Holmes, Connolly, Mortimer & Hevesi, 2018). They see residential care as a setting that remains an integral part of a comprehensive continuum of services for children and adolescents with emotional and behavioral disorders. They also emphasize a greater need to focus on quality of care within residential care and the systematic development of its research base (Farmer, Murray, Ballentine, Rauktis & Burns, 2017; Whittaker, 2017). In 2015, Whittaker and colleagues’ book on Therapeutic Residential Care was published and constituted an international effort to bring greater conceptual clarity to residential care practice with a treatment orientation and to develop its evidence-base. This was followed by a Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential care (Whittaker et al., 2016). The Statement, which has been translated in multiple languages, explicated principles for the continued role of TRC within an international context. Following, some of the evidence for particular models and treatments relevant to TRC will be presented.

### 3. Promising Program Models in TRC

Residential care program models can be described as milieu-wide approaches, specifically developed for the TRC context. They tend to be comprehensive in scope and potentially affect every aspect of practice within a setting. Known models include: Positive Peer Culture, Boys Town Family Home Program and Teaching Family Model, The Sanctuary Model, The Stop-Gap Model, Phoenix House Academy, Children and Residential Experiences (CARE), Re-Education (Re-ED), Boys Republic Peer Accountability Model, Menninger Clinical Residential Treatment Program, and Multifunctional Treatment in Residential and Community Setting.<sup>12</sup> The evidence of the effectiveness of these models is mixed (see Table 1). Some models were developed decades ago, are conceptually compelling but their research base has not significantly advanced (e.g., Re-ED).

**Table 1. Known Program Models in Therapeutic Residential Care \***

Evidence level**	Models
Supported by Research Evidence (randomized controlled trial)	Positive Peer Culture
Promising (comparison group design)	Boys Town Family Home Program and Teaching Family Model
	Sanctuary Model
	Stop-Gap Model
	Phoenix House Academy
	Children and Residential Experiences (CARE)
	Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings (MultifunC)***
Insufficient Research Evidence (pre-post design or less)	Re-ED
	Boys Republic Peer Accountability Model
	Menninger Clinical Residential Treatment

\* adapted from Pecora & English (2016); also see James, 2011 and [www.cebc4cw.org](http://www.cebc4cw.org)

\*\* reflects classification of [www.cebc4cw.org](http://www.cebc4cw.org)

\*\*\* MultifunC has not yet been evaluated by the California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare and ratings as promising need to be considered preliminary

<sup>12</sup> There may be other models but they have either not been sufficiently evaluated or have not been profiled in the peer-reviewed literature. There is great need to find out more about program models in different country contexts.

I want to highlight three (active) program models that have shown (some) promising findings and stand out in their efforts to develop their research base.

- The *Boystown Family Home Program* – an adaptation of the Teaching Family Model – stands out because of its family-like units, sizable research base, which has developed over several decades, and a solid research infrastructure. Boystown has conducted many studies on multiple aspects of interest to TRC outcomes (e.g., more recently on the impact of aftercare services, the role of the therapeutic relationship, the use of psychotropic medication). However, it still lacks a controlled trial but, according to Whittaker (2017), may currently be in the strongest position to be ready for such a trial.
- The *Children and Residential Experiences (CARE)* model, developed at Cornell University by Martha Holden and colleagues (Holden, Anglin, Nunno & Izzo, 2015), is a comparatively new model that has been exemplary in combining program development and evaluation (Izzo et al., 2016; Nunno, Smith, Martin & Butcher, 2015). It emphasizes the enhancement of social dynamics in TRC through targeted staff development and ongoing reflective practice.
- *Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings (MultifunC)*. Norway’s MultifunC model addresses the needs of delinquent youth within the child welfare system (Andreassen, 2015). The model’s conceptual base was carefully developed and MultifunC is currently being implemented in several Scandinavian countries. To my current knowledge, two matched control group design studies have produced mixed findings, suggesting that the final verdict on MultifunC’s promise is still out. Findings will also have to be published in the international peer-reviewed literature.

Comparing the various program models in their utility for TRC or distilling core ingredients is not straightforward. While there is some convergence in target groups and target outcomes, the theoretical underpinnings and intervention elements show sufficient distinction to prevent derivation of a ‘meta’ model from the existing programs. However, existing findings from TRC outcome research as well as the risk and resilience literature point to a number of core features in TRC program models: small (family-like) units, a stable and well trained workforce, a focus on relationship, inclusion of caregivers, a solid behavioral management program for stabilization and the promotion of prosocial skills, trauma-informed elements, timely aftercare services and avoidance of lengthy stays or repeated episodes in residential care. The writings of experts in the area of TRC (e.g., Anglin, 2004; Harder, Knorth & Kalverboer, 2017; Daly et al., 2018; Whittaker et al., 2016) further provide valuable insights regarding the central principles and ingredients underlying “good” TRC. However, further research is needed to examine core ingredients in efficacy as well as effectiveness studies and to empirically validate quality standards and benchmarks.

Additionally, we have to increase our understanding of ‘usual care’ TRC program models. For varied reasons, few residential programs use the models listed above (James et al., 2015; James, 2017). In a 2017 Special Issue on residential care in the *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, Lee and McMillen (2017) recommended the development, specification and careful evaluation of “home-grown” programs as a viable alternative for TRC that cannot or do not want to shift to one of the existing evidence-based program models but want to

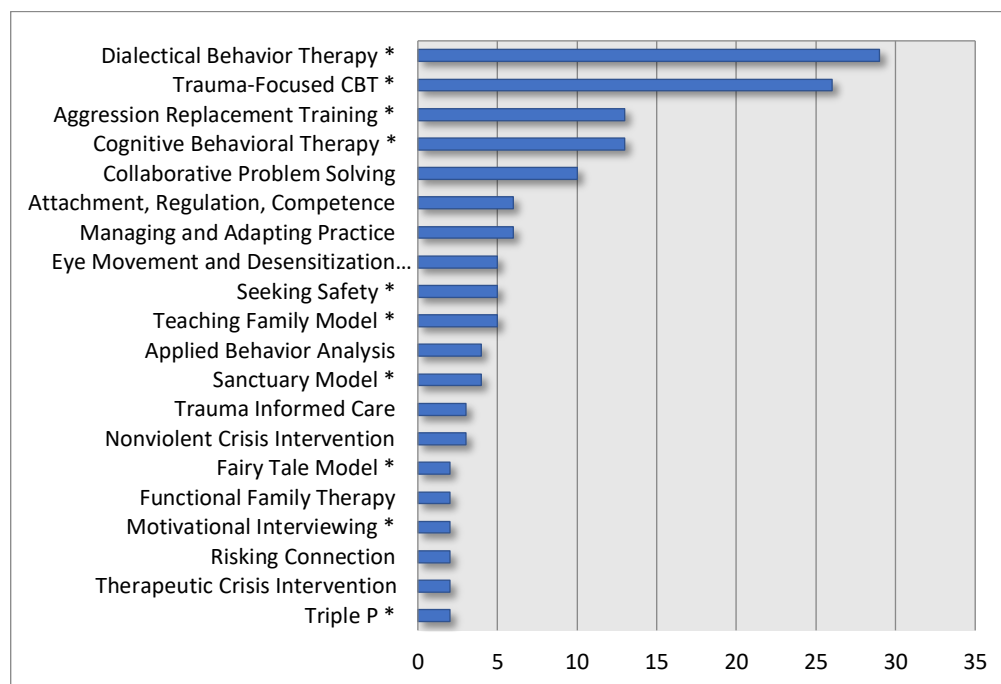
develop an overall evidence-based approach to their program. While this may in fact be the most feasible approach for many providers, systematic and iterative evaluative work takes time, resources and skills that are often not available to individual TRC programs.

#### 4. Client- or Disorder-Specific Evidence-Based Treatments in TRC

A more recent phenomenon is the implementation of client- or disorder-specific evidence-based treatments in TRC programs in the United States. These are treatments or interventions that are meant to augment ‘usual TRC’ to address specific problems and disorders, such as aggression, trauma or self-harm. Many of these psychosocial interventions and treatments have not been developed for or within TRC and some have in fact been created as alternatives to TRC. Adopting such treatments for TRC may not require the restructuring of an entire therapeutic or pedagogical concept of a facility, making it a less resource-intensive option for integrating evidence-based treatments into a TRC program.

Results from a 2014 survey conducted with TRC providers in the United States indicated that 88% of programs were implementing client- or disorder-specific evidence-based treatments with two-thirds using more than one practice and one-fifth using four or five (James et al., 2015; James et al., 2017). Treatments uniformly involved cognitive-behavioral interventions and almost two-thirds of programs implemented practices that were addressing trauma. The most utilized interventions were Dialectic Behavioral Therapy, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Aggression Replacement Training, Cognitive Behavioral Therapy, and Collaborative Problem Solving (see Figure 1).

**Figure 1. Client- and Disorder-Specific Evidence-Based Treatments Used in TRC**



*Note.*- Table is based on data from survey by James et al., 2015; includes evidence-based treatments that were at least mentioned twice or more



Reasons for the use of these treatments were varied but included expectations to improve the effectiveness of services but also top-down mandates from state or local entities. While our data indicated considerable openness toward evidence-based practice, findings related to fidelity were far less encouraging. They suggested that efforts to implement evidence-based treatments may be haphazard with little attention paid to sustained training and other factors necessary to ensure the integrity of the treatment, and limited understanding of what may be required to successfully implement an evidence-based intervention. The survey's data on barriers and facilitating factors shed some light in terms of the burden of training, the lack of resources and concerns about limiting individualized care, but findings raised the question about how many programs are in fact simply trying to satisfy external demands for evidence-based practice without the resources, ability or required commitment to see an implementation effort through.

Findings further suggested that providers made a range of adaptations to implement evidence-based treatments in TRC: making adjustments for the target group (e.g., youth with developmental and cognitive deficits), only providing part of the treatment (e.g, skills training for DBT), modifying the intervention to individualize the treatment, increasing the intensity, etc. Much more remains to be learned about necessary adaptations for TRC. Whether the implementation of client- or disorder-specific evidence-based treatments in TRC is the best way to proceed requires further study. Furthermore, it deserves noting that data about the use of such treatments in countries other than the United States is largely missing.

## **5. Recommendations**

Implementing evidence-based program models and treatments in TRC is neither easy, inexpensive nor straight-forward. Multiple barriers at various levels can undermine adherence and sustainability of a treatment. Several avenues for solidifying the research base of TRC have been suggested (Lee & McMillen, 2017; Whittaker et al., 2016). Within the context of challenges and limitations already outlined, I would like to make a few recommendations for TRC programs that want to become 'more evidence-based.'

### **5.1. Take a Critical Look at Your TRC Program Model**

A sound program model is the necessary foundation or umbrella for effective TRC practice, and without it nothing else will likely matter. It constitutes 'the other 23 hours' (Trieschman, Whittaker & Brendtro, 1969) of the therapeutic milieu, in which development occurs and therapeutic relationships develop. If implementation of one of the current promising or research-supported programs is not feasible or desired, TRC programs are advised to review whether they have a program model that is theoretically grounded and defensible, integrates current knowledge on risk and protective factors and includes treatment elements that are most likely to contribute to good outcomes. The following guiding questions are suggested (though they are likely not exhaustive):

- When did your program model develop?
- Has the model changed over time?
- What are the theories that are guiding your agency's approach?

- What is your theory of change?
- What implications does your overall model have for staff, for children and their families?
- How explicit is your program model in the day-to-day work of your agency?
- Do all staff (residential care staff included) understand the model?
- Who is responsible for the integrity of the model?
- How does the model change between the levels of care?
- Are you satisfied with the elements and the outcomes of your program model?

An important next step should be the manualization of your program model. Many agencies already use manuals to guide part of their practice, but manualization is often resisted for fear that it will undermine client-centered care. Yet the process of actually manualizing a program model can lead to greater clarity about the flow and the elements of a(n already implicit) program model and can point to important conceptual gaps. Developing a manual is important in the dissemination of the model, i.e. the training of staff, and it is a necessary step for evaluative work.

## **5.2. Foster the Stability and Quality of TRC Staff**

Staff turnover has been a persistent challenge for TRC programs, and reasons for it are complex and manifold. High turnover rates have been associated with lower performance, low productivity as well as negative organizational climate and culture and have been shown to negatively impact the outcomes of services (Aarons & Sawitzky, 2006; Aarons, Fettes, Flores & Sommerfeld, 2009). While much needs to be learned about the needs and characteristics of effective TRC staff, there is evidence from related research that enhanced (training and financial) support of staff will directly increase retention and satisfaction and indirectly affect and improve outcomes for children and youth (e.g., Glisson, Dukes & Green, 2006). Explicit inclusion of direct care staff in the training and implementation activities of a TRC program model or specific evidence-based intervention is believed to enhance commitment and buy-in and positively affect retention. In the absence of a stable workforce, the implementation of evidence-based treatments is likely to be unsuccessful.

## **5.3. Assessing Readiness for the Implementation of Evidence-Based Treatments**

When considering the implementation of an evidence-based model or treatment, sufficient preparation time is necessary to assess the readiness of an agency. This is seen as a vital initial step in the implementation process (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Many purveyors of evidence-based treatments not only offer manuals and training but also provide initial consultation to assess an agency's readiness for an evidence-based treatment. In addition, some child-serving systems have developed structures to guide agencies through the complex steps of implementation (Aarons et al., 2014). There are also readiness scales that could be of help to agencies in the initial decision-making and planning phase. If an agency does not meet

criteria for readiness, it might be better to delay implementation efforts. Questions to be addressed during this phase include:

- What is the primary reason your agency wants to adopt a specific evidence-based model/treatment?
- What are your agency's short- and long-term goals? Who is your client population?
- Which evidence-based model/treatment is being considered and how does it fit your agency's client population and its stated goals?
- How stable is your agency? Where is your agency developmentally (e.g., Is it a new or established agency? Has it recently gone through significant changes or even turmoil?)
- Who is the initiator of this effort? Is there leadership support and buy-in? Is there buy-in from all/most staff?
- How would you describe your agency's working climate?
- How committed is the agency to implementing a specific evidence-based intervention?
- Does your agency have the resources (personnel, contextual, financial) to implement the model or treatment?

A similar approach should be taken when implementing multiple evidence-based treatments. It is advised that different treatments should be introduced sequentially to ensure that they are in different phases of the implementation process and not all in the preparation or initial implementation phase (Aarons et al., 2011). Questions should further be asked about the conceptual fit of different evidence-based treatments with each other and with regard to the overall TRC program model. Finally, the question should be asked whether an agency has the resources to sustain training and fidelity monitoring for multiple evidence-based treatments.

#### **5.4. Building an Evaluation and Research Infrastructure**

Evidence-based practice inherently involves systematic evaluation throughout the practice process. It is the final step in the evidence-based practice process and is supposed to lead to refinement in practice with the goal of improving outcomes over time. One could argue that without evaluation there is no evidence-based practice. Some TRC programs may have sufficient resources to build their own research and evaluation unit; others may have to partner with local universities or external evaluation/research teams. Such partnerships can be highly fruitful and are an explicit way of closing the research to practice gap.

## **6. Conclusion**

There is much evidence of efforts to develop the research base of known TRC program models as well as implement evidence-based treatments in TRC. A growing openness toward evidence-based practice in the context of TRC can also be noted. However, much remains to be learned about the processes and outcomes related to the implementation of evidence-based practice in residential care settings. As such, no clear recommendations for specific program models or client-specific evidence-based treatments can be made at this time. Lee and McMillen's important article (2017) opened the possibility of different avenues toward an evidence-based approach that may be more fitting for the TRC context than the transportation

of ‘packaged models’ into programs. Yet regardless of what avenue is chosen – the implementation of an existing evidence-based program model, the adaptation of an evidence-based treatment into a TRC program, the evaluation of a ‘home-grown’ model, etc. – each approach requires systematic evaluation and research. For this, practice-research partnerships will be essential. If the encouraging developments of the last ten years are any indication, we can be hopeful that the next ten years will lead to significant advances in the knowledge base on TRC.

## References

- Aarons, G.A., Fettes, D.L., Flores, L.E. & Sommerfeld, D.H. (2009). Evidence-based practice implementation and staff emotional exhaustion in children’s services. *Behaviours Research and Therapy*, 47(11), 954-960.
- Aarons, G.A., Fettes, D.L., Hurlburt, M.S., Palinkas, L.A., Gunderson, L., Willging, C.E. & Chaffin, M.J. (2014). Collaboration, negotiation, and coalescence for interagency-collaborative teams to scale-up evidence-based practice. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43 (6), 915-928.
- Aarons G.A., Hurlburt M.S., & Horwitz S.M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health*, 38, 4–23.
- Aarons, G.A. & Sawitzky, A.C. (2006). Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 289-301.
- Ainsworth, F., & Thoburn, J. (2014). An exploration of the differential usage of residential childcare across national boundaries. *International Journal of Social Welfare*, 23(1), 16-24.
- Association of Children's Residential Centers (ACRC) (2009). Redefining residential: Integrating evidence-based practices. *Residential Treatment for Children and Youth*, 26, 246–251.
- Andreassen T. (2015). MultifunC: Multifunctional treatment in residential and community settings. In J.K. Whittaker, J.F. del Valle & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 100–110). London, England: Jessica Kingsley.
- Anglin, J. (2004). Creating “well-functioning” residential care and defining its place in a system of care. *Child & Youth Care Forum* 33(3), 175-192.
- Bellonci, C., Holmes, L. & Whittaker, J. (2018). Re-thinking therapeutic residential care (TRC) as a preventive service: Examining developments in the US and England. *Residential Treatment for Children & Youth*, 36(1), 35-53.
- Caldwell, B., Lieberman, R.E., Lebel, J. & Blau, G.M. (2020). *Transforming residential interventions*. London, England: Routledge.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (n.d.). [www.cebc4cw.org](http://www.cebc4cw.org).
- Chadwick Center and Chapin Hall (2016). *Using evidence to accelerate the safe and effective reduction of congregate care for youth involved with child welfare*. San Diego, CA & Chicago, IL: Collaborating at the Intersection of Research and Policy.
- Daly, D., Huefner, J., Bender, K.R., Davis, J. Whittaker, J.K. & Thompson, R.W. (2018). Quality care in therapeutic residential programs: Definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Residential Treatment for Children and Youth*, 35(3), 242-262.
- Dozier, M., Kaufman, J., Kobak, R., O’Connor, T.G., Sagi-Schwartz, A., Scott, S.,...Zeanah, C.H. (2014). Consensus statement on group care for children and adolescents: A statement of policy of the American Orthopsychiatric Association. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 219-225.
- Duppong Hurley, K., Trout, A., Chmelka, M.B., Burns, B.J., Epstein, M.H., Thompson, R.W., ...Daly, D.L. (2009). The changing mental health needs of youth admitted to residential group home care. Comparing mental health status at admission in 1995 and 2004. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17, 164-176.
- Farmer, E.M.Z., Murray, L.M., Ballentine, K., Rautkis, M.E. & Burns, B.J. (2017). Would we know it if we saw it? Assessing quality of care in group homes for youth. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25(19), 28-36.
- Glisson, C., Dukes, D. & Green, P. (2006). The effects of the ARC organizational intervention on caseworker turnover, climate and culture in children’s service systems. *Child Abuse and Neglect*, 30, 849-854.
- Harder, A., Knorth, E. & Kalverboer, M. (2012). Securing the downside up: Client and care factors associated with outcomes of secure residential youth care. *Child & Youth Care Forum*, 41(3), 259-276.
- Holden, M.J., Anglin, J., Nunno, M.A., & Izzo, C. (2015). Engaging the total therapeutic residential care program in a process of quality improvement: Learning from the CARE model. In J. Whittaker, J.F. del

- Valle, & L. Holmes (Eds.), *Therapeutic residential care for children and youth: Developing evidence-based international practice*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Holmes, L., Connolly, C., Mortimer, E. & Hevesi, R. (2018). Residential group care as a last resort: Challenging the rhetoric. *Residential Treatment for Children & Youth*, 35(3), 209-224.
- Izzo, C. V., Smith, E.G., Holden, M.J., Norton-Barker, C.I., & Nunno, M.A., & Sellers, D.E. (2016). Intervening at the setting-level to prevent behavioral incidents in residential child care: Efficacy of the CARE program model. *Prevention Science*, 17, 554-564.
- James, S. (2011). What works in group care? A structured review of treatment models for group home and residential care. *Children and Youth Services Review*, 33, 308-321.
- James, S. (2017). Implementing evidence-based practice in residential care. How far have we come? *Residential Treatment for Children & Youth*, 34(2), 155-175.
- James, S. (with Kendrick Burk, L.) (2020). Residential interventions: Evidence-informed and promising practices for youth and families. In B. Caldwell, R. Lieberman, J. LeBel, & G. Blau (Eds.), *Transforming residential interventions – practical strategies and future directions* (pp.168-196). London: Routledge.
- James, S., Thompson, R.W., & Ringle, J.L., (2017). The implementation of evidence-based practices in residential care: Outcomes, processes, and barriers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 25(1), 4-18.
- James, S., Thompson, R., & Sternberg, N., Schnur, E., Ross, J., Butler, L.,... & Muirhead, J. (2015). Attitudes, perceptions and the utilization of evidence-based practices in residential care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 32, 144-166.
- Lee, B. R., & McMillen, J.C. (2017). Pathways forward for embracing evidence-based practice in group care settings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25, 19-27.
- Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings [MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem] (2017). <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-1-12>
- Nunno, M. A., Smith, E.G., Martin, W.R. & Butcher, S. (2015). Benefits of embedding research into practice: An agency-university collaboration. *Child Welfare*, 94(3), 113-133.
- Pecora P. J. & English D. J. (2016). *Elements of effective practice for children and youth served by therapeutic residential care (Research Brief)*. Casey Family Programs.
- Stockholm Declaration on Children and Residential Care (2003). *Children and Residential Care Conference, May 12–15*. ([www.children-strategies.org/Declaration 2003/Stockholm Declaration PDF english.pdf](http://www.children-strategies.org/Declaration%202003/Stockholm%20Declaration%20PDF%20english.pdf))
- Thobourn, J. (2009). *Reunification of children in out-of-home care to birth parents or relatives: A synthesis of The evidence on processes, practice and outcomes*. Munich, Germany: DJI.
- Trieschman, A. E., Whittaker, J. K., & Brendtro, L. K. (1969). *The other 23 hours: Child care work with emotional disturbed children in a therapeutic milieu*. New York: Aldine de Gruyter.
- Whittaker, J. K. (2017). Pathways to evidence-based practice in therapeutic residential care: A commentary. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 25(1), 57-61.
- Whittaker, J., Holmes, L., del Valle, J.F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J.... & Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A Consensus Statement of the International Work Group on Therapeutic Residential Care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 33(2), 89-106.
- Whittaker, J., del Valle, J.F., & Holmes, L. (Eds.). (2015). *Therapeutic residential care for children and youth: Developing evidence-based international practice*. London, England: Jessica Kingsley.

## Traumer hos unge med problematferd: Hva sier litteraturen, og betydning for tiltak.

Tonje Holt

Ungdom med problematferd eller kriminell atferd er blant de mest sårbare i samfunnet. Mange har erfart traumatiske hendelser i en eller annen form og sliter med traumerelaterte plager som en konsekvens av det de har opplevd. I NOU'en 'Svikt og svik' ble alvorlige saker der barn og ungdom hadde vært utsatt for grov vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt gjennomgått. Formålet var å avdekke eventuell svikt i tjenesteapparatets oppfølging av disse sakene. I flere av sakene manglet det en vurdering av vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som en mulig differensialdiagnose eller årsak til atferds-symptomer. Det ble trukket frem at det var sentralt å øke hjelpernes bevissthet på at ulike atferds-uttrykk kan være reaksjoner på å leve med store stressbelastninger (NOU 2017:12).

### Sammenheng mellom traumatiske hendelser og problematferd/kriminell atferd

Fra at det meste av forskningen om konsekvenser av traumatiske erfaringer tidligere konsentrerte seg om helsekonsekvenser, har det de senere årene vært et økende fokus på andre negative konsekvenser, som utvikling av rusproblemer, risikoatferd og kriminalitet. Blant annet har flere studier vist at det er en sammenheng mellom utsatthet for ulike former for traumer, som vold og omsorgssvikt i barndommen og senere aggresjon, voldsutøvelse, antisosial atferd og kriminell atferd (Dutton, 2000; Onyskiw, 2003; Smith, Ireland & Thornberry, 2005; Finkelhor, Turner, Ormrod, & Harnby, 2009; Ardino, 2012; Foy, Furrow & McManus, 2011).

Blant voksne innsatte i fengsler har studier vist at en langt større andel har opplevd potensielt traumatiske hendelser og har utviklet posttraumatisk stress (PTS)-symptomer enn befolkningen for øvrig (Kinsler and Saxman 2007; Neller, Denney, Pietz, & Thomlinson, 2006). Dette er etter hvert også funnet i studier som har undersøkt traumeerfaringer blant <sup>13</sup>unge lovbytere (Chen, 2009; Ardino, 2012; Abram et al., 2013; Adams et al., 2013, Ford, Hartman, Hawkle, & Chapman, 2008; Ford, Chapman, Connor, & Cruise; 2012). Adams og kollegaer (2013) avdekket i en undersøkelse med amerikanske ungdommer mellom 12 og 17 år at de med kriminell/lovbrytende atferd hadde om lag 2–3 ganger så stor sannsynlighet for å rapportere om traume-erfaringer som seksuelle overgrep og fysisk vold sammenlignet med de som ikke rapporterte om slik atferd. Som en naturlig konsekvens av å ha opplevd flere traumatiske hendelser, er det også funnet at en større andel unge lovbytere har utviklet PTS-symptomer sammenlignet med unge uten denne atferden (Adams et al., 2013; Ford et al., 2008; 2012; Rosenberg et al., 2014).

---

<sup>13</sup>I amerikanske studier brukes ofte begrepet 'unge lovbytere' (juvenile offenders), og for enkelthets skyld brukes også dette begrepet her.

Flere traumatiske erfaringer og interpersonlige traumer gir større risiko

Studier viser også at det å oppleve flere traumatiske erfaringer henger sterkere sammen med kontakt med kriminalsistemet. En studie av Jäggi, Mezuk, Watkins og Jackson fra 2016 som inkluderte et representativt utvalg afro-amerikanere fra en amerikansk undersøkelse (National

	INGEN HISTORIE MED ARRESTASJON N (%)	HISTORIE MED ARRESTASJON N (%)
INGEN TRAUMATISK HENDELSE	862 (23%)	148 (10.5%)
1 TRAUMATISK HENDELSE	530 (13.7 %)	113 (8,9%)
1 KRONISK TRAUMATISK HENDELSE	237 (6.5%)	59 (4,3 %)
2-3 TRAUMATISKE HENDELSER	1132 (29,4%)	400 (27%)
MER ENN 4 TRAUMATISKE HENDELSER	945 (27,3 %)	692 (49,3%)
TOTALT	100 %	100 %

Survey of American Life; N = 5,189) viste at antallet traumeeksponeringer hadde sterk sammenheng med det å ha kontakt med kriminalsistemet. Som tabellen viser økte sannsynligheten for å hatt kontakt med kriminalsistemet for hver nye traumatiske hendelse. Studien viste videre at sammenhengen mellom kontakt med

kriminalsistemet og traumatisk hendelser var til stede på tvers av ulike traumetyper, men sterkest var sammenhengen ved traume-hendelser der det var en overgriper (Jäggi et al., 2016)

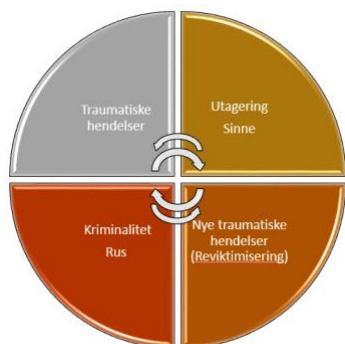
### Hvordan man kan forstå sammenhengen

Sammenhengen mellom traumatiske erfaringer og problematferd er kompleks. Samtidig som vi vet at noen av signalene eller symptomene som ungdom viser etter traumatiske hendelser kan tolkes som eller utvikles til eksternaliserende problematferd, kan det også være at det å ha utagerende atferd eller problematferd i seg selv gir større risiko for å utsettes for traumatiske hendelser. Dette er beskrevet i mer detalj under.

Mange av plagene som kan oppstå etter traumatiske hendelser er sammenfallende med de som viser seg ved atferdsforstyrrelser og problematferd. På grunn av høy kroppslig og emosjonell aktivering kan mange traumeutsatte oppleve mye sinne, irritasjon, manglende impuls kontroll, samt søvn- og konsentrasjonsvansker. Det er også vanlig at risikoatferd og destruktiv atferd oppstår som en konsekvens av traumatiske hendelser, særlig i ungdomsalderen. Disse symptomene er en del av PTSD-diagnosen og beskrives som hyperaktiverings-symptomer (American Psychiatric Association, 2013). De viser seg ofte sammen med andre PTSD-symptomer som gjenopplevelsesplager, unngåelse, skyld, skam, nedsatt selvbilde, samt mistillit til andre og fremtiden (American Psychiatric Association, 2013). Noen studier peker nettopp på de eksternaliserende vanskene som en potensiell mekanisme som binder sammen traumeopplevelser, PTSD og kontakt med kriminalsistemet (Jäggi et al., 2016).

Mange ungdommer som har opplevd vanskelige omsorgsbetingelser har heller ikke fått hjelp eller mulighet til å lære seg hvordan de kan håndtere eller regulere de mer utagerende vanskene, for eksempel sinnet, i møte med andre personer, noe som kan forsterke vanskene. Siden ungdom er i konstant utvikling, vil det de lærer, eller går glipp av på et tidspunkt, ha betydning for senere utvikling. Mye sinne og irritasjon kan for eksempel gjøre at jevnaldrende trekker seg unna den unge, noe som kan føre til at ungdommen føler seg desto mer isolert og frustrert. Sosiale vansker kan også gi andre konsekvenser som lav selvfølelse og depressive plager. På lik linje kan vansker med å konsentrere seg eller følge med på skolen også gi konsekvenser på sikt. Slike uheldige ringvirkninger i et utviklingsforløp kan gjøre at det for mange blir kortere vei til å falle ut av skole og oppsøke uheldige miljøer med for eksempel rus.

Det er også noen studier som antyder at aggressiv atferd eller problematferd øker risikoen for å oppleve voldelige traumatiske opplevelser. En kan tenke seg at sinne og aggressivitet lett utløser



sinne også hos andre, og at ungdommen på denne måten er mer utsatt for å oppleve vold og gjengjeldelsesatferd fra andre. Det å være del av et belastet miljø med kriminalitet og rus vil også i seg selv gi større risiko for å oppleve nye traumatiske hendelser, og økt risikoatferd vil gjøre ungdommene mer utsatt (Finkelhor, Ormrod, Turner & Holt, 2009). I traumelitteraturen blir det å oppleve stadig nye ulike potensielt traumatiske hendelser innenfor et kort tidsrom kalt 'reviktimisering' (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007). Det vil som modellen viser kunne være utfordrende å vite sikkert hva som er årsaken til de ulike plagene som ungdommene har. Å hjelpe

ungdommene med å stoppe sirkelen av reviktimisering og beskytte mot nye traumatiske opplevelser kan likevel være nøkkelen til å hjelpe ungdommene å få det bedre.

## Betydning for tiltak

Unge med problematferd og kriminell atferd og som har med seg en historie med traumatiske minner vil ofte ha behov for hjelp og støtte på flere arenaer, både i familien, på skolen, med venner og i en terapeutisk setting. En god samhandling mellom de ulike arenaene og tiltakene vil ofte være avgjørende for hvordan ungdommen klarer seg videre. Noen av ungdommene bor også på barnevernsinstitusjoner, og der vil de ansatte være bevisste på ungdommenes bakgrunn og oppvekst.

## Generelle prinsipper for oppfølging av ungdom med traumehistorie på institusjon

Noen grunnprinsipper har blitt trukket frem som sentrale i møte og oppfølging av ungdom med traumeerfaring som bor på institusjon (NCTSN; Burrell, 2013), og noen av disse står sentralt i det litteraturen har kalt trauma-informed care (Branson, Baetz, C. L., Horwitz, Hoagwood, 2017). Enkelte av disse prinsippene er beskrevet kort i teksten under.

### Kartlegging

Dersom behandlere ikke kjenner til at barnet har vært utsatt for vold eller overgrep, vil atferden lett kunne feiltolkes. Problematferd eller kriminell atferd kan være tegn på underliggende psykiske vansker, vanskelige livsbetingelser og tidligere traumehistorier, og hvordan hjelperen vurderer ungdommens historie vil være avgjørende for hjelp og oppfølging videre. Har ungdommene et omsorgsmiljø som er belastet, bør hjelpen også være rettet inn mot å bedre dette omsorgsmiljøet. Derfor vil det alltid være behov for å gjøre en god vurdering og kartlegging av ungdommen og deres nettverk. Samtidig som ungdommen bør bli spurt om voldsutøvelse og utvikling og omfanget av den utfordrende/ kriminelle atferd (<https://www.r-bup.no/no/vi-deler/verktoey-og-metoder/kartleggingsverktoey>), bør ungdommen også bli spurt om volds- og overgrepserfaringer, både innenfor og utenfor oppvekstfamilie. Det bør også være fokus på å kartlegge når de traumatiske hendelsene skjedde samt for de traumerelaterte plager. Det finnes standardiserte kartleggingsinstrumenter av både traumeerfaringer og PTSD som det er mulig å benytte her (<https://www.nkvt.no/content/uploads/2020/03/Veiledning-til-gjennomføring-av-KATE-og-CATS-Barn-6-18-år.pdf>). Videre vil det være sentralt å kartlegge annen komorbid problematikk, som annen psykisk helse og rusproblematikk. En god vurdering bør også innhente komparentopplysninger fra



personer rundt ungdommen. En sentral mekanisme å avdekke i kartleggingen er faren for reviktimisering. Er det mulighet for at ungdommen skal oppleve nye traumatiske eller belastende hendelser i løpet av kort tid, og finnes det faktorer i ungdommenes miljø som øker denne muligheter (rusmisbruk, kriminelt nettverk, har ungdommen vansker med å sette grenser for seg selv?). I en helhetlig vurdering vil det også være sentralt å kartlegge ungdommenes egne ressurser, samt å undersøke hva ungdommene har av sosial støtte og gode sosiale relasjoner rundt seg.

### *Familieinvolvering*

Et annen grunnprinsipp for oppfølging av unge med traumeerfaring på institusjon er å involvere familien i oppfølgingen og behandlingen (også viktige prinsipper i MST-CAN og FFT). For det første er dette viktig fordi familien kan være viktige støttespillere for ungdommen. For det andre er det ofte mønstre i familien til ungdommen som er med på å opprettholde ungdommens vansker. Derfor kan det å hjelpe familien, både til å kunne støtte ungdommen i størst mulig grad, men også til å endre egne strategier og mønstre være til det beste både for ungdommen og for familien som helhet. For ungdommen kan det å vite at noen støtter ha en slags buffer-effekt. Støtten kan både være emosjonell, for eksempel i form av trøst, men det kan også være rådgivning, informasjon og mer praktisk bistand.

### *Trygghet og god informasjon*

Et annet prinsipp som har blitt trukket frem i Trauma-Informed-Care er å skape et miljø som oppleves som *trygt* for ungdommen. Ved RVTs'ene har de utviklet to kjente kompetanseprogram for hvordan man skal møte barn og ungdom i barnevernet (det være seg på institusjon eller i fosterhjem); Traumesensitivt barnevern og Handlekraft (Bræin, Andersen, & Simonsen, 2017). En av grunnpilarene i disse programmene er nettopp trygghet. Dette er særlig viktig da det for mange av de traumeutsatte nettopp er utrygghet som har preget hverdagen. Å skape trygghet betyr i praksis at de voksne rundt ungdommene skal gjøre verden forutsigbar, tilgjengelig, samt at de i dialog med ungdommen skal tilstrebe å være ærlige, rolige, åpne og vise respekt. Ungdommens følelse av sikkerhet og trygghet vil også være avhengig av hva og hvordan informasjon blir gitt dem. God informasjon innebærer å fortelle tydelig og åpent hva som skjer i ulike situasjoner. Å tilstrebe en atmosfære hvor ungdommene opplever å ha oversikt over hva som skjer og hvor de kan få besvart spørsmålene sine, vil trolig også gjøre at de opplever omgivelsene som trygge og forutsigbare.

### *Beskytte mot stress, traumepåminnere og reviktimisering*

Et annet grunnprinsipp i oppfølging av ungdommene er å beskytte dem for stress og traumepåminnere. For de ansatte i institusjonen eller andre personer rundt ungdommen vil det innebære å være særlig oppmerksomme på hva som vil aktivere stress hos ungdommene. For eksempel kan mange ungdommer på grunn av opplevelse med krangling mellom familiemedlemmer i barndommen være ekstra sensitive for krangling og bråk ved institusjonen. Kanskje kan de ansatte hjelpe til med å finne noen helt trygge soner hvor ungdommene kan være. Som en forlengelse av dette kan det også være viktig å beskytte ungdommen for videre reviktimisering. Det kan innebære å hjelpe ungdommene å sette grenser for seg selv, arbeide med sikkerhetstiltak og beskytte ungdommene fra de mest utsatte sosiale miljøene.

## Traumespesifikke behandlinger

Det eksisterer lite forskning per i dag som kan fortelle oss noe om hvorvidt de traumespesifikke behandlingene også kan være hjelpsomme for personer med mer alvorlige atferdsvansker, aggressivitet og kriminell atferd. Det ble publisert en oversiktsartikkel i 2018 hvor forskerne gikk gjennom allerede publiserte studier som så på effekten av traume-spesifikke intervensjoner for unge lovbytere (Rhoden, Macgowan, & Huang, 2019). Forskerne fant at de fleste av studiene var effektive for å redusere PTSD-symptomer, men at det er mindre sikkert hvor effektive de var i å redusere eksternaliserende atferdsvansker. Når det gjelder de spesifikke behandlingstilnærmingene, så viste EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing therapy) og TF-CBT (Traumefokustert kognitiv atferdsterapi) den største reduksjonen i PTSD-symptomer. En annen studie av TF-CBT har vist lovende resultater på ungdom i omsorgsboliger (Cohen et al, 2016).

## Andre hjelpsomme tilnærminger (ikke nødvendigvis traumespesifikke)

Det finnes også behandlingstilnærminger som er mer rettet inn mot utagerende og problematferd hos ungdommene. Disse er ofte holistiske, de retter seg mot familie, nettverk, problematferd og sosial fungering. Alle har imidlertid ikke direkte fokus på å jobbe med og bearbeide de traumatiske opplevelsene som ungdommene har opplevd. Tre av disse behandlingstilnærmingene er beskrevet kort i teksten under.

*MST-CAN (Multisystemic Therapy- Child Abuse and Neglect)* er en tilpasning av multisystemisk terapi (MST), som er en evidensbasert, intensiv og holistisk behandlingstilnærming for ungdom med atferdsvansker hvor hele familien blir trukket inn. MST-CAN blir benyttet i familier der det forekommer vold eller omsorgssvikt. Tilnærmingen har blitt brukt og vist seg å ha effekt i de mest alvorlige barnevernssakene (Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, & Mayhew; 2010). Som ved MST, er det også her fokus på samhandling i familien og på å bedre kommunikasjonen mellom familiemedlemmer. Et MST-team vil møte hjemme hos familien flere ganger i uka. Det er videre kontinuerlig fokus på sikkerhetsplanlegging og forebygging av vold og omsorgssvikt, og komponenter som ofte brukes i behandlingen er rusbehandling, sinnemestring, traumeterapi og konflikthåndtering (<https://www.nubu.no/metoder/MST-CAN/>)

*Funksjonell familierapi (FFT)* (Brosnan & Carr, 2000) er rettet mot ungdommer som er i risiko for å utvikle voldsproblematikk, men benyttes i tillegg for ungdom som har alkohol- og rusmisbruk, og generelle atferdsvansker. FFT er også en familieintervensjon, men den er ikke så omfattende som MST og består av én eller to timer lange økter som blir gitt over en tremånedersperiode. FFT består av tre hovedkomponenter; 1) en involverings- og motivasjonskomponent, 2) en atferdsendringskomponent og 3) en generaliseringskomponent hvor fokuset er at familiemedlemmene skal overføre og opprettholde ferdighetene de har lært i behandlingen til hverdagen senere (van der Merwe & Dawes, 2012).

*Treatment Foster Care- Oregon (TFCO; Moore & Chamberlain, 1994)* er også et familierettet behandlingstilbud for familier som har kommet inn i et negativt samspillmønster, har store konflikter og der ungdommen kan ha problemer med skolen, rus og utagering. Behandlingen skjer over en periode i et behandlingshjem. Målet er at ungdommen skal kunne bo hjemme, ha gode relasjoner til familier og venner, ha positive fritidsaktiviteter og trives på skolen (<https://www.nubu.no/TFCO/>). Behandlingen er intensiv og behandlingshjemmet har tilgang på et behandlingsteam 24 timer i

døgnet. Ungdommen får både ferdighetstrening og individualterapi. Behandlingstilnærmingen har vist lovende resultater i Sverige (SBU; 2018. 279)

### Andre generelle behandlingsprinsipper for behandling av ungdom i institusjon

I en oversiktsartikkel over effektive komponenter i behandling av unge lovbrøyttere i institusjon (Mathys, 2017) blir en rekke komponenter trukket frem. Disse er ikke traumespesifikke, men de beskrives kort her fordi de vurderes som gode komponenter som bygger på det ungdommene trenger når de bor på institusjon: 1) Bygge opp ungdommens styrker, med fokus på sosial ferdighetstrening, hjelpe ungdommen å utvikle prososial atferd og redusere antisosial atferd. 2) Bygge opp og skape et trygt klima ved institusjonen. 3) Skape gode relasjoner med de ansatte på institusjonen. De ansatte skal være som autentiske omsorgspersoner for ungdommene og gi emosjonell og utviklingsmessig støtte. 4) Tilrettelegge for å utvikle positive interaksjoner og relasjoner mellom de jevnaldrende på institusjonen, og lære ungdommene å være støttende mot hverandre. 5) Skape og opprettholde gode rutiner. 6) Arbeide med motivasjon for å gå i terapi/ behandling. 7) Arbeide med ungdommens følelse av å ha agens og håndtere eget liv.

### Konklusjon- vi trenger mer forskning

Mange unge lovbrøyttere har opplevd traumatiske hendelser, og mange har også både internaliserende og eksternaliserende plager. Det er spredte funn som viser at rene traumefokuserte tilnærminger kan være hjelpsomt for ungdommene, særlig for å redusere traumerelaterte plager. Det er imidlertid mer uvisst hvorvidt disse tilnærmingene hjelper på mer alvorlig problematferd. Vi trenger derfor mer forskning for å undersøke hvordan traumeintervensjonen virker på unge med problem- og kriminell atferd.

Det er vist at ungdom med problematferd/ kriminell atferd trenger et helhetlig behandlingstilbud, blant annet i å utvikle sosiale ferdigheter, skolefungering og familiefungering. Ofte er det viktig at intervensjonene inkluderer hele familien og andre personer rundt ungdommene. Å redusere reviktimisering bør også være fokus for behandlinger som blir gitt til unge med problematferd/ lovbrøytende atferd og som har parallelle traumehistorier. Unge som gjentatte ganger bryter loven og opplever nye traumatiske hendelser vil sannsynligvis bare bli dratt enda mer inn i uheldig atferd og de vil sannsynligvis oppleve nye sår. Å kun adressere og bearbeide tidligere traumer vil ikke nødvendigvis redusere reviktimiseringen. Forhåpentligvis vil det komme mer forskning i fremtiden som i større grad vil kunne belyse effekten av mer traumespesifikke intervensjoner, kanskje til bruk sammen med mer intensive tilnærminger som fokuserer på familiefungering, sosial fungering, nettverk og rus.

### Referanser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.

Abram K. M, Teplin L. A, Charles D. R, Longworth S. L, McClelland G. M, Dulcan M. K. (2004). Posttraumatic stress disorder and trauma in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 61, 403–410.

Abram K. M, Teplin L. A, King, D.C., Longworth, L.S., Emanuel, K.M., Romero, E.G., McClelland, G.M., Dulcan, M. K, Washburn, J.J., Welty, L.J. & Olsen, N.D. (2013). *PTSD, trauma, and comorbid psychiatric disorders in detained youth*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.

Adams, Z. W., McCart, M. R., Zajac, K., Danielson, C. K., Sawyer, G. K., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2013). Psychiatric Problems and Trauma Exposure in Nondetained Delinquent and Nondelinquent Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3). doi: 10.1080/15374416.2012.749786

Ardino, V. (2012). Offending behaviour: the role of trauma and PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1). doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18968.

Beaudry, G., Yu, R. Långström, N. & Fazel, S. (2020). Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: An Updated Systematic Review and Metaregression Analysis, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, in press, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.015>

Branson, C. E., Baetz, C. L., Horwitz, S. M., & Hoagwood, K. E. (2017). Trauma-informed juvenile justice systems: A systematic review of definitions and core components. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 635–646. <https://doi.org/10.1037/tra0000255>

Brosnan, R., & Carr, A. (2000). *Adolescent Conduct Problems*. I A. Carr (Red.), What works with children and adolescents?: A Critical Review Of Psychological Interventions With Children, Adolescents And Their Families (s. 131-154): Taylor & Frances/Routledge.

Bræin, M. K., Andersen, A., & Simonsen, A. H. (2017). Traumebevissthet i Barnevernet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 55(10), 990-997

Burrell, S. (2013). Trauma and the environment of care in juvenile institutions. Retrieved from [http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/jj\\_trauma\\_brief\\_envirofocare\\_burrell\\_final.pdf](http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/jj_trauma_brief_envirofocare_burrell_final.pdf)

Chen, X. (2009). The linkage between deviant lifestyles and victimization: An examination from a life course perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(7), 1083-1110.

Cohen, A. J., Mannarino, A. P, Jankowski, K., Rosenberg, S., Kodya, S., and Wolford, G. L. (2016). A Randomized Implementation Study of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for

Adjudicated Teens in Residential Treatment Facilities. *Child Maltreatment*, 21(2), 156–167. doi:10.1177/1077559515624775.

Dutton, D. G. (2000) Witnessing Parental Violence as a Traumatic Experience Shaping the Abusive Personality. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 59-67, DOI: 10.1300/J146v03n01\_05

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31(1), 7-26.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H.A., & Holt, M. A. (2009). Pathways to polyvictimization. *Child Maltreatment*, 14, 316-329. doi:10.1177/1077559509347012

Finkelhor, D., Turner, H. A., Ormrod, R., & Harnby, S. L. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124, 1411-1423. doi:10.1542/peds.2009-0467

Ford, J. D., Chapman, J., Connor, D. F., & Cruise, K. R. (2012). Complex Trauma and Aggression in Secure Juvenile Justice Settings. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 694–724. <https://doi.org/10.1177/0093854812436957>

Ford, J. D., Hartman, K., Hawke, J., & Chapman, J. F. (2008). Traumatic victimization, posttraumatic stress disorder, suicidal ideation, and substance abuse risk among juvenile justice-involved youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 75–92.

Foy, D. W., Furrow, J., & McManus, S. (2011). *Exposure to violence, post-traumatic symptomatology, and criminal behaviors*. In V. Ardinio (Ed.), *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence: A handbook of research and practice* (p. 199–210). Wiley-Blackwell.

Herrenkohl, T. I. & Jung, H. (2016). Effects of child abuse, adolescent violence, peer sanctions, and pro-violence attitudes on intimate partner violence in adulthood. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(4), 304-314. doi: 10.1002/cbm.2014

Jung, H., Herrenkohl, T. I., Lee, J. O., Hemphill, S. A., Heerde, J. A., & Skinner, M. L. (2015). Gendered pathways from child abuse to adult crime through internalizing and externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(18), 2724-2750. doi: 10.1177/0886260515596146.

Jäggi, L. J., Mezuk, B., Watkins, D. C., & Jackson, J. S. (2016). The Relationship between Trauma, Arrest, and Incarceration History among Black Americans: Findings from the National Survey of American Life. *Society and Mental Health, 6*(3), 187–206.  
<https://doi.org/10.1177/2156869316641730>

Jung, H., Herrenkohl, T. I., Klika, J. B., Lee, J. O., & Brown, E. C. (2015). Does child maltreatment predict adult crime? Reexamining the question in a prospective study of gender differences, education, and marital status. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 2238-2257.

Kinsler, P. J., & Saxman, A. (2007). Traumatized offenders: Don't look now, but your jail's also your mental health center. *Journal of Trauma & Dissociation, 8*(2), 81–95.  
[https://doi.org/10.1300/J229v08n02\\_06](https://doi.org/10.1300/J229v08n02_06)

Lee, J. O., Herrenkohl, T. I., Jung, H., Skinner, M. L., & Klika, J. B. (2015). Longitudinal examination of peer and partner influences on gender-specific pathways from child abuse to adult crime. *Child Abuse and Neglect, 47*, 83-93.

Mathys, C. (2017). Effective components of interventions in juvenile justice facilities: How to take care of delinquent youths? *Children and Youth Services Review, 73*, 319–327.  
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.01.007>

Moore, K. J., & Chamberlain, P. (1994). Treatment foster care: Toward development of community-based models for adolescents with severe emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 2*, 22-30.

Neller, D.J., Denney, R.L., Pietz, C.A., & Thomlinson, R.P.(2006). The Relationship Between Trauma and Violence in a Jail Inmate Sample. *Journal of Interpersonal, 21*(9), 1234-1241.  
<https://doi.org/10.1177/0886260506290663>

NOU 2017:12. (2017). Svikt og svik: Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Hentet fra  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>

Onyskiw, J. E. (2003). Domestic violence and children's adjustment: A review of research. *Journal of Emotional Abuse, 3*(1-2), 11–45. [https://doi.org/10.1300/J135v03n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J135v03n01_02)

Rhoden, M.-A., Macgowan, M. J., & Huang, H. (2019). A Systematic Review of Psychological Trauma Interventions for Juvenile Offenders. *Research on Social Work Practice, 29*(8), 892–909. <https://doi.org/10.1177/1049731518806578>

Rosenberg, H. J., Vance, J. E., Rosenberg, S. D., Wolford, G. L., Ashley, S. W., & Howard, M. L. (2014). Trauma exposure, psychiatric disorders, and resiliency in juvenile-justice-involved youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(4), 430–437. <https://doi.org/10.1037/a0033199>

SBU. Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. Stockholm: SBU; 2018. 279.

Smith C. A., Ireland, T. O., & Thornberry, T. P. (2005). Adolescent maltreatment and its impact on young adult antisocial behavior. *Child Abuse and Neglect, 29*(10), 1099-119. DOI: 10.1016/j.chiabu.2005.02.011

Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24*(4), 497–507. <https://doi.org/10.1037/a0020324>

van der Merwe, A., & Dawes, A. (2012). *Interventions for young offenders: What we know about what 'works' in diversion programmes*. I C. L. Ward, A. van der Merwe, & A. Dawes (Red.), Sources and Solutions in South Africa (s. 347-371). Claremont: UCT Press.

# Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) to Improve Care in Systems and Organizations

Gregory A. Aarons, PhD

10 May, 2020

The main point that I want to make in this talk is that “leadership matters.” And it is not just leadership at the top, but also middle management, first-level leadership, and the alignment and coordinated perceptions, decisions, plans, and actions across systems and organizations that lead to successful implementation. My hope is that, with the evidence that I provide here, it will become evident that leadership is important and related to many aspects of operations and employee attitudes and behaviors that can impact quality of health care, patient and client experience and engagement with services, and ultimately important outcomes for providers and patients/clients.

Evidence-based practice (EBP) implementation and sustainment are not easy to attain. For example, the failure rate of implementation of home-based mental health treatment is 55% and for programs still identifiable, many core elements (i.e., those responsible for outcomes) were not being used (Wright, Catty, Watt, & Burns, 2004). There are also many examples of implementation in a number of different areas including total quality management in healthcare and implementation of justice methods in policing (Nicolaou & Kentas, 2017; Macqueen & Bradford, 2017). Unfortunately, the implementation failure rate in healthcare ranges between 30 and 90 percent (Jacobs, Weiner, et al., 2015). This is an unacceptable situation. But it is leaders that set the stage for implementation and for system and organizational context that can encourage or discourage the adoption and use of EBPs (Schein, 2010).

Leadership is important across health care settings, in different countries, and for different types of innovation implementation. For example, Hoagwood and colleagues (2006) examined evidence-based practice (EBP) implementation in four countries (Brazil, Israel, Lebanon, Egypt) and leadership support and support by management staff was considered important in the implementation process. High quality leadership was deemed to have an impact and to be important in overcoming obstacles to implementation. Interestingly, this concept of “proactive leadership” is one of the key dimensions identified in our work on implementation leadership and the characteristic behaviors of effective implementation leaders (Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014).

There are many implementation conceptual models or frameworks and there are many shared features across some of

the more highly cited frameworks (Tabak, Khoong, Chambers, & Brownson, 2012). In our work - we use the

Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework for a number of reasons (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011). Figure 1 presents a simplified and condensed version of EPIS that has key components that include: four well-defined phases that describe the implementation process, identification of outer system and inner organizational contexts and their associated factors, innovation factors, that relate to the characteristics of the innovation/EBP being implemented, but not shown are more bridging factors and interorganizational networks that address the dynamics, complexity and interplay of the outer and inner contexts (Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011; Moullin, Dickson, Stadnick, Rabin, & Aarons, 2019). Thus EPIS is both a process and determinant framework (Nilsen, 2015). It is





process in that it has four phases in which different activities and engagement are needed. Determinants or those things that lead to implementation outcomes (i.e., targets of the implementation strategy), and mechanisms are the mediators and moderators that occur between determinant and target (Lewis et al., 2020). EPIS also has a number of dimensions or factors that can impact implementation process and outcomes. Also as shown in Figure 1, it is important to note that leadership is present across phases and relevant for both outer and inner context and we emphasize this in our work and in our leadership-based implementation strategies.

Leaders' strategies, decisions, and actions across levels are critical to successful change in systems and organizations (Bass & Avolio, 1990; Edmondson, 2003b; Stogdill, 1974). Leadership has been ranked as the most important factor in healthcare innovation sustainment (Molfenter, Ford, & Bhattacharya, 2011), and critical for multi-level actions in implementation of EBPs in contexts such as assertive community treatment (ACT) teams (Sommerfeld et al., 2019). Effective leadership predicts implementation and sustainment of innovative surgical procedures in hospital settings (Edmondson, 2003b; Edmondson, Bohmer, & Pisano, 2001) and in public sector behavioral health is associated with lower perceived burden of EBP implementation (Brimhall et al., 2016) and greater openness to feedback, an important part of EBP expertise development (Fenwick, Brimhall, Hurlburt, & Aarons, 2019). It is important to note that leadership is particularly critical during the EPIS "Implementation phase" where strong transformational leadership predicts higher team climate for innovation and more positive provider attitudes to adopting and using EBP (Aarons & Sommerfeld, 2012).

Leader behaviors are associated with a range of positive system and organizational outcomes related to EBP implementation and sustainment (Aarons, Green, et al., 2016). Leadership is important in behavioral health organizations for fostering positive staff attitudes (De Hoogh et

al., 2005; Glisson & Durick, 1988), lower staff burnout, higher client satisfaction and quality of life (Corrigan, Lickey, Campion, & Rashid, 2000), and positive organizational climate and better therapeutic alliance (Green, Albanese, Cafri, & Aarons, 2014). Leadership moderates the impact of poor organizational climate during systemwide behavioral health system reform (Aarons, Sommerfeld, & Willging, 2011), and more positive leadership is associated with more positive staff EBP attitudes (Aarons, 2006). During systemwide EBP implementation, better leadership is associated with greater provider openness to innovation and more positive EBP attitudes (Aarons & Sommerfeld, 2012), and leadership development coupled with organizational strategies leads to improved leadership knowledge and behaviors as rated by leaders and their followers (Aarons, Ehrhart, Farahnak, & Hurlburt, 2015). In our prospective study of 11 public service systems, both system level leadership competence and organizational level transformational leadership predicted EBP sustainment 2-10 years after implementation (Aarons, Green, et al., 2014).

There is also nuance in how the perceptions of leaders and followers can affect organizational culture and climate. For example, we found that discrepancies between leader self-ratings of transformational leadership, and clinician ratings of those same leaders is associated with worse organizational culture (Aarons, Ehrhart, Farahnak, Sklar, & Horowitz, 2017). However, there can be benefits to such discrepancies. For example, we found that leader - follower perceptions of the leader was split into three different patterns: 1) leader rates themselves higher than followers rate them, 2) leaders and clinicians rate the leader the same, and 3) leader rates themselves lower than did their clinicians. We refer to this latter group as “humble leaders.” We found that humble leadership was associated with more positive clinic level implementation climates for involvement in services and feedback about services (Aarons, Ehrhart, Torres, Finn, & Beidas, 2016). Yet, considering the evidence about the importance of leadership, a review of 68 implementation strategies identified the need to focus on leadership, but only 3

strategies did so (Powell et al., 2012). This is the case despite identification of the relevance of leadership (Leeman, Baernholdt, & Sandelowski, 2007; Massoud et al., 2006; Wensing, Bosch, & Grol, 2009).

Building on our observational studies, we moved to experimental work and we developed and tested the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) strategy in mental health (Aarons et al., 2015). LOCI development has been funded by the US National Institutes of Health and the National Institute of Mental Health and National Institute on Drug Abuse. LOCI is being used across multiple service settings, in mental health, substance use disorder treatment, schools, and for multiple EBPs including measurement-based care. Notably, LOCI has been translated into Norwegian and our team has trained collaborators at the Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS) to deliver LOCI with fidelity across multiple health trusts and youth and adult behavioral health clinics to implement evidence-based trauma treatments (Egeland et al., 2019). This will be described in more detail below.

The LOCI approach to leadership and implementation is highly operationalized in describing what leaders do and how they behave, and how they can influence implementation structures, processes, and strategies. We build on two complementary leadership approaches, the Full Range Leadership (FRL) model and implementation leadership (Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014). And we also invoke specific strategies that leaders and organizations can use to create system and organizational climate and encouragement to adopt and utilize EBPs (Aarons, Ehrhart, Farahnak, & Sklar, 2014; Schein, 2010). Thus, it is not just leader behaviors, but how strategic leadership decisions, actions, and behaviors, support a focused and strategic climate for the use of EBPs (Ehrhart, Aarons, & Farahnak, 2014b). This is done through the use of primary and secondary “embedding mechanisms” that are specific strategies that leaders can use to support implementation. For example, some primary embedding mechanisms are what

leaders pay attention to and how they measure, and provide feedback (Schein, 2010). Other embedding mechanisms include role modeling, recognition and rewards, and stories or narratives about what is valued and important for the system or organization (Schein, 2010).

The FRL model is a validated approach to leadership for individual and organizational development (Bass & Avolio, 1990; Judge & Piccolo, 2004). The FRL model includes transformational and transactional leadership and is measured with the reliable and valid Multifactor Leadership Questionnaire (Avolio, Bass, & Jung, 1999; Bass, 1997). Transformational leadership inspires and motivates employees to follow an ideal or course of action. Transactional leadership reflects a leader's ability to manage and motivate staff through appropriate interactions and rewards (Bass, Avolio, Jung, & Berson, 2003).

Appropriate application of the FRL forms the foundation of effective leadership and may impact how employees accept the vision of the leader and follow through on job roles and tasks.

Implementation leadership involves behaviors that fall on four dimensions of leaders being knowledgeable about the EBP being implemented, proactive and anticipatory in problem-solving, supporting others in the implementation process, and persevering through the ups and down of the implementation process (Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014). Our reliable and valid Implementation Leadership Scale assessing these dimensions has been validated for use in multiple settings and respondents including mental health, education, child welfare, and substance use disorder treatment (SUDT) (Aarons, Ehrhart, & Farahnak, 2014; Aarons, Ehrhart, Torres, Finn, & Roesch, 2016; Finn, Torres, Ehrhart, Roesch, & Aarons, 2016; Lyon et al., 2018; Torres et al., 2017). LOCI utilizes both FRL and implementation leadership as complementary leader skills and behaviors that can be utilized to help to develop a positive EBP implementation climate (Aarons & Sommerfeld, 2012; Ehrhart, Aarons, & Farahnak, 2014a; Klein, Conn, & Sorra, 2001). Thus, this project advances the application of leadership theory in implementation

science.

LOCI is an empirically and theoretically based, multi-faceted, and multilevel implementation strategy that aims to improve first-level (e.g., clinic) general leadership and implementation leadership combined with development, adaptation, and use of organizational strategies to create a positive strategic organizational climate to support EBP implementation and sustainment (Aarons et al., 2015). LOCI is framed within the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) implementation framework (Aarons, Hurlburt, et al., 2011), focusing primarily on the inner organizational context and the Preparation and Implementation phases. LOCI takes an active approach to improving leadership and congruent organizational strategies that lead to improved transformational and transactional leadership, implementation leadership, and subsequent improved implementation climate and psychological safety climate. These, in turn, are hypothesized to lead to changes in provider attitudes toward EBP, implementation citizenship behaviors, and to better EBP fidelity and implementation process (Aarons & Palinkas, 2007; Aarons & Sawitzky, 2006; Chamberlain, Brown, & Saldana, 2011; O'Reilly, Caldwell, Chatman, Lapid, & Self, 2010; Saldana, 2014). Consistent with the EPIS conceptual framework, LOCI creates change at multiple levels within a provider organization (e.g., executives/mid-managers, workgroup supervisor, service provider) to foster a context supportive of EBP implementation and sustainment. In our current work, we have demonstrated that LOCI leads to improved leadership and improved implementation climate in behavioral health organizations (Aarons, 2017). The LOCI and LOCI-SL approaches are proactive in regard to implementation address through structured and supportive processes including: 1) focusing on developing strategic climate for EBP in public sector services, 2) utilizes an empirically based curriculum with measurable outcomes (Howell & Hall-Merenda, 1999), 3) combining didactic and interactive training with ongoing coaching to support learning and behavior change, and 4) an empirical approach to determine LOCI effects on determinants

(leadership behaviors) mechanisms (implementation climate, attitudes) and targets or outcomes (behaviors, fidelity, implementation process) (Aarons et al., 2015).

As shown in Figure 2, our most recent work moves LOCI to include system level policies, funding and actions that can support organizational level adoption and implementation of EBPs (i.e., LOCI-SL). Figure 2 lists examples of potential factors to be addressed but it is important to note that LOCI and LOCI-SL are tailored and adapted for each implementation project. In this

example, the goal becomes one of developing both system and organizational structures, processes, and the climate that supports the EBP implementation and sustainment (Aarons, Ehrhart, Farahnak, et al., 2014). We are currently underway with a project using LOCI-SL to move an entire US state behavioral health system to a more evidence-based approach. Note

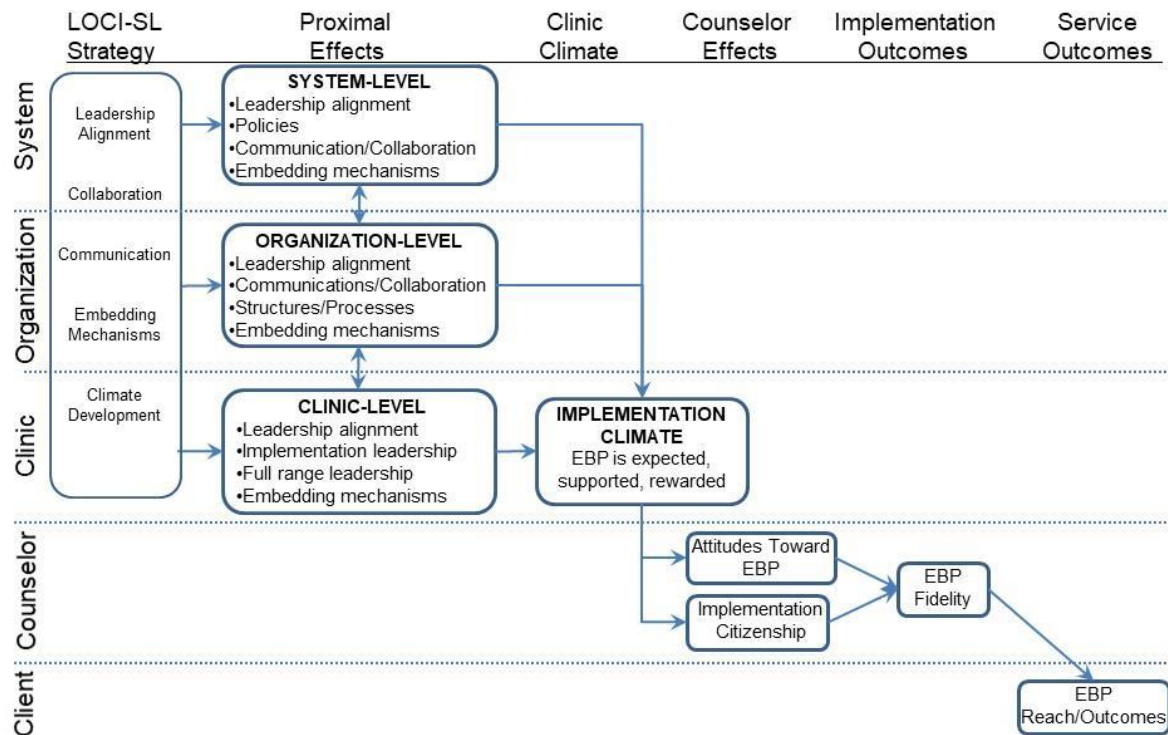


Figure 2. Effects of Leadership and Organizational Change for Implementation System Level (LOCI-SL) at System, Agency, Clinic, Counselor & Client Levels.

that LOCI and LOCI-SL are adaptable and can be tailored for level of interventions (e.g., organization, system) and service setting (e.g., hospital, mental health, substance use disorder treatment, child welfare, justice settings).

The LOCI implementation strategy has also been adapted and is being tested in a number of other service settings. There are two current US National Institute of Mental Health (NIMH) funded projects examining the same adaptation of LOCI to implement EBPs for autism spectrum disorders (ASD), one grant focused on schools and the other in community mental health (Brookman-Frazees & Stahmer, 2018). Both of these studies utilize the EPIS framework linked with adaptation and tailoring of LOCI for these service settings (Brookman-Frazees et al., 2020). Another NIMH project is testing LOCI to implement a measurement-based care system in children’s mental health clinics in three US states (PI: Williams). Another new project is being done to test LOCI in schools for increasing use of EBPs related to positive behavioral supports (PI: Lyon).

Perhaps most relevant for this summary and for the Norwegian Institute for Public Health is that LOCI has been adapted and is being used and tested in Norway to implement and sustain trauma treatment in Health Trusts’ child and adult mental health clinics. As mentioned above, LOCI was translated and adapted through close collaboration between the LOCI development team and two teams from the Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies (NKVTS). Careful translation of all materials and measures was

completed and the LOCI team then trained the NKVTS teams to deliver LOCI with fidelity across multiple health trusts and youth and adult behavioral health clinics (Egeland et al., 2019). This is the first effort to build international capacity and test LOCI internationally. The Norway project study design is a stepped-wedge cluster randomized trial with enrollment of clinics in three cohorts. Executives, clinic leaders, and therapists are participating and are completing surveys assessing leadership,

implementation climate, and other relevant factors and constructs. This is a prospective project in which measures are being completed at multiple times to track changes over time. However, it is important to note that the data are used strategically and shared with executives and clinic leaders to inform the creation and tailoring of leadership and climate development plans for each health trust and clinic. This data informed tailored process is sensitive to the needs of local context. In addition to implementation outcomes, patient data will also be linked to implementation data to examine potential impact on fidelity and patient outcomes (Egeland et al., 2019).

LOCI has been developed to be a feasible and effective for systems and organizations to create a positive climate and fertile context for EBP implementation. LOCI seeks to develop and sustain both effective general and implementation leadership and organizational strategies and support that will remain after the implementation strategy has ended. LOCI's strategic in-person training combined with brief weekly coaching minimizes burden and promotes ongoing cognitive processing (i.e., being mindful of leadership and implementation issues) and enabling ongoing and repeated effort at behavior change. As noted, effective leadership in health and allied health services is associated with more positive staff attitudes toward adopting EBP, provider adoption of EBPs, improved staff work attitudes, and performance, and is critical in the successful EBP implementation and sustainment (Aarons, Ehrhart, Farahnak, et al., 2014; Edmondson, 2003a; Klein et al., 2001).

While most service systems and agencies provide manager trainings, the bulk of these tend to be more superficial and lack follow-up to support leader, system, and organizational behavior change. There are many off-the-shelf leadership development programs but such programs may lack utility because 1) they tend to be broad in scope and not designed to develop strategic climates for EBP, 2) are often not based on empirically supported approaches and curricula, 3)

are often time limited with little or no follow-up and inconsistent with learning theory that suggests interventions distributed over time and coupled with coaching and practice are more effective (Goldstein & Ford, 2002, p. 128), and 4) are rarely tested for evidence of effectiveness or practical utility. The LOCI and LOCI-SL approaches address each of these limitations by: 1) focusing on developing strategic climate for EBP in public sector services, 2) utilizes an empirically based curriculum with measurable outcomes (Howell & Hall-Merenda, 1999), 3) combining didactic and interactive training with ongoing coaching to support learning and behavior change, and 4) an empirical approach to determine LOCI effects on determinants (leadership behaviors) mechanisms (implementation climate, attitudes) and targets or outcomes (behaviors, fidelity, implementation process) (Aarons et al., 2015).

While many providers are trained in EBPs most implementation efforts fail to live up to expectations and few are sustained in a way to maximize positive outcomes for clients and for service systems. LOCI and LOCI-SL address major gaps in the way in which EBPs are "implemented" in usual care settings. It is not enough to "train and hope" that EBPs will be delivered with fidelity and in a manner that will lead to improved outcomes. What is needed are more comprehensive approaches to changing the context of community-based services

to be ready, willing, and able to implement appropriate evidence-based service models to improve patient outcomes. The LOCI and LOCI-SL strategies hold promise in regard to these goals.

## References

- Aarons, G. A. (2006). Transformational and transactional leadership: Association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric Services, 57*(8), 1162-1169.
- Aarons, G. A. (2017). *Preliminary cohort 1 findings for the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) intervention in substance use disorder treatment programs*. Paper presented at the Addiction Health Services Research (AHSR) Conference, Madison, WI.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The implementation leadership scale (ILS): Development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science, 9*(1), 45.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Hurlburt, M. S. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): A randomized mixed method pilot study of a leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science, 10*(1), 11.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annual Review of Public Health, 35*, 255-274.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., Sklar, M., & Horowitz, J. (2017). Discrepancies in leader and follower ratings of transformational leadership: Relationship with organizational culture in mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(4), 480-491.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Finn, N. K., & Beidas, R. S. (2016). The humble leader: Association of discrepancies in leader and follower ratings of implementation leadership with organizational climate in mental health organizations. *Psychiatric Services, appi-ps*.
- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Torres, E. M., Finn, N. K., & Roesch, S. C. (2016). Validation of the Implementation Leadership Scale (ILS) in substance use disorder treatment organizations. *Journal of Substance Abuse Treatment, 68*, 31-35.
- Aarons, G. A., Green, A. E., Trott, E., Willging, C., Torres, E. M., Ehrhart, M., & Roesch, S. C. (2016). The roles of system and organizational leadership in system-wide evidence-based intervention sustainment: A mixed-method study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 43*(6), 991-1008.
- Aarons, G. A., Green, A. E., Willging, C. E., Ehrhart, M. G., Roesch, S. C., Hecht, D. B., & Chaffin, M. J. (2014). Mixed-method study of a conceptual model of evidence-based intervention sustainment across multiple public-sector service settings. *Implementation Science, 9*(1), 183.
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy*

in *Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7

Aarons, G. A., & Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 411-419. doi:10.1007/s10488-007-0121-3

Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3(1), 61-72.

Aarons, G. A., & Sommerfeld, D. H. (2012). Leadership, innovation climate, and attitudes toward evidence-based practice during a statewide implementation. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 51(4), 423-431.

Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., & Willging, C. E. (2011). The soft underbelly of system change: The role of leadership and organizational climate in turnover during statewide behavioral health reform. *Psychological Services*, 8(4), 269-281.

Avolio, B. J., Bass, B. M., & Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 441-462.

Bass, B. M. (1997). Does the transactional-transformational leadership paradigm transcend organizational and national boundaries. *American Psychologist*, 52(2), 130-139.

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1990). The implications of transformational and transactional leadership for individual, team, and organizational development. In W. Pasmore & R. W. Woodman (Eds.), *Research in organizational change and development* (pp. 231-272). Greenwich, CT: JAI Press.

Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I., & Berson, Y. (2003). Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 207-218.

Brimhall, K. C., Fenwick, K., Farahnak, L. R., Hurlburt, M. S., Roesch, S. C., & Aarons, G. A. (2016). Leadership, organizational climate, and perceived burden of evidence-based practice in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(5), 629-639.

Brookman-Frazee, L., Chlebowski, C., Suhrheinrich, J., Finn, N., Dickson, K. S., Aarons, G. A., & Stahmer, A. (2020). Characterizing shared and unique implementation influences in two community services systems for autism: Applying the EPIS framework to two large-scale autism intervention community effectiveness trials. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 47(2), 176-187.

Brookman-Frazee, L., & Stahmer, A. C. (2018). Effectiveness of a multi-level implementation strategy for ASD interventions: Study protocol for two linked cluster randomized trials. *Implementation Science*, 13(1), 66. doi:10.1186/s13012-018-0757-2

Chamberlain, P., Brown, C. H., & Saldana, L. (2011). Observational measure of implementation progress in community based settings: The stages of implementation completion (SIC). *Implementation Science*, 6(1), 116-123.

- Corrigan, P. W., Lickey, S. E., Campion, J., & Rashid, F. (2000). Mental health team leadership and consumers' satisfaction and quality of life. *Psychiatric Services, 51*(6), 781-785.
- De Hoogh, A. H. B., Den Hartog, D. N., Koopman, P. L., Thierry, H., Van Den Berg, P. T., Van Der Weide, J. G., & Wilderom, C. P. M. (2005). Leader motives, charismatic leadership, and subordinates' work attitude in the profit and voluntary sector. *Leadership Quarterly, 16*(1), 17-38.
- Edmondson, A. C. (2003a). Framing for learning: Lessons in successful technology implementation. *California Management Review, 45*(2), 35-54.
- Edmondson, A. C. (2003b). Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies, 40*(6), 1419-1452.
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly, 46*(4), 685-716.
- Egeland, K. M., Skar, A. S., Endsjo, M., Laukvik, E. H., Baekkelund, H., Babaii, A., . . . Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: A stepped-wedge cluster randomized design study protocol. *Implementation Science, 14*(1), 28. doi:10.1186/s13012-019-0873-7
- Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., & Farahnak, L. R. (2014a). Assessing the organizational context for EBP implementation: The development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science, 9*(157).
- Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., & Farahnak, L. R. (2014b). Assessing the organizational context for EBP implementation: The development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science, 9*(1), 157.
- Fenwick, K. M., Brimhall, K. C., Hurlburt, M., & Aarons, G. (2019). Who wants feedback? Effects of transformational leadership and leader-member exchange on mental health practitioners' attitudes toward feedback. *Psychiatric Services, 70*(1), 11-18.
- Finn, N. K., Torres, E. M., Ehrhart, M. G., Roesch, S. C., & Aarons, G. A. (2016). Cross-validation of the Implementation Leadership Scale (ILS) in child welfare service organizations. *Child Maltreatment, 21*(3), 250-255.
- Glisson, C., & Durick, M. (1988). Predictors of job satisfaction and organizational commitment in human service organizations. *Administrative Science Quarterly, 33*(1), 61-81.
- Goldstein, I. L., & Ford, J. K. (2002). *Training in organizations* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning.
- Green, A. E., Albanese, B. J., Cafri, G., & Aarons, G. A. (2014). Leadership, organizational climate, and working alliance in a children's mental health service system. *Community Mental Health Journal, 50*(7), 771-777.
- Hoagwood, K. E., Kelleher, K., Murray, L. K., Jensen, P. S., & Integrated Services Program Task Force. (2006). Implementation of evidence-based practice for children in four countries:



A project of the World Psychiatric Association. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 59-66.

Howell, J. M., & Hall-Merenda, K. E. (1999). The ties that bind: The impact of leader-member exchange, transformational and transactional leadership, and distance on predicting follower performance. *Journal of Applied Psychology*, 84(5), 680-694.

Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755-768. Klein, K. J., Conn, A. B., & Sorra, J. S. (2001). Implementing computerized technology: An

organizational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 811-824.

Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of

methods for implementing change in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 191-

200.

Lewis, C. C., Boyd, M. R., Walsh-Bailey, C., Lyon, A. R., Beidas, R. S., Mittman, B., . . .

Chambers, D. A. (2020). A systematic review of empirical studies examining

mechanisms of implementation in health. *Implementation Science*, 15, 1-25.

Lyon, A. R., Cook, C. R., Brown, E. C., Locke, J., Davis, C., Ehrhart, M., & Aarons, G. A. (2018).

Assessing organizational implementation context in the education sector: Confirmatory factor analysis of measures of implementation leadership, climate, and citizenship. *Implementation Science*, 13(1), 5. doi:10.1186/s13012-017-0705-6

Massoud, M., Nielsen, G., Nolan, K., Nolan, T. W., Schall, M. W., & Sevin, C. (2006). *A framework for spread: From local improvements to system-wide change*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.

Molfenter, T., Ford, J. H., & Bhattacharya, A. (2011). The development and use of a model to predict sustainability of change in health care settings. *International journal of information systems and change management*, 5(1), 22.

Moullin, J. C., Dickson, K. S., Stadnick, N. A., Rabin, B., & Aarons, G. A. (2019). Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science*, 14(1), 1. doi:10.1186/s13012-018-0842-6

O'Reilly, C. A., Caldwell, D. F., Chatman, J. A., Lapid, M., & Self, W. (2010). How leadership matters: The effects of leaders' alignment on strategy implementation. *Leadership Quarterly*, 21(1), 104-113.

Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Carpenter, C. R., Griffey, R. T., Bunger, A. C., . . . York, J. L. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Medical Care Research and Review*, 69, 123-157.

Saldana, L. (2014). The stages of implementation completion for evidence-based practice: protocol for a mixed methods study. *Implementation Science*, 9(1), 43.

Schein, E. (2010). *Organizational culture and leadership*. San Francisco, CA: John Wiley and Sons.

Sommerfeld, D. H., Granholm, E., Holden, J., Seijo, C., Rapoport, C. S., Mueser, K. T., . . . Aarons, G. A. (2019). Concept mapping study of stakeholder perceptions of implementation of cognitive-behavioral social skills training on assertive community treatment teams. *Psychological Services*. doi:10.1037/ser0000335

Stogdill, R. M. (1974). *Handbook of leadership: A survey of theory and research*. New York, NY: The Free Press.

Tabak, R. G., Khoong, E. C., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2012). Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 337-350.

Torres, E. M., Ehrhart, K. H., Beidas, R. S., Farahnak, L., Finn, C. V., & Aarons, G. (2017). Validation of the Implementation Leadership Scale (ILS) with supervisors' self-ratings. *Community Mental Health Journal*, 1-5.

Wensing, M., Bosch, M. C., & Grol, R. (2009). Selecting, tailoring, and implementing knowledge translation interventions. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (pp. 94-113). Oxford, England: Wiley-Blackwell.

Wright, C., Catty, J., Watt, H., & Burns, T. (2004). A systematic review of home treatment services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(10), 789-796.



Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Oktober 2020  
Postboks 222 Skøyen  
NO-0213 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00  
Rapporten kan lastes ned gratis fra  
Folkehelseinstituttets nettsider [www.fhi.no](http://www.fhi.no)