

RAPPORT I SOCIALT ARBETE

Aggression Replacement Training (ART) i Sverige  
– spridning, programtrohet, målgrupp och utvärdering

Catrine Kaunitz

Nr. 36



# Aggression Replacement Training (ART) i Sverige

Spridning, programtrohet, målgrupp och utvärdering

Catrine Kaunitz

©Catrine Kaunitz, Stockholms universitet 2017

ISBN 978-91-7649-833-0  
ISSN 0281-6288

Tryckeri: Eprint AB, Stockholm 2017  
Distributör: Institutionen för socialt arbete

# Abstract

The manual- based prevention program Aggression Replacement Training (ART) is used in treatment of young people with behavioral problems. This thesis is based on two attempts to evaluate ART in Sweden. Using ART as an example, the aim of the thesis is to describe and analyze how a manual-based program is spread and applied within Swedish social services. The aim is also to discuss the conditions for conducting efficacy studies of manual-based programs in regular in-home care and in secure institutional youth care. In addition, the thesis includes a systematic review of existing international and Swedish effect and efficacy studies of ART (Brännström, Kaunitz, Andershed, South & Smedslund 2016).

The first sub-study presented in the thesis consists of two different surveys of how and to what extent ART was used within the Swedish municipal social services in 2006 and 2012. The results show that ART has been widely spread within local social services though the program adherence has been low and the variations of ART used in practice have been far from adherent to the original manual-based program.

The second sub-study examines and describes the target group of youth receiving ART within the Swedish social services. Results show that program participants are a crime active group but the variation is large in terms of seriousness and extent. According to self-reported data, program participants neither use alcohol or drugs to any greater extent than other peers. Furthermore they seemed to have social skills (interpersonal skills, ability to assert themselves, self-control and empathy) within the normal range for young people of the same age. Roughly one in three participants did not complete the ART training as planned.

The third sub-study describes two aborted attempts to carry out efficacy studies of ART within regular in-home and secure youth care in Sweden. A number of factors such as low adherence to the program - which affects the ability to carry out efficacy studies in this research field - are reported and discussed.

According to the systematic review of effect and efficacy studies of ART, most international studies show more or less positive results. After checking the quality of the studies and risk for bias, it appears that all of the studies - in varying degrees - have substantial methodological flaws. The scientific evidence is therefore insufficient for drawing conclusions about effects of ART.

Finally the results are discussed in relation to contemporary demands and expectations of an evidence-based youth care, in relation to other studies that have been carried out in this field, and in relation to the existing conditions for using manual-based programs in youth care regular practice.

# Förord

Bo Vinnerljung är professor emeritus. Han är en av Sveriges främsta forskare inom området socialt arbete och han har varit min handledare under forskarutbildningen. Emeritus betyder pensionär i de här sammanhangen och det hann Bosse alltså bli under den långa tid som jag varit doktorand. Med hjälp av bland annat liknelser hämtade från det skånska jordbruket ("att forska är som att gallra betor") har du under alla år lyckats hålla kvar energi i avhandlingsprojektet. Förutom den förmågan så har du också alltid visat omsorg om min person på ett sätt som jag aldrig kommer att glömma. Med all respekt och från djupet av mitt hjärta; tack Bosse.

Tommy Lundström kom med som handledare efterhand och bidrog med nya perspektiv och det är jag tacksam för. Knut Sundell gav mig chansen från början. Tack för det och för ditt tålamod på slutet. Efter sju svåra år och ett nödår styrde Lars Brännström upp att översikten blev publicerad. Tack Lasse, du vet att det är din uppgift att se till att artiklarna strösslås över min grav.

Tack till mina arbetskamrater på Socialstyrelsen under åren 2007-2014, framförallt för ert oreserverade stöd under hösten 2013. Ett särskilt tack till Johan Glad. Jag spenderade tre månader ihopkrupen i hans fula skinnfåtölj samtidigt som han kunskapsbaserade socialtjänsten vid sitt skrivbord.

Hanna Ginner Hau, Cecilia Andrée Löfholm, Carolin Holm, Sophia Laurin och alla andra som tog emot och såg till att jag överlevde. Tack skulle man kunna säga.

Tack till mamma och pappa för kärlek, omsorg och praktisk hjälp med allt mellan himmel och jord. Och tack till min lillebror Tobbe som alltid är på min sida.

Tack Jonas. Inte bara för tabeller och korrektur utan också för att du får mig att känna mig trygg, lugn och snäll.

Albin och Olle. Mina söner. Mitt allt.

Stockholm Björkhagen 2017-05-01



# Innehåll

Abstract .....	v
Förord .....	vii
Innehåll .....	ix
Kapitel 1 – Inledning .....	12
Kapitel 2 – Bakgrund .....	14
Unga med allvarliga beteendeproblem .....	14
Centrala teorier om ungdomar med beteendeproblem .....	14
Socialt arbete med ungdomar i Sverige .....	16
Socialtjänstens öppenvård .....	16
De särskilda ungdomshemmen .....	18
Evidensbaserad praktik i socialt arbete .....	19
Effektutvärderingar .....	20
Effektstudier i reguljär verksamhet .....	22
Manualbaserade program för ungdomar med beteende-problem .....	22
Implementering, spridning och programtrohet .....	23
Sammanfattning .....	24
Kapitel 3 – Ett exempel på ett manualbaserat program – Aggression Replacement Training (ART) .....	26
Bakgrund och teori .....	26
Interpersonell färdighetsträning .....	28
Ilskekontroll – den emotionella komponenten i ART .....	29
Moralträning – värderingskomponenten .....	30
Vidareutvecklingen av ART .....	31
ART i Sverige .....	32
Sammanfattning .....	35
Kapitel 4 – Presentation av avhandlingens empiriska studier .....	36
Bakgrund till de ursprungliga studierna .....	37
Tillägg till det ursprungliga projektet .....	38

Kapitel 5 – ART inom socialtjänstens öppenvård – spridning och programtrohet.....	40
Metod och urval .....	41
Resultat.....	42
Slutat eller börjat med ART? .....	43
Hur är ART programmen utformade?.....	44
Sammanfattning och diskussion.....	45
Hur kan spridningen och etableringen av ART förstås? .....	46
Kapitel 6 – Ungdomar som får ART inom socialtjänstens öppenvård .....	54
Metod.....	55
Datainsamling .....	56
Statistiska metoder.....	57
Resultat.....	57
Sammanfattning och diskussion.....	63
Avslutning .....	68
Kapitel 7 – Två försök att utvärdera ART inom svensk reguljär ungdomsvård .....	70
Öppenvårdsstudien .....	71
Institutionsstudien .....	76
Diskussion .....	78
Avslutning .....	85
Kapitel 8 – Sammanfattande diskussion.....	87
Sammanfattning av delstudiernas resultat .....	87
Fungerar ART? .....	89
Stor spridning men låg programtrohet .....	90
Standardlösning till bred målgrupp.....	91
Är det meningsfullt med nya försök utvärdera ART i reguljär verksamhet i Sverige? ..	92
Avslutning .....	92
Aggression Replacement Training (ART) in Sweden – English summary ...	95
Background and aims .....	95
ART within social service community care -diffusion and adherence to program (Study 1) .....	95
Youths who receive ART within the social services community care (study 2) .....	97
Two attempts to evaluate the ART within regular practice, in community care and secure institutional care in Sweden (study 3) .....	98
ART for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review (Brännström et al 2016) .....	99
Conclusions .....	99
Referenser .....	100
Appendix .....	112

Aggression Replacement Training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: a systematic review.....	112
Abstract.....	112
1. Introduction.....	113
2. Methods.....	115
3. Results.....	118
4. Discussion.....	136
References.....	140

# Kapitel 1 – Inledning

I Sverige är det socialtjänsten som har det huvudsakliga ansvaret för ungdomar med allvarliga beteendeproblem som t ex kriminalitet. En tydlig tendens de senaste decennierna inom socialtjänst och övrig ungdomsvård är ett ökat intresse för strukturerade behandlingsprogram när det gäller att förebygga och behandla dessa ungdomars problem. Från framför allt USA har en rad manualbaserade behandlingsprogram importerats till Sverige, och i dag används över 100 sådana program för barn och unga inom exempelvis kommun och landsting (SBU 2010; 2016). Mycket talar för att intresset för strukturerade och manualbaserade metoder hänger samman med allt starkare krav på att det sociala arbetet, i Sverige såväl som internationellt, ska bedrivas kunskapsbaserat.

En av de första manualbaserade metoder som började användas i Sverige var Aggression Replacement Training (ART). Den ursprungliga ART-manualen utvecklades under 1980-talet i USA av psykologerna Arthur Goldstein och Barry Glick (1987), båda med mångårig erfarenhet av arbete med utagerande ungdomar på institution i New York. Metoden bygger på principer om beteendemodifiering – att minska oönskade beteenden och ersätta dem med önskade – och består av tre komponenter; social färdighets träning, ilskekontroll och moralträning. Enligt den ursprungliga manualen genomförs ART som en gruppverksamhet och omfattar tre lektioner per vecka – en för varje komponent – under tio veckors tid. ART introducerades i Sverige i mitten av 1990-talet av Statens institutionsstyrelse (SiS) som bedriver den statliga tvångsvården för ungdomar. Trots att det saknades svenska effektstudier fick metoden snabbt gott rykte och spred sig till andra målgrupper och verksamheter, till exempel inom socialtjänstens öppenvård och kriminalvården.

Den här avhandlingen bygger på ett svenskt utvärderingsprojekt om ART. Den innehåller två kartläggningar av hur och i vilken omfattning ART användes inom socialtjänstens öppenvård i Sverige åren 2006 och 2012 samt en beskrivning av den målgrupp som får insatsen ART inom öppenvården. Det ursprungliga utvärderingsprojektet omfattade även två effektstudier av metoden, en inom socialtjänstens öppenvård och en inom den slutna ungdomsvården. Båda studierna visade sig dock vara omöjliga att genomföra och i avhandlingen används de båda utvärderingsförsöken som exempel för att beskriva och diskutera förutsättningarna för att genomföra effektstudier av manualbaserade program inom reguljär ungdomsvård i Sverige. Därutö-

ver innehåller avhandlingen (i appendix) också en systematisk översikt av befintliga svenska och internationella effektstudier av ART (Brännström, Kaunitz, Andershed, South & Smedslund 2016), vilken kommer att diskuteras i förhållande till de övriga resultatkapitlen.

Syftet med avhandlingen är dels att med ART som exempel beskriva och analysera hur ett manualbaserat program sprids och tillämpas inom socialtjänstens öppna barn- och ungdomsvård och dels att diskutera förutsättningarna för att genomföra effektstudier av manualbaserade program i reguljär öppen och sluten ungdomsvård. Översiktens bidrag till avhandlingen är framförallt att illustrera betydelsen av kvalitetsgranskning av de primärstudier som ingår i en forskningsöversikt och betydelsen av transparens i rapporteringen av effektstudier.

I den första studien undersöks följande frågeställningar: I vilken omfattning används ART som insats inom socialtjänstens öppenvård? Går det att avläsa några skillnader mellan de två mättillfällena (år 2006 och 2012) och vad är tänkbara förklaringar till eventuella skillnader? Hur är ART-programmen som används i kommunerna utformade med avseende på programtrohet? Går det att avläsa några skillnader mellan de två mättillfällena (år 2006 och 2012) och vad är tänkbara förklaringar till eventuella skillnader? Vilka tänkbara faktorer styr och påverkar spridning och tillämpning av ett program inom barn- och ungdomsvården?

I den andra studien undersöks följande frågeställningar: Vad utmärker de ungdomar som får insatsen ART inom socialtjänstens öppenvård vad gäller självrapporterad/registrerad kriminalitet och sociala färdigheter? Är det rätt målgrupp som får insatsen ART utifrån den som metoden utvecklades för? Hur många fullföljer insatsen som planerat? Finns det bakgrundsfaktorer som förefaller öka eller minska risken för avhopp från ART-träningen? I vilken utsträckning förekommer ungdomarna i lagföringsregistret två år efter påbörjad ART-träning?

I den tredje studien undersöks följande frågeställningar: Vilka möjligheter respektive svårigheter finns det när det gäller att mäta effekter av manualbaserade program inom ungdomsvårdens reguljära arbete? Vilka tänkbara faktorer påverkade de aktuella studiernas genomförbarhet? Vad skiljer de studier som används som exempel i avhandlingen från liknade svenska studier som varit möjliga att genomföra?

# Kapitel 2 – Bakgrund

## Unga med allvarliga beteendeproblem

Målgruppen som är i fokus i avhandlingen är den grupp unga som får insatsen ART inom socialtjänstens öppenvård och inom ramen för en placering på ett särskilt ungdomshem. Av svensk forskning framkommer en relativt enhetlig bild på strukturell nivå av vilka barn och unga det är som är föremål för olika åtgärder från eller via socialtjänsten. Faktorer som låg socioekonomisk status, invandrabakgrund, ensamstående föräldrar och arbetslöshet ökar till exempel sannolikheten för att aktualiseras inom barn- och ungdomsvården (t ex Lundström & Sallnäs 2003; Franzén, Vinnerljung & Hjern 2008; Stranz & Wiklund 2012). När det gäller de insatser som förmedlas i öppenvård saknas i stor utsträckning individdata. Gruppen är heterogen och probleminvåerna varierar stort (Ahlgren 2007; Ginner Hau & Smedler 2011; Brännström, Vinnerljung & Hjern 2015). De flesta har erfarenheter av tidigare insatser från samhället och det finns ofta någon form av problematik hos föräldrarna (Sundell, Nyman & Alvasdotter 2000; Ahlgren 2007). När det gäller de ungdomar som placeras i dygnsvård finns mer omfattande forskning, både i Sverige och internationellt (t ex Rutter 2000; Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermarck 2001; Shannon 2011). Gruppen kännetecknas av en kombination av utagerande beteenden såsom missbruk och kriminalitet, psykisk ohälsa, erfarenheter av trauma och svåra familjeförhållanden. Därtill är samvariationen med psykiatriska diagnoser såsom ADHD och andra diagnoser inom autismspektrat stor (Ståhlberg, Anckarsäter & Nilsson 2010; Broberg, Almqvist & Tjust 2003; Andershed & Andershed 2005; Olsson 2007).

## Centrala teorier om ungdomar med beteendeproblem

Förståelsen av sociala problem och beteendeproblem hos unga är ett stort och komplext fält. Det finns omfattande internationell forskning inom olika discipliner som exempelvis kriminologi, psykologi och socialt arbete. Teorier om risk- och skyddsfaktorer kan sägas beskriva attityder, förmågor, föreställningar och beteenden hos unga som visat sig påverka uppkomsten av problembeteenden på gruppnivå (t ex Farrington & Coid 2003; Farrington & Welsh 2007). Riskfaktorer är någonting – en egenskap, händelse, förhållande

eller process – som ökar sannolikheten för en negativ utveckling hos individen. Skyddsfaktorer ses som en slags kompensations- eller bufferteffekt för högriskgrupper. De antas minska eller motverka effekten av riskfaktorer. Riskfaktorer kan återfinnas inom individen i form av individuella faktorer (t ex svag kognitiv förmåga), i närmiljön (t ex kriminella sub-kulturer), i familjen (t ex avsaknad av värme och gemenskap), kamrater (socialt avvikande vänner) och skola (t ex bristande engagemang). Dessa faktorer påverkar sannolikheten för ett visst utfall men behöver inte vara en direkt orsak till problembeteenden. Det är framför allt kumulativa anhopningar av riskfaktorer som medför en ökad risk för negativ utveckling (t ex Biederman, Milberger, Faraone, Kiely, Guite, Mick et al 1995a; 1995b; Bond; Toumbouru, Thomas, Catalano, Patton 2005; El-Khoury, Sundell & Strandberg 2005; Loeber, Green & Lahey 2003; Björkenstam et al 2013; 2015).

Ett annat uppmärksammat perspektiv är Moffitts teori (1993) som delar in ungdomar med beteendeproblem som kriminalitet i två olika grupper beroende på om beteendet är övergående och begränsat till ungdomen (Adolescence-limited-antisocial behaviour, AL) alternativt om det är mer varaktigt och fortsätter in i vuxen ålder (Life-course-persistent antisocial behaviour, LCP). Ju tidigare debut, desto större är risken att beteendet blir varaktigt (t ex Lipsey & Derzon, 1998; Patterson et al., 1998). En tidig debut kan i stor utsträckning förklaras av en kombination av individuella neuropsykologiska svagheter och exponering för andra riskfaktorer i omgivningen. De individuella svagheter kan leda till att barnet utvecklar ett besvärligt temperament och därmed blir extra sårbart för brister i föräldraskapet, skolsvårigheter och problem med kamratrelationer.

Närbesläktad med Moffitts teori är Patterson's Coercion theory (Patterson 1982; 1998; 2003) som förklarar hur aggressivt och normbrytande beteende utvecklas hos ett barn och befästs till allvarliga problem när barnet är äldre. I Pattersons teori är samspelet i en familj centralt; hur barnets tidiga beteende kan utlösa en kedja av tvingande interaktioner där föräldrar och barn tillsammans utvecklar negativa samspelsmönster. I takt med att barnet blir äldre utvidgas barnets konflikter och "tvingande" beteende till att gälla även skolan och kamrater. Utgångspunkten är att föräldrar som disciplinerar barn med tvång och hot oavsiktligt skapar en ond cirkel av tvingande interaktioner "the coercive circle" som medför att barnet blir dåligt rustat för positiva interaktionsmönster. Pattersons teori har influerat många av de föräldraträningsprogram som används i Sverige (SBU 2010).

Slutligen refereras ofta i sammanhanget till The Social Development Model (SDM) (Catalano & Hawkins 1996). I teorin förklaras problembeteenden av individuella egenskaper i kombination med sociala och miljömässiga faktorer. Enligt SDM styrs utvecklingen av fyra grundprocesser som kan leda till antingen en välanpassad (prosocial) väg eller en normbrytande väg. De fyra processerna har att göra med: 1. Barnets möjligheter att engagera sig i antingen prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgänge med andra.

2. Graden av engagemang i prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgängeskretsar. 3. Barnets förmåga att delta i prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgängeskretsar. 4. Den grad av förstärkning som barnet får av sitt deltagande i prosociala eller normbrytande aktiviteter och umgängeskretsar.

Inom fältet ungdomar med problem som kriminalitet och våld finns en rad traditioner där somliga utgår från individualpsykologiska perspektiv medan andra är inriktade på att förstå ungdomars problematik mer utifrån den sociala kontext de befinner sig. Den förstnämnda traditionen kan sägas utgå från en slag medikaliserad syn på problembeteenden där barn och unga som begår brott, slåss och skolkar diagnosticeras med exempelvis diagnosen uppförandestörning (Oscarsson 2011). De senaste decennierna har det blivit alltmer vanligt i Sverige att utgå från den typen av medicinska termer både i beskrivningen av ungdomar med utagerande problematik och sociala problem och i sättet att se på hur problemen ska åtgärdas, exempelvis via olika former av beteendeträning.

## Socialt arbete med ungdomar i Sverige

Avhandlingens kontext är den sociala barn- och ungdomsvården i Sverige. Det är den del av det svenska välfärdssystemet som ansvarar för utsatta barn och ungdomars situation och som utgör det yttersta skyddsnätet för till exempel barn till föräldrar som brister i omsorgen och för ungdomar som begår brott. Den sociala barn- och ungdomsvården riktar sig inte till alla utan kan istället beskrivas som ett residualsysteem som träder i kraft när medborgarna inte blir hjälpta av de ordinarie välfärdsarrangemangen (Andersson & Sallnäs 2012). Förutom intresset för strukturerade metoder och kravet på en mer kunskapsbaserad praktik är det två fenomen som har utmärkt socialt arbete för unga med beteendeproblem de senaste decennierna i Sverige; dels den privata marknadens allt större andel i utförandet och dels satsningar på vård i öppna former som alternativ till placering (Sallnäs, Wiklund & Östberg 2012; Wiklund 2011; Forkby 2005; Ahlgren 2007).

## Socialtjänstens öppenvård

Enligt Socialstyrelsens statistik (2013) hade runt 30 000 barn och unga en eller flera öppenvårdsinsatser under år 2013. Socialtjänstens öppenvård innehåller många olika insatser vilka i de flesta fall ges i form av bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL. Verksamhetsformerna innefattar både allmänt förebyggande arbete och t ex försök med alternativ till placeringar (Forkby 2006; Ahlgren 2007). Gränsdragningen mellan insatsernas funktioner när det gäller vad som är att betrakta som förebyggande, preventivt arbete, och vad som är stöd och

behandling är inte tydligt urskiljbar (Sjöblom & Wiklund 2012). Det kan vara allt ifrån en särskild utsedd kontaktperson eller kontaktfamilj som stöd och hjälp till individuellt anpassade målinriktade program där barnet/den unge är inskriven en bestämd tid. Utformningen av insatserna varierar stort och kommunerna har många gånger utarbetat olika lokala modeller (ibid). Öppenvårdsinsatser i form av öppenvårdsprogram och personligt stöd ökade mellan 2005 och 2013 men är fortfarande en förhållandevis liten verksamhet i jämförelse med t ex kontaktperson/-familj. Sammantaget märks en svag ökning över tid av antalet beslutade öppenvårdsinsatser till barn och unga (Socialstyrelsen 2013).

I den offentliga statistiken om socialtjänstens öppenvård framkommer att den största åldersgruppen utgörs av unga mellan 13 och 17 år och att något fler pojkar än flickor berörs (Socialstyrelsen, 2011). Thorbjörn Ahlgrens aktstudie (2007) av socialtjänstens öppenvårdsbehandling för ungdomar visar att den vanligast förekommande orsaken till aktualisering är att ungdomen uppvisar någon form av problembeteende men variationen är stor inom gruppen. Det framkommer också att ett vanligt skäl till beslut om öppenvårdsinsats är en konfliktfylld relation mellan barn och föräldrar och behov av stöd i föräldrarollen. En övervägande del av de barn och unga som är aktuella för utredning och insats har tidigare varit föremål för utredning samt har haft insatser innan, parallellt och efter (Sundell et al 2000; Sundell & Vinnerljung 2004; Ahlgren 2007).

Kunskapen om den vård som erbjuds inom socialtjänstens öppenvård är begränsad. Exempelvis är det i princip okänt i vilken utsträckning ungdomar fullföljer de insatser som de påbörjar. Behandlingsinsatser som inte fullföljs är ett vanligt problem inom socialt arbete, framförallt när det gäller ungdomar (Barber & Delfabbro 2003; Sallnäs, Vinnerljung & Kyhle Westermarck 2004; Teng 2010), men den forskning som finns berör främst dygnsvård. Insatserna kontaktperson/-familj har följts upp i registerstudier som visat att risken för placering i dygnsvård eller för en negativ utveckling i övrigt inte förefaller minska hos de barn som haft dessa insatser jämfört med barn med liknande bakgrund som inte fått insatsen (Brännström, Vinnerljung & Hjern 2013). När det gäller manualbaserade program genomfördes i början av 2000-talet en randomiserad kontrollerad studie av Multisystemisk terapi (MST) som är en strukturerad familje- och närmiljöbaserad öppenvårdsbehandling som riktar sig till ungdomar med allvarliga beteendeproblem (Andrée Löfholm 2011). Undersökningen visade inte på några skillnader i utfall mellan de ungdomar vars familjer genomgått MST och de som fått ”traditionella insatser”. För fler exempel på utvärderingar av socialtjänstens öppenvårdsinsatser till ungdomar med beteendeproblem se kapitel 7.

## De särskilda ungdomshemmen

Den andra delen av de insatser som förmedlas via socialtjänsten är vård och behandling av barn och unga i dygnet-runt-miljö. Det är den mest ingripande åtgärden inom den sociala barn- och ungdomsvården, särskilt om den sker med tvång. Den vanligaste formen av dygnsvård är familjehemsplacering. Därefter följer Hem för vård eller boende (HVB) och slutligen de särskilda ungdomshemmen som drivs av Statens Institutionsstyrelse (Socialstyrelsen 2017). Under 1990-talet skedde en kraftig ökning av antalet placerade barn/unga, och ungdomar mellan 13 och 17 år stod för den stora ökningen. En avsevärd del av ökningen utgjordes av ensamkommande flyktingbarn (ibid). I det följande avsnittet kommer fokus att vara på den statliga ungdomsvården (särskilda ungdomshem) eftersom avhandlingen berör framförallt den typen av dygnsvård.

De särskilda ungdomshemmen, tidigare kallade § 12-hem efter den paragraf i LVU som talar om unga som ”behöver stå under särskilt noggrann tillsyn”, är till för de mest problembelastade ungdomarna med utagerande beteende, som begår brott, missbrukar eller uppvisar annat socialt nedbrytande beteende. Institutionerna är låsta eller låsbara och ungdomarna blir i princip alltid placerade med tvång efter att socialtjänsten ansökt om vård enligt LVU. I gränslandet mellan socialtjänst och rättsväsende är SiS-vård den mest ingripande insatsen inom barn- och ungdomsvården. Personalen har långtgående tvångsbefogenheter, t ex avskiljning. SiS arbetar enbart på uppdrag av socialtjänsten vilka ansöker om plats samt betalar merparten av kostnaden. År 2015 fanns 24 särskilda ungdomshem med runt 650 akut-, utrednings- och behandlingsplatser, varav knappt 70 är avsedda för ungdomar som dömts slutna ungdomsvård. Majoriteten av SiS-placeringar utgörs av akuta placeringar med vårdtider under tre månader och endast en mindre del utgörs av utrednings- och behandlingsplaceringar. Färre än var tionde ungdom är placerad längre än ett år på SiS. Knappt 1 300 ungdomar skrevs ut från något statligt ungdomshem under 2015 (SiS årsredovisning 2016).

Det finns relativt lite forskning med ambition att beskriva behandlingsinnehållet på institutioner i Sverige. Undantag är till exempel Ahonen 2012; Levin (1998), Sallnäs (2000) och Egelund & Frydensbjerg (2011), vars studier visar att det finns anledning att ifrågasätta hur stor del av verksamheten på institutionerna som har ett strukturerat behandlingsinnehåll. De senaste decennierna har dock stora satsningar gjorts på olika former av strukturerad behandling inom SiS och numera används en rad behandlingsprogram på institutionerna. Till exempel har en egen institutionsmodell (Multifunktionell behandling) utvecklats utifrån en kunskapsöversikt (Andreassen 2003) i samarbete med bland annat Socialstyrelsen och motsvarande myndighet i Norge (t ex Socialstyrelsen 2010). SiS har också numera centrala riktlinjer för hur de metoder som används ska utformas och användas (Statens institutionsstyrelse 2014).

Institutionsvården för ungdomar med beteendeproblem är ständigt ifrågasatt och omdebatterad och det finns hittills inte något starkt vetenskapligt underlag för att den ger positiva effekter för de placerade ungdomarna (t ex Levin 1998; Sallnäs 2000; Andreassen 2003; Pettersson 2010; Shannon 2010) vilket även gäller internationellt (t ex Whittaker, Del Valle & Holmes 2015). Tvärtom visar forskning att det finns avsevärda risker med institutionsvård. Så kallade ”smittoeffekter” har undersökts och diskuterats i en rad studier (t ex Dodge, Dishion & Lansford 2006) där det framkommer att risken är stor att ungdomar påverkar varandra negativt i institutionsmiljön. När det gäller programverksamhet för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård visar en systematisk forskningsöversikt av nio program som används inom SiS att det vetenskapliga stödet är otillräckligt för att bedöma vilka effekter programmen har i jämförelser med andra alternativ (SBU 2016).

## Evidensbaserad praktik i socialt arbete

Under de senaste decennierna har det sociala arbetet i Sverige, liksom internationellt, fått allt starkare krav på sig att vetenskapligt säkra verksamheten. Parallellt har idén om en evidensbaserad praktik (eng evidence-based practice) utvecklats och nått internationell spridning. I Sverige har regeringen, framförallt via Socialstyrelsen, sedan slutet av 1990-talet arbetat med att sprida och implementera evidensbaserad praktik inom socialtjänsten i Sverige (t ex Bergmark & Lundström 2006). Det utvärderingsprojekt om ART som den här avhandlingen bygger på finansierades huvudsakligen av Socialstyrelsen och kan på så sätt sägas vara en del av den svenska statens satsning på kunskapsbaserat socialt arbete.

Kärnan i en evidensbaserad praktik (EBP) är vetenskaplig säkring av det professionella arbetet. De vetenskapliga metoder som värderas högst är experimentella studier och systematiska översikter av sådana studier (Sackett et al 2000). Att använda sig av insatser som går under benämningen evidensbaserade, det vill säga metoder som är utvärderade och har visat positiva resultat, är dock inte detsamma som att bedriva en evidensbaserad praktik (t ex Thyer & Myers 2011). EBP innebär en fortgående process som är till för att vägleda praktiker när de tillsammans med klienten ska fatta beslut om vilken insats som bäst kan tillgodose individens behov av stöd och/eller skydd. Forskningsresultat för en viss insats effektivitet är bara en del av underlaget för beslutet. Manualbaserade metoder och/eller evidensbaserade metoder är därför inte liktydigt med EBP, men begreppen förväxlas och förknippas ofta med varandra. En vanligt förekommande definition är; den professionellas förmåga att integrera (a) bästa tillgängliga evidens, (b) brukarens erfarenhet och önskemål samt (c) sina egna erfarenheter av socialt arbete (APA presidential Task Force on Evidence-Based Practice 2006; Schlonsky & Gibbs

2004). Dessa grundstenar ska enligt idén om en evidensbaserad praktik vägas samman och vägleda praktiker för att de tillsammans med klienten ska kunna fatta bästa möjliga beslut om vilken intervention som bäst kan tillgodose klientens behov (Haynes, Devereaux & Guyatt 2002). Centralt är också strävan efter ett transparent och systematiskt arbetssätt och utgångspunkten att aggregera kunskap från empiriska studier samt generalisera till andra populationer (Bergmark & Lundström 2011). Att arbeta evidensbaserat innebär en medveten och systematisk strävan om att kunna erbjuda hjälp som bygger på bästa möjliga vetenskapliga kunskap om vad som fungerar för vem.

Uttrycket bästa tillgängliga kunskap antyder att evidens har olika grad av tillförlitlighet och kan graderas vilket innebär att beslut ska grunda sig på så bra kunskapsunderlag som möjligt. Det betyder dock inte att det bara är randomiserade kontrollerade studier av högsta kvalitet som räknas, utan det handlar framförallt om transparens kring vilken grad av tillförlitlighet kunskapen om en insats effekter har. Ett viktigt verktyg inom ramverket för EBP är systematiska översikter i vilka forskningsresultat från flera studier vägs samman.

I Sverige är EBP som idé både efterfrågad och ifrågasatt (t ex Svanevie 2011; Bergmark & Lundström 2007; 2011; Dellgran & Höjer 2003). Efterfrågan är tydligast formulerad av regeringen via Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (Socialstyrelsen 2000; 2004, SOU 2008:18; SOU 2009:68). Kritiken kommer framförallt från akademien där en rad forskare har ifrågasatt om konceptet EBP verkligen är genomförbart samt varit tveksamma till den praktiska betydelsen av EBP i socialt arbete med tanke på bland annat den bristande tillgången på metoder som visat sig vara bättre än andra samt den begränsade spridningen av de metoder som faktiskt visat sig ha vetenskapligt stöd. En annan central fråga är i vilken utsträckning vetenskapliga resultat från ett visst sammanhang kan överföras till andra sammanhang då studier som kunnat visa effekter för metoder ofta är genomförda under ideala förhållanden och inte i reguljär verksamhet. Sammanfattningsvis kan man säga att det är få innovationer som har orsakat så mycket kontroverser som EBP och tolkningarna av vad det innebär är många (Avby 2015; Svanevie 2011; Mullen & Streiner 2004).

## Effektutvärderingar

En av förutsättningarna för en evidensbaserad praktik är att det genomförs effektstudier som visar vilka insatser som är mer effektiva än andra. Syftet med en effektutvärdering är att avgöra hur en specifik insats påverkar en viss grupp individer, det vill säga om insatsen orsakat en effekt. För att kunna dra säkrare slutsatser om orsakssamband behöver forskare planera utvärderingar på ett sådant sätt att de kontrollerar för andra möjliga förklaringar till resulta-

ten än den aktuella behandlingen. De viktigaste delarna i en sådan design är en jämförelsegrupp (som får en annan insats eller ingen insats alls) samt att de som deltar i utvärderingen undersöks när det gäller utfallsvariabler både före och efter insatsen. Det säkraste sättet att minska risken för så kallat selektionsfel är att randomisera. Det randomiserade experimentet, eller den randomiserade kontrollerade utvärderingen (eng, randomized controlled trial, RCT), jämför minst två alternativ där undersökningsindividerna med hjälp av slumpen fördelats till olika alternativ. Det gör att grupperna teoretiskt blir i genomsnitt lika innan insatsen och eventuella skillnader efter insatsen kan knytas till insatsen snarare än till bakgrundsfaktorer. Randomiserade experiment betraktas inom ramverket för EBP som den mest tillförlitliga utvärderingsmetoden och är "the Golden Standard" när det gäller möjligheterna att dra kausala slutsatser mellan behandling och utfall (t ex Shadish, Cook & Campell 2002; Weisburd, Lum & Petrosino 2001).

En central fråga är i vilken utsträckning vetenskapliga resultat från ett visst sammanhang kan överföras till andra. Alla kausala samband är kontextberoende vilket medför att generalisering av effekter är ett problem (t ex Shadish et al 2002). Studier som visat effekter för enskilda metoder är ofta genomförda under ideala förhållanden och inte i reguljär verksamhet. Hur stor kontroll forskarna har över de interventioner som experiment och kontrollgrupp får har stor betydelse för storleken på den eventuella effekt som uppmäts. Studier med höga till medelhöga effektstorlekar är nästan uteslutande genomförda i strängt kontrollerade kliniska miljöer och ofta genomförda av metodutvecklarna själva, så kallade efficacy-studier medan studier genomförda i reguljär verksamhet av oberoende forskare (effectiveness-studier) vanligtvis visar svaga om ens några effekter (Curtis et al 2004; Lösel & Beelmann 2003; Petrosino & Soydan 2005).

Därutöver tillkommer till exempel svårigheter när det gäller att jämföra resultat från studier genomförda i olika länder då de kontrollalternativ som används kan se olika ut (se t ex Andréé Löfholm, Brännström, Bergström & Hansson 2013). Eftersom kontrollerade effektutvärderingar bygger på jämförelser mellan den utvärderade insatsen och ett kontrollalternativ får kontrollalternativet stor betydelse för resultaten, och för att kunna tolka enskilda studier och dra slutsatser från översikter av studier är det nödvändigt att känna till vad den utvärderade behandlingen jämförts med. Om den behandling som ska utvärderas jämförs med ett överksamt kontrollalternativ eller ingen behandling alls innebär även en måttlig effekt en betydelsefull förbättring jämfört med alternativet. Har kontrollalternativet däremot lika god effekt uteblir den relativa effekten för behandlingen. När metoder i ordinarie verksamhet ska utvärderas i kontrollerade studier jämförs de ofta med traditionella insatser (TAU), det vill säga allt annat övrigt som är den ordinarie verksamheten. Trots betydelsen av TAU för tolkningen av resultat samt överförbarhet av resultat till andra kontexter är det en faktor som ägnats

mycket lite uppmärksamhet både i enskilda studier och i översikter (t ex Bergmark 2008; Finney 2000; Santa Ana et al 2008).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att effektivitet i det här sammanhanget är ett relativt begrepp. Det är därför alltid angeläget att uppmärksamma under vilka förutsättningar en metod har visat sig vara effektiv; Hur har målgruppen definierats? I vilken kontext genomfördes insatsen? Vad har den metod som utvärderats jämförts med?

## Effektstudier i reguljär verksamhet

Att utvärdera reguljär verksamhet innebär en rad särskilda problem där kompromisser och korrigeringar av den ursprungliga forskningsdesignen är vanliga. Om det dessutom rör sig om ett redan etablerat program måste forskarna ta hänsyn till ytterligare faktorer och rigorös experimentell design kan vara mycket svår att tillämpa (Rossi & Freeman 1993). Att försöka förstå och beskriva programmet och den verklighet som det används i är en central del när det gäller att studera etablerade program (Lipsey 1985; Rossi et al 2004). Många program urvattnas med tiden, och det gäller särskilt de som använts under lång tid (Lipsey, Landenberger & Wilson 2007; Rossi et al 2004; Fraser et al 2009). Det innebär att trots att metoden är manualbaserad så skiljer sig ofta utövandet åt så mycket i praktiken att det kan vara svårt att göra generaliseringar till andra verksamheter. En utvärdering av ett etablerat program kräver därför att mycket tid läggs på att beskriva programmet såsom det verkligen används i verksamheterna. Rossi & Freeman (1993) beskriver hur det under förarbetet krävs något som de liknar vid en antropologisk fältstudie; ”the intent is to end up with a description of the program as it exists, to provide an understanding of the differences between how it is formally pictured and how it actually is conducted.” (s.148). Dessvärre kommer forskare alltför ofta fram till att programmen ligger så långt från den ursprungliga idén och genomförs på så olika sätt att det inte är meningsfullt med någon traditionell effektutvärdering (Royse, Thyer, Padgett 2006; Holmqvist, Hill & Lang 2005).

## Manualbaserade program för ungdomar med beteendeproblem

Ramverket för utvärdering inom EBP bygger på att metoderna som utvärderas är väl beskrivna, till exempel i en manual, vilket gör dem principiellt möjliga att utvärdera och resultaten generaliserbara (t ex Chambless & Hollon 1998; Silverman & Hinshaw 2008). Termen manualbaserad metod används brett både bland praktiker och bland forskare men även andra benäm-

ningar förekommer, till exempel ”practice tools”. Termen ”curriculum” används ibland för att beskriva manualer vars innehåll utgörs av ”psycho-educational” natur. I litteraturen om evidensbaserad praktik finns inte någon accepterad definition av termen. Fraser et al (2009) definierar manualer ”...as guides to practice that describes a problem, a program theory, practice objectives, and program content.” (s.66).

Interventionsmanualer varierar när det gäller hur detaljrika de är. En del manualer fokuserar på principer och riktlinjer medan andra är mer detaljerade och föreskriver antal gånger och innehåll i träffarna. Familjebehandlingen Multisystemisk Terapi (MST) är ett exempel på en principmanual men som kombineras med strikt handledning och kontroll av programtrohet. Om det saknas detaljerad beskrivning av innehållet och de faktiska aktiviteter som utgör interventionen bör den enligt Fraser (ibid) inte kallas manualbaserad utan snarare guide, annars blir programmen sårbara för ”the black box”-problemet. Även mer detaljerade manualer skiljer sig åt när det gäller hur noggrant interventionen är beskriven: hur detaljerade beskrivningar det finns för implementering, om det finns krav på programtrohet, beskrivning av tekniker som ska användas och hur mycket den teoretiska kopplingen beskrivs. ART, vars ursprungliga innehåll beskrivs lektion för lektion, måste i sammanhanget sägas tillhöra den mer detaljerade kategorin av manualbaserade program. Sammanfattningsvis bygger en interventionsmanual på synsättet att vissa komponenter i metoden gör den effektiv och manualen ska säkerställa att den som utövar metoden använder den på ett korrekt sätt.

## Implementering, spridning och programtrohet

Avhandlingens första delstudie utgörs av två undersökningar av hur och i vilken omfattning ART används inom socialtjänstens öppenvård. Där diskuteras bland annat tänkbara förklaringar till att metoden spreds i sådan omfattning i Sverige. I samma studie undersöks och diskuteras också programtrohet när det gäller ART inom socialtjänstens öppenvård. Frågan om programtrohet återkommer också i delstudie tre där försöken till effektstudier av ART beskrivs och diskuteras.

Spridningsteori utgör den begreppsmässiga grunden för att undersöka spridning, införande, implementering och upprätthållande av t ex behandlingsmetoder. Den aktiva process mellan aktörer som driver spridning framåt benämns diffusion (Rogers 1995; 2002). Hur snabbt en ny intervention sprids är enligt Rogers relaterat till huruvida den upplevs som bättre än rådande alternativ, överensstämmer med etablerade värderingar, är lätt att starta, genomföra och förkasta. Implementering är ett vitt begrepp som används inom olika områden och vetenskaper. I korthet avses de procedurer som används för att införa nya metoder i en verksamhet och som säkerställer att metoderna används enligt den ursprungliga designen.

Ett vanligt fenomen när det gäller manualbaserade metoder är bristande programtrohet (eng; implementation fidelity, adherence), det vill säga att programmen i praktiken inte utövas enligt den ursprungliga programdesignen (Mihalic, Irwin, Fagan, Ballard & Elliot 2004). Ju större spridningen är och ju fler utövare, miljöer och målgrupper, desto större risk att metoden blivit någonting helt annat än den ursprungligen var (Fraser et al 2009; Rossi et al 2004). Begreppet programtrohet har flera definitioner men omfattar vanligen följsamhet (adherence) och kompetens (competence) (t ex Flay et al 2005). Hög grad av följsamhet innebär att de specificerade delarna av en behandling faktiskt har genomförts: "... the adherence of actual treatment delivery to the protocol originally developed..." (Mowbray et al 2003 s. 15). Begreppet följsamhet innefattar också exponering, det vill säga i vilken dos behandlingen ges (antal träffar, timmar och frekvens). Exempel på bristande följsamhet kan vara att syftet med programmet förändras över tid och att behandlarna väljer att förändra programmet genom att ta bort eller lägga till vissa delar (Forster & Ogden 2012).

En fråga som hänger ihop med dynamiken mellan anpassning/modifiering av metoder (adoption) och följsamhet (adherence) är när en metod kan anses vara genomförd på ett sätt som ligger tillräckligt nära den ursprungliga designen (Forster & Ogden 2012; Ferrer Wreder 2005 Fraser et al 2009). Ett sätt att hantera frågan på är att behandlingens innehåll beskrivs i form av kärnkomponenter vilka används för att mäta i vilken grad specificerade delar av programmet genomförts (t ex Garland, Hurlburt, Brookman-Fraze, Taylor & Accurso 2010). En sådan bedömning bör innehålla både ställningstaganden kring i vilken utsträckning de olika fördefinierade teknikerna används (t ex rollspel) och huruvida de yttre ramarna för behandlingen (t ex antal gånger, grupp/individuellt, frekvens) är uppfyllda. Den övergripande frågan är om de förändringsstrategier (theory of change) som behandlingen bygger på används (Ferrer Wreder & Sundell 2012; Garland et al 2010).

## Sammanfattning

Socialtjänsten i Sverige ansvarar för stora delar av arbetet med ungdomar som begår brott medan samma grupp på många andra ställen i världen hantearas av kriminalvården eller motsvarande. De insatser som förmedlas via socialtjänsten sker dels som öppenvårdsverksamhet i olika former och dels som placeringar på institution eller familjehem. Den mest ingripande åtgärden är placering på något av statens slutna ungdomshem. Det finns en rad perspektiv när det gäller ungdomar med beteendeproblem och fältet är stort och komplext samt spänner över en rad olika discipliner. Sammanfattningsvis är gränserna mellan de olika traditionerna och sättet att se på ungdomars problem inte skarpa. Det senaste decenniet har ett mer medikaliserat sättet att se på socialtjänstens klienter och problem fått allt större inflytande, både i

Sverige och internationellt, vilket manifesteras bland annat i ett ökat användande av diagnoser. Intresset för strukturerade insatser riktade mot specifika beteenden hos ungdomarna har också växt. Bilden av vilka ungdomar det är som finns inom den svenska ungdomsvården är dock relativt entydig. Det rör sig om en grupp som många gånger har bristande skolgång, problematiska familjeförhållanden, omfattande kriminalitet, missbruk och psykisk ohälsa.

Under de senast decennierna har kraven på en kunskapsbaserad verksamhet ökat inom socialt arbete i Sverige. En av förutsättningarna för en evidensbaserad praktik är att det genomförs effektutvärderingar som kan visa vilka insatser som är mer effektiva än andra. Att designa och genomföra en sådan utvärdering är dock en komplex process som ofta kräver avsteg från den ursprungliga designen. Detta gäller särskilt om det rör sig om ett redan etablerat program i reguljär verksamhet, där det är vanligt att programtroheten är låg och där programmen används på ett helt annat sätt än det ursprungligen var tänkt.

# Kapitel 3 – Ett exempel på ett manualbaserat program – Aggression Replacement Training (ART)

## Bakgrund och teori

ART utvecklades under 1980-talet av psykologerna och forskarna Arthur Goldstein och Barry Glick (t ex Goldstein & Glick 1987) och var ett resultat av många års arbete inom området. Goldstein var bland annat chef över Center for Research on Aggression på Syracuse University och ägnade hela sin livsgärning åt forskning och metodutveckling när det gäller aggressiva och våldsamma ungdomar (Goldstein, Nensén, Daleflod & Kalt 2004). Fröet till ART var Structured Learning Therapy (SLT) eller strukturerad inläring som sedermera döptes om till skillstreaming (Goldstein 1973; Goldstein, Sherman, Gershaw, Sprafkin & Glick 1980). Metodens ursprung finns inom pedagogik och psykologi och Albert Bandura (1973) räknas som en av föregångarna. Metoden har sedan 1970-talet tillämpats för en rad problem och målgrupper inom socialvård, omsorg och psykiatri (se t ex översikt av Goldstein & McGinnis 1997).

Basen i skillstreaming eller social färdighetsträning är att aggressivitet och annat problembeteende är inlärt och därmed går att lära om. I stället för att en terapeut ska tolka och förstå en patient ska en tränare aktivt lära en elev prosociala färdigheter, till exempel förmåga till samspel, lyhördhet och empati (McGinnis & Goldstein 1997). Kärnan i metoden är att deltagarna observerar hur sociala färdigheter används (spelas upp) på ett kompetent sätt, rollspelar/tränar färdigheter, får konstruktiv återkoppling på detta och sedan använder de nyförvärvade färdigheterna även utanför klassrummet. I Goldstein, Glick & Gibbs (1998) beskrivs aggression som "... an overt behavior often employed by those weak or lacking in pro social alternatives" (s.1). Metodutvecklarna menade att aggressivitet och andra former av beteendeproblem går att härleda till avsaknad av de mellanmännsliga och sociala/kognitiva färdigheter som tillsammans utgör ett effektivt socialt beteende. Kroniskt aggressiva ungdomar (ett begrepp som inte definieras närmare) saknar i allmänhet sociala färdigheter på flera nivåer, har bristande ilskekontroll samt en omogen moral som utmärks bland annat av ett egocentriskt sätt att resonera:

”First, these youths characteristically are weak in or lack many of the personal, interpersonal, and social-cognitive skills that collectively constitute effective prosocial behavior. Second, their frequent impulsiveness and overreliance on aggressive means to meet their daily needs and longer term goals reflect deficiency in anger control. Third, with respect to values, such adolescents have been shown to respond at a more egocentric, concrete, and, in a sense, primitive level of moral reasoning.” (ibid s. 33).

Goldstein et al (1998) beskriver grunden i ART på följande sätt;

”In its roots, procedures, and goals, ART is a teaching-learning intervention. Its group-leaders are trainers, its targets are trainees, its methods are Psychoeducational, and its success is measured in terms of learning.” (s.209).

Det betonas också att ART är utvecklat speciellt för socioekonomiskt utsatta familjer (Goldstein 1973) men det framgår inte på vilket sätt detta konkret avspeglar sig i programmet.

Goldstein definierar inte aggressivitet närmare än vad som framkommer ovan men de beteenden som beskrivs i den ursprungliga manualen är både handlingar som syftar till att skada andra fysiskt, att förstöra materiella ting och att på olika sätt bryta mot regler. Exempel på beteenden som Goldstein nämner är att bryta mot regler, mobba, hota, vandalisera och ett allmänt obstinat beteende, till exempel att vara uppkäftig mot vuxna (ibid). Goldstein skiljer inte på reaktivt våld, det vill säga våld som beror på svårigheter att kontrollera impulser och proaktivt våld, som klassificeras som ett mer beräknande och målinriktat våld för att uppnå ett mål t ex för att få kontroll över andra eller materiella ting, ett icke-impulsivt våld som inte utmärks av bristande självkontroll och fysiska tecken på ilska (t ex Dodge, Price, Bachowski & Newman (1990). Däremot delar Goldstein in aggressivitet i olika nivåer utifrån allvarlighetsgrad och skiljer på fysiskt våld och icke-våld. Målgruppen för ART har också senare beskrivits av andra, till exempel Hollin (2004):

”The literature suggests that ART is at its strongest when used with offenders who have committed acts of interpersonal violence, typically with and against their peers. Such offenders are likely to be of medium to medium high risk of reoffending and will have reasonable levels of cognitive functioning.” (s. 13).

Behandling som syftar till att minska aggressivitet bör således enligt Goldstein och kolleger omfatta de aspekter som beskrivs ovan. Mot den bakgrunden konstruerades ART-programmet så att det innefattade tre behandlingskomponenter: social färdighetsträning (beteende), ilskekontrollträning (emotion) och träning i moraliskt tänkande (kognition) (Goldstein et al 1987). Enligt den ursprungliga manualen ska ART genomföras som en gruppverksamhet under 10 veckor. Varje vecka består av tre lektioner, en vardera i träning av sociala färdigheter, ilskekontroll och moraliskt resone-

rande. Lektionerna varar 45-50 minuter och leds av en speciellt utbildad ART-instruktör.

## Interpersonell färdighetsträning

Goldstein och kolleger utgick ifrån sina tidigare positiva erfarenheter när det gäller träning av ungdomars prosociala färdigheter, när de utvecklade den del av ART som på svenska kallas interpersonell färdighetsträning (svensk översättning av Goldstein et al 1998 utgiven av barnhemmet Oasen AB år 2000). Totalt ingår träning av femtio sociala färdigheter i det ursprungliga ART-programmet (t ex att lyssna, att be om hjälp, att vara medveten om sina känslor, att be om lov, att bemöta klagomål och kritik). Färdigheterna är grupperade i sex kategorier:

- Sociala färdigheter för nybörjare (t ex att inleda ett samtal, att ge en komplimang)
- Avancerade färdigheter (t ex att följa instruktioner, att be om ursäkt)
- Färdigheter för att hantera känslor (t ex att förstå andras känslor, att handskas med andras ilska)
- Färdighetsalternativ till aggression (t ex att utöva självkontroll, att undvika bråk)
- Färdigheter för att handskas med stress (t ex att hantera misslyckanden, att hantera grupstryck)
- Planeringsfärdigheter (t ex att sätt upp mål, att fatta beslut)

Manualen lämnar dock öppet för möjligheten att byta ut färdigheterna om ungdomarnas behov ser annorlunda ut. Vikten av att lära ut de färdigheter som ungdomarna själva anser att de saknar betonas. Att förhandla om vilka färdigheter som ska ingå är därför en viktig del. Basen i träningsproceduren är modellering, rollspel, återkoppling och generalisering och träningssekvensen ser ut enligt följande:

1. Definiera färdigheten. Kort diskussion om det som ska läras ut t ex ”att visa tillgivenhet”. Vad betyder det, vad innebär det?
2. Tränaren modellerar färdigheten, det vill säga förevisar den.
3. Fastslå varje elevs behov av färdigheten. Eleverna får beskriva var och när de har behov av den aktuella färdigheten.
4. Välj en aktör för rollspelet. Alla förväntas rollspela varje färdighet.
5. Förbered rollspelet. Medaktör väljs ut bland eleverna.
6. Genomför rollspelet.
7. Ge återkoppling på framförandet.
8. Ge hemläxa i färdigheten.
9. Välj nästa aktör för rollspelet.

Återkoppling från tränaren och de andra eleverna följer på varje rollspel. Fokus bör vara på social förstärkning (uppmuntran och beröm). Efter varje lyckat rollspel uppmanas eleverna att träna det inövade beteendet i sitt vardagsliv (generalisering). Första delen av varje färdighetslektion inleds med att eleverna presenterar hur de praktiserat föregående färdigheter utanför ART-gruppen.

## Ilskekontroll – den emotionella komponenten i ART

Den metod (Anger Control Training) som ART bygger sin ilskekontroll på utvecklades av Eva Feindler (1986), som i sin tur använde tidigare forskning om ilskekontroll och förebyggande av stress (Novaco, 1975; Meichenbaum, 1977). Ilskekontrollen är ART:s emotionella komponent vars målsättning är att lära ungdomarna självkontroll och att bättre kunna hantera ilska och aggression. I ilskekontrollen lär sig deltagarna att identifiera vilka situationer som brukar leda till aggressiva utbrott, känna igen tecken på att en sådan situation är på väg, och olika tekniker för att hantera ilska. Grunden är att ungdomarna får hjälp att förstå hur de missuppfattar och misstolkar andras beteenden. Tillvägagångssättet innebär att ungdomarna bland annat lär sig att reagera på provokationer utan ilska. Genom att använda händelser och tolkningar som stimulerar ilska och tekniker för att minska graden av ilska (t ex att andas djupt) tränas ungdomarna i användningen av lämpliga alternativ till aggression. Under första lektionen identifieras yttre händelser och inre tolkningar som kan trigga ilska hos deltagarna. Tanken är att den fysiska spänningsnivån (t ex spända muskler och ökad puls) ska reduceras och att uppmärksamhet på de egna signalerna och dämpare ska åstadkomma det. Nästa steg är att använda ilskedämpare för att reducera ilskan. Träningssekvensen ser ut enligt följande: igångsättare, signaler, dämpare, påminnelser och självutvärdering och sammanfattas i följande punkter:

- Vad utlöste problemet? Vad ledde fram till situationen? Vad gjorde du? Din respons på problemet? Vad blev konsekvenserna, för dig och för andra?
- Diskutera vad som gör dig arg och rollspela igångsättare.
- Diskutera signaler på ilska och dämpare. Rollspela båda.
- Självinstruerande påståenden som kan användas i pressade situationer. Teknik för att reducera ilska.
- Självutvärdering.
- Att tänka framåt: ilskedämpare, djupa andetag, räkna baklänges, tänka behagliga tankar,
- Ilskebeteendecykeln.

- Genomgång av sekvensen. Använda sociala färdigheter istället för aggression.

## Moralträning – värderingskomponenten

Goldsteins utgångspunkt var att aggressiva ungdomar agerar på en egocentrisk, konkret och delvis primitiv nivå av moraliskt resonerande (Goldstein et al 1998). Moraldelen i ART (Gibbs, Potter & Goldstein 1995) bygger bl.a. på Kohlbergs (1973) teorier om moralisk utveckling och mognad. Målsättningen är att öka den moraliska förmågan med hjälp av moraliska dilemman som presenteras och diskuteras. Enligt Kohlberg utvecklas moraliskt resonerande successivt genom olika stadier – utveckling från ett stadium till ett annat sker genom att individen exponeras för resonemang från andra som befinner sig på ett högre stadium – vilket ger upphov till en inre konflikt som blir en drivkraft för utveckling. Ungdomarna tränas på så sätt i förmågan att kunna fatta mogna beslut i sociala situationer t ex vikten av att hålla löften, tala sanning och att hjälpa andra. Att ställas inför moraliska dilemman väcker en kognitiv konflikt.

Den reviderade ART manualen (Goldstein et al 1998) bygger på John Gibbs (Gibbs et al 1995) mer strukturerade sätt att träna moralutveckling, och kan användas som ett alternativ till Kohlbergs moralträning. Enligt Gibbs innebär moraliska värderingar bl a att hålla löften, hjälpa andra och att berätta sanningen. Dessa förmågor menar Gibbs är outvecklade hos våldsamma och aggressiva unga. Tanken med moralträningen är att utmana de värderingar som dessa ungdomar har och att de ska uppnå en mer moraliskt mogen syn på världen. För att kunna fatta mogna beslut i sociala situationer tränas ungdomarna i moraliskt resonerande i diskussionsform. Diskussionerna utgår från ett antal specifika problemsituationer som konstruerats för att hjälpa deltagarna att sätta sig in i andra människors perspektiv. Ett moraliskt dilemma presenteras där man kan välja mellan olika alternativ. Ungdomarna väljer en ståndpunkt och motiverar den och får sedan debattera med varandra. Ledarens roll är att hålla igång debatten (Gibbs 2004).

Tränaren genomför moraldiskussionen i fyra faser:

- Presentera problemsituationen och odla en mogen moraluppfattning (locka fram och skriv ner de mogna skälen till ett positivt majoritetsbeslut).
- Åtgärda eventuella fördröjningar (använd de mer mogna i gruppen och listan på skäl till att utmana de deltagare som är mer omogna).
- Befäst den mogna moraluppfattningen.
- Gör det till ett majoritetsbeslut.

## Vidareutvecklingen av ART

Goldstein ville inte att ART skulle varumärkesskyddas eller ha en formell struktur. Istället förespråkade han ett ”bottom-up-perspektiv” där utgångspunkten var att entusiasmera professionella, få dem engagerade och sen lämna över ansvaret (Goldstein et al 2004). Redan i ursprungsmanualen från 1987 framhåller Goldstein att ART ständigt bör tillämpas och utvärderas på nya målgrupper och i nya kontexter. Det var också hans önskan att ART skulle vara i ständig utveckling och modifieras:

”the intervention is applied first to one type of individual, then progressively to a variety of others for whom it also might be effective” (Goldstein 1998, s.209).

I Goldsteins sista publikation (Goldstein et al 2004) finns dock en reservation när det gäller målgrupp. Extrema högriskindivider och ”psykopater” nämns som grupper där ART inte bör tillämpas. Ingen närmare definition görs dock av dessa grupper. Det ursprungliga ART-programmet har varit utgångspunkt för en rad program som till exempel The Prepare Curriculum (Goldstein 1999) och The Peace Curriculum (Salmon 2004), EQUIP (Lee-man, Gibbs & Fueller 1993) och Family-ties (Calame & Parker 2012).

Goldstein avled 2002 och år 2010 sökte och fick medkonstruktören, Barry Glick, varumärkesskydd på ART i USA. Glick publicerade därefter tillsammans med John C. Gibbs en ny version av ART-manualen (2011). Författarna kallar boken en återfödelse av ART med syftet att återgå till de ursprungliga principerna för metoden. Författarna menar att bristen på standardiserad utbildning och certifiering lett till en förflockning av metoden och att man i alltför hög grad anpassat programmet till de olika omständigheter som man använt det i. Även i Glick och Gibbs version av ART-manualen betonas dock att ART kan användas i en rad miljöer som t ex skolor och psykiatriska kliniker. Det väsentliga är att deltagarna har tydliga problem när det gäller prosociala färdigheter, ilskekontroll och moralisk kapacitet. I högre utsträckning än i de tidigare manualerna betonas dock betydelsen av programtrohet och kvalitetsutvecklingssystem, men också ART-tränarnas personliga betydelse:

”When staffare poorly trained or the program is not implemented as developed and designed, client behaviours (aggression and violence) may get worse, not better.” (s 153).

Glicks licens innebär att bara Glick och hans företag får utbilda ART-tränare samt publicera utbildningsmaterial under namnet ART i USA. Vilken betydelse detta kommer att få för ART i framtiden är svårt att säga. Klart är att det än så länge inte fått någon praktisk betydelse för ART-utövandet i Sverige.

## ART i Sverige

ART introducerades i Sverige av det statliga ungdomshemmet Sundbo som vid mitten av 1990-talet påbörjade ett förändringsarbete med syfte att utveckla ett behandlingsprogram utifrån forskning och beprövad erfarenhet. Bakgrunden till projektet var ett ökande missnöje och frustration bland personalen som visste att det sällan gick bra för ungdomarna och att återfallsfrekvensen i kriminalitet var hög. Efterfrågan på nya arbetssätt för att bättre hjälpa ungdomarna var stor. Det fanns internationell forskning inom området men den hade lite inflytande över den praktiska verksamheten, som istället var baserad på ”godtycklighet, traditioner och ideologiska ståndpunkter” (Daleflod & Lardén 1994, s. 6). Utifrån en sammanställning av internationell forskning och med inspiration från bland annat Storbritannien där det fanns institutioner för kriminella ungdomar som arbetade med social inlärningsteori och KBT, konstruerades ett strukturerat behandlingsprogram (”Sundbo-modellen”). Det första steget var att införa Teckenekonomi - en metod för att systematiskt motivera och förstärka önskvärda handlingar och beteenden - för att få vardagen och de dagliga rutinerna att fungera. Nästa steg var att introducera ART-träning i verksamheten. ART-metodens utvecklare Arthur Goldstein hade medverkat i en konferens i Manchester 1996 där även anställda från Sundbo deltog. Personalen blev inspirerad av Goldsteins föreläsning och bjöd in honom till Sundbo. Därmed startade ett samarbete som pågick fram till Goldsteins död 2002. Parallellt med utvecklingsarbetet började Sundbo arrangera seminarier runt om i landet för att sprida ”Sundbo-modellen” och föra fram den empiriska och teoretiska grund som man valt att bygga sitt program på. Det var ett stort och kontroversiellt projekt med tanke på att ett arbetssätt med grund i kognitiva teorier var helt nytt inom ungdomsvården. Syftet var att inspirera hela ungdomsvården och utveckla en modellinstitution som skulle kunna fungera som förebild för andra verksamheter. Informationsspridningen om ”Sundbomodellen” och teorierna bakom blev mycket framgångsrik och Sundbo tog en emot en mängd studiebesök från yrkesverksamma inom hela ungdomsvården, forskare, media och flera tv-program och artiklar lyfte fram verksamheten (ibid).

Under åren har SiS fortsatt att använda ART och man har satsat stora resurser på att implementera och upprätthålla god kvalitet när det gäller metoden. ART är till exempel en av hörnstenarna i Multifunktionell behandling som nämnts tidigare i avhandlingen. Sedan 2014 finns även riktlinjer för hur metoden ska utövas, för vilka målgrupper och för vilken kompetens den personal som utför ART ska ha (SiS 2014). En intern kartläggning (SiS 2015) visar att ART-träning förekommer på 20 av SiS 25 ungdomsinstitutioner och att det inom SiS finns runt 240 utbildade ART-tränare varav 170 är aktiva. I samma kartläggning framkommer också att runt 300 ungdomar påbörjade ART-träning inom SiS under 2012 men att färre än hälften genomgick ett helt program (3x10 lektioner). Liknande resultat framkom i en

tidigare kartläggning (SiS 2012). Där framkom också att modulerna social färdighetsträning och moraliskt resonerande så gott som alltid genomfördes i grupp medan hälften av ungdomarna genomgick ilskekontrollträningen individuellt. I en intern revision konstateras slutligen att förhållandevis få institutioner som erbjuder ART bedöms ha kommit till den fas då programmet kan betraktas som implementerat. Verksamheten saknar stabilitet och bygger oftast på enskilda personer – försvinner dessa personer försvinner även ART-verksamheten. Orsakerna härleds till bristande organisatoriskt stöd och/eller ledarskap, hög beläggning, brist på tid och stor personalomsättning (SiS 2016).

## Spridning till andra verksamheter i Sverige

Efter att SiS börjat med ART blev intresset för metoden snabbt stort bland yrkesverksamma inom hela ungdomsvården i Sverige. Bland annat nedslående forskningsresultat för de dyra placeringarna hade gjort att intresset och efterfrågan till alternativ på hemmaplan var stort och en utveckling av öppna behandlingsinsatser förespråkades, både nationellt och lokalt, som alternativ till placeringar (Forkby 2005; Socialstyrelsen 2006b). År 1997 startade det första – Malmöbaserade Ungdomsalternativet/UA – av vad som skulle komma att bli en lång rad av privata företag som byggt sin verksamhet runt ART. Under åren har UA utbildat tusentals ART-tränare i Sverige, Norge, Polen och USA, introducerat ART i ett antal skolor i Malmö samt initierat och drivit en rad sociala projekt med utgångspunkt i metoden (Ungdomsalternativet/UngART 2006). Numera nedlagda HVB-hemmet Oasen och dess grundare Rune Nensén är ett annat exempel på personer och verksamheter som varit med sedan ART introducerades i Sverige. Oasen byggde stora delar av sin verksamhet runt ART (Nensén & Hamstein 2004) och hade ett nära samarbete med Goldstein. Det var till exempel Oasen som översatte och gav ut ART-manualen i Sverige 1998.

På marknaden finns också flera mindre företag som erbjuder ART-träning och utbildning, ofta med en mycket modifierad variant av ursprungsmanualen. RePULSE är ett exempel på en metod som inspirerats av ART. Utgångspunkten är att i större utsträckning än enligt den ursprungliga ART-manualen skraddarsy programmet efter individens behov och lägga till även andra komponenter som till exempel stresshantering. RePULSE bygger på ART-manualen och teknikerna som ingår där men målgruppen är inte bara utagerande ungdomar utan även ungdomar med problematik av mer inåtvänd natur och syftet är att lära sig hantera impulser generellt. Träningen genomförs inte i grupp utan individuellt (Dobrin & Dobrin 2004; Dobrin 2006). Metoden har fått stor spridning och används inom en rad verksamheter (<http://www.repulse.se/verksamhet>).

År 2012 gjordes en tillsyn av samtliga 643 HVB-hem i Sverige när det gäller verksamheternas innehåll och kvalitet. Av de 250 HVB-hem som

kunde namnge vilka behandlingsinsatser de använder i verksamheten uppgav 151 att de arbetade med ART och/eller Repulse (Socialstyrelsen 2013). Vidare framkom det i en enkätundersökning genomförd av Socialstyrelsen 2007 och 2009 att ART är den vanligast förekommande manualbaserade insatsen när det gäller ungdomar (Socialstyrelsen 2009). Även vårdföretaget Attendo säljer ART-träning. Enligt företagets hemsida används alla tre moduler i det program som erbjuds. Träningen sker både enskilt och i grupp, och kan även ges till hela familjer (<http://www.attendo.com/>). ART används även inom skolan för elever som på olika sätt inte fungerar i skolans vardag (Larsdotter 2009). I vilken omfattning är inte känt, men en rad projekt kring ART i skolan har initierats på skolor runt om i landet, t ex i Uppsala och Linköping. ART var också ett av de brotts- och missbruksrelaterade behandlingsprogram som under början av 2000-talet ingick i kriminalvårdens satsning på implementering av program med vetenskapligt stöd när det gäller att förbygga återfall i brott (Danielsson, Fors & Freij 2011).

De delvis olika synsätt som Goldstein och Glick representerar avspeglar sig även i Sverige och skilda meningar runt varumärkesfrågan har gjort att de tidiga centrala aktörerna runt ART i Sverige inte längre samarbetar. Ungdomsalternativet/UngART, som har ett nära samarbete med Glick, har sedan 2010 varumärkesskydd på ART inom EU. Skyddet innebär att UA/UngART har rätt att granska, kvalitetssäkra och ge tillstånd till att utbilda ART-tränare i Sverige. Varumärkesregistreringen har dock inte fått någon praktisk betydelse i Sverige (personlig kontakt med Michael Kalt, Ungdomsalternativet/UA 2011-11-21) och företaget har, till skillnad från Barry Glick i USA, inte vidtagit rättsliga åtgärder vid överträdelser.

Swe-ART (<http://www.swe-art.se/sv.html>) är en svensk ART-förening som startades år 2011 bland annat av Bengt Daleflod, psykolog inom SiS som varit med från början när det gäller ART i Sverige. Syftet med Swe-ART är bland annat att vara en plattform för ART i Sverige och att sammanföra ART-utövare. Föreningen betonar betydelsen av programtrohet och noggrann implementering och tillhandahåller bland annat checklistor och handlingsplaner som stöd. I motsats till UA/UngART tar Swe-ART uttryckligen avstånd från Glicks initiativ att ta licens på ART. Istället betonar Swe-ART vidareutvecklingen av ART och lanserar tillsammans med ART-kollegor i Norge en reviderad version av programmet: AART (Adapted Aggression Replacement) (Gundersen et al 2015). Därutöver lyfter Swe-ART även fram andra metoder som har Arthur Goldsteins arbete och ART som bas; Peace 4 kids (riktat till yngre barn; Salmon 2010), TAME (en ny variant av ilskekontroll; Feindler & Gerber 2008), Family-Ties (ART riktat till hela familjen; Calame & Parker 2012) samt Prepare Programmet (Goldstein et al 1989). Parallellt med Swe-ART har också ett internationellt nätverk för forskare och praktiker som arbetar med utgångspunkt i Goldsteins program bildats: PREPSEC (PREpare for Evidence based Practice in social Emotional

Competence) med representanter från Norge, Sverige (Danmark, Canada och USA i styrelsen) (<http://artapp.crosscode.no>).

Som framgår ovan är inte det som sprids och används under etiketten ART en enhetlig metod och det är inte okomplicerat att diskutera programtrohet när det gäller metoden. Goldstein förefaller ha varit ambivalent inför hur strikt man egentligen bör hålla sig till manualen och gav inga entydiga rekommendationer. Medskaparen och numera licensinnehavaren Glick gör däremot en strikt tolkning och förspråkar följsamhet till den ursprungliga manualen. I Sverige delas Glicks tolkning av Ungdomsalternativet. Nybildade organisationen Swe-ART anser visserligen inte att ART ska vara licensierat, men betonar samtidigt betydelsen av programtrohet. Hur mycket åsikterna egentligen skiljer sig åt i frågan om vad som är ART är svårt att bedöma, men de centrala aktörerna förefaller i alla fall vara överens om att program som inte innehåller de tre ursprungliga modulerna, social färdighetsträning, ilskekontroll och moralträning inte bör kallas ART.

Även internationellt har ART fått stor spridning och används inom en rad verksamhetsområden runt om i världen, t ex inom kriminalvården i England och Wales (McGuire 2004) och i en modifierad variant inom rättspsykiatri i Nederländerna (Hornsveld 2004). I slutet av 1990-talet implementerades ART inom ungdomsdomstolarna i Washington State som en del av en stor satsning på evidensbaserade och kostnadseffektiva program (Barnoski 2004). ART har också stor spridning i Norge där det används i olika former inom skola, barnomsorg, psykiatri och fängelser (Gundersen & Svartdal 2006).

## Sammanfattning

ART utvecklades i USA på 1980-talet. Metoden bygger huvudsakligen på beteendemodifiering och består av tre delar; social färdighetsträning, ilskekontroll och moraliskt resonerande. Målgruppen var ursprungligen ungdomar med våldsproblematik. Metoden har enligt grundarnas önskan sedan vidareutvecklats och används idag i olika former och för olika målgrupper. ART började användas i Sverige under 1990-talet. Metoden spreds snabbt till andra verksamheter inom bland annat ungdomsvården och en rad privata verksamheter byggde upp sin verksamhet kring ART. ART är fortfarande en central metod inom SiS och ett okänt antal utbildningsföretag samt HVB-hem har byggt sin verksamhet runt metoden. Även större vårdföretag som Attendo säljer ART-träning till kommuner. Företrädare för ART och varianter på ART i Sverige är också aktiva när det gäller metodutveckling internationellt, till exempel i intresseföreningen PREPSEC som har bas i Sverige. Det som sprids under namnet ART är dock inte någon enhetlig metod utan variationerna när det gäller tillämpning är stora.

## Kapitel 4 – Presentation av avhandlingens empiriska studier

Parallellt med utvecklingsarbetet inom SiS började kraven på vetenskapligt stöd för de metoder som används generellt inom socialt arbete i Sverige att öka och intresset för olika slags standardiserade program blev allt större inom både institutionsvården och socialtjänstens öppna verksamhet i Sverige. Redan i början av 1990-talet hade öppenvårdsbehandlingen Funktionell Familjeterapi (FFT) och familjehemsbehandlingen Multidimensionell Treatment Foster Care (MTFC) introducerats av bland annat professor Kjell Hansson vid Socialhögskolan i Lund (t ex Hansson, Cederblad & Höök 2000). Programmen var därmed inte bara de första manualbaserade programmen som implementerades i svensk kontext utan också de första program som utvärderats i randomiserade kontrollerade studier inom ungdomsvården i Sverige. I början av 2000-talet introducerades som tidigare nämnts öppenvårdsprogrammet Multisystemisk terapi (MST) i Sverige och 2004 startade – på initiativ av dåvarande Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen och Socialdepartementets Mobilisering mot Narkotika – en randomiserad kontrollerad studie inom socialtjänstens öppenvård (Andrée Löfholm 2011). Forskningsledare var docent Knut Sundell som då var verksam vid Stockholms stads Forsknings- och Utvecklingsenhet.

Även initiativet till det aktuella utvärderingsprojektet kring ART kom från Knut Sundell med finansiering från Socialstyrelsen (dåvarande Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, IMS) och Statens institutionsstyrelse. När Stockholm stads FoU-enhet lades ner 2007 flyttades projektet över till IMS.

Den ursprungliga forskningsplanen för ART-utvärderingen innehöll följande delstudier:

1. Systematisk kunskapsöversikt av befintlig effektforskning när det gäller ART.
2. Kartläggning av spridning och programtrohet inom socialtjänstens öppenvård.
3. Randomiserad kontrollerad studie av ART inom socialtjänstens öppenvård.

4. Kvasiexperimentell studie av ART inom den slutna ungdomsvården.

## Bakgrund till de ursprungliga studierna

ART introducerades i Sverige som en metod med vetenskapligt stöd och spreds och marknadsfördes som en sådan. Det fanns amerikanska studier av metoden men de var framförallt genomförda i institutionsmiljö och av metodutvecklarna själva. I början av 2000-talet publicerades en översikt om KBT-metoder generellt (Lipsey, Chapman & Landenberger 2001) där ART ingick. Även i ett antal senare översikter om KBT inkluderades ART (Landenberger & Lipsey 2005; Armelius & Andreassen 2007) och beskrevs som en metod som uppvisat goda resultat. I en rad narrativa översikter hade ART också framställts som ett lovande forskningsbaserat program när det gäller att minska våld och kriminalitet (Springer, McNeece & Arnold 2003; Howell 1998; Welsh & Hoshi 2002; Cigno & Bourn 1998). Även om ART inkluderats i ett antal översikter om kognitivt inriktade metoder generellt (Lipsey et al 2001; Landenberger & Lipsey 2005) saknades en systematisk sammanställning av den befintliga forskningen när det gäller effekter av ART som enskild metod. Mot bakgrund av detta beslutades att en sammanställning av befintlig forskning när det gäller det vetenskapliga stödet för ART skulle utgöra en del av det svenska ART-projektet.

När planeringen för ART-projektet startade 2005 var det känt att ART var ett program som blivit allt populärare som insats inom socialtjänstens öppenvård. I vilken omfattning och hur metoden användes fanns dock ingen kunskap om. För att få en bild av detta beslutades att projektet skulle innehålla en kartläggning av i vilken utsträckning ART användes inom öppenvården.

Parallellt med utvecklingen av evidensdiskursen, internationellt och i Sverige, hade också intresset för implementeringsfrågor kring metoder ökat. Ett centralt begrepp inom det forskningsområdet är programtrohet. Begreppet hade inte använts i Sverige inom socialtjänst eller ungdomsvård innan de manualbaserade programmen introducerades men var väl känt inom psykologin. Det var därför intressant att i samband med kartläggningen av ART också undersöka i vilken grad ART-programmet användes som det var tänkt.

Utgångspunkten för ART-utvärderingen var att det fanns så kallade efficacy-studier som visat stöd för ART men att det saknades studier genomförda i reguljär verksamhet, framförallt i svenska förhållanden och i öppenvård. När planeringen för ART-projektet påbörjades hade knappt en handfull randomiserade effektstudier initierats inom ungdomsvården i Sverige och företeelsen var mer eller mindre ny i en svensk kontext. Många inom forskarsamhället var tveksamma till om det ens var praktiskt möjligt att genom-

föra effektstudier inom socialtjänsten. MST-studien utgjorde dock ett exempel på att det föreföll genomförbart och projektledningens förhoppningar var stora när det gäller möjligheterna att med hjälp av experimentell design värdera effekterna av insatser inom socialtjänsten. Öppenvårdsstudien av ART designades som en randomiserad kontrollerad studie där tanken var att slumpa ungdomar mellan insatserna ART och en utvidgad form av kontaktmannaskap. Studien skulle därmed också tillföra värdefull kunskap om den insatsen.

I samband med planeringen av öppenvårdsstudien etablerades ett samarbete med SiS angående möjligheten att även genomföra en effektstudie av ART inom slutenvården. En icke-randomiserad effektstudie hade genomförts redan i samband med att ART implementerades inom SiS i slutet av 1990-talet (Holmqvist et al 2005). Utvärderingen beskrivs i slutrapporten som problematisk, för få ungdomar inkluderades och forskarna ifrågasatte om ungdomarna i ART-gruppen verkligen hade genomgått hela ART-programmet. Tio år senare fanns det från SiS Forsknings- och utvecklingsenhet förhoppningar om ART som metod nu var tillräckligt väl implementerad och att tiden var mogen för en ny studie. Tanken var också att ge en framtida studie bättre förutsättningar för att rekrytera tillräckligt många deltagare i och med att flera institutioner skulle delta. Det var dock inte heller i det här fallet aktuellt med någon randomiserad studie, bland annat på grund av praktiska frågor som målsättningen att SiS-ungdomar alltid bör placeras så geografiskt nära ursprungshemmet som möjligt. Studien designades istället som en icke-randomiserad kontrollerad studie där ungdomar som varit placerade på institutioner som hade ART som en del av behandlingsprogrammet skulle jämföras med ungdomar som varit placerade på institutioner som använde andra metoder. SiS gick i och med studien också in som finansiär i utvärderingen. SiS-studien startade i maj 2006 och inklusionen pågick till hösten 2009 men inga resultat har publicerats. Bakgrunden till detta kommer att beskrivas och diskuteras längre fram.

Utvärderingen av ART i Sverige utgjorde ett försök att med hjälp av de utvärderingsmetoder som ryms inom ramen för EBP undersöka om ART var en metod som gav avsedda effekter för de ungdomar som genomgick programmet i reguljär verksamhet. Som förebild fanns bland annat MST-studien. En central skillnad som skulle komma att spela en betydande roll för studiernas genomförbarhet var att studierna av MST, FFT och MTFC genomfördes i samband med att metoderna introducerades i Sverige medan ART redan var en etablerad metod i reguljär verksamhet.

## Tillägg till det ursprungliga projektet

Översikten av befintlig effektforskning om ART publicerades i en svensk artikel 2009 (Kaunitz & Strandberg 2009). Som en vidareutveckling av den

första översikten som inte innehöll någon systematisk kvalitetsgranskning av primärstudierna och inte heller inkluderade studier på vuxna målgrupper publicerades senare en internationell översikt (Brännström et al 2016). Den senare artikeln är bifogad i sin helhet i appendix 1.

Den första kartläggningen av spridning och programtrohet när det gäller ART inom öppenvården genomfördes mellan januari och juni år 2006. Resultaten publicerades år 2009 tillsammans med den första forskningsöversikten (Kaunitz & Strandberg 2009). För att komplettera bilden gjordes en uppföljning år 2012. Resultaten från båda åren utgör tillsammans avhandlingens delstudie 1. För att komplettera bilden genomfördes också 2007-2008 en kartläggning av den målgrupp som får ART. Studien presenteras i avhandlingen som delstudie 2.

Designen för hela projektet kring ART uppfyllde på många sätt de krav som finns inom ramverket för utvärdering inom EBP; en systematisk forskningsöversikt, fokus på programtrohet samt effektstudier som designats i enlighet med kraven på experimentell design. Ambitionen var alltför hög skulle det visa sig och ingen av effektstudierna kunde genomföras. Studiernas design och skälen till att de inte gick att genomföra beskrivs och diskuteras i avhandlingens delstudie 3.

## Kapitel 5 – ART inom socialtjänstens öppenvård – spridning och programtrohet

ART saknar som tidigare beskrivits internationellt varumärkesskydd och det är således möjligt att anpassa och modifiera metoden utifrån lokala och individuella behov. Redan när ART-projektet startade var det känt att programmet användes i en rad varianter. För att försöka få en samlad bild av vad ett ART-program innehåller i praktiken samt i någon mån vilken grad programtrohet efterföljs utarbetades ett antal kriterier utifrån den förändringsteori som utgör kärnan i ART (t ex Forster & Ogden 2012; Garland et al 2012). Det bör poängteras att kriterierna inte innebär någon detaljerad bedömning av programtrohet utan är en överskådlig bedömning av om kärnkomponenterna som förväntas bidra till förändring används. Kriterierna utarbetades i samarbete med Leg psykolog Bengt Daleflod, metodutvecklare och ansvarig för ART inom SiS. Kriterierna användes sedan både i försöket att genomföra effektstudien inom öppenvården och i kartläggningarna som redovisas i det här kapitlet. Följande punkter ingår i kriterierna:

- Innehåller programmet alla tre moduler (social färdighetsträning, ilskekontroll och moralträning)?
- Används rollspel under ART- lektionerna?
- Används förstärkning av positiva beteenden?
- Används metoder för generalisering och vidmakthållande i den unges naturliga miljö (t ex hemuppgifter, att föräldrar och lärare involveras och utbildas)?
- Innehåller programmet 20 eller fler lektioner?

För att ytterligare beskriva programmen som erbjuds inom öppenvården samlades även data in kring huruvida träningen sker i grupp eller inte, samt antal lektioner per vecka. Den första kartläggningen genomfördes år 2006 och en uppföljning genomfördes år 2012, det vill säga sex år senare, då samma kommuner och stadsdelar som ingick i urvalet 2006 kontaktades igen. Följande frågeställningar undersöktes:

- I vilken omfattning används ART som insats inom socialtjänstens öppenvård? Går det att avläsa några skillnader mellan de två mättillfällena (år 2006 och 2012) och vad är tänkbara förklaringar till eventuella skillnader?

- Hur är ART-programmen som används i kommunerna utformade? Går det att avläsa några skillnader när det gäller programtrohet mellan de två mättillfällena (år 2006 och 2012) och vad är tänkbara förklaringar till eventuella skillnader?
- Vilka tänkbara faktorer styr och påverkar spridning och tillämpning av ett program inom barn- och ungdomsvården?

Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion där tänkbara förklaringar till spridningen och tillämpningen av ART i Sverige diskuteras.

## Metod och urval

För att få en bild av i vilken utsträckning ART användes som bistånd alternativt som service inom socialtjänstens öppenvård kontaktades samtliga stadsdelar i Stockholm, Göteborg och Malmö (n=49). För övriga Sverige gjordes ett slumpmässigt urval (n=55) av Sveriges samtliga kommuner baserat på Sveriges Kommuner och Landstings kommungruppsindelning. Därmed omfattades totalt 104 stadsdelar och kommuner av kartläggningen: 48 storstadsdelar, 21 förortskommuner/pendlingskommuner/större städer, 15 glesbygdskommuner/varuproducerande kommuner och övriga kommuner 20. Efter sammanslagningar består Göteborgs stad numera av 11 stadsdelar istället för 21. Urvalet när det gäller 2012 har därför reducerats till 94 kommuner/stadsdelar.

När det gäller kartläggningen 2006 kontaktades socialtjänstens Individ- och familjeomsorg via telefon och/eller mail för att identifiera lämplig uppgiftslämnare, det vill säga en person med god kännedom om öppenvårdsverksamheten, vanligen en enhetschef på ungdomsavdelning eller motsvarande. En kommun respektive en stadsdel svarade inte trots upprepade försök på telefon och mail och den slutliga undersökningen baseras därför på 102 kommuner/stadsdelar. Intervjun följde en enkel mall med två teman i fokus; förekomst (Erbjuder ni regelbundet ART som insats till ungdomar?) och programtrohet (Hur programmet är utformat?) och därtill några ytterligare frågor kring målgrupp och hur många ungdomar om året som fick insatsen. Kartläggningen genomfördes mellan januari och juni 2006.

Uppföljningen 2012 genomfördes med hjälp av en webbenkät som skickades till enhetschefer för ungdomsgruppen eller motsvarande i samma kommuner och stadsdelar som ingick i kartläggningen år 2006. Enhetscheferna identifierades via kommunernas hemsidor. Frågemallen som användes var densamma som 2006, med följande tillägg: de kommuner/stadsdelar som använde ART 2006 men som uppgav att de slutat 2012 fick svara på frågan varför. Det fanns fyra svarsalternativ att välja på: (1) organisatoriska/ekonomiska/personalrelaterade skäl, (2) erfarenhet av att ART inte ger önskvärda resultat, (3) ART saknar vetenskapligt stöd och (4) vet inte. Det

var möjligt att fylla i flera alternativ. Samtliga kommuner/stadsdelar tillfrågades också om huruvida de regelbundet använder andra strukturerade metoder för målgruppen. Efter att två påminnelser skickats per mail och kontroll gjorts via kommunens växel att det var rätt person som enkäten var ställd till skickades den också i pappersform till kommunernas/stadsdelarnas registratorer. Kartläggningen genomfördes juni till november 2012 och svar erhöles från samtliga kommuner/stadsdelar (n=94).

Uppgifterna om programtrohet kommer i de flesta fall från enhetschef eller motsvarande för kommunernas/stadsdelarnas ungdomsgrupp. Det framkommer dock av svaren att de i sin tur hämtat uppgifterna från någon annan som arbetar närmare själva ART-utövandet, t ex socialsekreterare eller ART-tränarna själva. När det gäller resultatens tillförlitlighet finns därmed en risk för missförstånd eller att information försvunnit på vägen. Med tanke på hur konsistenta resultaten är, samt överensstämmelse mellan åren och andra studier, bör det inte finnas någon anledning att misstänka att enstaka sådana fall spelat en avgörande roll för resultaten.

## Resultat

Av de 102 kommuner och stadsdelar som besvarade frågorna 2006 uppgav 67 (66 %) att de regelbundet tillhandahåller ART som bistånd eller service inom socialtjänstens öppenvård. Siffran inkluderade både dem som uppgav att de hade ART i egen regi (n=45) och dem som köpte in behandlingen från privata vårdgivare (n=22). Det innebär att två av tre kommuner/stadsdelar som arbetade med ART gjorde det i egen regi. Kartläggningen visade att ungdomarna som fick ART via socialtjänstens öppenvård vanligtvis var mellan 13 och 18 år. Det handlade oftast om en pojke med aggressivitetsproblematik och/eller kriminalitet. Annan problematik som uppgavs var missbruk, psykiska problem, relationsproblem eller skolproblem. I genomsnitt remitterade kommunerna/stadsdelarna knappt sju ungdomar om året till ART-träning.

I uppföljningen 2012 svarade 47 av 94 kommuner/stadsdelar (50 %) att de regelbundet tillhandahöll ART-träning som bistånd eller service inom socialtjänstens öppenvård. Av dessa 47 kommuner/stadsdelar erbjöd 32 (68 %) ART i egen regi medan 15 uppgav att de köpte tjänsten från privata vårdgivare (32 %). Fördelningen mellan egen regi och privat vårdgivare såg därmed ungefär likadan ut 2012 som 2006. Även när det gällde organisation och målgrupp överensstämde resultaten mellan åren. I de fall kommunen/stadsdelen hade egen ART-verksamhet tillhörde den socialtjänstens öppenvård som arbetade på uppdrag av utredningsenhet. De ungdomar som fick ART var fortfarande vanligen pojkar mellan 13 och 18 år med aggressivitetsproblematik och/eller kriminalitet. Det genomsnittliga antalet ungd-

mar per år som genomgick ART-träning i kommunerna/stadsdelarna 2012 (medelvärde 7,2) var också ungefär detsamma som 2006 (medelvärde 6,7).

I uppföljningen 2012 ingick en kompletterande fråga; huruvida kommunerna/stadsdelarna som inte använde ART istället använde andra strukturerade program för samma målgrupp. Det visade sig att 23 av de 47 kommuner/stadsdelar – det vill säga knappt hälften – som uppgav att de inte använder ART istället använde metoden RePULSE. RePULSE innebär individuell träning av impulskontroll och metoden bygger på samma teorier som ART. Tre kommuner/stadsdelar uppgav att de använder delar av ART-programmet i program/verksamheter som man utvecklat lokalt. Övriga kommuner/stadsdelar uppgav att de just nu inte använder några strukturerade program för målgruppen (n=24). Sammanfattningsvis innebär det att en majoritet av kommunerna/stadsdelarna (78 %) antingen använde ART eller att de arbetade med interventioner som var inspirerade av ART.

## Slutat eller börjat med ART?

Av de 67 kommuner/stadsdelar som 2006 uppgav att de använde ART som öppenvårdsinsats visade sig drygt hälften vid uppföljningen sex år senare fortfarande använda metoden regelbundet (n=37). Det framkom också att 10 av de 35 kommuner/stadsdelar som uppgav att de inte använde ART vid 2006 års kartläggning hade börjat göra det 2012.

De kommuner/stadsdelar som slutat använda ART sedan 2006 (n=30) fick också svara på frågor om varför. Knappt hälften av kommunerna uppgav (n=12) att de inte visste (se tabell 1). Av de 18 som angav ett eller flera skäl svarade fem kommuner ekonomiska/organisatoriska och/eller personalförändringar som anledning, åtta att man inte ansåg att man uppnådde de förväntade effekterna med metoden och fem att man slutat med ART eftersom metoden saknar vetenskapligt stöd.

**Tabell 1. Kommunernas/stadsdelarnas (n=30) skäl till att sluta med ART (flera svar möjliga).**

	Antal
Vet inte	12
Resursfråga	5
Brist på vetenskapligt stöd	5
Uppnådde inte förväntade effekter	8

På följdfrågan ”Erbjuder ni istället andra manualbaserade metoder för motsvarande målgrupp?” uppgav knappt hälften (n=13) av kommunerna/stadsdelarna att de istället erbjuder RePULSE. Tre kommuner/stadsdelar uppgav att de använder teknikerna som ingår i ART i program/verksamheter som de utformat lokalt och tre av kommunerna/stadsdelarna som slutat med ART uppgav att de för motsvarande målgrupp istället använder familjeterapi metoderna Funktionell familjeterapi (FFT), Multisystemisk terapi (MST) samt påverkansprogrammet Vägvalet. 11 kommuner/stadsdelar uppgav att de inte regelbundet använder sig av några strukturerade program just nu. Närmare hälften av dem som slutat med ART erbjöd således fortfarande närliggande metoder med utgångspunkt i de tekniker som ingår i den ursprungliga ART-manualen.

## Hur är ART programmen utformade?

Kartläggningen från 2006 visade att 39 av 67 (58 %) kommuner/stadsdelar som uppgav att de tillhandahöll ART som öppenvårdsinsats till ungdomar, hade ett program som innehöll alla tre delar (se tabell 2). Vidare visade resultaten att 17 (25 %) av ART-kommunerna/-stadsdelarna hade 20 eller fler träffar i sitt ART-program och att 59 (88 %) använde samtliga tre kärntekniker; rollspel, förstärkning av positiva beteenden och generalisering som teknik i ART-träningen. Sammantaget visade kartläggningen att bara var femte (22 %) ART-kommun/-stadsdel uppfyllde de fördefinierade kriterierna. Det framkom också att 32 (48 %) av kommunerna/stadsdelarna arbetade med ART som gruppmetod och att 11 kommuner/stadsdelar (16 %) hade tre eller fler träffar i veckan i sina ART-program.

Resultaten från 2012 års kartläggning bygger på information från 38 kommuner/stadsdelar. Från nio av kommunerna/stadsdelarna var det inte möjligt att få information om programmets utformning. Det bör poängteras att det i stor utsträckning var andra kommuner/stadsdelar som använde ART 2012 jämfört med 2006 och därmed innebär resultaten inte någon jämförelse av programtrohet över tid. Av resultaten för 2012 framkom att de flesta kommuner/stadsdelar inte hade ett återkommande ART-program som såg likadant ut. Kommunernas/stadsdelarnas uppgiftslämnare hade därför svårt att svara på frågan ”Hur är det ART-program utformat som erbjuds i kommunen/stadsdelen?” eftersom svaret på frågan ofta var: det beror på vilken ungdom det rör sig om. Programmen utformades således utifrån socialarbetarnas bild av individuella behov hos de ungdomar som för tillfället var aktuella för ART. Detta framkom dels av enkätsvaren, dels i samband med att många kommuner/stadsdelar tog kontakt för att fråga hur de skulle besvara frågorna. Uppgifterna som redovisas nedan ger en överskådlig bild av vilken sorts ART-program som kommunerna/stadsdelarna erbjöd.

Av dem som erbjöd ART år 2012 uppgav 15 av 38 (39 %) att samtliga moduler oftast ingår i ART-träningen, fem kommuner/stadsdelar (13 %) att deras program vanligen innehöll 20 eller fler träffar och de flesta (76 %) att man använder sig av de tekniker som utgör fundamentet i ART (se tabell 2). Resultaten från 2012 visade vidare att nio procent av ART-kommunerna/stadsdelarna uppfyllde de fördefinierade kriterierna, väsentligt färre än 2006. Även när det gäller gruppformatet och antalet träffar i veckan framkom en minskning: 13 procent av kommunerna/stadsdelarna i urvalet hade emellanåt ART-träning i grupp (n=5) och endast fyra kommuner/stadsdelar erbjöd ART-program där det ingick tre eller fler träffar i veckan (10 %). Sammanfattningsvis visade uppföljningen 2012 att programtroheten när det gäller ART var ännu lägre än 2006 och att det som går under benämningen ART oftast förefaller innebära ett antal tillfällen då ungdomar enskilt – med hjälp av de tekniker som är basen i ART – tränar på någon av de färdigheter som ingår i den ursprungliga ART-manualen.

**Tabell 2. Kommuner år 2006 och 2012 som erbjuder ART-program enligt kriterierna.**

Kriterier	2006 (n=67)	2012 (n=38)
Använder tre moduler	58 %	39 %
20 eller fler lektioner	25 %	13 %
Använder centrala tekniker	88 %	76 %
Uppfyller kriterierna	22 %	9 %

## Sammanfattning och diskussion

Efter att ha introducerats inom den statliga slutna ungdomsvården spred sig ART snabbt till andra verksamheter och målgrupper. Spridningen förefaller ha varit mer eller mindre explosionsartad och kan förmodligen när det gäller sociala interventioner bara jämföras med Anonyma Alkoholisters genomslag inom missbrukarvården på 1980-talet (Helmersson Bergmark 1995). I kartläggningen som genomfördes 2006 uppgav 66 procent av kommunerna/stadsdelarna i urvalet att de regelbundet använder ART som öppenvårdsinsats. Motsvarande siffra sex år senare var 50 procent. Även om resultaten talar för en viss stagnation förefaller ART ha blivit en etablerad metod i Sverige. Resultaten i kartläggningen från 2012 visar att knappt hälften av kommunerna/stadsdelarna som använde ART år 2006 slutat med det. Samtidigt framkom att runt en tredjedel av dem som inte använde ART år 2006 börjat göra det 2012. Den rörlighet och förändringsbenägenhet som tillskrivits so-

cialtjänsten när det gäller metoder (Bergmark & Lundström 2007) bekräftas därmed i studien. Knappt hälften av de kommuner/stadsdelar som uppgav att de slutat med ART sedan 2012 uppgav att de inte visste varför. Av de som uppgav något skäl hänvisade de flesta till resursfrågor och/eller att man inte uppnådde de önskade effekterna med metoden. Närmare hälften av kommunerna/stadsdelarna som uppgav att de slutat med ART uppgav att de istället använde RePulse som är ett program med utgångspunkt i ART-manualen.

När det gäller programtrohet framkom i kartläggningen år 2006 att en övervägande del av de ART-program som erbjöds i kommunerna/stadsdelarna ligger mycket långt ifrån den ursprungliga manualen, och 2012 visade resultaten på ännu lägre programtrohet. Många kommuner/stadsdelar hade svårt att överhuvudtaget uppge hur programmet var utformat eftersom det ”berodde på” och programmen skräddarsyddes mer eller mindre för varje ungdom. Citatet nedan från en kommun/stadsdel som deltog i undersökningen illustrerar detta:

”Vi har tidigare använt ART mer som det är utformat i manualen men har nu gått över till att anpassa mer” ...”vi använder delar av metoden och teknikerna till och från, oftast tillsammans med inslag av annan metodik. Att vi valt att göra så beror dels på att vi inte kunde följa manualen i miljön, vi hade inte möjlighet att träffa ungdomarna så ofta, och dels på att vi tycker att vårt arbetssätt fungerar bättre...”

Gemensamt för båda kartläggningarna är dock att kommunerna i hög utsträckning uppgav att de i olika former använder sig av de grundläggande tekniker som utgör basen i ART (rollspel, förstärkning av positiva beteenden och generalisering). Sammanfattningsvis förefaller det dock som att det som går under etiketten ART i svensk öppenvård vanligen består av 10-15 gånger individuell träning i ilskekontroll och sociala färdigheter, medan moralträningen vanligen utgått.

## Hur kan spridningen och etableringen av ART förstås?

Sista delen av det här kapitlet ägnas åt att fördjupa förståelsen för intresset, spridningen och användandet av ART inom öppenvården i Sverige. Avsnittet inleds med en diskussion kring ART:s genomslagskraft i förhållande till samtida idéer, krav och förväntningar. Därefter diskuteras hur etableringen av ART kan förstås utifrån praktiska och strukturella faktorer. Avslutningsvis diskuteras tänkbara förklaringar till hur ART används som öppenvårdsinsats, det vill säga bristen på programtrohet.

## Samtida idéer och behov av legitimitet

Ett sätt att förstå etableringen av ART i Sverige är att utgå från några samtida samhällsfenomen och idéer som präglade det sociala arbetets landskap när ART introducerades i Sverige i slutet av 1990-talet. De ekonomiska kraven på kommunerna och en större medvetenhet om den offentliga sektorns begränsade ekonomiska resurser kännetecknade diskussionen. Kraven på bättre kvalitetsmätning av det sociala arbetet blev allt större och politiska aktörer krävde systematisk empirisk information om socialtjänstens resultat och effekter utifrån ett ekonomiskt perspektiv (t ex Blom 2011). New public management slog igenom liksom en utveckling mot resultatmätning och transparens - från regelstyrd till resultatstyrd verksamhet - med bland annat uppföljning och utvärdering som instrument (t ex Vedung 2010). Det här innebar att det traditionellt mer eller mindre metodlösa sociala arbetet (Forkby 2005; Bergmark & Lundström 2006) började få allt större krav på sig att kunna beskriva och följa upp det man gjorde. Att börja använda en, i varje fall på ytan, väldefinierad metod som ART motsvarade således de samtida förväntningarna.

Därtill började kraven från statligt håll på att det sociala arbetet skulle bygga på vetenskaplig grund växa sig allt starkare i början av 2000-talet. Intresset för nya metoder var stort inom hela ungdomsvården, framförallt för olika slags strukturerade program (Ponnert & Svensson 2011; Sjöblom & Wiklund 2012). Bakom intresset för nya metoder och arbetssätt inom öppenvården fanns också forskning som visade nedslående behandlingsresultat t ex när det gäller institutionsbehandling av unga med normbrytande beteende (t ex Levin 1998; Sallnäs 2000; Vinnerljung et al 2001; Andreassen 2003). Den traditionella institutionsvården kritiserades både från professionen och i media, och många kommuner gjorde stora satsningar på ”hemmaplanslösningar” (Forkby 2005). Trots ett motsägelsefullt och svårtolkat forskningsstöd marknadsfördes ART som en evidensbaserad metod och låg därmed i linje med förväntningarna på att ungdomsvården ska använda bevisat effektiva, transparenta och mätbara arbetsmetoder.

Ytterligare en faktor som kan ha främjat etableringen av ART i Sverige var att metoden bygger på kognitiva och beteendeariktade behandlingskomponenter. Resultat från en rad internationella forskningsöversikter som publicerades kring sekelskiftet visade positiva effekter för KBT-metoder inom behandling riktad mot kriminalitet och annat normbrytande beteenden (t ex Lipsey et al 2001). I Sverige publicerades en forskningsöversikt om behandling av ungdomar på ungdomshem som också lyfte fram manualbaserade och multimodala program, och där just ART beskrevs som exempel på en verkningfull metod (Andreassen 2003). Generellt inom hela det psykosociala behandlingsfältet ökade efterfrågan på KBT-baserade metoder.

En förklaring till det stora intresset för ART och den snabba spridningen av metoden kan således vara att ART på flera sätt överensstämde med de

samtida förväntningarna och svarade upp mot många önskemål. Att börja med ART kan därmed ha blivit ett sätt att leva upp till omvärldens krav och skapa legitimitet till verksamheten (DiMaggio & Powell 1983; Czarniawska & Sevón 2005). Inom ett fält utvecklas dessutom snabbt gemensamma föreställningar om vad som är rätt och fel, modernt och omodernt och idéer som betraktas som framgångsrika sprids snabbt mellan organisationer (Sahlin Andersson 1994; 1996; Czarniawska & Sevón 2005). ART fick snabbt gott rykte i Sverige och kan därmed ha blivit ”en vedertagen uppfattning om en vandrande lösning” (t ex Ponnert & Svensson 2011).

## Strukturella och praktiska förklaringar

I Sverige, liksom i övriga Norden, har socialtjänsten det yttersta ansvaret för att utreda, behandla och verkställa domstolsbeslut gällande unga som begår brott. Detta förklarar varför den största gruppen inom svensk social barn- och ungdomsvård är ungdomar mellan 13 och 17 år (Andersson & Sallnäs 2012; Kaunitz, Andréé Löfholm & Sundell 2004; Wiklund 2006). Idag är två av tre barn/unga som placeras tonåringar och den vanligaste orsaken är beteendeproblem som kriminalitet (Socialstyrelsen 2011). Kravet på att socialtjänsten ska tillhandahålla bevisat effektiva insatser för dessa ungdomar är stort trots att få om ens någon enskild metod inom området, varken internationellt eller i Sverige, har kunnat visa entydigt vetenskapligt stöd (t ex SBU 2016). Utbudet när det gäller interventioner inom socialt arbete är generellt begränsat och socialtjänsten och den övriga ungdomsvården har inte en uppsjö praktiskt och ekonomiskt genomförbara interventioner att välja mellan. När ART började spridas i Sverige krävdes ingen licens och det stod vem som helst fritt att kalla sig expert på området, erbjuda ART-träning till kommuner och stadsdelar och utbilda fler ART-tränare. Idag har en av de amerikanska metodutvecklarna varumärkesskydd i USA och svenska Ungdomsalternativet/UA har det i Sverige. Exakt vad varumärkesskyddet och licenskravet kommer att innebära i framtiden, till exempel när det gäller programtrohet, går inte att förutsäga. Så här långt har det inte inneburit några större förändringar.

Metoden kräver inte heller någon längre utbildning och är förhållandevis lätt och billig att genomföra. ART och allt runt omkring metoden (t ex arbetsmaterial) uppfattas också som användarvänligt med ett enkelt och tydligt budskap. Metoden är helt enkelt både lätt att börja och sluta att arbeta med vilket förmodligen inte spelat en obetydlig roll när det gäller dess popularitet (Fraser et al 2009).

När det gäller spridningen av ART till andra verksamheter utanför den slutna ungdomsvården så var en grundläggande förutsättning de förändrade villkoren för välfärdsproduktionen och den privata marknadens allt större roll i utförarledet inom socialt arbete (t ex Meagher et al 2016). Sedan 1990-talet är de privata producenternas marknadsandelar höga inom hela individ-

och familjeomsorgen och det är viktigt att komma ihåg att marknadens mekanismer finns med och styr färdriktningen när det gäller metoder inom hela välfärdssektorn (Meagher, Lundström, Sallnäs & Wiklund 2016). Runt ART fanns tidigt en rad privata aktörer som byggde upp sin verksamhet runt metoden och som marknadsförde ART som en verkningsfull, enkel och billig metod med vetenskapligt stöd. Spridningen och etableringen av ART måste därför också förstås utifrån att ART är en vara som köps och säljs på en marknad.

Sammanfattningsvis talar mycket för att spridningen och etableringen av ART inom öppenvården kan förstås utifrån en rad praktiska faktorer som till exempel den tidigare avsaknaden av licens och metodens lättillgänglighet. ART låg på många sätt rätt i tiden och svarade upp mot flera rådande uppfattningar och idéer inom det sociala fältet såsom nedslående forskningsresultat för placeringar, krav på öppenvårdssatsningar och vetenskaplig grund för det sociala klientarbetet. Det politiska trycket på kunskapsbaserad sammanföll dessutom med avregleringen av välfärdssektorn vilket öppnade upp för privata aktörer som – trots ett tveksamt vetenskapligt stöd – saluförde metoden som evidensbaserad. Det stora intresset för metoden bör också ses mot bakgrund av att ungdomar med beteendeproblem som till exempel aggressivitet och kriminalitet utgör den största gruppen inom den sociala barn- och ungdomsvården och att utbudet av metoder som är praktiskt och ekonomiskt genomförbara är begränsat.

## ART i ett nytt sammanhang

ART utvecklades under 1980-talet i USA för att användas inom institutionsvård för unga kriminella. När ART introducerades i Sverige började metoden användas även utanför institutionsvården. Vad hände med ART i det nya sammanhanget öppenvård?

I klinisk verksamhet är det nödvändigt med modifieringar och anpassning av metoder och fullständiga krav på följsamhet till en manual är inte realistiskt eller ens önskvärt. Alla metoder ”paketeras” i någon mån om i ett nytt sammanhang och görs om till något annat än det ursprungliga, framförallt om metoden har använts länge, spridits till andra sammanhang än det ursprungliga och har många utövare (Sahlin & Wedlin 2008). Czarniawska & Sevón (2005) beskriver fenomenet som en process av urbäddning och återinbäddning av idéer, vilket innebär att idéer omtolkas och fylls med nytt innehåll när de flyttas från en kontext till en annan. Att införa en ny metod kan därför ses som en form av återinbäddning då metoden antar sin utformning i ett nytt sammanhang.

Kartläggningen från 2006 visade att den ART-träning som ungdomarna erbjöds i kommunerna/stadsdelarna i de allra flesta fall inte motsvarade kraven som företrädare för metoden satt upp. Drygt hälften hade program som innehöll alla tre moduler och bara en av fyra kommuner/stadsdelar hade 20

eller fler träffar i programmet. Det framkom vidare att färre än hälften av kommunerna/stadsdelarna arbetade med ART i grupp och att endast ett fåtal hade en frekvens på två till tre lektioner i veckan. Däremot uppgav majoriteten att den teknik som utgör grunden i ART-träningen användes (rollspel, positiv förstärkning och generalisering). Uppföljningen som gjordes år 2012 visade att de yttre ramarna för ART följdes i ännu lägre utsträckning än tidigare. Svaren visade att många kommuner/stadsdelar inte hade ett återkommande program utan insatsen skraddarsyddes efter ungdomarnas problembild. I likhet med kartläggningen 2006 uppgav man dock att de fördefinierade tekniker som utgör grunden i ART används.

## Modifiering kontra programtrohet

Den övergripande frågan när det gäller dynamiken mellan modifiering av metoder och behandlingstrohet är om de programmatiska elementen som programmet bygger på, det vill säga de komponenter som utgör själva förändringsstrategin, används på det sätt och i den utsträckning som det var tänkt (Ferrer-Wreder et al 2012; Garland et al 2010). Teorin bakom ART bygger på att aggressiva ungdomar i allmänhet saknar sociala färdigheter, har bristande ilskek kontroll samt en försenad moralutveckling. Mot bakgrund av detta konstruerades ART-manualen utifrån tre behandlingskomponenter som riktar sig mot dessa områden: social färdighetsträning (beteende), ilskek kontrollträning (emotion) och träning i moraliskt tänkande (kognition), och tillsammans utgör dessa komponenter den mekanism som enligt teorin bakom ART förväntas leda till förändring. I den ursprungliga manualen utgör gruppformatet ett fundament. Tanken är att konstellationen i ART-grupperna ska utgöras av ungdomar med olika nivåer när det gäller pro-sociala beteenden och de ungdomar som har fler färdigheter ska fungera som modeller för ungdomar som inte har fullt lika utvecklade förmågor. En annan central skillnad mellan ursprungsmanualen och hur ART används inom socialtjänstens öppenvård i Sverige är dosen. Ursprungligen utgörs ART-manualen av 30 lektioner utspridda tre gånger i veckan över en 10-veckors period. Ytterst få om ens någon kommun uppger att deras ungdomar genomgår ART-program med sådan intensitet. Även om de grundläggande teknikerna används förefaller det som går under etiketten ART inom socialtjänstens öppenvård oftast vara någonting som ligger långt ifrån den modell som namnet ursprungligen representerade och den grundläggande mekanismen – det programmatiska element – som förväntas leda till förändring ofta saknas. Därmed är det inte korrekt att benämna det som går under namnet ART inom socialtjänstens öppenvård som en modifierad variant av metoden. Snarare har ART-programmet i sitt nya sammanhang tagit en helt ny utformning, blivit någonting annat som vanligen består av 10-15 gånger individuell träning där rollspel, förstärkning av positiva beteenden och generalisering används som tekniker.

## Hur kan användandet av ART förklaras?

Idéer som materialiserats i form av program förvandlas när de förflyttas från det ena sammanhanget till det andra. ART är ursprungligen en relativt strikt ”förpackad” idé i en enhetlig standard vilken egentligen inte medger några större omtolkningar eller handlingsutrymme (Erlingsdottir 1999). Trots detta utövas ART inom öppenvården i Sverige på ett sätt som ligger långt ifrån den ursprungliga manualen. Vilka faktorer kan ha betydelse för hur ART används inom öppenvården?

En del av förklaringen till att ART används på det sätt som sker kan vara småskaligheten i kommunernas verksamhet när det gäller interventioner med artikulerat arbetssätt som ART (BRÅ 2008; Bergmark & Lundström 2007). Även i stora kommuner är tillströmningen av klienter ofta relativt liten, vilket bekräftades i båda kartläggningarna där det framkom att i genomsnitt färre än 10 ungdomar om året remitterades till ART-träning. Många verksamheter drevs dessutom i projektform och var mer eller mindre instabila över tid. Möjligen saknas därmed de grundläggande förutsättningar som krävs för att bygga upp en stabil verksamhet med ett återkommande program och krav på programtrohet (jmf BRÅ 2008).

Inte bara spridningen och etableringen av ART utan också sättet som metoden används på inom öppenvården kan möjligen förstås mot bakgrund av det tidigare nämnda kravet som socialtjänsten har på sig att erbjuda insatser till gruppen unga som begår brott. Oavsett tillgången på metoder är det inte heller möjligt för kommunerna, med tanke på målgruppens heterogenitet när det gäller problembild, att ha en uppsjö av metoder att välja mellan för att passa individuella variationer (Ginner Hau & Smedler 2011; Ahlgren 2007). Strategin för att hantera att metoden inte passar i verksamheten och för den breda målgruppen är att helt enkelt ändra på metoden så att den passar in bättre (t ex Ponnert & Svensson 2012).

Möjligen går det också att finna svar på varför ART används på det sätt som sker hos själva programmet (ibid). I kartläggningarna ingick inte frågan om vilka moduler som vanligen plockas bort men under planeringen av och försöken att rekrytera kommuner till studien som redovisas i kapitel 2 framgick det tydligt att många ART-utövare var mycket tveksamma till moral-komponenten. Flera kommuner tackade till och med nej till att vara med i studien eftersom man inte kunde tänka sig att ha med den i programmet. Enligt teorin bakom ART ökar moralträningen sannolikheten för att ungdomarna kommer att välja att använda de färdigheter som de lär sig i de andra delarna av programmet.

”...achieving more mature moral understanding means that participants are more likely to make more responsible choices – to use what they learn in the other two components of ART” (Glick & Gibbs 2011, p 75).

Den teoretiska och empiriska kopplingen bakom resonemanget är dock i princip obeforskad och föreställningen om utagerande ungdomars bristande moral har ifrågasatts bland annat i Sverige (Andersson 2008). Det svenska sociala arbetet är knappast värderingsfritt men det är inte omöjligt att många yrkesverksamma inom ungdomsvården värjer sig mot den underliggande utgångspunkten att aggressiva och kriminella ungdomar befinner sig på en lägre moralisk nivå än andra ungdomar. Detta skulle kunna vara en del av förklaringen till att den komponenten ofta utesluts ut träningen och därmed också förklara en del av bristen på programtrohet.

En annan av de centrala skillnaderna mellan ART i sin ursprungsform och hur metoden används inom öppenvården är att träningen framförallt genomförs individuellt och inte i grupp. Ursprungligen bygger ART på idén om gruppdynamik där ungdomar som fungerar på en högre nivå när det gäller färdigheter förväntas fungera som förebilder för ungdomar på en lägre nivå. Dessvärre tyder senare forskning relativt entydigt på att gruppformatet när det gäller insatser för kriminella ungdomar kan vara riskabelt. Risken är att ungdomarna lär av varandras negativa beteenden och förstärker varandras antisociala och avvikande beteenden (Dodge et al 2006; Dishion, McCord & Poulin 1999). Att man väljer att arbeta med ART i individuell form skulle kunna bero på att praktiken tagit del av den omfattande forskning som visat att det kan vara direkt kontraproduktivt att sammanföra ungdomar i grupp och att man därför väljer att genomföra ART-träningen individuellt.

Sammanfattningsvis går förklaringarna till att ART används på det som sker inom öppenvården att söka både på organisatorisk nivå (små instabila verksamheter med liten genomströmning och tvingade krav att erbjuda insatser till en heterogen målgrupp trots stor brist på metoder), och hos själva ART-programmet (moralkomponenten och gruppformatet).

## Avslutning

Efter över 20 år i Sverige förefaller någonting som går under namnet ART ha blivit en etablerad insats inom socialtjänstens öppenvård. Hur har intresset hållits vid liv? Bland annat Czarniawska-Joerges & Sevon (1996) diskuterar organisationers trendkänslighet och benägenhet att införliva nya metoder och vad som har betydelse för huruvida en metod får långvarigt eller tidsbegränsat genomslag. ART knöt an till många idéer och företeelser när metoden introducerades i Sverige och förmodligen är det samma faktorer som bidrar till att metoden fortfarande används. Kraven på att det sociala arbetet ska vila på vetenskapligt grund har inte minskat, tvärtom. Att säga att man arbetar med ART kan fortfarande vara ett sätt att leva upp till omvärldens krav och skapa legitimitet till verksamheten. Inte minst är förmodligen också de praktiska faktorerna av stor betydelse. ART är en lättillgänglig och billig metod som inte kräver lång utbildning. Utbudet av sociala interventioner är fortfarande begränsat och socialtjänsten har inget annat val än att

erbjuda de metoder som står till buds och som är praktiskt genomförbara. Båda kartläggningarna visar dock att den insats som går under namnet ART oftast ligger mycket långt från den ursprungliga manualen och mycket talar för att det som går under den gemensamma etiketten ART inte representerar mer än en samling tekniker med grund i beteendemodifiering.

## Kapitel 6 – Ungdomar som får ART inom socialtjänstens öppenvård

Att tala om vad som är rätt målgrupp när det gäller ART är inte helt okomplicerat mot bakgrund av att upphovsmannen Goldstein förespråkade ständig utveckling av metoden och tillämpning på nya målgrupper. Obestridligen är dock fortfarande grunden i behandlingskomponenterna att positiv påverkan på antisocialt beteende uppnås genom förbättrade sociala färdigheter, ilskekontroll och moralisk utveckling. ART är numera en etablerad metod inom öppenvården i Sverige. Det saknas dock fortfarande i stor utsträckning studier som undersökt vad som utmärker de ungdomar som får ART i öppenvårdsmiljö, exempelvis när det gäller sociala färdigheter och kriminalitet. För att öka kunskapen om målgruppen genomfördes den kartläggning/uppföljning som redovisas i det här kapitlet. I studien undersöks också i vilken utsträckning ungdomar inom öppenvården fullföljer ART-träningen. Att behandlingar/insatser avbryts i förtid är ett vanligt fenomen när det gäller ungdomar med beteendeproblem. Det handlar vanligtvis om en negativ selektion där de som hoppar av har allvarigare problem än de som fullföljer (t ex Sallnäs et al 2004). Problemet är dock framförallt belyst inom dygnsvården.

Sex kommuner deltog i studien och samtliga ungdomar (N=117) som påbörjade ART-träning i verksamheterna under en tvåårsperiod ingick. Kommunerna utgör inte något slumpmässigt urval utan de tillfrågades i samband med den första kartläggningen år 2006, utifrån att de genomförde ART-program som låg relativt nära ursprungsmanualen. Ursprungligen var tanken att göra en studie av effekterna av ART i förhållande till programtrohet. En sådan studie hade dock krävt långt fler deltagare än vad som var möjligt att inkludera från dessa sex kommuner och istället beslutades om en kartläggning med fokus på att beskriva målgruppen. Samtliga sex kommuner var storstads- eller storstadsnära kommuner. Sammanlagt startades och avslutades elva ART-grupper i de sex kommunerna. Programmen varierade i antal lektioner (mellan 20 och 40 tillfällen) samt i utformning men samtliga innehöll alla tre ART-moduler (social färdighetsträning, ilskekontroll och moralträning).

Följande frågor undersöktes i studien:

- Vad utmärker de ungdomar som får insatsen ART inom socialtjänstens öppenvård när det gäller bakgrundsfaktorer (t ex kriminalitet, missbruk och sociala färdigheter)?
- Är det rätt målgrupp som får insatsen ART utifrån den grupp som metoden utvecklades för?
- Hur många fullföljer insatsen som planerat? Finns det bakgrundsfaktorer som förefaller öka eller minska risken för avhopp från ART-träningen?
- Förekommer ungdomarna i lagföringsregistret två år efter remittering till ART-träning och i så fall för vilken typ av brott?

## Metod

I studien ingår samtliga 117 ungdomar som under en 24-månadersperiod (2007-2008) remitterades till ART-träning i reguljär öppenvårdsverksamhet i sex kommuner i Sverige. I fyra av kommunerna drevs ART-träningen i egen regi som en del av öppenvården medan två kommuner köpte ART-träning av ett företag. Datainsamlingen genomfördes i form av strukturerade intervjuer med ungdomarna. Innan inklusionen påbörjades besöktes samtliga kommuner, samt utbildningsföretaget, och ART-tränarna informerades om rutiner för hur ungdomarna skulle tillfrågas om deltagande i undersökningen, innebörden av informerat samtycke samt rutiner för datainsamlingen. ART-tränarna instruerades att kontakta forskningsassistenten när det var aktuellt att starta en ART-grupp och gruppen var färdigkonstituerad. Innan det första tillfället informerades ungdomarna kort om studien av ART-tränarna, om de kunde tänka sig att delta och om forskningsassistenten fick komma och informera vidare. Alla ungdomar mellan 13 och 20 år som var aktuella för ART-träning under en 24-månaders period, tillfrågades av ART-tränarna om att delta i studien. Samtliga tackade ja.

Ungdomarna informerades sedan både skriftligt och muntligt av forskningsassistenten vid det första lektionstillfället, och fick därefter ge sitt skriftliga samtycke. Bland annat garanterades ungdomarna att data skulle behandlas konfidentiellt och inte vara tillgängliga för socialtjänst eller polis. Informationen delgavs i grupp och ungdomarna placerades därefter ut i lokalerna så att varje ungdom i enskildhet kunde fylla i ett självrapporteringsformulär (se datainsamlingsmetoder). Som tack för sin medverkan fick ungdomarna två biobiljetter var. Undersökningen har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (2006/5:5).

## Datainsamling

För att beskriva ungdomarna samlades följande uppgifter in:

- Kön och ålder.
- Föräldrarna sammanbor (ja/nej).
- Föräldrarna är födda i Sverige (ja/nej).
- Tidigare insatser från socialtjänsten (ja/nej) och beslut om ART-träning efter utredning av socialtjänsten (ja/nej).
- Beslut om ART-träning efter utredning av socialtjänsten (ja/nej).
- Självrapporteringsformuläret Self-Report Delinquency Scale (SRD) (Elliott et al 1983) användes för att kartlägga ungdomarnas kriminalitet. Formuläret består av 40 frågor angående vilka och hur många normbrott man begått under de senaste sex månaderna. I studien har de tre skalor som berör kriminalitet använts (30 frågor). Svaren har sedan kategoriserats utifrån vilken typ av brott det rör sig om: egendomsbrott (t ex snatteri, stöld, klotter eller vandalisering) och/eller våldsbrott (t ex misshandel, sexuell våld eller rån). Ungdomarna har också kategoriserats utifrån ett sammantaget mått (index offenses) som beskriver särskilt allvarliga brott inom båda kategorierna (allvarliga våldsbrott, sexualbrott, gängbråk, fordonsstöld och inbrott). SRD anses vara en av de bäst validerade självrapporteringsskalorna inom området och hade hög intern validitet i den undersökta gruppen ( $\alpha=.91$ )
- Alkoholkonsumtion mättes med hjälp av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Babor et al 1992; Bergman 1994). AUDIT består av tio frågor som mäter riskfylld alkoholkonsumtion, tecken på beroende och alkoholskador.
- Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)(Berman et al 2005) användes för att mäta drogbruk. DUDIT består av 11 frågor om riskfylld drogkonsumtion, tecken på beroende och skador. Både AUDIT och DUDIT har hög reliabilitet och validitet. När det gäller den aktuella undersökningsgruppen var  $\alpha=.89$  för AUDIT och  $\alpha=.90$  för DUDIT.
- Självskattningsskalan i Social Skills Ratings System (SSRS) (Gresham & Elliott, 1990; Diperna & Volpe 2005) användes för att mäta social förmåga. Enkäten består av 40 frågor med svarsalternativen aldrig, ibland eller ofta (t ex ”jag kan behärska mig när andra blir arga på mig”, ”om jag hamnar i bråk försöker jag lösa det genom att prata om saken”, ”jag säger snälla saker till andra som gör något bra”, ”jag försöker förstå hur mina vänner känner sig om de är arga, upprörda eller ledsna”, ”jag undviker att göra saker som kan ge mig problem med vuxna). Frågorna är indelade i fyra skalor: samarbetsförmåga, förmåga att hävda sig, självkontroll och förmåga till empati. Skalorna tolkas med hjälp av standardiserade gränsvärden och utifrån dessa kan individerna kategoriseras i tre grupper: färre sociala färdigheter än en normalgrupp, lika många eller fler. SSRS är

normerat för amerikanska förhållanden. En annan jämförbar metod för att mäta beteendeproblem hos barn och unga är Youth Self- Report (YSR) (Achenbach 1991a; 1991b). YSR är normerat i en rad länder, bland annat Sverige (Broberg et al 2001). Resultaten visade att den svenska normalgruppen låg i nivå med motsvarande i USA. Att göra jämförelser mellan mätmetoder och länder innebär att en rad förbehåll måste göras men resultaten för YSR antyder således att en svensk normalgrupp är jämförbar med en amerikansk när det gäller beteendeproblem. Det innebär inte med självklarhet att det resultatet är överförbart till SSRS men det ger en indikation om att amerikanska och svenska normalvärden i varje fall inte skiljer sig åt avsevärt.

- Uppgifter om antalet lagföringar innan och efter ART-träning hämtades från Brottsförebyggande rådets lagföringsregister. Uppgifter har, med tanke på straffmyndighetsåldern, endast inhämtats för de ungdomar som fyllt 15 år när ART-träningen påbörjades (n=108). Registeruttaget omfattar dels brottslighet före ART-träningen och dels två år efter. Med lagföring avses dom i tingsrätt, utfärdat strafföreläggande eller meddelad åtalsunderlåtelse. Huvudbrottet i varje lagföring har kategoriserats enligt följande: våldsbrott (misshandel, rån, hot och våld mot tjänsteman, mordbrand, våldtäkt, dråp, mord), narkotikabrott (inklusive eget bruk), stöldbrott (inklusive snatteri), skadegörelse och trafikbrott.

Samtliga resultat redovisas separat för flickor och pojkar.

## Statistiska metoder

Skillnader mellan pojkar och flickor när det gäller bakgrundsvariabler undersöktes med hjälp av Chi-Square test för kategoriska variabler och t-test för oberoende mätningar för kontinuerliga variabler. Då det i bivariata analyser inte gick att finna några samband (eller tendenser till samband) mellan någon av bakgrundsvariablerna och avhopp i en första deskriptiv analys var det inte relevant att analysera data med hjälp av multivariata metoder och någon regressionsanalys redovisas därför inte.

## Resultat

I det följande avsnittet beskrivs ungdomarna utifrån ett antal bakgrundsfaktorer (ålder, kön, familjebakgrund och bruk av alkohol/droger). Därefter presenteras en kategorisering av ungdomarnas sociala färdigheter. Slutligen redovisas undersökningsgruppens självrapporterade brottslighet de senaste sex månaderna samt registrerad brottslighet före ART-träningen och två år

efter. Samtliga resultat redovisas uppdelade efter kön och kontroll för eventuella skillnader har gjorts.

## Bakgrundsfaktorer

Av de 117 ungdomarna som remitterades till ART-träning under inklusionsperioden var 85 pojkar (73 %) och 32 flickor (27 %) (Tabell 1). Ungdomarna var mellan 13 och 20 (M=16,8 år). Majoriteten (67 %) levde i ett enföräldershushåll, oftast tillsammans med sin mamma. De allra flesta var födda i Sverige (85 %) men drygt en tredjedel (39 %) hade minst en förälder som var född utanför Sverige. Flickorna och pojkarna skiljde sig inte signifikant åt på några av dessa variabler.

När det gäller självrapporterad konsumtion av alkohol och droger uppgav 60 procent av ungdomarna att de dricker alkohol en gång i månaden eller mer sällan/aldrig. En liten grupp (12 %) uppgav att de dricker alkohol flera gånger i veckan. Vad gäller droger uppgav de flesta att de aldrig använder sådana (88 %). Totalt fem ungdomar uppgav att de använder droger flera gånger i veckan. Det fanns inte några skillnader mellan flickor och pojkar i konsumtionsmönster (se Tabell 1).

**Tabell 1. Bakgrundsfaktorer. Redovisat för pojkar och flickor separat samt hela gruppen.**

	Pojkar (n=85)	Flickor (n=32)	Samtliga (n=117)
Ålder	M=16,9 SD=1,8	M=16,5 SD=1,3	M=16,8 SD=1,7
Familjebakgrund			
Föräldrar separerade	57 (67 %)	20 (63 %)	77 (66 %)
Född utanför Sverige	15 (18 %)	3 (9 %)	18 (15 %)
Minst en förälder född utanför Sverige	40 (47 %)	6 (19 %)	46 (39 %)
Alkohol			
Dricker aldrig	20 (24 %)	7 (22 %)	27 (23 %)
Dricker en gång/mån eller mer sällan	33 (39 %)	10 (31 %)	43 (37 %)
Dricker 2-4 gånger/mån	22 (26 %)	11 (34 %)	33 (28 %)
Dricker 2-3 gånger/vecka eller mer	7 (8 %)	4 (13 %)	11 (9 %)
Dricker 4 gånger/vecka eller mer	3 (4 %)	0	3 (3 %)
Droger			
Använder aldrig	76 (89 %)	28 (88 %)	103 (88 %)
Använder en gång/mån eller mer sällan	3 (4 %)	3 (9 %)	6 (5 %)
Använder 2-4 gånger/mån	1 (1 %)	0	1 (1 %)
Använder 2-3 gånger/vecka eller mer	3 (4 %)	0	3 (3 %)
Använder 4 gånger/vecka eller mer	2 (2 %)	0	2 (2 %)

## Kontakt med socialtjänsten

De flesta av ungdomarna ( $n=92$ ) i gruppen remitterades till ART-träning efter utredning och beslut av socialtjänsten. Av dessa var nio ungdomar (10 %) dömda till ungdomsvård och genomgick ART som en påföljd. Övriga saknade myndighetsbeslut då de ungdomarna remitterats direkt till öppenvården via skolan. Nästan alla ( $n=98$ ) hade tidigare varit i kontakt med socialtjänsten för utredning och/eller insats.

## Sociala färdigheter

Ungdomarnas sociala färdigheter (samarbetsförmåga, förmåga att hävda sig, självkontroll och förmåga till empati) mättes med hjälp av självrapporteringsformuläret SSRS. Medelvärde för hela undersökningsgruppen var 44,1 med en standardavvikelse på 13,6. Inga skillnader kunde avläsas mellan flickor och pojkar ( $t(116)=0,43$ ,  $p=0,67$ ). När skalan normerades för amerikanska förhållanden var medelvärdet i normalgruppen 54,6 ( $SD=9,3$ ). Undersökningsgruppen i ART-studien låg därmed i genomsnitt lägre på skalan, det vill säga hade färre sociala färdigheter, i förhållande till normalgruppen. Det är också värt att notera att standardavvikelsen i normeringsmedelvärdet var lägre än i den aktuella undersökningsgruppen, vilket innebär att spridningen av medelvärdena var större i undersökningsgruppen än i normeringsgruppen. Med hjälp av SSRS:s gränsvärden kategoriserades ungdomarna i undersökningsgruppen i tre nivåer: färre sociala färdigheter än en normalgrupp, lika många eller fler. Det framkom att 25 ungdomar (21 %) hade färre sociala färdigheter än den amerikanska normalgruppen, två ungdomar i gruppen hade i genomsnitt fler färdigheter och resterande ( $n=90$ ) ungdomar tillhörde normalgruppen. De allra flesta av ungdomarna i undersökningsgruppen hade således lika många eller fler sociala färdigheter jämfört med en normalgrupp.

## Självrapporterad brottslighet

I tabell 2 redovisas ungdomarnas självrapporterade uppgifter när det gäller kriminalitet. I stort sett alla ungdomar (93 %) uppgav i SRD-formuläret att de hade begått brott de senaste sex månaderna. Genomsnittet för gruppen var 21 begångna brott ( $SD=24$ ) under perioden. Antalet varierade mellan noll och 115. Variationen var således mycket stor. Det visade sig vara något vanligare med egendomsbrott än våldsbrott/brott mot person. Under de senaste sex månaderna hade 102 ungdomar (87 %) begått ett eller flera egendomsbrott ( $M=13$ ). Av dem hade 65 ungdomar (55 %) begått fem eller flera sådana brott och 28 ungdomar (24 %) fler än 20 brott. Var fjärde ungdom i gruppen hade således begått minst 20 egendomsbrott under de senaste sex månaderna.

När det gäller våldsbrott/brott mot person framkom att 89 ungdomar (76 %) hade begått minst ett brott mot person (M=8). Totalt 30 ungdomar (26 %) hade begått fler än fem brott och 14 ungdomar (12 %) fler än 20 brott. När det gäller särskilt allvarliga brott inom båda brottskategorierna (t ex allvarliga våldsbrott, sexualbrott, inbrott) uppgav 82 ungdomar (70 %) att de begått minst ett sådant brott (M=7), 18 ungdomar (15 %) hade begått fler än fem brott och 14 ungdomar (12 %) fler än 20 brott. Det fanns ett statistiskt signifikant samband mellan de tre brottskategorierna vilket innebär att samma individ ofta förekom i alla tre kategorierna ( $r=0,8$ ;  $p<0,01$ ).

I genomsnitt uppgav flickorna att de begått 12 egendomsbrott och pojkarna 14. När det gäller våldsbrott framkom att flickorna i genomsnitt begått sju sådana brott de senaste sex månaderna och pojkarna 10. Vidare hade flickorna i genomsnitt begått fem särskilt allvarliga brott och pojkarna åtta. Skillnaden mellan pojkar och flickor var inte statistisk signifikant varken när det gäller brottstyp eller antal brott.

I frågeformuläret som ungdomarna fyllde i ingick också frågan om debutålder när det gäller kriminalitet. Ungdomarna i undersökningsgruppen uppgav att de var i genomsnitt nio år gamla första gången de begick ett brott. Bortfallet var dock stort på den frågan (39 %).

**Tabell 2. Antal och andel självrapporterade brott senaste sex månaderna per ungdom (N=117).**

	Egendomsbrott	Våldsbrott	Särskilt allvarliga brott
0 brott	15 (13 %)	28 (24 %)	35 (30 %)
1-5 brott	37 (32 %)	45 (38 %)	50 (43 %)
Fler än 5 brott	37 (32 %)	30 (26 %)	18 (15 %)
Fler än 20 brott	28 (24 %)	14 (12 %)	14 (12 %)

## Registrerad brottslighet

Av de 108 ungdomar som fyllt 15 år vid ART-träningens början förekom 44 (41 %), det vill säga knappt hälften, i lagföringsregistret innan remitteringen till ART. Sammantaget rörde det sig om 69 lagföringar fördelat på de 44 ungdomarna. Antalet lagföringar per ungdom varierade mellan en och fem. Äldre ungdomar förekom som väntat i större utsträckning än yngre ( $r=0,37$ ;  $p<0,01$ ).

Av det totala antalet lagföringar gällde 31 våldsbrott, 3 narkotikabrott, 18 tillgreppsbrott, 6 trafikbrott och 11 skadegörelse. Det fanns ett statistiskt signifikant samband mellan brottskategorierna vilket innebär att samma individ ofta förekom i flera kategorier.

Sju av de 44 ungdomar som förekom i lagföringsregistret vid ART-träningens start var flickor varav fem var dömda för våldsbrott. Till skillnad från självrapporterad brottslighet var skillnaden mellan könen statistiskt säkerställd ( $p < 0,05$ ) då pojkarna förekom i högre utsträckning än flickorna i lagföringsregistret.

Sammanfattningsvis framkom att ungdomarna som remitterades till ART i genomsnitt var knappt 17 år. Drygt en tredjedel var flickor. Många visade sig komma från hem där föräldrarna var separerade och ungdomar med utlandsfödda föräldrar var överrepresenterade i gruppen. Få av ungdomarna uppgav att de använde droger eller alkohol i någon större utsträckning. En övervägande del av undersökningsgruppen hade tidigare varit i kontakt med socialtjänsten för utredning och/eller insatser. De allra flesta av ungdomarna hade enligt den mätmetod som användes (SSRS) lika många eller fler sociala färdigheter (samarbetsförmåga, förmåga att hävda sig, självkontroll och förmåga till empati) som en normalgrupp. Resultaten visar vidare att det rör sig om en brottsaktiv grupp men att variationen var stor både när det gäller frekvens och allvarlighetsgrad. Hälften av dem som fyllt 15 år förekom i lagföringsregistret. När det gäller självrapporterad brottslighet finns risk för både under- och överrapportering. Registrerad brottslighet å andra sidan, innefattar ett stort mörkertal och speglar förmodligen bara en liten del av den faktiska brottsligheten. I det här fallet är det viktigt att komma ihåg att den registrerade brottsligheten bara rör de ungdomar som fyllt 15 år vid ART-träningens början. Det innebär dels att ungdomarna beroende på ålder haft olika lång tid på sig att dömas samt att de yngsta varit straffmyndiga kort tid. Det framkom vidare att det inte fanns några skillnader, varken när det gäller brottstyp eller antal brott, mellan könen när det gäller självrapporterade brottslighet. Däremot var skillnaden statistisk säkerställd när det gällde registrerad brottslighet då pojkarna förekom i högre utsträckning än flickorna i lagföringsregistret.

## Hur många fullföljer ART-träningen?

Av de 117 ungdomar som ingick i undersökningen och påbörjade ART-träning var det 48 stycken (41 %) som inte fullföljde träningen enligt planeringen. I genomsnitt deltog undersökningsgruppen i 16 ART-lektioner. De ungdomar som fullföljde träningen deltog i genomsnitt i 23 lektioner och de som hoppade av i sju. En första analys av materialet med hjälp av bivariat analys, där variablerna ”dricker alkohol 2-3 gånger per vecka”, ”använder droger”, ”sociala färdigheter” (ingångsvärde SSRS) och ”antal särskilt allvarliga brott senaste månaden” analyserades i förhållande till utfallet ”inte fullföljt ART-träningen”, framkom att samtliga variabler saknade förklaringsvärde i förhållande till utfallet (kontrollerat för kön och ålder), och det var därmed inte relevant att gå vidare och göra en logistisk regressionsanalys

för att undersöka om det fanns något statistiskt säkerställt samband mellan avhopp och någon av de aktuella bakgrundsvariablerna.

### Uppföljning registrerad brottslighet efter två år

Två år efter remittering till ART-träning fanns nya lagföringar registrerade för 28 (26 %) av de 108 ungdomar som var över 15 år vid inklusionen till studien. Sammantaget fanns det 52 lagföringar fördelade på de 28 individerna. Antalet varierade mellan en och fyra per individ. Våld var huvudbrott i 12 (43 %) av lagföringarna. Två av flickorna i gruppen hade registrerats för brottslighet, varav en för våldsbrott. Fyra av lagföringarna gällde narkotikabrott, 15 tillgrepp, 10 trafikbrott och 11 skadegörelse. Det visade sig att 19 av de 28 (68 %) ungdomar som förekom i lagföringsregistret vid uppföljningen var dömda för brott även innan ART-träningen påbörjades och det var således i stor utsträckning samma personer som återfallit i brottslighet.

Det fanns inga påtagliga skillnader mellan den grupp ungdomar som fullföljde ART och de som inte gjorde det när det gäller förekomst i lagföringsregistret efter två år. Av de som fullföljde träningen förekom 29 procent i lagföringsregistret och av de som inte fullföljde förekom 22 procent.

## Sammanfattning och diskussion

Syftet med studien som redovisas i kapitlet var att öka kunskapen om de ungdomar som remitteras till ART inom socialtjänstens öppenvård i Sverige. Sex kommuner i landet som använde ART som öppenvårdsinsats deltog i studien och samtliga ungdomar som remitterades till ART-träning i dessa kommuner under 24 månader ingår i undersökningen (N=117).

### Vilka är ungdomarna som får ART-träning inom socialtjänstens öppenvård?

Sammanfattningsvis kan man säga att en typisk ungdom som får insatsen ART-träning, enligt den här undersökningen, är en 17-årig pojke som begår brott. Han är född i Sverige, hans föräldrar lever inte tillsammans och han använder inte alkohol eller droger i någon större utsträckning. Han har tidigare haft insatser från socialtjänsten och han har sociala förmågor som ligger inom normalvariationen. Det är inte osannolikt att han förekommer i lagföringsregistret två år efter påbörjade ART-träning.

## Brottslighet

Enligt självrapporterade uppgifter hade i princip samtliga ungdomar begått minst ett brott de föregående sex månaderna. Nästan alla (87 %) hade begått ett eller flera egendomsbrott. Drygt tre av fyra (76 %) hade begått ett eller flera våldsbrott och 70 procent hade begått särskilt allvarliga brott. Knappt hälften (n=44) av de ungdomar som fyllt 15 år innan de påbörjade ART-träningen (n=108) förekom i lagföringsregistret innan ART-träningen. Båda datainsamlingsmetoderna när det gäller kriminalitet visar att variationen var stor både när det gäller frekvens och allvarlighetsgrad. Kort sagt fanns det avsevärda skillnader mellan ungdomarna när det gäller kriminalitet. Vidare framkom att pojkarna i större utsträckning än flickorna var dömda för brott innan ART-träningen. Däremot visade det sig inte finnas någon skillnad mellan könen när det gäller självrapporterad brottslighet då flickorna uppgav att de begått brott i samma utsträckning som pojkarna. Att unga som begår brott inte utgör någon väldefinierad grupp utan att variationen är stor inom gruppen bekräftas av annan forskning inom området (t ex Ahlgren 2007; Ginner Hau & Smedler 2011).

Under de två uppföljningsåren hade 28 av de 108 ungdomarna (26 %) som ingick i uppföljningen för brott registrerats i lagföringsregistret. Av dessa 28 ungdomar var 19 dömda för brott även innan de påbörjade ART-träningen. Det var alltså i många de flesta fall samma ungdomar som förekom innan och efter ART-träningen. Det fanns inte någon påtaglig skillnad mellan de som inte fullföljde träningen och de som gjorde det när det gäller registrerad brottslighet två år efter påbörjad ART-träning.

Det saknas i stor utsträckning individdata om ungdomar i socialtjänstens öppenvård och datainsamlingsmetoder och uppföljningstider varierar mellan studier. Några generella jämförelser är dock möjliga att göra. I princip samtliga ungdomar i ART-gruppen hade enligt självrapporterade uppgifter begått brott de senaste sex månaderna. Den uppgiften talar för att den aktuella gruppen unga tillhör den stora grupp som utgör majoriteten av svensk barn- och ungdomsvård nämligen unga med beteendeproblem som till exempel kriminalitet (Socialstyrelsen 2013). Det som framkommer i studien överensstämmer också dels med vad som framkom i arbetet med de försök till effektstudier som beskrivs senare i avhandlingen och dels i de båda kartläggningarna som beskrivits tidigare, det vill säga att det framförallt är unga kriminella pojkar utan missbruksproblematik som remitteras till ART-träning.

I en kartläggning av svenska kommuners påverkansprogram för unga lagöverträdare (N=189) hade 41 procent av ungdomarna återfallit 18 månader efter programmets start (Ginner Hau & Smedler 2011). I en annan studie från 2000 (Sundell et al) framkommer att 66 procent av ungdomarna (N=133) hade dömts för brott två år efter att ha deltagit i en öppenvårdsform kallad mellanvård som användes under 1990-talet. De ungdomar som ingår i den aktuella studien återfanns således i lägre utsträckning i lagföringsregist-

ret än ungdomarna i exemplen ovan. Det är dock viktigt att komma ihåg att dessa studier rörde återfall i registrerad brottslighet, det vill säga samtliga ungdomar var dömda någon gång innan påverkansprogram/mellanvård vilket inte vara fallet i den aktuella studien. I fem-årsuppföljningen av MST framkommer att två tredjedelar (69 %) av ungdomarna i undersökningsgruppen (N=156) hade dömts för ett eller flera brott under uppföljningsperioden (Socialstyrelsen 2014). I MST-studien var uppföljningstiden mer än dubbelt så lång som i den aktuella ART-studien vilket förmodligen förklarar den högre andelen.

Det kan också vara relevant att jämföra den aktuella undersökningsgruppen med ungdomar som varit placerad på SiS-institution. En registerstudie (N=2 500) av SiS-ungdomar visade att 47 till 67 procent (beroende på ålder) av ungdomarna förekom med nya lagföringar två år efter utskrivning från SiS (Shannon 2011). Efter tre år var motsvarande siffror förhöjda med ytterligare 10 till 20 procent. Liknande siffror framkommer i Lundström, Sallnäs & Andersson Vogel (2012) där runt 60 procent i undersökningsgruppen dömts för brott två år efter utskrivning. Hur ungdomarna som får ART inom öppenvården utvecklas på lång sikt vet vi ingenting om men på kort sikt förefaller de således tillhöra en mindre problemtyngd grupp när det gäller kriminalitet än SiS-gruppen. Att drygt en av fyra- trots sin relativt låga ålder och den korta uppföljningstiden- förekom i lagföringsregistret två år efter ART-träningen innebär dock att det likväl är en problembelastad grupp när det gäller kriminalitet.

## Är det rätt målgrupp?

ART utvecklades ursprungligen för aggressiva och våldsamma ungdomar. Målgruppen är inte utförligt beskriven varken i den ursprungliga manualen (Goldstein et al 1987) eller i senare publikationer (Goldstein et al 2004; Glick & Gibbs 2011), och det är därför inte okomplicerat att diskutera vad som egentligen är rätt målgrupp. Metoden används för en mycket bred grupp med skiftande problembild av både introvert och extrovert natur. De många aktörerna runt ART, spridningen och det faktum att det är över 25 år sedan metoden utvecklades har förmodligen bidragit till detta. Goldstein förefaller ha haft en liberal inställning både när det gäller vilka som träningen passar och hur programmet ska utövas och han var därför emot ett varumärkeskydd. Tvärtom förespråkade han att metoden skulle vara i ständig utveckling, modifieras och användas på nya målgrupper (Goldstein et al 1987; 1989; 2004). Kollegan (och numera licensinnehavaren i USA) Barry Glick representerar en mer konservativ hållning till hur ART bör utövas (Glick & Gibbs 2011). I både de tidiga och de senare publikationerna framgår dock att metodutvecklarna är överens om att ART oavsett miljö och målgrupp ska användas för individer som har tydliga brister när det gäller sociala färdigheter, ilskekontroll och moralisk kapacitet och att dessa bristande färdigheter

yttrar sig i aggressivitet och våld (Goldstein et al 1987; Goldstein et al 2004; Glick & Gibbs 2011).

Enligt självrapporterade uppgifter hade 76 procent av ungdomarna i den aktuella undersökningen begått minst ett våldsbrott de senaste sex månaderna och våldsbrott var också den mest förekommande brottskategorin när det gäller registrerad brottslighet. Ett resultat som talar för att majoriteten i undersökningsgruppen därmed tillhör den tilltänkta ursprungliga målgruppen för ART. Mätningen av sociala färdigheter med hjälp av SSRS visar dock att drygt tre av fyra ungdomar (77 %) hade lika många eller fler sociala färdigheter än en normalgrupp, vilket antyder att de flesta av ungdomarna i undersökningsgruppen inte lider av bristande sociala färdigheter. Det är dock viktigt att ta i beaktande att SSRS inte är normerat för svenska förhållanden och resultaten bör därmed betraktas med försiktighet.

## Många hoppar av

Av de 117 ungdomar påbörjade ART-träning var det 48 (41 %) som aldrig slutförde programmet. Att stanna kvar i behandling (*eng; retention*) har länge använts som ett utfallsmått både internationellt och i Sverige (t ex SBU 2001). Att inte fullfölja en behandlingsinsats kan betraktas som ett mått på hur nöjd ”konsumenten”, i det här fallet ungdomarna, är med insatsen (Soydan & Vinnerljung 2002). Avhopp är inget effektmått men det säger någonting om i vilken utsträckning socialtjänstens intentioner fullföljs och omsätts i praktiken; ett slags ”serviceutfall” (Parker, Ward, Jackson, Aldgate & Wedge 1991; Biehal, Clayden, Stein & Wade 1995; Sinclair, Garnett & Berridge 1995).

När det gäller sociala interventioner är oplanerat avbrutna insatser ett mycket vanligt problem, framförallt när det gäller ungdomar med beteendeproblem (t ex Barber & Delfabbro 2003; Sallnäs et al 2004; Vinnerljung et al 2001; Teng 2010). Den forskning som finns på området rör dock framförallt dygnsvård. Kunskapsluckorna är generellt stora när det gäller vård i öppna former inom socialtjänsten och vi vet väldigt lite om i vilken utsträckning öppenvårdsinsatser fullföljs som planerat.

Forskning om behandlingssammanbrott visar relativt samstämmigt att det handlar om negativ selektion där de som hoppar av ofta har allvarligare problem än de som fullföljer (Newton, Litrownik & Landsverk 2000; Sallnäs et al 2004). Ålder är en faktor som enligt tidigare forskning påverkar risken för att planerad behandling inte fullföljs. Ungdomar har högre risk för att avbryta behandling än vuxna och barn (t ex Barber & Delfabbro 2002; Sallnäs et al. 2004), och ungdomar med beteendeproblem löper allra störst risk för att inte fullfölja planerade insatser (t ex *ibid*). I den aktuella studien av ART visade analysen inte någon samvariation mellan de utvalda variablerna för att mäta problemtyngd och avhopp från ART-träningen och det var därför inte relevant att undersöka eventuella samband vidare. Möjligen beror resul-

tatet på den aktuella undersökningsgruppens storlek och heterogenitet vad gäller bakgrundsvariabler.

Att göra jämförelser när det gäller vårdssammanbrott är inte oproblematiskt. För det första rör de flesta studier, som tidigare nämnts, dygnsvård och inte öppenvård. För det andra varierar definitionen av vad som avses med sammanbrott samt vårdform och urval mellan studier. Jämförelserna nedan bör därför betraktas med viss försiktighet.

En svensk studie av en kohort unga mellan 13 och 16 år som var placerade i familjehem(exklusive släktingplaceringar) och HVB på grund av beteendeproblem visar exempelvis att runt hälften av placeringarna avbröts i förtid (Vinnerljung et al 2001). Kunskapen är begränsad när det gäller i vilken utsträckning öppenvårdsinsatser för ungdomar med beteendeproblem fullföljs. Den svenska utvärderingen av Multisystemisk terapi (Andrée Löfholm et al. 2011) visar att 26 procent i MST-gruppen (n=75) avslutade behandlingen i förtid. I en majoritet av fallen var orsaken bristande motivation hos familjen eller att ungdomarna placerades utanför hemmet på grund av att problemen ökat. Ett annat exempel är den svenska studien av Funktionell Familjeterapi (Hansson et al. 2000) där alla familjer utom en fullföljde behandlingen (n=49). Ytterligare ett exempel är en lokal aktstudie där det framkom att 60 procent av de 75 ungdomar som ingick i studien och som erhållit kontaktpersonsinsats avslutade insatsen oplanerat (Teng 2010). Slutligen visar en uppföljning av en öppenvårdsformen mellanvård från början av 1990-talet att 32 procent av de 157 ungdomar som ingick i studien avbröt insatsen i förtid (Sundell et al 2000).

Variationen när det gäller avhopp från öppenvårdsinsatserna som beskrivs ovan är således relativt stor. En förklaring kan vara att de studier som rapporterat lägst andel avhopp från insatserna inte omfattade reguljär verksamhet utan resultat från effectiveness studier som förvisso genomförts i reguljär praktik men där interventionen implementerats i samband med forskningen vilket vanligen innebär att programtrohet och kontroll är högre än i reguljär verksamhet utan forskningsanknytning. En annan förklaring kan vara att MST och FFT är riktade till hela familjen. Det är i stort sett okänt huruvida det finns metoder som är bättre än andra när det gäller att hålla kvar ungdomar med beteendeproblem i behandling. Svenska sammanställningar av forskning när det gäller alkohol- och narkotikabehandling har dock visat att insatser som är riktade till hela familjen har bättre resultat än andra behandlingar när det gäller att få klienter att fullfölja planerade insatser (SBU 2001).

Forskning om behandlingssammanbrott inom dygnsvården har kunnat visa på samband mellan avhopp och tyngre problematik vilket inte bekräftas i den aktuella studien av ART inom öppenvården, där det inte gick att se några samband mellan någon av bakgrundsvariablerna och avhopp från ART. Inte heller i de svenska studierna av MST och mellanvård fanns det något samband mellan avhopp och problemnivå (Andrée Löfholm, Olsson,

Sundell & Hansson, 2009; Sundell et al 2000). Skillnaden mellan sluten- och öppenvården i det hänseendet kan bero på att det rör sig om delvis olika urval och att de placerade ungdomarna generellt har en större problemsamling vilket kan underlätta möjligheterna att avläsa skillnader.

## Resultatens generaliserbarhet

Studier av etablerade program som används i socialtjänstens reguljära verksamhet är relativt ovanliga. Den här studiens främsta värde ligger i att det rör sig om just en sådan studie.

Som tidigare nämnts har det endast genomförts ett fåtal studier med individdata inom socialtjänstens öppenvård, och i de studier som gjorts varierar datainsamlingsmetoder och uppföljningstider mellan studierna. Detta försvårar diskussionen om den aktuella undersökningsgruppen representativet i förhållande till både unga som får insatser generellt inom socialtjänstens öppenvård och till dem som genomgår ART-träning. Möjligheterna att generalisera påverkas också av att gruppen unga med beteendeproblem inom socialtjänsten är heterogen och att problemnivåerna varierar inom gruppen (t ex Ahlgren 2007; Ginner-Hau & Smedler 2009). Det är också viktigt att komma ihåg att den ART-verksamhet som bedrevs i de sex kommuner som deltog i studien inte nödvändigtvis är representativ för övriga kommuner i landet. Det rörde sig exempelvis bara om kommuner i storstadsregioner. Några försiktiga jämförelser är dock möjliga att göra.

I princip samtliga ungdomar i ART-gruppen hade enligt självrapporterade uppgifter begått brott de senaste sex månaderna. Den uppgiften talar för att den aktuella gruppen unga tillhör den stora grupp som utgör majoriteten av svensk barn- och ungdomsvård, nämligen unga med beteendeproblem som till exempel kriminalitet (Socialstyrelsen 2011). Det som framkommer i studien överensstämmer också dels med vad som framkom i arbetet med den studie som beskrivs i kapitel 7 och av de båda kartläggningarna som beskrivs i kapitel 5, det vill säga att det framförallt är unga kriminella pojkar utan missbruksproblematik som remitteras till ART-träning. Sammantaget talar resultaten för att undersökningsgruppen dels förefaller tillhöra den dominerande gruppen inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård, och dels kan sägas representera den grupp som genomgår ART-träning i socialtjänstens öppenvård.

## Avslutning

Ungdomarna i studien visade sig vara en brottsaktiv grupp även om variationen var stor när det gäller allvarlighetsgrad. Det skulle kunna tala för att det som går under namnet ART mer eller mindre används som en slags standardinsats för unga som begår brott. Den ursprungliga målgruppen för ART

är inte utförligt beskriven och metoden används för en mycket bred grupp barn, unga och vuxna- i en rad olika miljöer. Vad som framkommer i ART-litteraturen är dock att metoden bör användas för individer som har substantiella brister när det gäller sociala färdigheter, ilskekontroll och moralisk kapacitet och att dessa brister uttrycker sig i till exempel aggressivitet och kriminalitet. Hela förändringsteorin kring ART bygger på antagandet att bristande sociala färdigheter, ilskekontroll och moral ökar risken för antisocialt beteende och att förbättringar inom samma områden leder till minskning av samma beteende.

De flesta av ungdomarna i undersökningsgruppen självrapporterade brottslighet och tre av fyra hade begått våldsbrott, i många fall flera, de senaste sex månaderna. Självrapporteringen när det gäller sociala färdigheter (inklusive empatisk förmåga och ilskekontroll) antyder dock att ungdomarna inte har brister i de ovan beskrivna färdigheterna. Det innebär att ungdomarna förefaller tillhöra rätt målgrupp såtillvida att de begår brott men att förutsättningarna för förändringsteorin som ART bygger på inte finns hos den här gruppen. I likhet med många andra sociala interventioner visade sig andelen som inte fullföljde ART-programmet vara relativt hög och drygt var tredje fullföljde inte träningen som planerat. Avhopp från behandling har i andra sammanhang ofta visat sig handla om negativ selektion, det vill säga att de klienter som har de allvarligaste problemen är de som inte fullföljer. Någon sådan koppling gick dock inte att se i den här studien.

## Kapitel 7 – Två försök att utvärdera ART inom svensk reguljär ungdomsvård

Att genomföra en randomiserad kontrollerad studie är komplicerat och resurskrävande. Ofta kräver genomförandet avsteg från den ursprungliga designen eller i värsta fall att studien avbryts, till exempel beroende på svårigheter med rekryteringen av deltagare till studien. Studier som avbryts blir sällan publicerade och därmed stannar kunskapen och erfarenheterna från dessa studier hos forskarna som försökt genomföra dem (Kasenda, von Elm, You, Blumle, Tomonaga, Sacciloto et al 2014). ART-projektet utgjorde ett försök att med hjälp av experimentella metoder utvärdera ART inom reguljär öppen- och slutenvård i Sverige. Utgångspunkten var att ART redan var en spridd metod men att det saknades effektstudier genomförda i en svensk kontext. Som en del av projektet planerades för två effektstudier; en randomiserad kontrollerad studie inom socialtjänstens öppenvård och en icke-randomiserad kontrollerad studie inom den slutna tvångsvården (SiS). Den förstnämnda studien avbröts innan datainsamlingen påbörjades, bland annat eftersom det inte fanns förutsättningar för att rekrytera tillräckligt många studiedeltagare. Datainsamlingen till SiS-studien genomfördes men det visade sig efterhand att programtroheten när det gäller ART var så låg på de institutioner som ingick i studien att det inte skulle vara möjligt att uttala sig om effekterna av ART och därmed beslutades att även den studien skulle läggas ner.

I det här kapitlet kommer de båda försöken att utvärdera ART att beskrivas och diskuteras. Syftet är att med studierna som exempel diskutera några av de praktiska och principiella problem som är förknippade med att genomföra effektstudier i vardagspraktiken, framförallt studier av redan etablerade metoder som inte implementeras i samband med forskning/utvärdering. Följande frågeställningar undersöks i kapitlet: vilka tänkbara faktorer påverkade de aktuella studiernas genomförbarhet och vad skiljer de studier som används som exempel i avhandlingen från liknade svenska studier som varit möjliga att genomföra?

Kapitlet inleds med separata beskrivningar av studiernas design och planering av genomförande. Öppenvårdsstudien kommer att beskrivas mer i detalj eftersom förberedelsearbetet i samband med den var mer omfattande än när det gäller SiS-studien som helt och hållet genomfördes i pågående reguljär verksamhet. Beskrivningarna bygger på protokoll och anteckningar

från möten samt annan dokumentation såsom projektplan och ansökan till etikprövningsnämnden (Utvärdering av preventionsprogrammet Aggression Replacement Training (ART) i Sverige, projektplan, internt dokument från Stockholms stads FoU-enhet, 2006; Ansökan om etikprövning för projektet Utvärdering av preventionsprogrammet Aggression Replacement Training (ART) i Sverige 2006/ 5:5) Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion kring erfarenheterna samt jämförelser med andra effektstudier som varit möjliga att genomföra.

## Öppenvårdsstudien

Studien designades som en randomiserad kontrollerad studie där tanken var att slumpa ungdomar mellan insatsen ART och en utvidgad form av kontaktmannaskap. Den skulle därmed också kunna tillföra värdefull kunskap om insatsen kontaktperson-/familj som inte utvärderats i någon kontrollerad studie i Sverige. Båda insatsformerna har dock följts upp i registerstudier som visat att risken för placering i dygnsvård eller för en negativ utveckling på lång sikt inte förefaller minska hos de barn som haft kontaktperson-/familj jämfört med matchade barn som inte haft insatsen (Brännström et al 2013). Datasamlingen planerades bestå av strukturerade intervjuer med ungdomar och föräldrar med en förväntning i anslutning till att insatsen påbörjades och en eftermätning 12 månader efter beslut om insats. Den huvudsakliga frågeställningen var hur ungdomar som genomgått ART-träning utvecklas med avseende på normbrytande beteende såsom utagerande och kriminalitet jämfört med dem som fått insatsen kontaktperson. Datasamlingen planerades även innehålla information om bakgrundsvariabler som t ex riskfaktorer i uppväxtmiljön samt data om programtrohet.

Tänkta deltagare i studien var ungdomar mellan 13 och 18 år som uppfyllde diagnoskriterierna för den psykiatriska diagnosen Conduct Disorder (DSM-I-TR 2000). Conduct Disorder (CD) beskriver problematik som är frekvent hos barn och ungdomar inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård, det vill säga ett normbrytande beteende/en allvarlig beteendestörning som präglas av bland annat aggressivitet, kriminalitet, bristande social anpassning och antisocialt beteende (Olsson 2006). CD antogs vara ett tillfredsställande sätt ringa in den målgrupp som ART riktar sig till och den grupp av unga som studiens frågeställningar berörde. Någon diagnos i klinisk mening skulle inte fastställas utan kriterierna i CD var endast tänkta som ett underlag för inklusion till studien. Ungdomarna skulle också vara utredda enligt socialtjänstlagen och ett formellt beslut om öppenvårdsinsats skulle finnas.

Inklusionsperioden var tänkt till ett år och målsättningen var att inkludera runt 200 individer. Beräkningen gjordes utifrån hur många ungdomar det är som årligen får öppenvårdsinsatser i Sverige och inte utifrån hur många som

får ART årligen i en kommun. Den kunskapen fanns inte då studien som redovisas i kapitel 5 ännu inte var genomförd. Proceduren för inkluderingen av ungdomar till studien planerades gå till så att socialsekreterarna i de berörda verksamheterna genomförde en första bedömning av om ungdomar som var aktuella för öppenvårdsinsats uppfyllde inklusionskriterierna. Att rekrytera ungdomar till studien var således initialt socialsekreterarnas ansvar. Den slutliga bedömningen skulle dock göras av forskningsassistenten som avgjorde om ungdomen var lämplig att ingå i utvärderingen. För att underlätta bedömningen utformades ett formulär som socialsekreterarna skulle använda. Ungdomar som motsvarade inklusionskriterierna samt deras föräldrar skulle sedan kontaktas av forskningsassistenten för att tillfrågas om medverkan och få information om utvärderingen. Om familjen accepterade att medverka var tanken att genomföra för-mätningen så snart som möjligt och därefter slumpa ungdomar mellan de olika insatsalternativen.

Studien var ett projekt inom Stockholms stads FoU-enhet och det första steget var att kartlägga i vilken omfattning ART användes i Stockholms stads stadsdelar samt påbörja studien i liten skala i de stadsdelar som var intresserade av att vara med. Kontakt togs med socialtjänsten vid samtliga 18 stadsdelar och det framkom att åtta hade någon form av ART-verksamhet i egen regi. Mellan april och juni år 2005 genomfördes möten med representanter från samtliga dessa stadsdelar. Syftet var, förutom att marknadsföra studien, att studera hur ART-programmen i stadsdelarna var utformade, vilken målgruppen var, hur många ungdomar per år som remitterades till ART och hur verksamheten var organiserad. Det var från början uppenbart att rekryteringsunderlaget var för litet inom Stockholms stad och arbetet med att försöka rekrytera fler kommuner pågick parallellt.

Det visade sig att ingen av stadsdelarna erbjöd ART-träning enligt den ursprungliga manualen (Goldstein et al 1987), och att de lokala variationerna var stora. Det framkom också att det heller inte fanns någon målsättning hos stadsdelarna att arbeta med ART enligt manualen. Skälen till detta var dels av resurskaraktär då det skulle innebära en utökning av verksamheten som det inte fanns ekonomi för, och dels klientgruppens bristande motivation vilket uppgavs vara ett vanligt problem. Ytterligare skäl som uppgavs av ART-verksamheterna handlade om själva programmet och framförallt rörde det sig om betänkligheter kring att använda moralkomponenten.

Ingen av stadsdelarna hade implementerat ART på ett systematiskt sätt. Verksamheten utgjordes oftast av en eller ett par personer som utbildat sig till ART-tränare och som då och då hade ungdomar, individuellt eller i grupp, i ART-träning. Intrycket var att verksamheten till stora delar byggde på ART-tränarnas egna engagemang och tilltro till metoden. I tre av stadsdelarna drevs ART-verksamheten i projektform med stöd av externa medel. Resterande tillhörde den reguljära verksamheten. Endast två stadsdelar hade ART-tränare med särskild tid avsatt för ART-verksamheten. De som hade ART-utbildning utformade och genomförde träningen vid behov på uppdrag

av utredningsenheten, som en del av det övriga utbudet som fanns på öppenvårdsenheten. Behandlarna på öppenvårdsenheten hade vanligen en rad utbildningar som till exempel i någon av samtalsmetoderna Motiverande samtal (Miller & Rollnick 1991), Bekymringssamtal (Bergström 2009) och/eller familjebehandlingen Multisystemisk terapi (Henggeler, Melton & Smith 1992).

Tillströmningen av ungdomar till träningen varierade. Två av stadsdelarna hade föregående år haft runt 20 ungdomar i ART-träning. Ingen av de övriga verksamheterna fler än 10 ungdomar per år. Tre av de åtta stadsdelarna hade ett strukturerat dokumenterat program som de använde återkommande. Övriga anpassade ART-träningen efter socialsekreterarnas bedömning av klientens behov, framförallt när det gällde intensitet. Tio gånger ilskekontroll återkom som exempel på ett vanligt sätt att utforma det som gick under namnet ART i stadsdelarna. Bara två av de åtta stadsdelarna erbjöd under våren 2005 ART-träning i grupp. Några hade tidigare gjort det, men hade negativa erfarenheter och ville inte riskera att föra samman för varandra okända ungdomar och därmed öka destruktiva kontaktytor. Fem av stadsdelarna hade valt att inte ha med moralkomponenten alls i ART-träningen. I de tre stadsdelar som hade fasta program bestod programmet av mellan 10 och 25 lektioner. I övriga stadsdelar varierade antalet gånger beroende på behov, vanligen mellan 10 och 15 lektioner. Trots att ingen av stadsdelarna erbjöd ett program i grupp som innehöll alla tre delar och var minst 30 lektioner, uppgav ART-tränarna att de i de allra flesta fall följde ART-manualen väl. En möjlig förklaring till det kan vara att frågan om programtrohet kan tolkas som att det framförallt handlar om huruvida man använder de tekniker som utgör basen i ART och att man till exempel tränar på just de sociala färdigheter som är beskrivna i manualen (McKleroy Galbraith J, Cummings B, Jones P, Gelaude, Carey 2006).

Sammanfattningsvis framkom under kartläggningsfasen att ingen av stadsdelarna använde alla tre modulerna. Framförallt valdes maldelen ofta bort. Det var också vanligare att genomföra ART-träningen individuellt än i grupp. Verksamheterna var små, både med avseende på tillströmningen av ungdomar och när det gäller personalresurser. Endast två av stadsdelarna hade särskild tid avsatt för ART och de flesta hade ingen återkommande struktur kring ART-träningen (t ex antal gånger, vad som ingår) utan den utformades efter socialsekreterarnas bedömning av ungdomarnas behov. Vad gäller målgruppen uppgav samtliga stadsdelar att träningen riktade sig till ungdomar med någon form av utagerande problematik som aggressivitet. Flera uttryckte att gruppen generellt var problemtyngd men att variationen var stor.

Som tidigare nämnts var det inte aktuellt för verksamheterna att börja erbjuda ART-träning som helt och hållet följde den ursprungliga manualen. Men för att det inte skulle finnas grundläggande skillnader mellan ART-verksamheterna som skulle ingå i studien och för att resultaten skulle vara

generaliserbara var det nödvändigt att programmen inte skiljde sig åt alltför mycket och låg så nära ART-manualen som möjligt. De stadsdelar som kunde tänka sig att delta i studien gick därför med på att utforma programmen enligt de kriterier som beskrivs i kapitel 5: samtliga tre moduler (social färdighetsträning, ilskek kontroll och moralträning) skulle ingå, programmet vara minst 20 lektioner, rollspel användas, sociala färdigheter systematiskt förstärkas och motiveras samt metoder för generalisering och vidmakthållande i den unges naturliga miljö användas (t ex hemuppgifter samt att föräldrar involveras och utbildas).

## Centrala frågeställningar i förberedelserna av studien

Ett centralt tema i diskussionerna med stadsdelarna var huruvida kontaktperson var en lämplig insats för kontrollgruppen. De flesta ansåg att målgrupperna för insatserna ART och kontaktperson överlappade varandra och att det i stor utsträckning rörde sig om samma målgrupp, och därmed skulle det vara möjligt att slumpa ungdomar mellan de båda alternativen. Flera av stadsdelarna hade varit med i utvärderingen av Multisystemisk terapi (MST) där kontrollalternativet varit ”treatment as usual” (Andrée Löfholm 2010) och man kunde se fördelar med att ha två konkreta alternativ vid randomiseringen. En annan fråga som ägnades mycket tid åt var hur rekryteringen av kontaktpersoner skulle gå till. Ingen av stadsdelarna hade någon ”bank” av personer och det framkom att det ständigt var ett problem att hitta bra kontaktpersoner. För att skapa struktur kring det som var tänkt som kontrollgruppens behandling beslutades dessutom att de kontaktpersoner som hade ungdomar som ingick i studien skulle träffa dessa minst två timmar i veckan, vilket innebar ett större åtagande än vanligtvis. Ett förslag som diskuterades var om man skulle kunna skapa en gemensam pool för kontaktpersoner.

De stadsdelar som varit med i MST-utvärderingen visste att det krävdes mycket arbete kring inkluderingen och att hitta rätt ungdomar som uppfyllde inklusionskriterierna. Någon stadsdel ville ha en exakt siffra på hur många ungdomar varje stadsdel förväntades inkludera så att arbetet skulle bli överskådligt.

Att få besked från stadsdelarna angående medverkan i studien visade sig bli en långdragen process. Månaderna efter de initiala informationsmötena pågick löpande kontakt med stadsdelarna för att påminna, motivera och försöka hitta lösningar på olika frågor som dök upp. Slutligen tackade fem stadsdelar nej och tre ja. Det vanligaste skälet till att tacka nej var kravet på att utvidga ART-programmen till en något mer programtrogen variant, men också resursfrågor, som sparkrav eller tjänster som eventuellt skulle försvinna, angavs som skäl. Några stadsdelar tvekade när det gällde vilka metoder som man skulle satsa på i framtiden; andra metoder skulle eventuellt prioriteras och det sades att färre ungdomar skulle remitteras till ART-träning. I den stadsdel där ART-verksamheten utgjordes av en person hann

verksamheten läggas ned. En av stadsdelarna som varit med i MST-utvärderingen sa nej av den anledningen. En viss ”forskningströtthet” hade infunnit sig och cheferna ville inte lägga ny börda på socialsekreterarna genom att börja prata om rekrytering och randomisering igen. Man befarade dessutom att det i princip skulle bli omöjligt att få tag på kontaktpersoner. Några stadsdelar deltog redan i andra studier och det fanns risk att datainsamlingarna skulle krocka och man tackade nej av den anledningen. Flera angav också skäl som hade med ungdomarnas motivation att göra och man ansåg inte att det var realistiskt att utforma ett program med 20 lektioner, eftersom det ansågs tillräckligt svårt att få ungdomarna att delta tio gånger.

Parallellt med arbetet med stadsdelarna i Stockholms stad pågick försök att rekrytera andra kommuner. Via kartläggningen som redovisats tidigare i avhandlingen fanns information om vilka kommuner som hade ART-verksamhet och dessa utgjorde rekryteringsbas. Av praktiska skäl kontakades främst kommuner i Stockholms län. E-post med information och förfrågan om deltagande skickades ut till socialtjänsten i samtliga kommuner i länet som uppgivit i kartläggningen att de erbjuder ART-träning i egen regi. Många tackade nej redan vid den första kontakten men fem kommuner var öppna för diskussion om medverkan. Från april 2005 till september 2006 genomfördes 16 möten med representanter från dessa kommuner. Samtliga kommuner tackade dock till slut nej till att vara med. I samtliga fall rörde det sig om att man inte hade möjlighet att utvidga ART-verksamheten eller i varje fall inte kunde garantera det. Liksom bland stadsdelarna i Stockholms stad fanns det snarare en oro/rykten om att ART-verksamheten skulle prioriteras ner. Två kommuner kunde inte tänka sig att använda moraldelen och var inte aktuella av den anledningen.

## Studien startar och läggs ner

Trots att bara tre stadsdelar i Stockholms stad tackade ja beslutades att göra ett försök att påbörja datainsamlingen och parallellt arbeta med att rekrytera fler kommuner. Inför inklusionsstarten hölls en rad möten med representanter (socialsekreterare, kontaktsekreterare, enhetschefer, ART-tränare) i de stadsdelar som tackat ja. Framförallt diskuterades proceduren för remitteringen av ungdomar till studien och hur man skulle få fram kontaktpersoner. Det var fortfarande inte helt klart att det verkligen skulle vara möjligt för stadsdelarna att utöka ART-verksamheten och börja arbeta med program enligt de minimikriterier som slagits fast. I det skedet skedde kontakten främst med ART-tränarna. De var entusiastiska inför projektet, ville utöka ART-verksamheten och drev på stadsdelarna att tacka ja till att vara med. Till slut fanns beslut och ART-tränarna i de tre stadsdelarna utformade och planerade för ART-program som uppfyllde minimi-kriterierna. Stadsdelarna planerade att genomföra varsin ART-grupp med start sent under våren och förhoppningen var att man då skulle ha inkluderat tillräckligt många ungdo-

mar för att få ihop en ungdomsgrupp på minst tre personer. För att den här planeringen skulle ha fungerat hade krävts att varje stadsdel mellan februari och maj rekryterat minst sex ungdomar till studien. I juni, fyra månader efter start, hade tre ungdomar från två stadsdelar inkluderats. Socialsekreterarna uppgav att både kraven på CD-kriterierna och de i mindre utsträckning individanpassade insatserna innebar att få ungdomar ansågs lämpliga. Ett annat skäl var att insatserna blivit för omfattande och intensiva. Gruppformatet försvårade logistiken och läget blev snabbt ohållbart eftersom ART-tränarna hade uppbokade tider för ART-träning men inga ungdomar till grupperna.

En av de större kommuner som projektet fört diskussioner med kring medverkan, tackade till slut ja till att delta i studien. Med tanke på att så många kommuner tackat nej ansågs det emellertid inte meningsfullt att fortsätta arbetet med att rekrytera fler. Parallellt med studien genomfördes den första kartläggningen (2006) som visade att programtroheten generellt var låg och att variationen var stor när det gäller hur ART-träningen var utformad. Det innebar att studiens resultat dessutom skulle bli svåra att generalisera till andra ART-verksamheter än just de som deltagit. Tillsammans med det faktum att det var svårare att rekrytera ungdomar än vad som beräknats, och att dessa svårigheter inte bedömdes vara av övergående karaktär, beslutades att studien skulle läggas ner.

## Institutionsstudien

I samband med planeringen av öppenvårdsstudien etablerades ett samarbete med Statens institutionsstyrelse (SiS) om att även genomföra en effektstudie av ART inom slutenvården. En kontrollerad icke-randomiserad effektstudie hade genomförts redan i samband med att ART implementerades inom SiS i slutet av 1990-talet (Holmqvist et al 2005). Studiens resultat visade inte några skillnader när det gäller registrerad brottslighet mellan de ungdomar som varit placerade på den institution som använde ART som metod och de som varit placerade på två kontrollinstitutioner. Utvärderingen beskrivs i slutrapporten som problematisk, för få ungdomar inkluderades och forskarna ifrågasatte programtroheten. När planeringen för den ART-studie som beskrivs i det här kapitlet startade 2006 hade det gått nästan 10 år sedan datainsamlingen till Holmqvists studie. Inom SiS hade man fortsatt arbetet med implementeringen av ART och nu fanns förhoppningen att metoden var tillräckligt väl implementerad för en effektstudie. ART användes av en rad institutioner inom SiS och för att förbättra möjligheterna att rekrytera tillräckligt många deltagare valdes fler institutioner ut för att delta i studien. Det var dock inte heller i det här fallet aktuellt med någon randomiserad studie, bland annat på grund av praktiska frågor som platstillgång och målsättningen att ungdomarna alltid bör placeras så geografiskt nära ursprungshemmet som möjligt.

Det huvudsakliga syftet med studien var att med hjälp av en kvasiexperimentell design undersöka om ungdomar som varit placerade på institutioner som använde ART som metod, i lägre utsträckning återföll i registrerad brottslighet än ungdomar från institutioner som använde andra metoder. En före- och eftermätning när det gäller sociala färdigheter och ilskekontroll ingick också i designen. Utfallsmått var bland annat sociala färdigheter och ilskekontroll. Information angående de strukturerade insatser som ART- och kontrollgruppen deltog i samlades in på individnivå via SiS journalsystem i efterhand.

Fem institutioner valdes ursprungligen ut av SiS för att delta i studien, två som använde ART som en del av institutionens behandlingsutbud och tre som inte gjorde det. En av kontrollinstitutionerna valde att hoppa av strax efter att inklusionen inletts. En annan av kontrollinstitutionerna valde vid ungefär samma tidpunkt att börja arbeta med ART. Då återstod fyra institutioner: tre som hade ART som en del av behandlingen och en institution som inte hade det. Slutligen deltog sex avdelningar från fyra institutioner: fyra ART-avdelningar och två kontrollavdelningar. Samtliga ungdomar som fyllt 15 år och som skrevs in på någon av avdelningarna utgjorde målgrupp för studien. Ungdomar med kort vårdtid uteslöts och detsamma gällde ungdomar med planerad vårdtid på över ett år.

Enligt de uppskattningar som gjordes i förväg, baserade på statistik från de ungdomshem som ingick i undersökningen, förväntades 150 till 200 ungdomar inkluderas på ett år. Inkluderingen påbörjades 2006 och planerades pågå under ett år. En övre tidsgräns när det gäller hur lång den förväntade vårdtiden var (max ett år), togs tidigt bort eftersom det snabbt blev klart att tillströmningen var dålig. Detta berodde inte på att det var färre ungdomar än beräknat som placerades. Särskilda kontaktpersoner på ungdomshemmen ansvarade för remitteringen och först när en nyinskriven ungdom tillfrågats av denne och sagt ja till att delta i studien kontaktades forskningsassistenten. Hur remitteringen skulle gå till hade diskuterats med SiS vid en rad tillfällen. Av sekretesskäl ansåg SiS att det inte var möjligt att ge forskningsassistenten tillgång till information om nyinskrivningar vid de deltagande institutionerna via SiS administrativa system. Trots regelbundna påminnelser blev de flesta ungdomar som skrevs in under inklusions-perioden aldrig tillfrågade om att delta i studien. Den planerade inklusions-perioden förlängdes med två år och avslutades 2009. Då hade 93 ungdomar från fyra institutioner inkluderats i studien: 15 från kontrollinstitutionen och 78 från ART-institutionerna. En genomgång av journaler och annan dokumentation i journalsystemet visade dock att de flesta av ungdomarna som påbörjat ART på någon av ART-institutionerna inte genomgått ett helt program. De flesta hade bara deltagit i ett fåtal ART-lektioner och somliga hade inte varit med på några lektioner alls. Bara 18 ungdomar hade deltagit i fler än 20 ART-lektioner under sin placeringstid och 19 av ungdomarna placerade på ART-institution hade inte

deltagit i några sådana lektioner alls. Att gruppera och jämföra ungdomarna utifrån om de varit placerade på en ART-institution var därmed inte relevant.

Ett alternativ hade i det läget varit att jämföra utfall utifrån antal gånger ART, det vill säga en form av dos-responsanalys. Detta hade dock krävt en undersökningsgrupp på långt fler än 93 individer. Den aktuella gruppen var dessutom skevt fördelad mellan ART- och kontrollgrupp. Därtill framgick av ungdomarnas journaler att de inte deltog i strukturerad behandling i någon större utsträckning varken på ART- eller kontrollinstitutionerna. I genomsnitt hade ungdomarna på en ART- institution en ART-lektion varannan vecka under hela sin placeringstid (se tabell 1). När det gäller övrig strukturerad behandling var det genomsnittliga antalet tillfällen per vecka något högre men med en påtaglig variation mellan institutionerna. Uppskattningsvis varierade ett tillfälle mellan 30 och 60 minuter. De två avdelningar som bedrev missbruksbehandling (institution 2 och 4) genomförde högst antal strukturerade behandlingstillfällen per vecka. Mot bakgrund av detta blev det orimligt att publicera några utvärderingsresultat från studien.

**Tabell 1. Antal tillfällen ART samt övrigt strukturerat behandlingsarbete i genomsnitt per vecka.**

Avdelning	Antal ungdomar	Antal ART-lektioner	Andra behandlingsinsatser, antal tillfällen
Avdelning 1 – ART	34	m= 0,5	m= 0,02
Avdelning 2 – ART	10	m= 0,2	m= 2,8
Avdelning 3 – ART	17	m= 0,3	m= 0,2
Avdelning 4 – ART	15	m= 0,8	m= 2,4
Avdelning 5 – kontroll	9		m= 0,2
Avdelning 6 – kontroll	8		m= 0,3
Totalt	93	m= 0,5	m= 1,0

## Diskussion

Resten av det här kapitlet kommer att ägnas åt att diskutera några av skälen till att studierna som beskrivits inte gick att genomföra samt vad erfarenheterna kan säga generellt när det gäller att genomföra experimentella utvärderingar av behandlingsprogram inom ungdomsvården i Sverige. Fokus kommer att vara på frågor kring rekrytering av studiedeltagare och betydelsen av

programtrohet. Jämförelser med svenska studier som varit möjliga att genomföra kommer att göras.

## Faktorer som påverkar rekrytering av studiedeltagare

Rekrytering av studiedeltagare till effektutvärderingar är ofta förknippat med problem vilket illustreras i de båda studier som beskrivs i kapitlet. Förklaringar till svårigheterna kan röra sig om faktorer som har att göra med metoden som ska utvärderas, målgruppen och/eller verksamhetens organisation.

### **Professionellas incitament att rekrytera studiedeltagare**

Om ansvaret för rekryteringen av studiedeltagare åläggs de professionella som arbetar nära klienterna bör man som forskare vara medveten om att många faktorer påverkar benägenheten att arbeta med rekryteringen och det finns en risk att de professionella blir bromsklossar istället för ambassadörer för studien (Bodin 2012). Om det är en randomiserad studie innebär detta förmodligen mer och det kan vara besvärligt och krävande i en redan hårt pressad arbetssituation. I de flesta effektstudier implementeras metoden från början i samband med forskning/utvärdering, vilket kan fungera som ett incitament att rekrytera studiedeltagare. Tilltron till nya metoder är ofta stor bland yrkesverksamma och förhoppningarna kan fungera som drivkraft till att lägga ner den extra tid som krävs för att arbeta med rekryteringen. Entusiasmen inför den nya metoden kan dock också medföra en övertro som innebär att professionella inte erbjuder presumtiva studiedeltagare medverkan i studien om de riskerar att slumpas till ”treatment-as-usual”. Det är en erfarenhet som bekräftas i den svenska studien av familjehemsbehandlingen MTFC där rekryteringsproblemen resulterade i att forskarna ändrade studiens design. Till en början genomfördes randomiseringen på kommunnivå. Tilltron till MTFC som metod var stor och när en ungdom från en kommun lottats till MTFC en gång minskade intresset hos kommunen eftersom sannolikheten minskat för att nästa ungdom man rekryterade skulle slumpas till MTFC. Designen ändrades av den anledningen och centraliserades till en pott (Kyhle Westermarck 2009). Trots detta rekryterades bara 35 ungdomar under de två år som studien pågick. Den svaga tillströmningen kan förmodligen framförallt förklaras av att rekryteringsytan var liten från början (en institution) och att tillströmningen av ungdomar var begränsad (personlig kontakt med Pia Kyhle Westermarck per mail 2013-01-08).

I den aktuella öppenvårdsstudien av ART var det socialsekreterare som hade till uppgift att hitta studiedeltagare. Enligt proceduren skulle socialsekreterarna ta kontakt med forskningsassistenten när en ungdom uppfyllde inklusionskriterierna och därmed var möjlig för öppenvårdsinsats ART/kontaktperson. Ingenting framkom i arbetet med studien som talar för att socialsekreterarna ville försäkra sig om att vissa ungdomar skulle få den ena eller det andra insatsen eller att det rörde sig om så kallad gatekeeping (t

ex Sallnäs et al 2010), det vill säga att socialsekreterarna av någon anledning aktivt undanhöll ungdomar från forskningen. Istället blev både ART och kontaktperson mindre attraktiva som insatser i och med forskningens krav på programtrohet och struktur. Även om det största problemet när det gäller rekryteringen var att det inte gick att individanpassa insatserna i samma utsträckning som tidigare tyckte socialsekreterarna i ART-studien också att det var svårt att hantera CD-kriterierna. Liknande erfarenheter framkom i MST-studien (personlig kontakt med Cecilia Andréé Löfholm via mail 2013-01-08). Socialsekreterarna i båda studierna upplevde att det var få ungdomar som passade in på kriterierna. Med tanke på att de är relativt vida och beskriver den typen av beteendeproblem som utmärker den största klientgruppen inom den sociala barn-och ungdomsvården (Olsson 2006) kan det tyckas märkligt. Även om ingen klinisk diagnos skulle ställas kan en förklaring vara att socialarbetare inte är vana att tänka så snävt som det ändå innebär när man prickar av beteenden i ett formulär. Att se klienten som tillhörande en grupp med så avgränsade problem överensstämmer på många sätt inte med det traditionella sättet att se på klienter i socialt arbete (t ex Sjöblom & Wiklund 2012).

Det var överenskommet att stadsdelarna skulle få 1 000 kronor till fortbildning för varje ungdom de remitterade till studien. Den belöningen tillsammans med en allmänt välvillig inställning till forskning är förmodligen inte tillräckliga incitament vare sig för enskilda hårt arbetsbelastade socialsekreterare att avsätta extra tid för att rekrytera ungdomar eller för kommuner att tacka ja till att vara med i studier.

Enligt de uppskattningar som gjordes i förväg när det gäller SiS-studien förväntades 150 till 200 ungdomar inkluderas på ett år. Det ursprungliga inklusionskriteriet att ungdomen skulle ha en planerad placeringstid på max ett år togs tidigt bort eftersom det snabbt blev klart att tillströmningen till studien var dålig. Särskilda kontaktpersoner (avdelningsföreståndare) på ungdomshemmen ansvarade för remitteringen och först när en nyinskriven ungdom tillfrågats och sagt ja till att delta i studien kontaktades forskningsassistenten. Trots att mycket arbete lades ner på att påminna avdelningsföreståndarna blev de flesta ungdomar som skrevs in på avdelningarna under inklusionsperioden aldrig tillfrågade om att delta i studien. Den planerade perioden förlängdes med två år men trots detta inkluderades bara 93 ungdomar vilket är långt under det totala antal som skrevs in. Det är viktigt att poängtera att det inte heller i det här fallet uppfattades som att kontaktpersonerna var ointresserade, omotiverade eller motvilliga till de arbetsuppgifter de tilldelades i projektet. Den låga rekryteringstakten säger förmodligen mer om det realistiska i genomförandeplanen och behovet av mer förankring och starkare incitament, än om de kontaktpersoner som fick i uppgift att ansvara för remitteringen. Liknande problem med rekrytering framkom som tidigare nämnt i Holmqvists och hans kollegors (2005) utvärdering av ART inom SiS.

Ett annat exempel på en studie som tvingades ändra forskningsdesign på grund av inklusionstakten är utvärderingen av Multifunc, en institutionsbehandling som implementerats inom SiS (Socialstyrelsen 2010). Försöket att randomisera ungdomar mellan Multifunc avdelningar och ”treatment-as-usual” avbröts efter 12 månader då man bara hade inkluderat ett fåtal ungdomar. Ett av skälen till att randomiseringen inte fungerade var att SiS placeringsprinciper gjorde det möjligt för kommunerna att placera på Multifunc-avdelningar utan att ungdomen var med i studien vilket innebar att det inte fanns något incitament, till exempel tillgång till ny metod, för kommunerna till att delta i studien. Forskningen var därmed utelämnad till kommunernas goda vilja att medverka i utvärderingen. Även i det här fallet rörde det sig dessutom från början om en från början liten rekryteringsyta (två Multifunc-avdelningar) (personlig kontakt med Kerstin Söderholm Carpelan per mail 2013-03-14).

I öppenvårdsstudien av familjebehandlingen MST (Andrée Löfholm et al 2009) var den första delen av rekryteringsprocessen delegerad till socialsekreterarna. Rekryteringen var förknippad med svårigheter på flera nivåer. Det fanns bland annat ett visst motstånd hos socialsekreterarna inför själva randomiseringen. Utvärderingen krävde de facto att socialsekreterarna använde ett nytt sätt att se på arbetet vilket gjorde att många socialsekreterare kände sig osäkra. Rekryteringen innebar också en hel del extraarbete för socialsekreterarna, dels genom att de behövde ta hänsyn till forskningens inklusionskriterier, och dels genom att behöva ha särskilda ärendegenomgångar och leta lämpliga deltagare till forskningen. Det blev också flera extra moment i handläggningen, t ex ett extra möte med familjen för att presentera studien (personlig kommunikation med Cecilia Andrée Löfholm via mail 2013-01-03). Trots svårigheterna uppnådde MST-studien sitt rekryteringsmål (N=156). En rimlig förklaring är att kommunerna som ingick i studien fick projektmedel i samband med forskningen för att starta MST-team, rekrytera personal och implementera metoden. När MST-teamen startat verksamheten var det bara möjligt att remittera familjer till behandlingen om familjerna tackat ja till att ingå i studien. Kommunerna fick alltså inte bara tillgång till en ny metod, de fick den dessutom till stora delar gratis. Förutsättningen var dock att kommunerna såg till att studiedeltagare rekryterades. MST-studien som i huvudsak finansierades av Socialdepartementet och Socialstyrelsen är i särklass den största svenska utvärderingen av en socialtjänstinsats, både när det gäller kostnad och organisation. Projektet som pågick under sju år hade representanter på många nivåer, 27 kommuner/stadsdelar utgjorde underlag i studien och tre av forskarteamets assistenter arbetade med inklusionen (ibid).

Oavsett vad problemen med rekrytering beror på tyder erfarenheter på att forskare helst bör behålla kontrollen över rekryteringen och delegera endast när det är absolut nödvändigt. Många gånger leder den höga arbetsbelastning som präglar mycket av socialtjänsten till att allt extra arbete prioriteras bort: ”utvärderingen är primär för forskaren, men bara en av många prioriteter för

den professionelle” (s. 235, Bodin 2012). När det direkta rekryteringsarbetet ska bedrivas av professionella bör mycket forskartid avsättas för koordinat- ion, regelbunden kontakt och kontinuerlig uppföljning av rekryteringsar- betet. I MST-studien ägnade de tre forskningsassistenterna till exempel, lågt räknat, fem timmar var i veckan på att ha personlig kontakt med socialsekre- terare för att motivera, påminna och återkoppla (personlig kontakt med Ceci- lia Andrée Löfholm via mail 2013-02-05).

Erfarenheter har visat att interventionens innehåll, format och omfattning kan påverka rekryteringen av studiedeltagare (Bodin 2012), vilket ART- studierna är ett exempel på. När kravet på programtrohet i öppenvårdsstu- dien ökade och insatsen blev mer lik ART enligt den ursprungliga manualen, upplevde socialsekreterarna att få ungdomar passade för insatsen och det påverkade både rekryteringen av studiedeltagare och kommuner negativt. Många gånger uppgav stadsdelarna organisatoriska skäl till att man inte var programtrogen men det kunde också röra sig om medvetna modifieringar av programmet. Framförallt förekom det att ART-verksamheterna valde bort moralkomponenten. Det största problemet när det gäller öppenvårdsstudien var dock att det inte gick att individanpassa insatserna i samma utsträckning som tidigare och socialsekreterarna upplevde att insatserna blivit för omfat- tande med tanke på ungdomarnas bristande motivation. Eftersom erfarenhet- en visade att det var svårt att få ungdomarna att fullfölja även mindre omfat- tande insatser i öppenvård. När det gäller SiS-studien var ART en del av den reguljära verksamheten och arbetet med programmet pågick precis som van- ligt utan påverkan från forskningen, så när det gäller den studien går svårig- heterna med att rekrytera ungdomar inte att härleda till att vare sig innehållet i programmet eller omfattningen förändrats i och med studien.

## Programtrohetens betydelse för utvärderingars genomförande

För att kunna uttala sig om effekter när det gäller enskilda metoder är det centralt för forskarna att ha kontroll över programtroheten, det vill säga att metoden verkligen utförs på det sätt som det är tänkt (Mihalic et al 2004; Gotham 2006). Till exempel Royse et al (2006) kallar i boken 'Program Evaluation - An introduction', bristande programtrohet för det största hotet mot en utvärdering. Generellt sett har dock relativt lite uppmärksamhet äg- nats åt att beskriva och kontrollera programtrohet i experimentella studier, vilket konstateras bland annat i en genomgång av samtliga interventionsstu- dier publicerade i sex vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2000 och 2004 (Perepletchicova, Treat & Kazdin 2007).

De flesta interventioner utvärderas först av metodutvecklarna själva. Det är forskning som genomförs under optimala förhållanden, så kallade modell- utvärderingar, där målgruppen är väldefinierad och metoden implementeras och utövas under förhållanden som i hög grad skiljer sig åt från de vardag- liga villkor som kännetecknar klientarbete i praktiken (Flay et al 2005). I

dessa så kallade efficacy-studier renodlar man betingelserna och får därmed ut maximal effekt av en metod under ideala förhållanden. I så kallade effectiveness-studier studeras vilken effekt en behandlingsmodell har i 'real world practice'. Att kvaliteten på den behandling som äger rum kontrolleras är dock fortfarande avgörande för att forskarna ska kunna uttala sig om en enskild methods eventuella effekt och det är därför centralt att både i förväg och underhand kontrollera att metoden används med tillräcklig trohet till den ursprungliga manualen.

Studien av ART inom SiS som redovisas i det här kapitlet följde den reguljära pågående verksamheten på institutionerna. Ingen systematisk kontroll av hur metoden användes gjordes utan forskarna valde att förlita sig på övergripande information och försäkringar om att metoden nu användes på ett sätt som låg tillräckligt nära den ursprungliga manualen för att det skulle vara meningsfullt med en utvärdering. Att förlita sig på vad behandlingsverksamheter uppger att de gör är dock inte tillräckligt eftersom diskrepansen mellan vad man säger att man gör och vad man verkligen gör ofta är stor. När datainsamlingen var klar och dokumentation angående t ex antal lektioner per individ sammanställdes stod det klart att den grundläggande förutsättningen för en meningsfull utvärdering av metoden saknades eftersom ungdomarna i ART-gruppen inte hade fått ART-träning i en omfattning som ens låg i närheten av den ursprungliga manualen. Istället hade de allra flesta som påbörjat programmet bara deltagit i ett fåtal strölektioner utan synbar systematik.

Informationen om i vilken utsträckning ungdomarna deltagit i ART kom från deras akter och det finns alltid anledning att ifrågasätta tillförlitlighet hos aktdata (t ex Vinnerljung et al 2001). Det finns en risk att inte alla ART-lektioner dokumenterades, och att ungdomarna fått flera ART-lektioner än vad som fanns dokumenterat. Men mot bakgrund av att resultatet överensstämmer dels med den första studien av Sundbomodellen (Holmqvist et al 2005) och dels med SiS egna kartläggningar från 2011 och 2016 talar det mesta dock för att i så fall inte rör sig om något avgörande bortfall av lektioner i journalerna.

Sammanställningen av i vilken omfattning ungdomarna i SiS-studien deltagit i strukturerad behandling visar också att detta utgjorde en mycket liten del av tiden på institution (se tabell 1). Huvuddelen av tiden delen ägnades istället åt andra aktiviteter som t ex skola, träning och andra aktiviteter. Det är således inte strukturerad behandling som präglar 24/7-vården på institutionerna utan snarare den dagliga verksamheten. Det finns relativt lite forskning med ambition att beskriva behandlingsinnehållet på institutioner i Sverige. Undantag är till exempel Levin (1997) och Sallnäs (2000), vars studier visade att de studerade institutionerna i princip saknade strukturerat behandlingsinnehåll. Det senaste decenniet har det hänt mycket när det gäller utvecklingen av det strukturerade behandlingsinnehållet på institution (se t ex Andreassen 2003), men fortfarande visar studier att större delen av institut-

ionsvistelsen ägnas åt annat än strukturerad behandling (t ex Ahonen 2012). Utvärderingar av enskilda behandlingsprogram som utgör en mer eller mindre försumbar del av den verksamhet som ungdomarna tar del av under placeringstiden riskerar att snarare bli utvärderingar av verksamheter som helhet.

Förutom att det strukturerade behandlingsinnehållet förefaller ha låg intensitet i förhållande till annan schemalagd verksamhet på institutionerna tillkommer ytterligare faktorer när det gäller möjligheterna att med tillräcklig vetenskaplig precision genomföra studier som kan uttala sig om effekter när det gäller enskilda metoder. För det första vårdas ungdomarna huvudsakligen med tvång vilket sannolikt påverkar möjligheterna att tillgodogöra sig behandlingen. För det andra har forskning visat att det finns avsevärda risker med institutionsvård, där ungdomar samlas i grupp, avskilda från sin hemmiljö och därmed utsätts för möjlig negativ påverkan av varandra (Dishion et al 1999; Dodge et al 2006), samt att det många gånger saknas strategier för att motverka negativ kamratpåverkan (Ahonen 2012). Möjligheterna för relativt lågdoserade behandlingsprogram som t ex ART, att under de förutsättningarna påverka ungdomarna och att eventuella förändringar dessutom ska gå att avläsa i experimentella studier är sannolikt små. Detta styrks av att få studier, såväl i Sverige som internationellt, med tillräcklig vetenskaplig skärpa har kunnat peka ut enskilda metoder som fungerar bättre än andra i reguljär verksamhet (t ex SBU 2016).

### Litet förändringsfönster – låga förväntade effekter hos målgruppen

En annan grundförutsättning när det gäller att genomföra utvärderingar inom den slutna ungdomsvården är målgruppens problembild. Det är en problembelastad grupp generellt och data som samlades in i ART-studien som beskrivs i kapitlet överensstämmer med andra beskrivningar av SiS målgrupp (se kapitel 6). De flesta var dömda för brott varav drygt hälften för våldsbrott, drygt hälften hade tidigare varit placerade inom SiS eller i annan institutionsvård och runt hälften använde droger. Den grupp ungdomar som placeras inom SiS är dock inte bara problemtyngd, den är också heterogen och problemnivåerna varierar stort. All form av variation utgör ett hot mot en effektstudies validitet och påverkar den statistiska styrkan negativt (t ex Shadish et al 2002). Ju större heterogenitet när det gäller till exempel bakgrundsfaktorer desto mindre blir sannolikhet att man ska kunna upptäcka skillnader mellan en behandlingsgrupp och en jämförelsegrupp (Grisson & Kim 2012). För att öka möjligheterna att fastställa en statistisk säkerställd skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp bör målgruppen således vara tydligt definierad och så homogen som möjligt (Bodin 2012). Häri ligger en paradox när det gäller behandlingsforskning: för att uppnå tillfreds-

ställande intern validitet krävs en homogen målgrupp vilket ofrånkomligen innebär att den externa validiteten därmed minskar och resultaten blir mindre generaliserbara i och med att klientgruppen de facto i verkligheten, utanför den kontrollerade forskarmiljön, är heterogen.

Armeliuss & Armeliuss (1999) betonar betydelsen av att i första hand titta på verksamheternas behandlingseffekt generellt innan man jämför olika behandlingsinsatser. Verkar det ske någon positiv förändring efter placeringen? Om inte eller om förändringen bara är marginell är möjligheterna att kunna avläsa skillnader mellan olika behandlingsinsatser sannolikt mycket små. Den slutna tvångsvården för ungdomar är ständigt ifrågasatt och forskningen har hittills haft svårt att visa att den gör någon nytta för de placerade ungdomarna (t ex Andreassen 2003). När det gäller utfallsmåttet återfall i brott vet vi genom en rad tidigare studier och uppföljningar att mellan 60 och 70 procent av ungdomarna som varit placerade inom SiS återfaller i kriminalitet och ”förändringsfönstret” är därmed litet.

## Avslutning

I kapitlet har två försök att genomföra effektstudier av ART inom reguljär verksamhet beskrivits. Både inom öppenvården och inom SiS användes ART redan innan studierna påbörjades. Att genomföra effektstudier av behandlingsinsatser inom det sociala fältet är en komplicerad process som ofta kräver avsteg från den ursprungliga designen. Att försöka utvärdera ett redan etablerat program innebär en rad ytterligare komplicerande faktorer för forskarna att hantera. Samtidigt vet vi väldigt lite om problemen eftersom de inte är särskilt väl dokumenterade. Utvärderingar av etablerade program publiceras sällan i vetenskapliga tidskrifter utan tenderar att bli lokala uppföljningar och mer av ”inomhusprodukter”. Det finns inte något nyhetsvärde hos etablerade program och de väcker därför inte samma intresse, varken hos forskarvärlden eller hos praktiken, som nya program och de förhoppningar som är knutna till sådana (Rossi & Freeman 1993). I likhet med studier av etablerade program så publiceras sällan studier som avbryts. Kunskap och erfarenheter från dessa studier får därmed ingen spridning. Kartläggningar har visat att så många som var fjärde RCT-studie inom området hälsa avbryts (Kasenda et al 2014). Av etiska och inte minst ekonomiska skäl finns det anledning för forskarsamhället att i högre utsträckning än idag dokumentera, publicera och dra lärdom från studier som inte gått att genomföra.

Båda studierna som beskrivs i kapitlet planerades i början av 00-talet och bör betraktas som några av de tidigaste försöken att genomföra effektutvärderingar med experimentell design inom socialt arbete i Sverige. Det har hänt en del sedan dess, exempelvis utgörs fler avhandlingar inom beteendevetenskapliga fakulteter av effektstudier (se t ex Olsson & Sundell 2016). Runt 2005 hade knappt en handfull randomiserade effektstudier initierats

inom ungdomsvården i Sverige. Företeelsen var fortfarande mer eller mindre ny i en svensk kontext, både inom institutions- och öppenvården. Meningarna gick isär om huruvida det var möjligt eller ens meningsfullt att genomföra randomiserade kontrollerade studier inom socialtjänstens reguljära verksamhet. Från Socialstyrelsens sida var entusiasmen dock stor. År 2004 hade inklusionen till MST-studien startat och den sågs av Socialstyrelsen som ett exempel på att det föreföll vara möjligt att genomföra effektstudier inom socialtjänsten.

Det är närmare 30 år sedan ART utvecklades och över 20 år sedan metoden började användas i Sverige. När det gäller framtiden är det tveksamt om det, mot bakgrund av hur metoden används, är meningsfullt att initiera nya effektstudier av ART i reguljär verksamhet i Sverige. Om det inte är sannolikt att en studie uppnår rekryteringsmålet, att effektfrågan kan besvaras och att resultaten är hyggligt generaliserbara – då är det inte heller etiskt försvarbart att utsätta studiedeltagare för det intrång i den personliga sfären som det innebär att delta i en studie samt att lägga ytterligare arbetsbörda på redan hårt tidspressade socialarbetare.

## Kapitel 8 – Sammanfattande diskussion

Den här avhandlingen bygger på ett svenskt utvärderingsprojekt om det manualbaserade behandlingsprogrammet Aggression Replacement Training (ART). Syftet har varit att med ART som exempel beskriva och analysera hur ett manualbaserat program sprids och tillämpas inom socialtjänstens öppenvård samt att diskutera förutsättningarna för att genomföra effektstudier av manualbaserade program i reguljär öppen och sluten ungdomsvård i Sverige. Avhandlingens huvudresultat är att någonting som går under namnet ART har stor spridning inom socialtjänstens öppenvård. Det rör sig dock inte om en enhetlig metod utan snarare om en lågintensiv till viss del manualstyrd insats med grund i beteendeträning. Metoden förefaller mer eller mindre användas som en slags standardinsats för ungdomar med varierande grad av beteendeproblem. En rad svårigheter såsom bristande programtrohet och heterogen målgrupp är förknippade med att genomföra effektutvärderingar av ART i reguljär praktik. De utvärderingar av ART som hittills publicerats utgör inte ett tillräckligt underlag för att kunna uttala sig om metodens effekter (Brännström et al 2016, se appendix).

I det här avslutande kapitlet sammanfattas resultaten från de studier som ingår i avhandlingen. Den systematiska översikt av ART som bifogas i appendix ägnas något större utrymme än övriga delstudier som redogjorts för tidigare. Avhandlingen avslutas med sammanfattande reflektioner och förslag på framtida forskning.

### Sammanfattning av delstudiernas resultat

Efter över 20 år i Sverige förefaller ART ha blivit en etablerad insats inom socialtjänstens öppenvård. Det som går under samlingsnamnet ART ligger dock långt från den ursprungliga manualen och mycket talar för att den gemensamma etiketten inte representerar mer än en samling tekniker med grund i beteendemodifiering.

Ungdomar som remitteras till ART inom socialtjänstens öppenvård är en brottsaktiv grupp men variationen är stor när det gäller allvarlighetsgrad, vilket möjligen skulle kunna tala för att ART mer eller mindre används som en standardinsats för unga som begår brott oavsett problemtyngd. Ungdomarnas självrapportering när det gäller sociala färdigheter antyder att de inte har brister i de färdigheter som förväntas förändras i ART. Det innebär att

ungdomarna förefaller tillhöra rätt målgrupp såtillvida att de begår brott, men att förutsättningarna för förändringsteorin som ART bygger på inte finns hos den här gruppen. I likhet med många andra sociala interventioner visade sig andelen som inte fullföljde ART-programmet vara relativt hög och drygt var tredje ungdom fullföljde inte träningen som planerat.

Att genomföra effektstudier av behandlingsinsatser inom det sociala fältet är en komplicerad process som ofta kräver avsteg från den ursprungliga designen. Att försöka utvärdera ett redan etablerat program innebär en rad ytterligare komplicerande faktorer för forskarna att hantera. Bristande implementering med efterföljande låg programtrohet, små verksamheter och bred målgrupp är exempel på företeelser som står i vägen för genomförandet av studier som kan säga någonting om effekterna av ART i reguljär verksamhet. När det gäller institutionsvård tillkommer det faktum att inslagen av strukturerad behandling är försvinnande liten i jämförelse med övrig aktivitet som pågår på institutionerna och det blir därmed svårt att isolera betydelsen av en så lågintensiv insats som ett antal ART-lektioner.

Översikten av ART som bifogas i appendix (Brännström et al 2016) omfattar 16 effektstudier av ART. Studierna är publicerade mellan 1987 och 2014. Tolv av studierna har ungdomar (från 12 år) som målgrupp och fyra har vuxna. Målgrupperna överlappar dock varandra åldersmässigt. De allra flesta av studierna (11) är genomförda i USA, två i Skandinavien och en vardera i Australien, Ryssland och Storbritannien. Av avgränsningsskäl inkluderades endast studier som benämnde den metod som utvärderades ”ART” i översikten, hade referenser till Goldstein samt deklarerade att samtliga delar som ingår i ART ingick i metoden. Både studier som genomförts i öppen respektive sluten verksamhet (t ex fängelse) inkluderades i översikten. Antalet deltagare i studierna varierade stort. Två av studierna hade över 1000 deltagare medan övriga varierade mellan 18 och 151.

Sex av 16 studier rapporterades ha en randomiserad design varav fyra kluster-randomiserade. En studie beskrevs som ”kvasi-randomiserad” och sex studier som icke-randomiserade med kontrollgrupp. I tre studier framgick inte i publikationerna vilken design som använts. I studierna jämförs ART med kontrollalternativen ”usual care”, andra metoder eller ingen insats alls. Utfallsmått i studierna är i första hand återfall i antisocialt beteende (företrädesvis kriminalitet) och i andra hand de tre komponenter som ingår i ART (ilskekontroll, sociala färdigheter och moralisk kapacitet).

Flertalet studier som ingår i översikten redovisar mer eller mindre positiva resultat till ART:s fördel men efter kontroll av studiernas kvalitet och risk för snedvridna resultat (bias) framkommer att samtliga studier i olika hög grad har metodologiska brister. Samtliga studier bedömdes exempelvis ha hög eller oklar risk för selektionsfel. Det sistnämnda på grund av bristande rapportering i publikationerna om hur randomiseringsprocessen gått till och i flera fall generellt en oklar design (Goldstein 1987; Goldstein et al 1989; Nodarse 1998). De fyra klusterrandomiserade studierna bedömdes ha

hög risk för bias på grund av för få kluster samt brist på statistisk kontroll för klustereffekten. Några studier redovisar endast data för de individer som fullföljde programmet (Barto-Lynch 1995; Kapasov et al 2014). I de flesta studierna saknas detaljerad information om jämförelsegruppens insatser, och beskrivningar av bakgrundsfaktorer hos deltagarna, programmets innehåll och frekvensen av avhopp. Därtill är flera mätmetoder tveksamma/oklara och uppföljningstiderna korta (endast pre-post). Över hälften av studierna var genomförda av forskare som hade egna intressen i metoden. Slutsatsen i översikten är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att kunna dra slutsatser om ART:s effekter.

## Fungerar ART?

Resultatet i översikten som sammanfattas ovan står i kontrast till en rad andra översikter om kognitiva program generellt, som trots att det delvis rör sig om överlappande studier (Landenberger & Lipsey 2005; Lipsey et al 2001, 2007) hävdar att ART är en effektiv metod (Cigno & Bourns 1998; Howell 1998; Landenberger & Lipsey 2005; Lipsey et al 2001, 2007; Pearsarsson et al 2002; Sherman, Farrington & MacKenzie 2002; Springer et al 2003; Welsh & Hoshi 2002). Skillnaden i resultat går förmodligen att förklara med att ingen strikt bedömning av studiernas tillförlitlighet har gjorts i de tidigare översikterna. I ART- översikten lyfts betydelsen av att inte endast redovisa resultat från studier utan att också granska metodologisk kvalitet. Förhoppningen är att översikten kan bidra till den samlade kunskapen när det gäller att designa, genomföra och rapportera tillförlitliga studier. Därtill diskuteras i översikten det teoretiska antagandet som ART bygger på, det vill säga att aggressivitet och andra former av antisocialt beteende går att härleda till avsaknad av pro-sociala färdigheter, låg ilskekontroll och bristande moralisk nivå. Konklusionen är att forskningsstödet kring detta inte är så entydigt som det ibland framställs vara.

Oavsett hur starkt stödet är för det teoretiska antagande som ligger bakom ART så är det ett faktum att målgruppen inte är tydligt definierad i ART-litteraturen. De beteenden som förväntas påverkas av ART är ofta generellt beskrivna som ”aggressivitet” och ”antisocialt beteende” och det vore önskvärt, inte minst för att öka möjligheterna att genomföra generaliserbara studier, med en mer precis klinisk definition av vilka problembeteenden t ex vilken typ av aggressivitet som förväntas påverkas av ART (se t ex McGuire 2008). I framtida studier av ART är det också av största vikt att i förväg undersöka om målgruppen överhuvudtaget har brister när det gäller sociala färdigheter, ilskekontroll och moralisk nivå. Sådana studier skulle inte bara generera kunskap om ART:s eventuella effekter utan också om de medierande faktorerna. När det gäller framtida studiers design behövs också kon-

troll av övriga bakgrundsfaktorer som t ex ansamlingen av riskfaktorer (t ex Björkenstam et al 2012; 2015).

Resultatet i forskningsöversikten om ART överensstämmer med SBU:s granskning av program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård, där ART är en av de metoder vars vetenskapliga underlag granskats (SBU 2016). Sammanställningen visar att det vetenskapliga underlaget sammantaget är otillräckligt för att kunna bedöma effekten av de flesta program som används vid institutionsvård av ungdomar med antisocial problematik. Studiernas otillräcklighet beror bland annat på att antalet individer är alltför få per studie, att det finns oklarheter kring programinnehåll och att det förekommer tveksamma och/eller oklara mätmetoder. Liknande resultat presenteras i en annan översikt av SBU (2010) om program som syftar till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och ungdomar där det framkommer att inte något av de program som används i Sverige har utvärderats i randomiserade studier av tillräckligt god vetenskaplig kvalitet med minst sex månaders uppföljning.

Det är med det vetenskapliga underlag som finns tillgängligt idag inte möjligt att uttala sig om huruvida ART fungerar eller inte. Om effektfrågan när det gäller ART ska kunna besvaras behövs välde signerade studier genomförda av oberoende forskare med rigorös kontroll av programtrohet, inklusionskriterier och kontroll för bakgrundsfaktorerens betydelse på resultaten.

## Stor spridning men låg programtrohet

Även om användningen av manualbaserade program ökat generellt inom socialtjänstens öppenvård har de flesta av de metoder som nämnts tidigare i avhandlingen som t ex MST, inte fått någon större spridning i Sverige (Socialstyrelsen 2014). Sammanfattningsvis talar mycket för att spridningen och etableringen av ART inom öppenvården kan förstås utifrån en rad praktiska faktorer som till exempel den tidigare avsaknaden av licens och metodens lättillgänglighet. Jämför med till exempel Björk (2016) som undersökt införandet av EBP genom att titta på hur ett antal standardiserade procedurer (metoder) används i det vardagliga arbetet på en missbruksenhet. Resultaten visar bland annat på betydelsen av organisatorisk anpassningsförmåga hos metoderna när det gäller i vilken utsträckning de används.

ART låg på många sätt rätt i tiden och svarade upp mot en rad uppfattningar och idéer inom det sociala fältet såsom nedslående forskningsresultat för placeringar, krav på öppenvårdssatsningar och vetenskaplig grund för det sociala klientarbetet. Det politiska trycket på kunskapsbaserad sammanföll dessutom med avregleringen av välfärdssektorn vilket öppnade upp för privata aktörer som saluförde metoden som evidensbaserad. Det stora intresset för metoden bör också ses mot bakgrund av att ungdomar med beteendeproblem som till exempel aggressivitet och kriminalitet utgör den största grup-

pen inom den sociala barnvården och att utbudet av metoder som är praktiskt och ekonomiskt genomförbara är begränsat.

Kartläggningarna från 2006 och 2012 visar att den ART-träning som ungdomarna erbjuds i kommunerna har relativt lite med den ursprungliga manualen att göra. När det gäller ART inom SiS har interna uppföljningar visat på avsevärda problem när det gäller implementeringen av metoden (intern uppföljning av programverksamhet, SiS 2012; 2016). Trots att metoden har använts i runt 25 år på institutionerna, att mycket resurser har satsats på utvecklingsarbete kring metoden och att myndigheten har utbildat närmare 600 ART-tränare är det få institutioner som har en stabil ART-verksamhet och erbjuder program i enlighet med de interna riktlinjer för programmet som myndigheten tagit fram. I en intern revision från 2016 beskrivs hur ART-verksamheten som skör och ofta bunden till enskilda personer; när eldsjälarna försvinner, försvinner också verksamheten (SiS 2016).

## Standardlösning till bred målgrupp

Sammanfattningsvis kan man säga att en typisk ungdom som får insatsen ART-träning inom socialtjänstens öppenvård är en 17-årig pojke som begår brott. Han är född i Sverige, hans föräldrar lever inte tillsammans och han använder inte alkohol eller droger i någon större utsträckning. Han har tidigare haft insatser från socialtjänsten och han har sociala förmågor som ligger inom normalvariationen. Det är inte osannolikt att han hoppar av ART-träningen och det är inte heller osannolikt att han förekommer i lagföringsregistret två år efter att insatsen påbörjades.

Den ursprungliga målgruppen för ART är inte utförligt beskriven och metoden används för en mycket bred grupp – barn, unga och vuxna – i en rad olika miljöer. Vad som framkommer i ART-litteraturen är dock att metoden bör användas för individer som har substantiella brister när det gäller sociala färdigheter, ilskekontroll och moralisk kapacitet, och att dessa brister uttrycker sig i till exempel aggressivitet och kriminalitet. De flesta av ungdomarna i den aktuella undersökningsgruppen självrappporterade brottslighet och tre av fyra hade begått våldsbrott, i många fall flera, de senaste sex månaderna. Självrappporteringen när det gäller sociala färdigheter (inklusive empatisk förmåga och ilskekontroll) antyder dock att ungdomarna inte har brister i de ovan beskrivna färdigheterna. Det innebär att ungdomarna förefaller tillhöra rätt målgrupp såtillvida att de begår brott men att förutsättningarna för förändringsteorin som ART bygger på inte finns hos den här gruppen.

## Är det meningsfullt med nya försök utvärdera ART i reguljär verksamhet i Sverige?

Enligt den forskningsöversikt som bifogas avhandlingen har inte någon studie av tillräckligt hög kvalitet hittills kunnat visa att ART som enskild metod fungerar bättre än andra program/insatser när det gäller förändring av problembeteenden. De svårigheter som är förknippade med att genomföra effektstudier exemplifieras i översikten där den bristande tillförlitligheten i resultaten åtminstone till vissa delar går att tillskriva generella företeelser som exempelvis svårigheter med att rekrytera studiedeltagare, komplikationer kring randomiseringsprocess och bristande programtrohet. Men inte minst framgår svårigheterna tydligt i avhandlingens beskrivning av de båda studierna som inte var möjliga att genomföra. Inom institutionsvården är det exempelvis en avgörande svårighet att genomföra effektstudier av enskilda metoder på grund av att en så liten del av verksamheten utgörs av just enskilda metoder. Dosen ART-träning i den aktuella studien var obetydlig i förhållande till den dagliga verksamheten där allt kunde vara en verksam ingrediens i behandlingen.

Inom tvångvården rör det sig dessutom om en mycket svårbehandlad grupp med multiproblematik där förändringsfönstret är relativt litet och det är därmed svårt att avläsa några effekter generellt och i synnerhet inte av enskilda metoder. När det gäller socialtjänstens öppenvård är centrala svårigheter att verksamheterna oftast är små och instabila och att målgruppen är heterogen, vilket medför att det krävs ett stort antal studiedeltagare för att uppnå tillräcklig statistisk styrka. Gemensamt för både öppen- och slutenvården är att den metod som går under benämningen ART i verksamheten i själva verket har relativt lite att göra med den ursprungliga manualen. Mot bakgrund av detta är det tveksamt om det är meningsfullt att initiera nya effektstudier av ART i reguljär verksamhet i Sverige.

## Avslutning

Under 2000-talet har förväntningarna på att det sociala arbetet ska bli mer kunskapsbaserat vuxit. Bland annat har idén om en evidensbaserad praktik (EBP) fått spridning både internationellt och i Sverige. Parallellt har även intresset vuxit för strukturerade arbetsmetoder i form av exempelvis manualbaserade program. Som idé måste EBP idag anses vara väl förankrat medan tillämpbarheten i det sociala arbetets praktik fortfarande inte har slagit igenom på bred front (t ex Avby 2015; Björk 2016; Kaunitz & Strandberg 2009). Till exempel Björk (2016) benämner EBP framförallt som ett byråkratiskt projekt på chefsnivå som sällan når ner till det dagliga arbetet med klienter.

Det utvecklings- och förändringsarbete som krävs för att förverkliga idéerna förefaller vara mer tidskrävande och kostsamma än vad man föreställt sig och forskningen som ryms inom paradigmet mer komplicerad, kontextberoende och svårare att generalisera ifrån än vad det många gånger beskrivs som (t ex Avby 2015; Svanevie 2011), vilket inte minst exemplifieras i den här avhandlingen.

I avhandlingen beskrivs två försök att genomföra effektstudier av ART inom reguljär verksamhet. Båda studierna påbörjades i början av 00-talet och bör betraktas som några av de tidigaste försöken att genomföra effektutvärderingar inom den sociala barn- och ungdomsvården i Sverige. Det har hänt en del sedan dess vilket avspeglar sig till exempel i att fler avhandlingar inom beteendevetenskapliga fakulteter utgörs av effektstudier (se t ex Olsson & Sundell 2016). Men även om antalet effektstudier ökat i Sverige är de fortfarande ovanliga och mer eller mindre helt frånvarande i reguljär verksamhet då de flesta studier på barn- och ungdomsvårdsfältet, såväl i Sverige som utomlands, genomförs i en kontrollerad miljö som ligger långt ifrån den kliniska verkligheten. Ett ökande antal svenska effektstudier har dessvärre inte heller inneburit att kunskapsunderlaget blivit större för att kunna peka ut enskilda metoder som fungerar bättre än andra, då inte någon av de manualbaserade metoder som använts inom barn- och ungdomsvården i Sverige har ett tillräckligt starkt vetenskapligt stöd på lång sikt (t ex SBU 2010; Forte 2015; SBU 2016).

Om man ska göra meningsfulla utvärderingar av enskilda program i reguljär verksamhet med säkerställd statistisk teststyrka krävs förutom noggrann beskrivning av populationen, dokumentation av programmets innehåll och programtrohet också noggrann kontroll av övriga insatser som behandlings- och kontrollgrupp tar del av. För att öka relevansen och överförbarheten är det också avgörande att dokumentera och beskriva den kontext som programmen används i eftersom program framtagna och/eller utvärderade i en viss kontext inte nödvändigtvis är framgångsrik i andra miljöer. Ett komplement till dessa kostsamma och tidskrävande effektstudier som trots ansträngningar har svårt att på ett tillförlitligt sätt peka ut vilka metoder som fungerar bättre än andra är systematisk uppföljning av verksamheter och klienter på lokal nivå.

Systematisk uppföljning ger inte kunskap om en metods generella effekter och kan inte förklara orsaken till eventuell förändring. Men att systematiskt beskriva och följa upp insatser och vad som sker i verksamheten, följa enskilda klienter, beskriva deras problembild, vilka insatser de får och hur det går för dem ger värdefull kunskap för att utveckla och förbättra verksamheter (se t ex Socialstyrelsen 2014). Därtill har under senare år också utvecklingen av statistiska metoder och möjligheten att kontrollera för t ex bakgrundsfaktorer medfört att longitudinella registerstudier kan fungera som ett komplement när det gäller att följa upp hur det går för socialtjänstens klienter (se t ex Daehlen & Madsen 2016; Brännström et al 2013; 2015).

Trots ett svårbedömt och motsägelsefullt forskningsstöd spreds och marknadsfördes ART som en evidensbaserad metod. Spridningen av ART och andra manualbaserade metoder svarade upp mot en rad förväntningar, krav och idéer som finns inom fältet socialt arbete t ex på en evidensbaserad verksamhet. De senaste decennierna har förväntningarna på manualbaserade programs förmåga att förändra beteendeproblem varit stora (t ex Andreassen 2003; Ferrer-Wreder et al 2005). Trots att exempelvis ART har en relativt snäv inriktning mot specifika problem förväntas metoden påverka livssituationen hos en komplex målgrupp med multiproblem. Men förändringar i ilskekontroll, sociala färdigheter och moralisk utveckling är inte nödvändigtvis tillräckligt för att t ex upphöra att begå brott om andra riskfaktorer som t ex umgängeskrets och problem i familjen kvarstår. På senare år har begränsningarna när det gäller standardiserade/manualbaserade program lyfts fram (t ex Lipsey 2009; 2010). Manualbaserade program är inte bara svåra och kostsamma att utvärdera, de är också svåra att implementera vilket framkommer tydligt i avhandlingen, samt får ofta begränsad spridning.

Då ungdomars problembeteenden påverkas och vidmakthålls av en rad faktorer i ett komplext samspel mellan riskfaktorer hos ungdomarna själva och den miljö de befinner sig i talar mycket för att framtida metodutveckling och forskning generellt bör fokusera på behandlingsmodeller som bygger på ett helhetsperspektiv snarare än på insatser riktade mot specifika problembeteenden.

# Aggression Replacement Training (ART) in Sweden – English summary

## Background and aims

Aggression Replacement Training (ART) is a multimodal program aiming at replacing antisocial behaviors by actively teaching desirable ones. The original ART manual states that the program is an intervention administered to groups of 8 to 12 juveniles three times a week in 10 weeks, in total 30 hours (Goldstein, Glick, & Reiner, 1987). According to the program developers, aggression has a behavioral component, an affective component, and a ‘values’/cognitive component. Thus, the main components of ART include teaching pro-social behavior (behavioral component), anger control (affective component), and moral reasoning (cognitive component). The program has been provided within a wide variety of social, educational, and correctional services, secure units, community services and prisons across North America and Europe since the 1990s.

This thesis is based on two attempts to evaluate ART in Sweden. Using ART as an example, the aim is to describe and analyze how a manual-based program is spread and applied within Swedish social services. The aim is also to discuss the conditions for conducting efficacy studies of manual-based programs in regular practice, here in-home care and secure institutional youth care. In addition, the thesis includes a systematic review of existing international and Swedish effect and efficacy studies of ART (Brännström, Kaunitz, Andershed, South & Smedslund 2016).

## ART within social service community care -diffusion and adherence to program (Study 1)

The first study explores the following questions:

- To what extent is ART used within social services community care? Are there any differences over time, here two measured 2006 and 2012? If so, what are the possible explanations for the differences?
- How is the ART program carried out in social services community care compared to the original ART manual? Are there any differences over time? If so, what are the possible explanations for the differences?

To get an overall picture of what the ART program includes in practice, and to what extent practice follows the original ART manual, a set of criteria was used, based on the theory of change that is the core component of ART (eg, Forster & Ogden 2012; Garland et al 2012).

The following items are included in the criteria:

- Does the program include all three modules (social skills, anger management and moral training)?
- Does the program include role-play?
- Does the program include reinforcement of positive behaviors?
- Does the program include methods of generalization and maintenance of the young person's 'natural' environment (eg homework, parents and teachers involved and trained)?
- Does the program include 20 or more lessons?

To get an idea of the extent to which ART was used in the social services community care, a random sample of 104 of Sweden's in total 290 municipalities was contacted in 2006. Six years later the same municipalities were contacted again. During the six years a number of municipalities had merged together, resulting in a total of 94 municipalities in 2012.

## Results

In total 67 (66%) of the 102 municipalities that replied in 2006 reported that they regularly provide ART training to antisocial juveniles within the social services community care. At the follow-up in 2012 in total 47 of 94 municipalities (50%) reported that they regularly provide ART training to antisocial young people within the social services community care.

At the follow-up in 2012 a supplementary question was included; whether municipalities that did not use ART instead used other structured programs for antisocial youths within the social services community care. It turned out that almost half of the municipalities stated that they did not use ART program, instead used a method named Repulse. Repulse consists of individual training of impulse control, and the method is based on the same theories as ART. Three municipalities stated that they use parts of the ART program in programs developed locally. In summary, it meant that a majority of the municipalities (78%) either used ART or used interventions that were "ART-inspired".

Concerning program adherence, the results from the survey in 2006 shows that just one in five (22%) municipalities using ART met the predefined criteria. The results of the 2012 survey showed even lower program adherence; only nine percent of the ART municipalities met the predefined criteria.

The name “ART” appears to have been widely distributed and established in the social services community care in Sweden. However, the survey shows a low level of program adherence, and the ART training offered in municipalities was deviated substantially from the original manual.

## Youths who receive ART within the social services community care (study 2)

Study two examines the target group of antisocial youth receiving ART in the social services community care. The study includes all 117 juveniles who were remitted to ART training over a 24-month period (2007-2008) in six municipalities in Sweden.

The second study explores the following questions:

- What distinguishes youth remitted to ART training in terms of self-reported/recorded crime and social skills?
- Is the group remitted to ART training relevant, in comparison to the target group for which the method was developed?
- How many participants completed the program as planned?
- Are there underlying factors that appear to increase or decrease the risk of drop-out?
- To what extent have the remitted participants new recorded crimes two years after starting ART training?

## Results

Just over a third of the juveniles remitted to ART training were girls. The average age in the remitted group was just under 17 years. Many came from homes where the parents were separated. Youth with foreign-born parents were overrepresented in the group. Few reported use of drugs or alcohol to any greater extent. The majority was previously known by the social services.

The vast majority had as many or more social skills (interpersonal skills, ability to assert themselves, self-control and empathy) as a normal group (measured with Social Skills Rating System).

The results further show that the group was active in committing crimes, but the variability of crimes committed was large in terms of both frequency and severity. Half of those over 15 years (n=108) had been registered for committing crime before entering ART training. Thus it appears that the study group belonged to the target group that ART was developed for, in the meaning that they were young people who commit crimes. However, most in

the study group were not showing deficiencies in those social skills that the theory of ART claims to target.

During the two years follow-up 28 of the 108 youths (26%) were convicted for crimes committed after starting ART training. Of these 28 young people, 19 were earlier convicted. It was thus in most cases the same juveniles that had recorded crimes before and after ART training.

Out of the 117 who participated in the study and began ART training, 48 (41%) did not complete the training according to plan. There was no significant difference between the young people who dropped out and those who completed ART training, in terms of background variables or recorded crime during the two years follow up.

## Two attempts to evaluate the ART within regular practice, in community care and secure institutional care in Sweden (study 3)

In the third study two attempts to evaluate ART in regular practices in Sweden is described; a randomized controlled trial focusing on social services community care, and a non-randomized controlled trial focusing on secure institutional care. The main question in both studies was how youth undergoing ART training developed over time, compared to peers receiving other interventions. In both studies social service's staff was responsible for the inclusion of participants, due to confidentiality laws.

The first attempt faced feasibility problems relatively early, in part because it was not possible to recruit a sufficient number of participants. One explanation for this was the research project's demand for program adherence and structure which meant that it was no longer possible to customize the program according to 'individual needs' (perceived by case workers).

In addition, the trial had set as terms of inclusion that participating youth should roughly fulfil descriptive criteria for conduct disorder. When faced with such specifics, social workers became hesitant, resulting in few youths being remitted to the program. Fewer youths were considered as appropriate for the ART-program and very few were included in the study.

In the other attempt, the secure institutional care study, the research staff had no control over program adherence Therefore the intention therefore was to include participants of regular ART practice within the secure institutional care. ART had been used for a long time by these residential units and the method was considered well implemented. Despite that, also this study had major problems with inclusion of participants. The vast majority of youth admitted to the institutions were never asked by the institution staff to participate in the study. Even though the study's inclusion period was extended by one year, the study never reached the minimum level of participants. But

data collection for the study was still carried out. It revealed that program adherence was very low. Youth in the ART treatment group had not received ART training to an extent that was even in the vicinity of the original manual. Instead the vast majority who started ART-training within the residential units only participated in a few stray lessons without any apparent systematic planning. It was therefore not meaningful to publish any results of the study.

In summary, it was largely the same factors that made it impossible to carry out the two studies; difficulties in recruiting participants and lack of program adherence. This illustrates how important it is that researchers as far as possible themselves are responsible for the inclusion of students to studies, and the importance of controlling whether the method to be evaluated is implemented as intended or not.

## ART for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review (Brännström et al 2016)

According to the systematic review of effect and efficacy studies of ART, most international studies show more or less positive results. After checking the quality of the studies and risk for bias, it appears that all of the studies - in varying degrees - have substantial methodological flaws. The scientific evidence is therefore insufficient for drawing conclusions about effects of ART.

## Conclusions

The thesis main result is that the label “ART” has been widely circulated within the social services community care in Sweden. It is, however, not a uniform method but rather a low-intensity, partly manual-driven intervention based on behavioral training. The intervention appears more or less used as a kind of standard intervention for youth with varying degrees of antisocial behavior problems. A number of difficulties - such as lack of program adherence- are inherently associated with evaluating ART in regular practice. Results from the different evaluations of ART published so far are not a sufficient for any conclusions about the effects of the method (ibid).

# Referenser

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*, Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*, Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ahlgren, T. (2007). *Ungdomsbehandling. Hemmaplanslösning som idé och praktik*. Rapportserie i Socialt Arbete. Nr 008, 2007, Mölndal: Växjö Universitet. Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.
- Ahonen, L. (2012). *Changing behaviors or behavioral change? A study of moral development and transbehavioral processes in juvenile institutional care*. Akademisk avhandling. Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete. Örebro universitet.
- Andershed, H & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Andersson, G., & Sallnäs, M. (2012). *Social barnavård och barns utsatthet*. I I. Höjer, M. Sallnäs, & Y. Sjöblom (red.), *När samhället träder in - barn, föräldrar och social barnavård*. Studentlitteratur AB.
- Andersson, K. (2008). *Talking violence, constructing identity. Young men in institutional care*. Linköping Studies in Arts and Science No, 444. Linköping University, Tema Institute, Linköping 2008.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete, Statens institutionsstyrelse och Gothia.
- Andrée Löfholm, C., Olsson, T., Sundell, K. & Hansson, K. (2009a). Multisystemic Therapy with Conduct Disordered Youth: Stability of Treatment Outcomes Two Years after Intake. *Evidence & Policy*, 5, 373-397.
- Andrée Löfholm, C., Olsson, T., Sundell, K. & Hansson, K. (2009b). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: Resultat efter två år*. Stockholm: Socialstyrelsen, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).
- Andrée Löfholm, C., Brännström, L, Bergström, M. & Hansson, K. (2013) Treatment-as-usual in effectiveness studies: What is it and does it matter? *International Journal of Social Welfare* 22(1). p. 25-34
- Andrée Löfholm, C. (2011). Multisystemisk terapi i Sverige-evidensbaserad metod i nytt sammanhang. Akademisk avhandling. Lunds universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D, Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F.T (1990b). Does Correctional Treatment Work? A clinically relevant and psychologically informed Metaanalysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- APA presidential Task Force on Evidence-Based Practice 2006
- Armelius, B-Å & Armelius, K (1999). *Kausalfrågor och effektfrågor vid utvärdering av behandling*. Stockholm: SiS-rapport 1999:4.

- Armeliu, B-Å., & Andreassen, T. H. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment: A systematic review*. Campbell systematic reviews 2007:8.
- Avby, G. (2015). *Evidence in Practice. On Knowledge Use and Learning in Social Work*. Department of Behavioural Sciences and Learning. Linköping University.
- Babor, R. F., de la Fluente, J., Saunders, J. & Grant, M. (1992). *AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care*. World Health Organisation.
- Bandura, A. (1973) *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barber, JG. & Delfabbro, PH. (2002). The plight of disruptive children in out-of-home care. *Children´s Services*, 5. 201-212.
- Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia, Washington: The Evergreen State College, Washington State Institute for Public Policy.
- Bergman, H. (1994). *The alcohol use disorders identification test AUDIT: Manual*. Stockholm, Karolinska institutet, Magnus Huss klinik.
- Bergmark, A.(2008). Specifik and contextual treatment mechanisms. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 5: 258-293.
- Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete: Teori, kritik, praktik*. Stockholm. Natur och kultur.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2000). *Metoder i socialt arbete – vad är det?* I Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (Red.). *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2006). Mot en evidensbaserad praktik? Om färdriktningen i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 13, 99-113.
- Bergmark, A. & Lundström, T.(2007). Att studera rörliga mål - om villkoren för evidens och kunskapsproduktion i socialt arbete. *Socionomien*, nr 3, Socionomens forskningsupplement, nr 21, s, 4-16.
- Bergmark, A. & Lundström, T. (2011). Guided or independent? Social workers, central bureaucracy and evidence-based practice. *European Journal of Social Work* Vol. 14, Iss. 3.
- Bergström, Gunnar (2009). *Kriminalitet som livsstil*. 4., rev. uppl. Stockholm: Mareld.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxication settings in a Swedish population sample. *European Addiction Research*.
- Biehal N, Clayden J, Stein M & Wade J (1995). *Moving on: young people and leaving care schemes*. HMSO, London.
- Björk, A. (2016). *Evidence-based practice behind the scenes. How evidence in social work is used and produced*. Stockholm studies in social work no, 32. Stockholms universitet.
- Björkenstam, E., Burström, B., Brännström, L., Vinnerljung, B., Björkenstam, C. & Pebley, A. R. (2015). Cumulative exposure to childhood stressors and subsequent psychological distress. An analysis of US panel data. *Social Science & Medicine*, 142, 109-117.
- Björkenstam, E., Hjern, A., Mittendorfer-Rutz, E., Vinnerljung, B., Hallqvist, J., & Ljung, R. (2013). Multi-exposure and clustering of adverse childhood experiences, socioeconomic differences and psychotropic medication in young adults. *PloS one*, 8(1).

- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., et al (1995a). Family- environment risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 464-470.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Mick, E., et al. (1995b). Impact of Adversity on Functioning and Comorbidity in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1495-1503.
- Blom, B., Morén, S & Nygren, L. (red). (2011). *Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning*. Stockholm. Natur & Kultur.
- Bodin, M. (2012). Urval och rekrytering av undersökningsgrupp. I Sundell K. (red) *Att göra effektivvärderingar*. Stockholm. Socialstyrelsen och Gothia förlag.
- Bond, L., Toumbourou, J.W, Thomas, L., Catalano, R.F & Patton, G. (2005). Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: a comparison of risk profiles for substance abuse and depressive symptoms. *Prevention science*, 6, 73-88.
- Broberg, A. Almqvist, K & Tjus, T. (2003). *Klinisk Barnpsykologi: utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Broberg, A.G., Ekeröth, K., Gustafsson, P.A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T. and Larson, B. (2001) 'Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR', *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol 10, no 3, pp 186-93.
- Brottsförebyggande rådet (2008). *Kommunernas påverkansprogram och deras deltagare år 2004. En kartläggning*. Rapport 2008:1. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Brännström, L., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2013). Long-term outcomes of Sweden's Contact Family Program for children. *International Journal of Child Abuse & Neglect*. Vol. 37 (6), 404-414 s
- Brännström, L., Kaunitz, C., Andershed, A-K., Smedslund, G. & South, S. (2016). Aggression Replacement Training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review. *Aggression and Violent behavior*. Vol. 27. March-April 2016. Pp 30-41.
- Brännström, L., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2015). Effectiveness of Sweden's Contact Family/Person Program for Older Children. *Research on Social Work Practice*, vol. 25, no 2, 190-200
- Calame R & Parker K. (2012) *Family Ties: A family-Based Intervention to complement Prepare, ART and TIE-youth groups*. Research Press Inc.
- Catalano, R.F. & Hawkins, J.D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. Chapter 4 In Hawkins J.D. *Delinquency and Crime: Current Theories*. Cambridge: Cambridge University Press. (pp 149-197).
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7.
- Cigno, K., & Bourns, D. (1998). *Cognitive-Behavioural Social Work in Practice*. Aldershot: Ashgate/Arena.
- Cocozza, M. (2003) *Anmälningsplikten som instrument för att identifiera barn som behöver samhällets skydd*. Linköping: Division of Child and Adolescent Psychiatry.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.

- Czarniawska-Joerges, B. & Sevón, G. (2005). *Global ideas: how ideas, objects and practices travel in a global economy*, Malmö, Sweden: Liber & Copenhagen Business School Press.
- Czarniawska-Joerges, B. & Sevón, G. (1996). *Translating organizational change*, Berlin ; New York: Walter de Gruyter.
- Daehlen, M. & Madsen, C. (2016) School enrolment following multisystemic treatment: A register-based examination among youth with severe behavioural problems. *Children and youth services review*. Vol.67
- Daleflod, B. & Lardén, M. (2004) *Institutionsbehandling av kriminella pojkar, Från Miljöterapi till KBT*, Västervik: Statens institutionsstyrelse.
- Danielsson, M., Fors A., Freij, I. (2011). *Behandlingsprogrammet ART i kriminalvården. Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2003-2006*. Stockholm: Kriminalvården.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2003). Forskning i praktiken. Om den seniora forskningens innehåll och socionomers forskningsorientering. I Högskoleverkets: *Socialt Arbete. En nationell genomlysning av ämnet*. Högskoleverkets rapportserie 2003:16R. Stockholm: Högskoleverket och Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.
- DiMaggio, P.J. & Powell, W.W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, Vol. 48, No. 2 (Apr., 1983), pp. 147-160.
- Diperna, J.C. & Volpe, R.J. (2005). Self-report on the social skills rating system: Analysis of reliability and validity for an elementary sample. *Psychology in the Schools*. Vol 42 (4), 345-354.
- Dishion, T.J., McCord, J., Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*. 1999; 54: 755-764.
- Dobrin, G. (2006) *Styr dina impulser. Arbetsbok – GRUND*, Dobrin Art & Therapy AB, Myggenäs
- Dobrin, G. & Dobrin, P. (2004) *Att arbeta individuellt med ART*, Norges Barnevern 3, 36-40
- Dodge, K.A., Dishion, T.J., & Lansford, J.E. (eds) (2006). *Deviant peer influences in programs for youth (problems and solutions)*. New York. The Guilford Press.
- Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.-A. & Newman, J.P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Durlak, J. A. (1997). *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*: New York: Plenum.
- Egelund, T., and G. Frydensbjerg. (2011). At give drengene en god tid. Pædagogisk praksis på sikrede institutioner for unge. I T. Egelund & T. B. Jakobsen (Red.), *Døgninstitutionen. Motsætninger og strategier når børn og unge anbringes*. København: Hans Reitzels forlag.
- El-Khouri, B.M., Sundell, K. & Strandberg, A. (2005). *Risikfaktorer för normbrytande beteenden. Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren*. FoU-rapport 2005:17. Stockholms stadsledningskontor, FoU-enheten.
- Elliot, D. S., Ageton, S.S., Huizinga, D., Konowles, B. A. & Canter, R. J. (1983). *The prevalence and incidence of delinquent behavior 1976-80*. (Report of the National Youth Survey, project rept. 26). Boulder, CO: Behavioral Research Institute.
- Erlingsdóttir G. (1999). *Förförande idéer – kvalitetssäkring i hälso- och sjukvården*. Lund: Ekonomihögskolan.
- Farrington, D. P & Coid, J. W. (2003). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Farrington, D.P & Welsh, B. C (2007). *Saving children from a life of crime. Early risk factors and effective interventions*. Oxford: Oxford University press.
- Feindler, E. L., & Ecton, R.B (1986). *Adolescent anger control: Cognitive behavioral techniques*. New York: Pergamon.
- Ferrer-Wreder L., Stattin, H., Lorente, C. C., Tubman, J. G. & Adamson, L. (2005). *Frangångsrika preventionsprogram för barn och unga*. Stockholm: Gothia.
- Ferrer-Wreder, L & Sundell, K. (2012). Utvärdering av importerade interventioner. I Sundell, K (red). *Att göra effektutvärderingar*. Stockholm. Socialstyrelsen och Gothia Förlag.
- Finney, J. Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction* 95: 1491-1500.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., et al. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.
- Forkby, T. (2005). *Ungdomsvård på hemmaplan. Idéerna-Framväxten-Praktiken*. Göteborgs universitet.
- Forkby, T. (2006) Öppenvårdens former. *En nationell kartläggning av öppna insatser i socialtjänstens barn-och ungdomsvård*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Forster, M. & Ogden, T. Behandlingstrohet (2012). I *Att göra effektutvärderingar*. Sundell, K. (red). Stockholm. Gothia Förlag.
- FORTE. Barn och unga i samhällets vård. *Forskning om den sociala dygnsvården*. Stockholm: FORTE; 2015.
- Fraser, M. W., Guo, S., Ellis, A. R., Thompson, A. M., Wike, T. L., & Li, J. (2011). Outcome studies of social, behavioral, and educational interventions: Emerging issues and challenges. *Research on Social Work Practice*, 21(6), 619-635.
- Franzén, E., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2008). The epidemiology of out-of-home care for children and youth: a national cohort study. *British Journal of Social Work*, 38 (6), 1043 -1059.
- Fraser, MW., Richman, JM., Galinsky, MJ. & Day SH. (2009). *Intervention Research. Developing social programs*. New York. Oxford University Press.
- Garland, A.F., Hurlburt, M.S, Brookman-Frazee, L., Taylor, R.M & Accurso, E.C (2010). Methodological Challenges of Characterizing Usual Care Psychotherapeutic Practice. *Adm Policy Ment Health*, 37, 208-220.
- Gibbs, J.C. Moral Reasoning Training: The Values Component. I Goldstein, A. P., Nensén, R., Daleflod, B. & Kalt, M. (2004). *New perspectives on aggression replacement training. Practice, Research and Application*. Chichester: John Wiley & Sons
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Goldstein, A. P. (1995). *The EQUIP program: Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach*. Champaign, IL: Research Press.
- Ginner Hau, H. & Smedler, AC. (2011). Different problems – same treatment. Swedish juvenile offenders in community-based rehabilitative programmes. *International journal of social welfare*. Vol 20 (1), 87-96.
- Ginner Hau, H. & Smedler, A-C. (2011). Young male offenders in community-based rehabilitative programmes – self-reported history of antisocial behaviour predicts recidivism. *International Journal of social welfare*. Vol 20, (4), 413–420.
- Glick, B., & Gibbs, J. C. (2011). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth (3rd Ed.)*. Champaign, IL: Research Press.
- Glick, B. & Goldstein, A. P. (1987). Aggression replacement training. *Journal of Counseling & Development*, 65(7), 356-362.

- Goldstein, A. P., Nensén, R., Daleflod, B. & Kalt, M. (2004). *New perspectives on aggression replacement training. Practice, Research and Application*. Chichester: John Wiley & Sons
- Goldstein, A.P. (1973). *Structured learning therapy: Toward psychotherapy for the poor*. New York: Academic Press.
- Goldstein, A. Sherman, M.N, Gershaw, N.J, Sprafkin, R.P, & Glick, B. (1980) *Skillstreaming the adolescents* . Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A. P, Glick, B. & Reiner, S. (1987). *Aggression Replacement Training*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A. P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training; A comprehensive intervention for aggressive youth (2 nd ed.)*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A. (1999). *The Prepare Curriculum: Teaching prosocial competences*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A.P & McGinnis, E. (1997). *Skillstreaming the adolescent – student manual* (rev.edn). Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A. P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training (ART). En multimodal metod för att ge aggressiva barn och ungdomar sociala alternativ*. Svensk översättning (2000). Barnhemmet Oasen AB.
- Goldstein, A.P. (1988). *The Prepare Curriculum*- Champaign, IL: Research press.
- Gresham, F. M. & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Grissom, R. J., & Kim, J. J. (2005). *Effect sizes for research: A broad practical approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gotham, HJ. (2006). Advancing the implementation of evidence-based practices into clinical practice: How do we get there from here? *Professional psychology: Research and Practice*, 37, 606-613.
- Gundersen, K., & Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 63-81.
- Gundersen, K.K, Daleflod, B., Finne, J., Olsen, T.M & Stromgren, B. (2015). *AART. En metode for trening i social kompetense*. Universitetsforlaget.
- Hair, H. J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 551-575.
- Hansson, K., Cederblad, M., & Höök, B. (2000). Funktionell Familjeterapi, (Functional Family Therapy). *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3: 231-243.
- Haynes, B. R., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice: Evidence does not make decisions, people do. *British Medical Journal*, 324, 1350-1351.
- Helmerson Bergmark, K (1995) *Anonyma Alkoholister i Sverige* . Stockholm Studies in Sociology. N.S. Nr 1, Almqvist & Wiksell International, Stockholm
- Henggeler, S.W., Melton, G.B. and Smith, L.A. (1992) 'Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 60, no 6, pp 953-61.
- Hollin, C.R. Aggression Replacement Training: The Cognitive-Behavioral Context. I Goldstein, A.P., Nensén R., Daleflod, B & Kalt, M (2004) *New perspectives on aggression replacement training. Practice, research and application*. John Wiley & Sons, Ltd,

- Holmqvist, R., Hill, T. & Lang, A. (2005) *Ger ART bättre behandlingseffekter? Utvärdering av metoder på tre ungdomshem*. Forskningsrapport nr 1: 2005. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Hornsveld, R.H.J. Aggression Replacement Training: A Learning Process for the Whole Family. Development and Preliminary Results (2004). In Goldstein, A. P., Nensén, R., Daleflod, B. & Kalt, M. (2004). *New perspectives on aggression replacement training. Practice, Research and Application*. Chichester: John Wiley & Sons
- Howell, J. C. (1998). Promising programs for youth gang violence prevention and intervention. In D. Loeber & Farrington, D. (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kasenda, B., Von Elm, E., You, J., Blumle, A., Tomonaga, Y., Saccolotto, R., Amstutz, A., Bengough, T: et al. (2014). Prevalence, Characteristics, and Publication of Discontinued Randomized Trials. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 311(10):1045-1051.
- Kaunitz, C., Andréé Löfholm, C. & Sundell, K. (2004). Social barnavård i Stockholms stadsdelar. *En kvantitativ beskrivning av myndighetsutövande under 1:a kvartalet 2002, 2003 och 2004* (FoU-rapport 2004:5). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Kaunitz, C & Strandberg, A. (2009). Aggression Replacement Training (ART) i Sverige – evidensbaserad socialtjänst i praktiken? *Socionomens forsknings-supplement* nr 26, s. 37-50.
- Keenan, K., Loeber, R., Zhang, Q., Stouthamer-Lober, M. & van Kammen, W.B. (1995). The influence of deviant peers on the development of boys disruptive and delinquent behaviour: A temporal analysis. *Developmental Psychopathology*, 7, 715-726.
- Kohlberg, L. (ed) (1973). *Collected papers on moral development and moral education*. Cambridge, MA: Harvard University, Center for Moral Education.
- Kyhle Westermark, P. (2009). MTFC – en intervention för ungdomar med beteendeproblem. Lund Dissertations in Social Work. Socialhögskolan. Lunds universitet.
- Landenberger, N. A. & Lipsey M. W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.
- Larsdotter, S. (2009). *ART i skolan: strategier, strukturer och verktyg för att hantera svårigheter och uppnå ett långsiktigt lärande*. Malmö. Epago.
- Leeman, L.W, Gibbs, J.C & Fuller, D. (1993). Evaluation of a Multi-Component Group Treatment Program for Juvenile Delinquents. *Aggressive Behavior* Vol. 19. 281-292.
- Levin, C. (1998). *Uppfostringsanstalten: om tvång i föräldrars ställe*. Lund studies in social welfare. Lund. Arkiv Förlag.
- Lipsey M. W., Chapman, G. L. & Landenberger N. A. (2001). Cognitive behavioral programs for offenders. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 144-157.
- Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. Ingår i R. Loeber & D. P. Farrington (Ed.), *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lipsey, M.W& Wilson, D.B (1998). Effective Intervention for Serious Juvenile Offenders. A synthesis of Research. I Loeber,R.& Farrington, D.P(red). *Serious*

- and Violent Juvenile Offenders, Risk factors and successful Interventions. Thousand Oaks, CA:Sage.
- Lipsey M. W, Landenberger, N. A. & Wilson, S. J. (2007). *Effects of cognitive behavioral programs for criminal offenders*. Oslo: Campbell Collaboration.
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims and offenders*, 4 (2), 124-147.
- Lipsey, M.W. (2010). *Improving the effectiveness of juvenile justice programs: A new perspective on evidence-based practice*. Washington, DC: Georgetown University, Center for Juvenile Justice Reform.
- Loeber, R., Green, S.M & Lahey, B.B (2003). Risk factors for adult antisocial personality. Ingår I D. Farrington & J. Coid (Ed.). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Lundström, T & Sallnäs, M. (2003). Klass, kön och etnicitet i den sociala barnavården. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2-3, 193-213.
- Lundström, T., Sallnäs, M. & Andersson Vogel, M. (2012). *Utvärdering av en förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution*. Rapportserie: Institutionsvård i fokus/Forskningsrapport 2 2012. Statens institutionsstyrelse.
- Lösel, F. & Beelmann, A. (2003). Effects of child skill training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Academy*, 587, 84-109.
- McGinnis, E. & Goldstein, A.P (1997). *Skillstreaming the elementary school child: New strategies and perspectives for teaching prosocial skills-program forms* (rev.edn). Champaign, IL:Research Press.
- McGuire, J., Clark, D. A National Dissemination Program. I Goldstein, A.P., Nensén R., Daleflod, B & Kalt, M (2004) *New perspectives on aggression replacement training. Practice, research and application*. John Wiley & Sons, Ltd.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philos Trans R Soc Lond B Biological Sci*. 2008 Aug 12;363(1503): 2577-2597
- McKleroy V, Galbraith J, Cummings B, Jones P, Gelaude D, Carey J. (2006). Adapting evidence based behavioral interventions for new settings and target populations. *AIDS Education Prevention*. 2006; 18:59-73.
- Meagher, G, Lundström, T, Sallnäs, M & Wiklund, S. (2016). Big Business in a Thin Market: Understanding the Privatization of Residential Care for Children and Youth in Sweden. *Social Policy and Administration*. Volume 50, Issue 7, p 805-823.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behaviour modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D. & Elliot, D. (2004). *Successful Program Implementation: Lessons From Blueprints*. U.S. Department of Justice. Juvenile Justice Bulletin, July, 2004.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American journal of evaluation*, 24(3), 315-340.
- Mullen, E. J., & Streiner, D. L. (2004). The evidence for and against evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 111-121.

- Nensén, R. & Hamstein, N. (2004). The Oasis- A living Idea. I Goldstein, A.P., Nensén R., Daleflod, B & Kalt, M (2004) *New perspectives on aggression replacement training. Practice, research and application*. John Wiley & Sons, Ltd,
- Newton, R.R, Litrownik, A.J. & Landsverk, J.A. (2000). Children and Youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviours and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 10, 1363-1374.
- Novaco, R.W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Olsson, M. (2007). *Unga vuxna med en historia av uppförandestörning - en långtidsuppföljning med ett salutogent och ekologiskt perspektiv*. Akademisk avhandling. Socialhögskolan. Lunds universitet. Lund.
- Olsson, TM & Sundell, K. (2016). Research that guides practice: outcome research in swedish PhD theses across seven disciplines 1997-2012. *Prevention science* 17 (4).
- Oscarsson, L.(2011). Utvärdering och evidensbasering. I Blom, B (red). *Utvärdering i socialt arbete: utgångspunkter, modeller och användning*. Natur och kultur: Stockholm
- Parker, R., Ward, H., Jackson, S., Aldgate, J. and Wedge, P. (1991) *Assessing Outcomes in Child Care*. London: HMSO.
- Patterson, G. R. (1982). *Coersive family process*. Eugene, OR: Castilia.
- Patterson, G. R. (2003). The early development of coersive family process. Ingår I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Ed.), *Antisocial Behaviour in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and Model for Intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., Yoerger, K. L., & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and psychopathology*, 10(03), 531-547.
- Perepletchikova, F., Treat, TA. & Kazdin, AE (2007). Treatment integrity in psychotherapy research. Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75, 829-841.
- Petrosino, A. & Soydan, H. (2005). The impact of program developers as evaluators on criminal recidivism: Results from a meta-analysis of experimental and quasi-experimental research. *Journal of experimental criminology*, 1, 435-450.
- Pettersson, T. (2010). *Återfall i brott bland ungdomar dömda till fängelse respektive slutna ungdomsvård*. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Ponnert, L. & Svensson, K. När förpackade idéer möter organisatoriska villkor. *Socialvetenskaplig tidskrift*. Nr 3. S 168-185.
- Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (2010). *En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm. Statens beredning för medicinsk utvärdering
- Rogers, E.M (1995). *Diffusion of Innovations*. New York. The Free Press.
- Rogers, E.M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27, 989-993
- Rossi, P. H., & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation: A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Royse, D., Thyer, BA & Padgett, DK. (2006). *Program evaluation: An introduction to an Evidence-Based Approach*, 6th ed. Belmont, CA Cenage.
- Rutter, M. (2000). Children in Substitute Care: Some Conceptual Consideration and Research Implications. *Children and Youth Service Review*, 22, 685-703.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Sahlin-Andersson, K. (1994a). "Group identities as the building blocks of organizations" *Scandinavian Journal of Management* 10: 131-45
- Sahlin-Andersson, K. (1996). Imitating by editing success :The construction of organizational fields. In Czarniawska, B. & Sevón, G. (eds). *Translating Organizational Change*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Sahlin-Andersson, K & Wedlin, L. (2008). *Circulating ideas: Imitation, translation and editing*. Greenwood, R. (red.). The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism. London: Sage.
- Sallnäs, M. (2000). *Barnavårdens institutioner: framväxt, ideologi och struktur*. Akademisk avhandling, Stockholm, Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Sallnäs, M., Wiklund, S & Lagerlöf, H. (2010). Samhällsvårdade barn, gate-keeping och forskning. *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 2, s 116-133.
- Sallnäs, M., Wiklund, S. & Östberg, F. (2012) Organisering, sortering och marknadsorientering. I Höjer, I, Sallnäs, M. & Sjöblom, Y. (2012). *När samhället träder in-barn, föräldrar och social barnavård*. Lund. Studentlitteratur AB.
- Sallnäs, M., Vinnerljung, B. & Kyhle Westermarck, P. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child and family social work*. Vol. 9 (2). 141-152.
- Salmon, S. (2014). The Peace Curriculum: expanded Aggression Replacement Training. I Goldstein, A.P. Goldstein, A. P., Nensén, R., Daleflod, B. & Kalt, M. *New perspectives on aggression replacement training. Practice, Research and Application*. Chichester: John Wiley & Sons
- Santa Ana, E. J., Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L. & Carroll, K. M. (2008). What is usual about "treatment-as-usual"? Data from two multisite effectiveness trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 369-379.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*, volym 1&2. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2016). *Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter*. Rapport 252. Stockholm: SBU
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt*. Rapport nr 202. Stockholm: SBU.
- Schoenwald, S. & Hoagwood, K. (2001). Effectiveness, Transportability and Dissemination of Interventions: What Matters When?. *Psychiatric Services*, 52 (9), 1190-1197.
- Shadish, W.R, Cook, TD & Campbell D.T. (2002) *Experimental and Quasi- experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Houghton Mifflin. Boston. New York.
- Shannon, D., (2011). *Follow-up of youths admitted to SiS youth care facilities 1997-2001*. Institutionsvård i fokus nr 4. Forskningsrapport. Statens Institutionsstyrelse. Stockholm.
- Sherman, L. W., Farrington, B. W. & MacKenzie, D. (2002). *Evidence-based crime prevention*. London: Routledge.
- Shlonsky, A. & Gibbs, L. (2004). Will the real evidence-based practice please stand up? Teaching the process of evidence-based practice to helping professionals. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 137-153.

- Silverman, W. K., & Hinshaw, S. P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 1-7.
- Sinclair R, Garnett L & Berridge D (1995) *Social work and assessment with adolescents*. London: National Children's Bureau.
- Sjöblom, Y. & Wiklund, S. (2012). Öppenvård. I *När samhället träder in - barn, föräldrar och social barnavård*. Höjer, I., Sallnäs, M. & Sjöblom, Y. (red). Lund. Studentlitteratur AB.
- Socialstyrelsen (2000). *Social tillsyn 1999. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004). *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001 - 2003*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b). *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006a). *Barn och unga. Insatser år 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2009). *Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga. En nationell kartläggning av metoder*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Barn och unga-insatser 2011*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Implementeringen av MultifunC – ett program för institutionsbehandling av ungdomar med svåra beteendeproblem*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Barn och unga – insatser år 2013. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*. Sveriges officiella statistik. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: resultat efter fem år*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Individ-och familjeomsorg. Lägesrapport 2017*. Stockholm Socialstyrelsen.
- SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten - till nytta för brukaren*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2009:68. *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*. Stockholm: Fritzes.
- Soydan, H. (2008). Applying Randomized Controlled Trials and Systematic Reviews in Social Work practice. *Research on social work practice*.18 (4), 311-318.
- Spence, S. H. (1995). *Social Skills Training: Enhancing Social Competence with Children and Adolescents*. Windsor, Berkshire, UK: NFER-NELSON Publishing Company.
- Springer, D. W., McNeece, C. A., Arnold, E. M. (2003). *Substance abuse treatment for criminal and juvenile offenders: an evidence-based guide for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stirman, S.W., Crits-Cristoph, P., & DeRubeis R.J (2004). Achieving Successful Dissemination of Empirically Supported Psychotherapies: A synthesis of Dissemination Theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4):343-359.
- Ståhlberg, O., Anckarsäter, H., & Nilsson, T. (2010). Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 19 (12): 893-903.
- Sundell, K., Nyman, M. & Alvasdotter, A. (2000). *Mellanvård för kriminella ungdomar. En studie av 133 kriminella ungdomar fem år efter avslutad mellanvård*. FoU-rapport 2000:1, Stockholms Socialförvaltning, FoU-enheten.
- Sundell, K & Vinnerljung, B. (2004). Outcomes of Family Group Conferencing in Sweden. A 3-year follow up. *Child abuse and Neglect*, 28, 267-287.

- Statens institutionsstyrelse (2012). *Kartläggning av ART inom SiS*. Internt arbetsmaterial.
- Statens institutionsstyrelse (2015). *Kartläggning av ART inom SiS*. Internt arbetsmaterial.
- Statens institutionsstyrelse (2016). *Internrevision av programverksamheterna ART och ÅP 2016*. Internt arbetsmaterial. dnr 2016-00878, Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse (2014). *Riktlinjer för kunskapsbaserade metoder*. Internt arbetsmaterial. Dnr 1.4.2-3467-2014.
- Statens institutionsstyrelse (2016). *Årsredovisning 2015*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Soydan, H. & Vinnerljung, B. (2002). Några problem i utvärdering av sociala interventioner och utfallsstudier. *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 2-3, 160-174.
- Springer, D. W., McNeece, C. A., Arnold, E. M. (2003). Substance abuse treatment for criminal and juvenile offenders: an evidence-based guide for practitioners. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Stranz, H., & Wiklund, S. (2012). Oskäligen levnadsnivå? En studie av inkomstnivåer bland ensamstående mödrar med socialbidrag. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2, 72-92.
- Svanevie, K. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete. Från ide till praktik* Akademisk avhandling. Umeå universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Teng, S. (2010). *Kontaktpersoner för ungdomar genom socialtjänsten – en studie om hur dessa insatser avslutas*. FoU-Södertörns skriftserie nr 89/10.
- Thyer, B. A. & Myers, L. L. (2011). The quest for evidence-based practice: A view from the United States. *Journal of social work*, 11, 8-25.
- Ungdomsalternativet/UngART (2006). *Tanke, Handling, Konsekvens. ART och Ungdomsalternativet – träning för förändring*. Klippan: Ungdomsalternativet/UngART.
- Vedung, E. (2010). Four Waves of Evaluation. *Evaluation*. 16 (3), p.263-277.
- Vinnerljung, B. Sallnäs, M & Kyhle Westermarck, P (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar. Om ungdomar i fosterhem och på institutioner*. Stockholm. Socialstyrelsen.
- Vinnerljung, B. & Franzén, E. (2005). Kontaktfamilj/kontaktperson – omfattning och samband med placering i dygnsvård. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 12, 345-365.
- Vinnerljung, B., Hjern A., Ringbäck, Weitof G., Franzén, E., & Estrada, F. (2007). Children and young people at risk. Social report 2006. *International Journal of social Welfare*, 16, Supplement 1. 163-202.
- Weisburd, D., Lum, C, & Petrosino, A. (2001). Does Research Design Affect Study Outcomes in Criminal Justice? *The Annals of the American Academy of Social and Political Sciences*, 578 (nov), 50-70.
- Welsh, B. C. & Hoshi, A. (2002). Communities and crime prevention. In L. W. Sherman, Farrington, D. P, Welsh, B.C, MacKenzie, D. C. (Eds.), *Evidence-based Crime Prevention* (pp. 97-197). London: Routledge.
- Wiklund S. (2006). *Den kommunala barnavården – om anmälningar, organisation och utfall*. Stockholms Universitet (akademisk avhandling) Stockholm: Stockholms universitet.
- Wiklund, S. (2011). Individ- och familjeomsorgens välfärdstjänster. I *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?* Hartman, L. (red). SNS förlag,

# Appendix

## Aggression Replacement Training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: a systematic review

Brännström, L. Kaunitz, C, Andershed, AK., South, S. & Smedslund, G.  
(In *Aggression and Violent Behavior* 27 (2016) 30-41)

### Abstract

**Objective:** Aggression Replacement Training (ART) is a multimodal program aiming at replacing antisocial behaviors by actively teaching desirable behaviors. The program is frequently used and has been provided within a wide variety of settings, but its effectiveness in its own right has not been addressed in previous reviews. This systematic review examines the effect of ART on antisocial behavior in young people and adults.

**Methods:** Published and unpublished literature was searched to identify randomized and non-randomized studies comparing ART for adults and youth with usual care, other interventions, or no intervention. Primary outcomes included recidivism in antisocial behavior, while secondary outcomes were related to social skills, anger management and moral reasoning.

**Findings:** This review identified 16 studies with considerable clinical and methodological diversity. The methodological quality and the post-intervention follow-up of the studies were limited. Almost half of the studies were conducted by researchers who have vested interests in the intervention.

**Conclusions:** There is an insufficient evidence-base to substantiate the hypothesis that ART has a positive impact on recidivism, self-control, social skills or moral development in adolescents and adults. Further research is warranted by independent investigators exploring the effects of ART on clearly-defined target groups using high standard evaluation designs.

#### Keywords

Intervention; Effectiveness; Aggression Replacement Training; ART; Delinquency

# 1. Introduction

Antisocial behavior manifests itself in many different forms. Behaviors often referred to include aggressive and violent behavior, property violations or offenses, deceitful behavior, rule violations, and substance use/abuse (American Psychiatric Association, 2000). Much attention has been paid to the importance of self-control in regulating antisocial, delinquent and criminal behavior. This has included the evolution of several techniques and programs intended to improve self-control among children and adolescents (Piquero, Wesley, Jennings, & Farrington, 2010). Aggression Replacement Training (ART) is an example of such a program.

The ART-program is a multimodal program originally developed for aggressive delinquents in residential care in New York, USA, with the aim of replacing antisocial behaviors by actively teaching desirable behaviors. It is a structured program that combines the use of techniques from cognitive therapy (based on cognitive theories) and behavioral therapy (from learning theory). As ART has become a commonly used intervention for both youths and adults with antisocial behavior, it is increasingly important to systematically ascertain the program's effectiveness. Empirical studies have been conducted, and ART has been included as a cognitive behavioral intervention among others in previous systematic reviews (e.g., Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey, Chapman, & Landenberger, 2001; Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007). However, there has been no systematic review of ART, in its own right, even though such information would perhaps best advise decision makers and practitioners choosing interventions for their clients. Therefore, the purpose of this article is to provide a systematic review of studies of the effect of ART on antisocial behavior in young people and adults.

## 1.1. Aggression Replacement Training

The original manual states that ART is a 10-week, 30-hour intervention administered to groups of 8 to 12 youths three times a week (Goldstein, Glick, & Reiner, 1987). According to the developers, aggression has a behavioral component, an affective component, and a 'values' component. Thus, the main components of ART came to include skill streaming to teach pro-social behavior (behavioral component), anger control (affective component), and moral reasoning (cognitive component). This paper focuses on the original version of ART, in order to summarize research on the program as it was intended, and not on versions of the program that have been subject to "program drift" where "original standards have /.../ been compromised or diluted to suit the needs of the system using the program" (Glick & Gibbs, 2011, p. 2).

The behavioral component of ART consists of social skills training, a technique for teaching pro-social behavior to participants who have deficiency in or who lack these competencies, which is theoretically grounded in social learning theory and the work of Bandura (1973). The teaching of skills serves to replace the out-of-control destructive behaviors with constructive pro-social behavior. The anger control training component, building on the work of Novaco (1975) and Meichenbaum (1977), is designed to help reduce the frequency of anger arousal in those who are chronically aggressive, and to provide means of self-control when anger is aroused. While skill streaming is designed to teach what one should do in problematic situations, anger control training teaches what one should not do. Moral reasoning training is the third component of ART (Gibbs et al. 1995) and has its foundation in Kohlberg's (1973) model of moral development. The primary purpose is to raise the individual's level of moral reasoning, thus enabling them to make more mature decisions in social situations. In ART, moral reasoning is promoted through group discussions of moral dilemmas, which are termed 'social decision-making meetings'.

Since ART was developed in the 1980s, the original programme has been modified and applied for other populations, settings and outcomes.(Goldstein, Nensén, Daleflod, & Kalt, 2004), for example, adult violent offenders (Lipton, 2000), EQUIP (Leeman et al., 1993), The Prepare Curriculum (Goldstein, 1999), The Peace Curriculum: expanded Aggression Replacement Training (Salmon, 2004), Family-ties (Calame & Parker, 2012), and Aggression Control Therapy (Hornsveld, Van Dam-Baggen, Leenaars, & Jonkers, 2004). The program has been provided across North America and Europe since the 1990s within a wide variety of social, educational, and correctional services, secure units, community services and prisons. People from many different professions have been educated as trainers, including teachers, counsellors, youth-care workers, social workers, and correctional officers.

## 1.2. Previous research on the effectiveness of ART

Results from empirical studies have lent support for the effectiveness of the intervention (Goldstein, Glick, Irwin, Pask-McCartney, & Rubama, 1989; Goldstein, Glick, & Reiner, 1987). Also, as previously mentioned, ART-trials have been included in meta-analytic reviews of effects of a wider array of interventions with juvenile offenders (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2001; 2007) which have indicated positive results for the ART-program. ART has fallen under the broader category of cognitive-behavioral interventions, and results suggest that these types of interventions are among the more promising rehabilitative treatments for antisocial behavior in youth (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2001, 2007; Pearson et al., 2002). The review authors have generally been positive as to ARTs effec-

tiveness, concluding, for example, that ART is an example of the kind of program “that policy makers should review for possible adoption” (Pearson et al., 2002, p. 493). None of these reviews report on the design and methodological quality separately for each included study, however.

Results of ART outcome studies have moreover been summarized in non-systematic reviews, several of which have suggested ART to be a promising empirically-based treatment for juvenile offenders (Howell, 1998; Springer et al., 2003; Welsh, 2002; Welsh & Hoshi., 2006). Other reviews also conclude that ART is effective (Cigno & Bourns, 1998; Sherman et al., 2002). The United States Department of Justice claim in their Model Program Guide that ART is an effective program (“OJJDP Model Programs Guide”).

### 1.3. A systematic review of ART

ART seems to be a successful program in the sense that its use is widespread, well-known and frequently used for the purpose of turning the lives around for individuals with antisocial behavior. As such, it has claimed large investments in effort, time, and money from communities, professionals, families and participants. To our knowledge, however, no previous review has addressed the ART program specifically and none have reported on the study design or methodological quality separately for each included trial. Furthermore, none of the reviews to date has included studies of ART for adult participants. A systematic review of the ART intervention as a separate program in its own right is therefore needed and will be of interest to researchers, policymakers and practitioners.

This systematic review assesses the effect of ART on antisocial behavior in young people and adults in medium to high security correctional facilities, other residential facilities, schools/educational centers and other community-based services. We describe inclusion criteria and search strategies, and report characteristics, methodological quality and estimated treatment effects of each included study. A summary of the main findings and limitations of this review will be discussed alongside implications for practice and research.

## 2. Methods

### 2.1. Types of studies, participants and outcomes

We included studies that labelled the program under evaluation as “Aggression Replacement Training” (ART). Further, the study needed to state clearly that the evaluated program only included the main, original components of ART, (ii) include a reference to Goldstein, and (iii) include a statement

that the core principles in the program were being adhered to. The justification for applying these restrictions are that the program developers did not want ART to be copyrighted, and instead encouraged the extension and modification of the program to other settings, populations and outcomes (Goldstein, Nensén, Daleflod & Kalt, 2004). However, the three original core components constituting ART were copyrighted by the co-developer Barry Glick in 2010, and later by the Swedish and Dutch partners in the form of a European Union trademark. Thus, in line with the copyright and in order to facilitate comparability of the included studies, this review does not include extended versions of ART.

We included studies of ART where individuals or groups (clusters) were randomly assigned to the different arms of the trial (that is, to ART or a control condition), as well as non-randomized studies with a control condition. Only ART programs containing all three original components were considered. Studies that compared ART with ART plus additional components/treatments were excluded. All follow-up durations reported in the primary studies were recorded. Both standardized and unstandardized measures were acceptable if documented psychometric properties were reported or available.

Participants were males and females (12 years and older) who had displayed a level of antisocial behavior sufficient for authorities or researchers to consider them eligible for the ART program (i.e., that they would benefit from participating in ART). Participants in residential- and correctional facilities (including prison, secure and open settings), as well as in community settings, were included. Voluntary, mandated and sentenced participants were also included.

Any assessment of recidivism in antisocial behavior (e.g., criminal behavior) measured in the studies was considered as a primary outcome. This information was collected either from registers, interviews with case workers, or through self-/parent-/teacher reports. Three secondary outcomes were selected, based on the mediators hypothesized by Goldstein and colleagues to be affected by the three ART components: (i) anger control (operationalized by Goldstein et al. [2004, p. 230] as self-control and a decrease in acting-out behaviors), (ii) social skills, and (iii) moral reasoning. The secondary outcomes were assessed through self-/parent-/teacher report questionnaires (e.g., Child Behavior Checklist [Achenbach, 1991]) or staff observations (e.g., Behavior Incident Report). Measures based on non-validated or non-standardized tests were only considered if information on psychometric properties were available. All included studies were examined for evidence of adverse events, measured as incidence of overall adverse events such as statistically significant negative effects of ART on the primary and secondary outcomes measured in the included studies.

The follow-up duration reported in the primary studies were recorded. The pre-post design assessments are considered a short-term follow-up, as-

assessments from four to six months up to 12 months are considered a medium-term follow-up, and assessments one year post intervention are considered as having a long-term follow up.

## 2.2. Search strategies, data collection and analysis

Search strategies were developed by using various terms for aggression replacement, such as aggression control therapy, aggression prevention, positive peer culture, equipping youth to help one another, EQUIP program, Prepare curriculum, PEACE curriculum, Family ART, and the like (detailed search strategies are available upon request). To identify unpublished reports and on-going studies, ART-developers and independent investigators were contacted and reference lists of included studies and all obtained reviews were scanned for new leads. The following electronic reference databases, government databanks and professional websites were searched: ASSIA, The Cochrane Library (including CDSR, DARE, TRIALS, and HTA), The Campbell Library, Criminal Justice Abstracts, ERIC, PubMed, PsycINFO, Sociological Abstracts, and Social Services Abstracts. Additional searches were made using Google and Google Scholar. There were no restrictions regarding language or date of publication.

A minimum of two review authors independently screened titles and abstracts. Selection of primary studies was made according to criteria described above. Reasons for exclusion were documented for each study retrieved in full text and are available upon request. Guided by the checklist of items to consider in data collection and data extraction detailed in the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins & Green, 2011), at least two independent coders extracted data. Attempts were made to contact the corresponding author of the study in question if the full text report contained insufficient information for a decision to be reached.

The methodological quality, here conceptualized as risk of bias in the included studies, was assessed independently by at least two reviewers on the basis of the revised CONSORT statement and the corresponding checklist for randomized controlled trials (Schulz, 2010) as well as the Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2008). Included studies were assessed based on whether or not they had adequately addressed sequence generation, allocation concealment, blinding of outcome assessors, incomplete outcome data, selective outcome reporting, and other sources of bias. Given the nature of the method, we assessed quality of blinding primarily by whether those who assessed and coded outcome measures were blind as to which arm of the trial the individual had been assigned to (i.e., ART intervention or control condition).

Since studies using non-randomized designs were included, methodological quality was assessed with an extension of the Cochrane risk of bias tool. Non-randomized studies require particular attention to selection bias and to

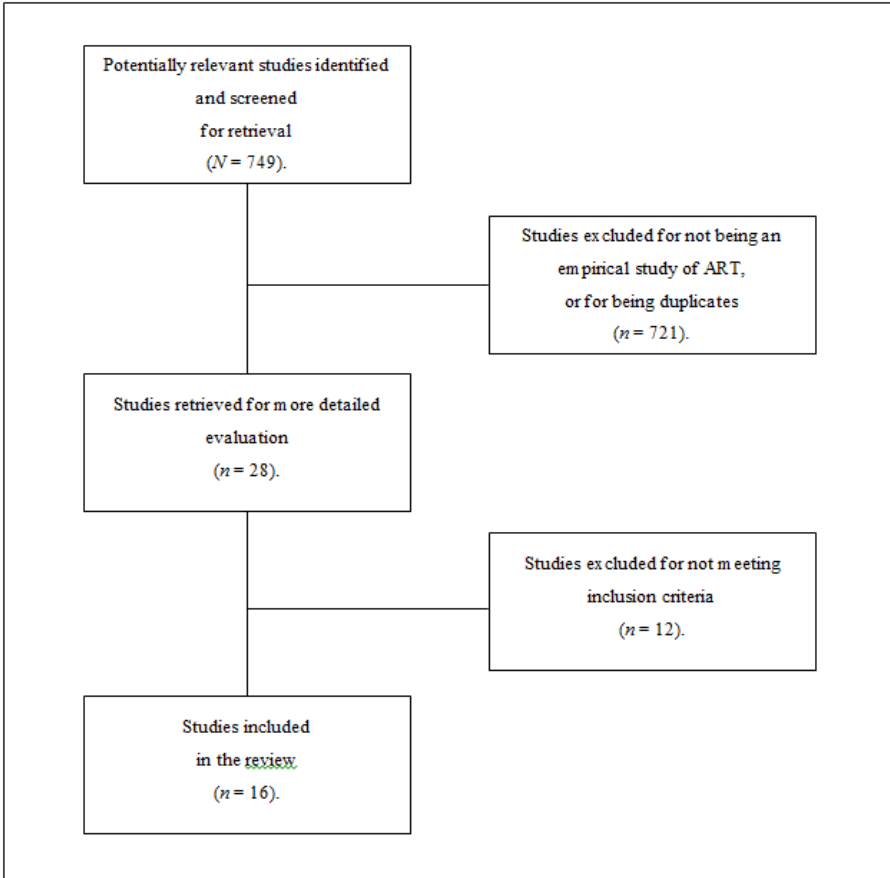
confounding by examining various characteristics at baseline, as well as whether or not there were differences between arms of the control trial in these characteristics and the attempts made to control for any differences.

Internet searches were made for each of the included study investigators in attempt to assess the independence of the evaluator. To be regarded as independent, an evaluator cannot have vested interests in the intervention (e.g., financial or psychological as a developer or program proponent).

### 3. Results

Following an initial identification of 749 papers through the electronic databases and knowledge of existing papers, two of the review authors independently screened titles and abstracts for relevance according to the inclusion criteria. This process reduced the number of potentially relevant publications to 28. The full text screening identified 16 unique studies (reported in 18 publications) meeting the criteria for inclusion (Figure 1). Most of the excluded studies (5 out of 12) did not meet the inclusion criteria of evaluating ART as a single program (e.g. ART was combined with other components/interventions). Other common reasons for exclusion was wrong population (participants were younger than 12 years) and/or no comparison group.

Fig. 1. Flow of literature through the review.



### 3.1. Description of the included studies

Table 1 summarizes the characteristics of the 16 included studies. The studies were divided into those that the investigators reported as including “youths” and those that included “adults”, even though it was noted that there was an overlap in age for these two groups, and in some studies also limited information on the age of the participants. One study (Koposov, Gundersen & Svartdal, 2014) reported the results for three age groups (6-9, 10-14 and 15+ years old). Since the inclusion criteria for this review stipulated participants 12 years and older we included only the oldest age group in the review. Moreover, since data from two studies were reported in multiple publications (Glick & Goldstein, 1987; Goldstein & Glick, 1994), we hereafter refer to these as Glick (1987) and Goldstein (1987) respectively. The study reported in Goldstein et al. (1994, 2004) is referred to as Goldstein et al. (1994).

Published between 1987 and 2014, 12 studies focused primarily on youths and four on adults. Of the 16 studies, six were reported as controlled trials with random allocation of which four were cluster randomized trials. One of the included studies was reported as a quasi-randomized controlled trial and six were reported as non-randomized studies. In three studies it was not clear how individuals were allocated to different arms.

Sample size varied considerably, where two trials included over a thousand participants while the remaining 14 studies had sample sizes ranging from 18 to 151. Given the relatively small sample size of some of the studies, it is plausible that they did not have sufficient power to detect an effect of the intervention. Eight studies included only male participants, one study only females and seven studies included participants of both sexes. The trials were conducted in a wide variety of settings including community-based services, medium to high security correctional facilities, and schools/educational services. Most studies were conducted in the US.

Of the six studies that reported the primary outcome, three measured recidivism after program completion, two reported recidivism data both during the intervention and a set period after program completion, and the follow-up period varied between individuals in one study. The 12 studies that reported secondary outcomes did so over different time periods. Five reported data from standardized measurements administered weekly; three of these included in their pre- and post-treatment averages data from the period during which participants received ART. The time of measurement of other secondary outcomes was reported in only two studies, while unclear in eight of the 12 studies reporting other secondary outcome measures where general statements such as “pre-post basis” were used.

A history of aggressive, violent or criminal behavior was reported for participants in three studies (Barnoski, 2004; Erickson 2013; Jones 1991). Further, in two studies it was stated that a subset of the participants had such a history (Danielsson et al., 2011; Hatcher et al., 2008). In eleven of the 16 included studies, it was unclear how many of the participants had a history of aggressive-, violent- and/or criminal behavior although the general statements made by the investigators suggest that at least some participants had such a history. A history of drug/alcohol abuse was reported in four studies (Barnoski, 2004; Coleman, 1992; Danielsson et al., 2011; Erickson 2013). The remaining twelve studies did not provide any information on the drug/alcohol abuse histories of the participants. One of the 16 included studies reported in detail whether participants also received other interventions during the trial period (Nodarse 1998).

**Table 1**

*Characteristics of included studies by study design and population.*

Study ID, Author (year)	Participants and setting	Interventions	Outcomes and measures	Follow-up	Results/authors' conclusion
<i>Randomized Controlled Trials, Youths</i>					
1. Coleman et al. (1992)	<u>Participants:</u> adolescents with behavioral disorders ( $N = 52$ ) in residential treatment. Information reported for $n = 39$ . <u>Sex:</u> 10 females, 29 males. <u>Age:</u> $M = 15$ yrs 9 mo (range: 13 yrs 2 mo - 18 yrs 11 mo). <u>Setting:</u> the Devereux Foundation, Victoria, Texas. Residential treatment, USA.	behavioral ART ( $n = 36$ ). Control ( $n = 16$ ): either academic or vocational in small group settings <u>only.</u> ( $n = 6$ ). <u>Control</u> ( $n = 6$ ): no treatment condition.	Participated in regular seventh period classes, which were either academic or vocational in small group settings Behavior Incident Report (BIR), Kendall-Wilcox Self-Control Scale (KWS), The Skill checklist, Socio-moral Reflection Measure (SRM)	Short term	No significant differences between experiment and control. No analyses or data reported.
2. Jones (1991)	<u>Participants:</u> high school students with a high degree of aggression ( $n = 18$ ). <u>Sex:</u> 9 males, 9 females. <u>Age:</u> $M = 13$ yrs 9 mo. <u>Setting:</u> a Brisbane suburban high school, Australia.	ART ( $n = 6$ ): Moral reasoning component only. ( $n = 6$ ). <u>Control</u> ( $n = 6$ ): no treatment condition.	Anger control, Moral reasoning, BIR, KWS, SRM	Short term	Significant decrease in aggressive incidences in the ART condition (BIR), $F(1, 47) = 15.16, p = 0.0003$ . One-way ANOVA of pre-test data showed that participants in the ART condition scored significantly higher in aggression, $F(2, 14) = 6.69, p = 0.009$ . No difference between ART and control on KWS, $F(2, 14) = 2.48, p = 0.11$ . All factors and interaction <i>n.s./not reported</i> on the SRM.
<i>Cluster-Randomized Controlled Trials, Youths</i>					
3. Glick (1987) <sup>a</sup>	<u>Participants:</u> juvenile offenders ( $N = 60$ ).	Five units with 12 adolescents each, assigned	Anger control, Moral reasoning.	Short term	ANCOVAs showed positive effect favoring ART on number of

Sex: male only. to three conditions: ART ( $n = 24$ ). Control 1 ( $n = 24$ ): participation in usual facility activities. aggressive incidents ( $F = 11.51, p < 0.01$ ), and intensity ( $F = 9.34, p < 0.05$ ) (BIR), and KWS ( $F = 10.67, p < 0.05$ ), No improvements on SRM ( $F = 0.02, n.s.$ ).

Age:  $M = 15$  yrs, (range: 14 - 17 yrs). Control 2 ( $n = 12$ ): no-treatment control

Setting: Annsville Youth Center, a New York State Division for Youth residential facility, USA. group

4. Goldstein (1994) Participants: gang members ( $N = 65$ ). ART (6 gangs,  $n = 38$ ): 32 sessions, two Anger control, Social skills, Medium term for Results favoring ART on re-arrest rates: RR = 0.25 (95% CI: 0.10–0.62). Stating results favoring ART on ASIS and SC but

Sex: mixed. No information on distribution. sessions per week. Control (6 gangs,  $n = 27$ ): Recidivism. recidivism. Official data: rearrests, Anger Unclear for other no data reported.

Age: not reported, "participating youths" (p. 94). no-ART controls Situation Inventory Scale outcomes.

Setting: two community-based agencies; Brooklyn, New York, USA. (ASIS), The Skill checklist (SC)

5. Gundersen & Svartdal (2006) Participants: youths from local schools and institutions ( $N = 65$ ). ART (8 groups,  $n = 47$ ): school ( $n = 26$ ), Anger control, Social skills, Short term *Parent ratings*: Improvement in ART condition compared to control condition (SSRS, ANOVA:  $F(1, 44) = 5.33, p = 0.026$ ; CBCL, ANOVA:  $F(1, 43) = 5.61, p = 0.02$ ). No significant interaction effect favoring ART (CADBI, ANOVA:  $F(1, 38) = 3.27, p = 0.08$ ).

Sex: 48 males, 17 females Control (3 groups,  $n = 18$ ): school ( $n = 5$ ), Moral reasoning, Social skills Rating System *Teacher ratings*: No significant time or interaction effect on repeated measures (SSRS, CADBI, CBCL). Significant improvement in ART condition ( $F(1, 51) = 11.07, p = 0.001$ ) but not in control condition: ( $F(1, 51) = 1.7, p = 0.2$ ) assessed with SSRS. Reduction (improvement) in scores for both conditions, but contrast show only an effect in the ART condition  $F(1, 14) = 8.11, p = 0.006$ , assessed with CADBI. Contrast analysis showed improvement in scores for ART condition ( $F(1, 47) = 13.49, p < 0.001$ ) but not for control ( $F$

Age:  $M = 13$  yrs (range 11-17). special school ( $n = 10$ ) and institution ( $n = 11$ ). Moral reasoning, special school ( $n = 10$ ) and institution ( $n = 3$ ). (SSRS), How I Think (HIT), Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory (CADBI), Child Behavior Checklist (CBCL)

Setting: schools and institutions in Norway.

6. Zimmerman (1987) Participants: delinquent youth ( $N = 36$ ). Sex: male only. Age:  $M = 15.9$  yrs (range = 14-18). Setting: Annsville Youth Center, a New York state Division for Youth residential facility, USA. Five units assigned to three conditions. ART Anger control, Moral reasoning. Short term ( $n = 21$ ). BIR, KWS, SRM Control 1 ( $n = 10$ ): test instructions to enhance display of pro-socially skilled behaviors. Control 2 ( $n = 5$ ): no treatment.

#### Non-Randomized Controlled Trials

##### Youths

7. Barnoski (2004) Participants: sentenced juvenile offenders ( $N =$  ART ( $n = 704$ ). Control ( $n = 525$ ): No data collected on control condition. Recidivism (mis-demeanor, Long term felony and violent felony). Sex: 983 males, 246 females. Official data: reconviction Age:  $M = 15.2$  yrs (range: 13-17). Setting: court probation staff or private contrac-

(1, 54) = 0.39,  $p = n.s$ ), assessed with CBCL.

*Youth ratings*: No significant time or interaction effect on repeated measures (SSRS, HIT, CBCL). No significant change from pre-test to post test in ART condition ( $F(1, 42) = 1.89, p = 0.176$ ) or in control condition ( $F(1, 42) = 1.55, p = 0.22$ ), assessed with SSRS. Improvements in both conditions assessed with HIT (ART:  $F(1, 54) = 9.58, p = 0.04$ ; control:  $F(1, 54) = 7.35, p = 0.008$ ), and CBCL (ART,  $F(1, 54) = 14.81, p < 0.001$ ; control,  $F(1, 54) = 5.43, p = 0.002$ ).

The control condition had more severe acting-out behaviors on BIR, pre-test scores. ANOVA showed no significant effect of ART,  $F(1, 34) = 3.92, n.s.$  ANCOVA with pre-test scores as covariate showed a significant positive effect of ART,  $F(1, 33) = 11.504, p < 0.01$ , on numbers of incidences, and  $F(1, 33) = 9.342, p < 0.01$  (severity). Significant positive effect of ART on KWS. ANOVA:  $F(1, 32) = 11.19, p = 0.025$ . No effect of ART was seen on SRM,  $F(1, 31) = 0.0, n.s.$

Borderline significant difference in adjusted felony recidivism rate between ART condition (21%) and control condition (25%) ( $p = 0.125$ ). No statistically significant differences in misdemeanor and felony recidivism (ART 46%, control 49%) and violent felony (ART 7%, control 6%) recidivism rates.

tors at 26 juvenile courts in Washington state, USA.

8. Erickson (2013) Participants: sentenced\_female juvenile offend- ART ( $n = 30$ ): ART ® and treatment as usual Aggressive behavior and rule- Short term  
ers ( $N = 60$ ). at the facility (cognitive-behavioral, insight breaking behavior in and  
Sex: female only. oriented, and supportive individual and outside the classroom\_ CBCL,  
Age:  $M = 16.8$  yrs. group therapeutic interventions offered on a Teacher Report Form, BIR, UCL  
Setting\_ residential commitment program in daily basis). Control ( $n = 30$ ): Treatment as PTSD Index for DSM-IV (Ado-  
Florida, USA, usual at the facility. lescent Version).
9. Kopsov et al. 2014 Participants: youths from social institutions and ART ( $n = 8$ ). Control ( $n = 12$ ): no intervention Social skills and problem Short term  
elementary schools ( $N = 20$ ). behaviors. SSRS.  
Sex: male and female.  
Age:  $M = 15.8$  (range 15-17 yrs).  
Setting: schools and social institutions in North-  
West Russia.

#### Adults

10. Barto Lynch (1995) Participants: adult offenders ( $N = 71$ ) with a ART ( $n = 39$ ). Control ( $n = 32$ ): similar group Anger control, Moral reasoning. Short term

Controlling for adherence to ART-program, results showed statistically significant differences in felony recidivism between those rated as competent or highly competent (19%) and the control condition (25%) ( $p < 0.05$ ) (RR: 0.75, 95% CI: 0. 57–0.99). For misdemeanor and felony (control 49%; ART 45%) and violent felony (control 6 %; ART 7%) recidivism there were no statistically significant reductions.

Repeated measures 2 X 2 (time X group) ANOVA tests indicated no significant mean differences in rule breaking or aggressive behaviors pre-to posttest between ART and control group. Non-significant Time X treatment condition interaction for aggressive behavior in the classroom  $F(1, 58) = 0.78, p = 0.38$ , for rule breaking behavior in the classroom  $F(1, 58) = 0.21, p = 0.65$ , and for aggressive behavior outside of the classroom,  $F(1, 58) = 0.26, p = 0.61$ .

No significant effects of ART. No numbers reported.

No significant differences between ART and control condi-

- history of violent and aggressive behavior. of incarcerated offenders who did not receive Aggression Scale (AS), Hostility  
Sex: male only. ART. Scale (HOS), SRM. tions in AS (no statistics reported). Significant decrease in  
Age:  $M = 32.1$  yrs (range 21-50). SRM in ART condition, ANOVA:  $F(1, 53) = 4.79, p = 0.03$ .
- Setting: medium security institution in La  
 Grange, Kentucky, USA.
11. Curulla (1991) Participants: adult misdemeanor offenders with ART ( $n = 16$ ). Control 1 ( $n = 18$ ); all compo- Recidivism. Official data: Medium term ART: Recidivism rate = 1/16. Control 2: Recidivism rate =  
 learning disabilities ( $N = 67$ ). nents in ART except moral, combined with district court charges. 8/33. RR = 0.26 (95% CI = 0.04-1.89).  
Sex: male only. additional social skills training for a time  
Age:  $M = 26$  yrs. period equivalent to that spent on moral  
Setting: Learning Disability Association of discussions in ART. Control 2 ( $n = 33$ ); Clients  
 Washington probation programme, Redmond, who had been tested and found suitable for  
 Washington, USA. the program, but whom the court did not  
 sentence to the program.
12. Danielsson et al. (2011) Participants: sentenced offenders ( $N = 3,138$ ). ART ( $n = 523$ ). Control ( $n = 2,165$ ); no ART Recidivism. Official data: Long term: Increased risk of reconviction in any crime in the ART  
Sex: male only. participation, also no participation in a reconviction in any crime and varying follow-up condition, compared to the control condition (HR: 1.25; 95%  
Age:  $M = 24.5$  years (range 17-56). national prison or probation programme, the violent crime. times ( $M = 1.7$  yrs, CI: 1.07-1.46). Subgroup analyses showed no significant  
Setting: Prison and community probation usual prison and probation services. range = 0- 4.7, SD difference in recidivism between those who completed the  
 services, Sweden. = 1.4). ART programme (59%) and those who did not (HR: 1.10, 95  
 % CI: 0.91-1.34). Non-completers were more likely to be  
 reconvicted (HR: 1.43, 95 % CI: 1.17-1.76). Increased risk of  
 reconviction for violent crime in the ART condition (HR: 1.31;  
 95 % CI: 1.07-1.60). No statistically significant difference in  
 recidivism between those 59 percent who completed ART  
 (HR: 1.05, 95 % CI: 0.81-1.35). The sub-group analyses also

13. Hatcher et al. Participants: Sentenced offenders ( $N = 106$ ) in ART ( $n = 53$ ): Adult community-based Recidivism. Official data: community rehabilitation. version of ART. Control ( $n = 53$ ): male reconviction. Sex: male only. offenders convicted of a violent offence and Age:  $M = 27.42$  years (range: 18-53). received a community penalty, who had not Setting: community probation. English and participated in ART Welsh probation services, UK.

*Unclear Design, Youths*

14. Goldstein (1987)<sup>b</sup> Participants: juvenile offenders ( $N = 51$ ) in ART, Control 1 and Control 2. No information Anger control, Moral reasoning. Short term residential care on numbers in each condition. BIR, KWS, SRM Sex: male only Age:  $M = 18$  years 8 months (range: 13-21). Setting: a New York State Division for youth maximum security facility, USA.

15. Goldstein et al. Participants: juvenile delinquents ( $N = 84$ ) ART 1 ( $n = 13$ ): youths and family got ART. Anger control, Social skills. Short term (1989) discharged from residential care. ART 2 ( $n = 39$ ): youths only got ART. Control Recidivism. Official data, agency Sex: male only. ( $n = 32$ ): no-ART control group youth. case files, interviews with case workers: Rearrests, Age: not reported. Anger Situation Inventory Scale, Setting: community, New York state Division for youth, USA. The Skill checklist

16. Nodarse (1998) Participants: adolescents with emotional ART ( $n = 25$ ): ART + individual therapy (50 Anger control, Social skills. Short term handicap ( $N = 50$ ). minutes a week) and project adventure Behavior Assessment System

showed that non-completers were more likely to be reconvicted (HR: 1.57, 95% CI: 1.21-2.03).

ART: Reconviction rate 20/53. Control: Reconviction rate 27/53. RR=0.74 (95% CI: 0.48-1.14). Program non-completers ( $n = 13$ ) were more likely to be reconvicted than program completers ( $n = 15$ ) and controls ( $n = 53$ ). When removing non-completers and non-starters ( $n = 38$ ) from the analysis, the reduction in reconviction was 15% in the ART condition ( $n = 15$ ) as compared to the control condition.

No significant difference in number of aggressive incidences (ANCOVA:  $F = 0.69$ , *n.s.*), but differences favoring ART on intensity (ANCOVA:  $F = 0.53$ ,  $p < 0.001$ ) (BIR). Results favoring ART on KWS:  $F = 0.28$  ( $p < 0.01$ ). Significant improvements in SRM in the ART condition versus control (ANCOVA:  $F = 14.73$ ,  $p < 0.01$ ).

Results favoring ART on re-arrest rates: RR: 0.35, 95% CI: 0.15-0.81. Significant increase in interpersonal skills in the ART conditions ( $F(2, 83) = 7.64$ ,  $p < 0.01$ ) and mean anger arousal compared to control ( $F = 6.47$ ,  $p = 0.001$ ).

Significant results favoring the ART condition for anger control (ANOVA:  $F(1, 47) = 15.16$ ,  $p = 0.0003$ ), and social

Sex: 48 males, 2 females.

training. Control ( $n = 25$ ): individual therapy for Children (BASC),

skills ( $F(1, 47) = 11.95, p = 0.004$ ).

Age: mean not reported (range: 12-14).

(50 minutes a week) and project adventure Teacher Rating Scale (TRS)

Setting: Ruth Owens Kruse Educational Center, training.

Florida, USA.

---

*Note.* ANOVA=Analysis of variance. ANCOVA=Analysis of covariance. HR=Hazard ratio. RR=Risk ratio. CI=Confidence interval.

<sup>a</sup> Glick (1987) refers to study reported in Glick & Goldstein (1987) and Goldstein & Glick (1994).

<sup>b</sup> Goldstein (1987) refers to study reported in Glick & Goldstein (1987) and Goldstein & Glick (1994).

<sup>c</sup> Goldstein (1994) refers to study reported in Goldstein et al. (1994) and Goldstein et al. (2004).

### 3.2. Risk of bias assessment

When properly implemented, RCTs typically prevent selection bias. Cluster-randomized and non-randomized trials present unique methodological challenges which must be addressed in order to effectively prevent selection bias, and therefore often have a higher risk of bias than studies which randomized individuals to arms of the trial (Higgins & Green, 2011). Table 2 clearly shows that the included studies generally had either a high or unclear risk of bias on the majority of the domains examined.

The two RCTs, which had the potential to provide the most reliable results with respect to internal validity, had several serious other issues. Both RCTs had high or unclear selection bias and a high risk of other sources of bias (Coleman et al., 1992; Jones, 1991). One of the important other sources of bias was the potential for chance imbalance between the arms of the trial due to the small number of participants. Thus, the results of the RCTs included in this review must be interpreted with caution and attention must be paid to the potentially high risk of bias in these studies.

There were four studies that were reported as being cluster-RCTs, all of which included youths. Three of the cluster-RCTs had an unclear risk of selection bias (Glick, 1987; 1994; Zimmerman, 1987). The remaining cluster-RCT had a high risk of selection bias due to sequence generation as it is reported that clusters were indeed not truly randomized (Gundersen & Svartdal, 2006). All of the cluster-RCTs were judged as having a high risk of bias due to the evaluators being involved in the development of the program and/or having financial interests in the results. Importantly, all of the cluster-RCTs were judged to have a high risk of bias as a small number of clusters were randomized and because none of the studies undertook statistical control for the effects of clustering.

The examination of risk of bias due to confounding showed that only one study (Gundersen & Svartdal, 2006) reported a balance between arms of the trial for the potential confounder previous aggressive or violent behavior and also included this pre-measure as a covariate in the analyses exploring the effect of ART. It could therefore be argued that, although still at high risk of bias on multiple domains including selection bias, the results of Gundersen & Svartdal (2006) are potentially more reliable than those of the other three cluster-RCTs (Glick, 1987; Goldstein, 1994; Zimmerman, 1987).

Seven non-randomized controlled trials are included in this review, three including youths (Barnoski, 2004; Erickson, 2013; Kuposov et al., 2014) and the remaining four including adults (Barto Lynch, 1995; Curulla, 1991; Danielsson et al., 2011; Hatcher et al., 2008). Two of these studies attempted to take the risk of bias due to confounding in non-randomized trials into account by matching pairs of individuals from the ART and control arms of the trial on the potential confounder history of criminal behavior (Danielsson et

al., 2011; Hatcher et al., 2008). These studies were also judged as having low risk of detection bias (i.e., due to lack of blinding of outcome assessment) for the primary outcome recidivism, as the outcome was based on official data. These two studies could therefore be considered as having more robust results than the other non-randomized studies, although the risk of selection bias remains high due to the non-randomized design. The remaining non-randomized trials were considered at high risk of bias on multiple domains and the reliability of the results of these studies is therefore questionable. None of these studies attempted to account for the risk of bias due to con-founding. The results of Barnoski (2004) should be interpreted with particular caution, as data collected during only a part of the study period was included in analyses. Barto Lynch (1995) and Kuposov et al. (2014) was judged as having high risk of bias due to incomplete outcome data as only those that completed the program were included in analyses. Barto Lynch (1995) also had high risk of bias due to potentially serious statistical issues. Curulla (1991) was considered at high risk of bias as there was information to suggest that concurrent participation in other programs was frequent.

Table 2. Risk of bias summary of included studies by design and population.

Study ID, Author (year)	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias	Restricted participant selection	Balance between the arms	Matched on confounders	Adjusted for confounders in statistical analyses
<i>Randomized Controlled Trials, Youths:</i>										
1. Coleman et al. (1992)	Unclear	High	Unclear	High	Unclear	High	N/A	N/A	N/A	N/A
2. Jones (1991)	Unclear	Unclear	Unclear	Unclear	Unclear	High	N/A	N/A	N/A	N/A
<i>Cluster-Randomized Controlled Trials, Youths:</i>										
• 3. Glick (1987)a	Unclear	Unclear	Unclear	Unclear	Unclear	High	High	Unclear	High	High
• 4. Goldstein et al. (1994)c	Unclear	Unclear	Low	Unclear	Unclear	High	High	Unclear	High	Unclear
• 5. Gundersen & Svartdal (2006)	Low	High	Low	Unclear	Unclear	High	High	Low	High	Low
• 6. Zimmerman (1987)	Unclear	Unclear	Unclear	High	Unclear	Low	Low	Low	Low	Low
<i>Non-Randomized Controlled Trials, Youths:</i>										
7. Barnoski (2004)	High	High	Low	Unclear	High	Unclear	High	Unclear	High	Low
8. Erickson (2013)	High	High	High	High	Low	Low	Low	Low	High	High

Study ID, Author (year)	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias	Restricted participant selection	Balance between the arms	Matched on confounders	Adjusted for con-founders in statistical analyses
• 9. Koposov et al. (2014)	High	High	High	High	Low	High	Low	High	High	High
10. Barto Lynch (1995)	High	High	Unclear	High	Unclear	High	High	Unclear	High	Unclear
11. Curulla (1991)	High	High	Low	Unclear	Unclear	High	High	Unclear	High	High
12. Danielsson et al. (2011)	High	N/A	Low	Low	Low	Unclear	High	Unclear	Low	Low
13. Hatcher et al. (2008)	High	N/A	Low	Low	Unclear	High	Low	Low	Low	High
<i>Studies with Unclear Design, Youths:</i>										
• 14. Goldstein (1987) <sup>b</sup>	Unclear	Unclear	Unclear	Unclear	Unclear	High	High	Low	Low	Low
• 15. Goldstein et al. (1989)	High	Unclear	Low	Unclear	Unclear	High	High	Low	High	Low
16. Nodarse (1998)	Unclear	Unclear	Unclear	Unclear	High	High	High	Unclear	High	Low

Note. •=Non-independent investigator(s). N/A=Not applicable. When judgments differ between outcomes/potential confounders, judgments for recidivism and the potential confounders anger control/aggressive behavior/criminal behavior are reported. Risk of bias-domains concerning confounding was only assessed for cluster-randomized and non-randomized controlled trials.

a Glick (1987) refers to study reported in Glick & Goldstein (1987) and Goldstein & Glick (1994). b Goldstein (1987) refers to study reported in Glick & Goldstein (1987) and Goldstein & Glick (1994). c Goldstein (1994) refers to study reported in Goldstein et al. (1994) and Goldstein et al. (2004).

Three of the included studies (Goldstein, 1987; Goldstein et al., 1989; Nordarse, 1998) had an unclear design, and all included youths. As reflected in the inability to even judge the study design employed, these studies had poor reporting standards on the majority of the risk of bias domains. All of these studies had potentially high risk of bias on at least one category. We therefore consider the reliability of the results of these studies low or at best questionable.

Nearly half (7 out of 16) of the studies were conducted by researchers who can be considered as having vested interests in the program.

### 3.3. Effects of the intervention

Statistical meta-analysis is usually advisable when assessing the effectiveness of interventions, especially when included studies, as in our case, are underpowered (Higgins & Green, 2008). Also in this review, a meta-analytic approach was originally intended. However, for such an analysis to be meaningful, careful consideration has to be paid to the diversity of studies (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009). Moreover, meta-analyses of studies that are at high risk of bias may be particularly misleading. If bias is present in each (or some) of the individual studies, a meta-analysis will simply compound the errors, and produce a ‘wrong’ result that may be interpreted as having more credibility than it deserves (Deeks, Higgins, & Altman, 2008). Given the substantive clinical and methodological diversity depicted in Table 1, and the frequent occurrence of high risk of bias in multiple domains among the studies detailed in Table 2, we found it inappropriate to pool the estimated treatment effects into a precision weighted summary estimate. Moreover, due to the low number of studies reporting sufficiently adequate data, it was not possible to explore sources of heterogeneity using meta-regression. Consequently, we report the results narratively by outcome, population and design.

#### 3.3.1. Effects on recidivism

Based on official justice-department records or other official records of recidivism, three studies reported the effects of ART on this primary outcome in youth (Barnoski, 2004; Goldstein, 1989; 1994) and three studies in adults (Curulla, 1991; Danielsson et al., 2011; Hatcher et al., 2008). All studies reported sufficient data to calculate and/or reported risk ratios (RR) and corresponding 95% confidence intervals (CI), although there was insufficient data reported in Goldstein (1994) to adjust for the design-effect of clustering.

##### 3.3.1.1. Cluster-randomized trials

In Goldstein et al. (1994) there were significantly lower rearrests rates in the ART youth groups versus control: five of 38 (13 %) ART participants and 14

of the 27 control group members (53 %) were rearrested during the 8-month tracking period, see Table 1.

### *3.3.1.2. Non-randomized controlled trials*

Barnoski (2004) reported no effect of ART for juvenile offenders compared to treatment-as-usual (RR: 0.95, 95% CI 0.85–1.07). When controlling for adherence, though, highly competently delivered ART reduced recidivism to a greater extent relative to the control group, see Table 1.

In Curulla (1992) there were no statistically significant differences between the treated group and a no-treatment control group, likely due to the low incidence of recorded charges: one participant was recorded in the ART-group, five in ART without moral component and eight in no intervention group, see Table 1.

Danielsson et al. (2011) estimate Cox proportional hazard regression models and report hazard ratios (HR) as effect sizes. Assuming that risk is constant over time, HRs may be interpreted as RRs (Singer & Willett, 2003). Controlling for age, previous convictions for crime of violence, drug offenses and mean time incarcerated. Adult ART participants had a 25 percent elevated risk of reconviction in any crime when compared to the control condition, see Table 1. Subgroup analyses showed that there was no statistically significant difference in recidivism between those who completed the ART programme and those who were in the control condition. However, separate analyses of non-completers suggest that ART dropouts had a 43 percent elevated risk to be reconvicted. Similar elevated risks were also found for reconviction for violent crime, regardless whether ART participants were completers or non-completers, see Table 1.

Data reported in Hatcher et al. (2008) suggest a positive but non-significant effect of ART for adults on probation service, see Table 1. Comparisons of completers and non-completers in the two conditions showed no statistically significant differences between completers and control (RR 0.53, 95% CI: 0.18–1.54) or non-completers and control (RR: 1.63, 95% CI: 0.94–2.83).

In sum, Table 1 shows that there is considerable clinical and methodological diversity (including, but not limited to, varying follow-up times and lack of detail on control conditions) between the three studies. However, subgroup analyses indicated that non-completers had significantly higher reconviction rates than the control group (Curulla, 1991; Danielsson et al., 2011; Hatcher et al., 2008).

### *3.3.1.3. Studies with unclear design*

In Goldstein et al. (1989) ART for young male offenders discharged from residential care appeared to result in a positive effect when compared to those receiving no intervention. The study, which had an unclear design, reported significantly lower re-arrest rates where 8 of the 52 (15 %) ART

and family ART participants were re-arrested, compared to 14 of the 32 control condition members (43 %), see Table 1.

### **3.3.2. Effects on anger control, social skills and moral reasoning**

Of the 16 included studies, 12 reported on at least one of the secondary outcomes. However, the reporting standards were generally poor. Due to data only being available for a small subset of studies, we found it to be inappropriate to attempt to display the effect sizes using a common metric. Consequently, we report the results of the analyses as they were reported by the evaluators.

Eleven studies assessed anger control, typically operationalized as acting-out behavior and self-control, in youths based on standardized measures or observations. Seven studies reported results of tests with documented psychometric properties or staff observations of social skills in youth (Coleman, 1992; Erickson, 2013, Goldstein et al., 1989; Goldstein, 1994; Gundersen & Svartdal, 2006; Kopusov, 2014, Nodarse, 1998). Moral reasoning was explored in six trials including youths (Coleman, 1992; Jones, 1991; Glick, 1987; Goldstein 1987; Gundersen & Svartdal, 2006; Zimmerman, 1987). All of these studies reported pre- and post-intervention measures, although the periods covered and lengths of the follow-up times differed considerably between studies. One non-randomized controlled trial presented results using standardized measures of the secondary outcomes anger control and moral reasoning, for adults (Barto Lynch, 1995).

#### *3.3.2.1. Randomized controlled trials*

Coleman (1992) found no significant differences between the ART condition and the control condition in acting-out behavior self-control, social skills and moral reasoning, see Table 1. In Jones (1991), three conditions were compared: ART, the moral-reasoning component of ART only, and a treatment-as-usual (TAU) control. The investigators report that the ART condition resulted in a significant decrease in acting-out behavioral incidents, although a one-way ANOVA of pre-test data revealed a significantly higher level of behavioral incidents in the ART condition compared to the control condition. There was no statistically significant effect of ART on self-control. All factors and the interaction effect were reported to be not significant for moral reasoning.

#### *3.3.2.2. Cluster-randomized controlled trials*

Glick (1987) compared an ART condition a comparison condition that received brief instructions, and TAU control condition. This study reported a significant positive effect of ART on self-control, as well as on the number and the intensity of acting-out behavioral incidents. No improvements on the moral component were reported. Further, Goldstein (1994) reported a significant positive effect of ART on anger control and on social skills.

Gundersen & Svartdal (2006) compared ART with a TAU control condition. Two measures of acting-out behavior were administered: the Child and Adolescent Disruptive Behavior Inventory (CADBI) and the Child Behavior Checklist (CBCL). They also explored the effect of ART on social skills using the Social Skills Rating System (SSRS), and on moral reasoning (using How I Think, HIT). Interviews were conducted with parents, teachers, and youth. Results differed between instruments and respondent groups, see Table 1. For parent- and teacher ratings, there were generally improvements within the ART-condition, when the two conditions were analyzed separately. According to youth ratings, there were either no documented changes, or changes had occurred for both the ART-condition and the control condition, see Table 1.

Zimmerman (1987) compared ART to a brief-instructions comparison condition, and a TAU control condition, and reported a significant positive effect of ART on self-control. For acting-out behavior, an analysis of pre-test scores revealed that the control condition had more severe acting-out behavior. An ANOVA showed no significant effect of ART. However, an ANCOVA with pre-test scores as covariate revealed a significant positive effect of ART on both the number of incidences, and the severity of the reported incidences. No effect of ART on moral reasoning was reported.

### *3.3.2.3. Non-randomized controlled trials*

Results in Erickson (2014) indicated no significant mean differences in rule-breaking or aggressive behaviors in female juvenile offenders in a residential commitment program, pre-to posttest between ART for and control (TAU), see Table 1. Nor did the degree of trauma which was used as a covariate have an impact on ART-intervention efficacy. Mean negative behaviors were reduced for all girls who participated in the study. Kuposov et al. (2014) investigated the efficacy of ART on pro-social skills and decrease in problem behaviors. Based on youths self-reports, effects of ART were found among children 14-years old and younger, while no changes were observed among youths older than 15. There were no differences between ART and control, according to parent and teacher ratings. In both these studies, the evaluators explain the absence of effects with the low number of participants.

Barto Lynch (1995) measured incarcerated adults' anger control and found no statistically significant differences between the ART and control conditions in acting-out behavior, see Table 1. There was a significant difference in moral reasoning in the ART condition compared to the control condition, but the investigators report that "although the SRM results between the experimental and control conditions reveal a statistically significant quantitative difference, this finding may be negligible in practical terms" (Barto Lynch, 1995, p. 80).

#### 3.3.2.4. *Studies with unclear design*

For Goldstein (1987), no information was available regarding the experimental design or the number of participants allocated to each condition. This study reported that ART had no effect on the number of acting-out behavioral incidences. In contrast, the investigators report significant positive effects of ART on the intensity of acting-out behavioral incidents, on self-control (KWR) and on moral reasoning (SRM), see Table 1.

Goldstein et al. (1989) compared ART with family-ART, and a TAU control. The investigators report that mean “anger arousal” was significantly lower in the combined ART and family-ART conditions when compared to the control condition, see Table 1. Moreover, the combined ART and family-ART conditions also had a significantly greater increase in social skills compared to the control condition. Finally, Nodarse (1998) reported a significant positive effect of ART on acting-out behavior and social skills for adolescents with an emotional handicap, see Table 1.

## 4. Discussion

This review assessed the effect of ART on antisocial behavior in young people and adults. Looking at each individual study, the results indicate positive effects of ART, both on recidivism and on the secondary outcomes anger control, social skills and moral reasoning. However, the majority of studies suffer from rather extensive flaws (e.g. selection bias, see Table 2), which greatly limit our ability to draw generalizable conclusions. The included studies showed substantive clinical and methodological diversity, the overall methodological quality of the studies was poor, and the post-intervention follow-up was generally limited. Overall, the reporting standard was low and obtaining data where it was missing or incomplete was not possible in all cases despite efforts to contact investigators. Moreover, almost half of the studies were conducted by researchers who could not be considered as independent.

The information was equally limited with regard to participants’ socioeconomic backgrounds and structural factors such as poverty, unemployment and poor environments. Most important, the information on the characteristics of participants was inadequate and there was a general failure to report systematically on any mental health difficulties. For example, it is well known that aggression and violent behavior are highly comorbid with other problems such as attention deficit and hyperactivity (Cai, 2004; Waschbusch, 2002), which was not addressed or controlled for in any of the included studies. No distinctions between different types of offenders were made. To the best of our knowledge, there were no analyses of the possible implications of including participants with different psychiatric diagnoses.

The applicability of the evidence is therefore limited. Furthermore, there was a clear possibility of contamination in a number of studies where both intervention and control participants were recruited from the same institution, center or school class.

Whilst biases arising from lack of blinding are challenging to overcome in trials of psychosocial interventions, other methodological weaknesses could have been addressed by the investigators, such as reporting the numbers of participants, reporting all outcome data, recording the level of adherence to program, and acknowledging the possibility of confounding effects. It is noteworthy that none of the cluster-RCTs took the potential effects of clustering into account in their analysis. A number of studies were moreover characterized by potentially serious statistical issues (e.g. choice of statistical methods), and only two studies reported on the numbers drop-out from the program or performed intention-to-treat-analysis.

Finally, the reported effects of ART on primary and secondary outcomes varied, and the high risk of bias in the included studies means that any result should be interpreted with considerable caution. It is noteworthy that in the two studies that reported negative effects of ART on adult recidivism (Danielsson et al., 2011; Hatcher et al., 2008), such negative effects were apparent in non-completers only. Negative effects of programs for non-completers have also been reported in other studies (Dowden et al., 1999), and this must be considered as an implementation issue.

#### 4.1. Strengths and limitations

Our comprehensive literature search included non-English electronic databases and non-English sources of grey literature. Although we consider it likely that we have obtained all of the existing evidence from controlled trials on the effects of ART, a potential bias in the review process is that our inclusion criteria were restricted to studies that labelled the program under evaluation as “Aggression Replacement Training”, included a reference to Goldstein, and clearly stated that the three core components in the program were being adhered to. Hence, the requirement was that the evaluated program only included the main, original components of ART, in line with the reasoning of Glick & Gibbs (2011). This resulted in a limited number of studies being included, which clearly illustrates one of the difficulties in this field – “program drift”. How can researchers, decision makers, and practitioners use conclusions of aggregated method evaluations to guide their work, when the methods under study are very different? Which components are the ones that create positive change? Are some components superfluous, or even harmful? Such problems can only be solved by meticulous inclusion criteria, and component analyses. The latter was not possible, in our case. As such, this review does not examine the effectiveness of extended/modified versions of ART. It remains possible that such studies would provide addi-

tional – and/or different – evidence as to the effectiveness of similar programs. A related limitation is that broader forms of evidence including issues related to feasibility, appropriateness, meaningfulness and how participants experience the intervention has been ignored. It seems reasonable to assume that a systematic review of qualitative studies of ART trials may show that other aspects of the program than effectiveness can be valued.

It has been shown that study biases operate systematically and typically inflate treatment effect estimates (Wortman, 1994). The approach used here, with a heavy focus on methodological quality, ensures that critical methodological issues have been examined systematically, which makes it less likely that problems or biases have been overlooked. On the other hand, it increases the level of detail and provides less room for generous interpretations of results.

## 4.2. Conclusions and recommendations for future research

A great number of the individual studies included in this systematic review indicate positive effects of ART. The first-hand conclusion after inspecting this research would be that ART is an effective program for changing the behavior of antisocial adolescents and adults. However, when looking into the quality of the research building the basis for such a conclusion, the picture becomes much more problematic. The results of the present review show that the primary studies of ART do not provide a sufficient base for substantiating the claim that the program is effective for reducing antisocial behavior in adolescents and adults. This is in stark contrast to the findings of previous reviews that have examined ART-focused trials and considered the quality of the evidence sufficient to draw conclusions about effectiveness (Cigno & Bourn, 1998; Howell, 1998; Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2001, 2007; Pearson et al., 2002; Sherman et al., 2002; Springer et al., 2003; Welsh & Hoshi., 2006), even though there is a clear overlap between included studies in the present and some of the previous reviews (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2001, 2007). Naturally, this does not mean that we claim there is evidence for no effect. Rather, we cannot say whether ART helps, whether it has no effect, or even whether it is a harmful intervention.

Goldstein and colleagues have argued that aggression and other forms of antisocial behavior can be traced back to a general lack of pro-social behavior, a low level of anger control, and an immature, egocentric style of moral reasoning. Indeed, one of the theoretical bases for ART is that aggressive behavior and criminality in youths can be reduced through improved ability to manage anger and self-control. However, the extent to which aggressive behavior can be explained by a lack of self-control, especially in populations with comorbidity, is still under discussion among scholars (see e.g., McGuire, 2008; Polaschek & Reynolds, 2004). For example, Gottfredson &

Hirschi (1990, see also Piquero et al., 2010) suggest, in contrast, that the possibility of improving individuals' self-control is restricted to late childhood, as self-control is determined early in life and is thereafter relatively stable.

Regardless of the theoretical support for the components of ART, the fact remains that the target group is not clearly defined in the ART-literature. The behavior expected to be targeted by ART is often generally described as aggressive or antisocial, although other behaviors have also been suggested to be affected by the intervention. Even when focusing on aggressive behavior, a more precise definition is desirable (see e.g., McGuire, 2008).

A common notion in prevention is that "one size does not fit all". In this spirit, an important task for further research is to explore the effects of ART on clearly-defined target groups. It will be important to provide detailed descriptions of the type of aggressive or antisocial behavior that the participants have previously expressed and which is expected to be affected by the program. It will also be important to take into consideration whether or not participants are lacking in social skills, ability to manage anger and moral reasoning, as these factors have been hypothesized as mediators. Finally, studies should measure, and include in analyses, characteristics such as attrition, adherence to the program, and background characteristics such as comorbidity and socioeconomic status. Such studies will thus not only provide insight into the effectiveness of ART but also into whether or not a relation exists between these hypothesized mediators and the targeted behaviors. This review has revealed that such studies are currently lacking.

One can question whether a systematic review of studies with methodological flaws should even be conducted. However, we consider this as an important piece of knowledge, both for researchers in designing future research, and for practitioners in deciding whether to use a particular intervention or not. It is not fair to claim that we know anything about a program's effectiveness, based on studies with great shortcomings. It may lead to wrongful conclusions, in either direction – results pointing toward a method being effective that is not, or results showing no effects of methods that actually are beneficial for the participants. Further research is therefore warranted by independent investigators exploring the effects of ART on clearly-defined target groups using high standard evaluation designs.

As our knowledge about the program's efficiency gradually accumulates, it will also be of importance that researchers report implementation costs such that a cost-effectiveness analysis can be performed. This may be particularly important for decision makers and practitioners working in the context of reducing aggression and other forms of antisocial behavior, because interventions in this field typically are expensive, and the negative externalities on family, friends and society of such behavior are large.

## References

References marked with an asterisk are included in the review.

Achenbach, T. M. (1991) *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Bandura, A. (1973) *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barnoski, R. (2002). *Washington State's implementation of Aggression Replacement Training for juvenile offenders: Preliminary findings*. Olympia, Washington: The Evergreen State College, Washington State Institute for Public Policy.

\*Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia, Washington: The Evergreen State College, Washington State Institute for Public Policy.

\*Barto Lynch, J. (1995). *The use of Aggression Replacement Training with adult offenders. A program for violent and aggressive inmates*. Louisville, KY: Spalding university.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester: John Wiley.

Cai, X. (2004). *Stability of externalizing problem behaviors with onset in early childhood: A meta-analytic review*. Unpublished dissertation. Nashville: Vanderbilt University.

Calame, R., & Parker, K. (2012). *Family-TIES: A family-based Intervention to Complement Prepare, ART, and TIES Youth Groups*. Champaign, IL: Research Press Publishers.

Cigno, K., & Bourns, D. (1998). *Cognitive-Behavioural Social Work in Practice*. Aldershot: Ashgate/Arena.

\*Coleman, M., Pfeiffer, S. & Oakland, T. (1992). *Aggression replacement training with behaviorally disordered adolescents*. *Behavioral Disorders*, 18(1), 54-66.

\*Curulla, V. L. (1991). *Aggression Replacement Training in the community for adult learning disabled offenders*. Washington, DC: University of Washington.

\*Danielsson, M., Fors A., Freij, I. (2011). *Behandlingsprogrammet ART i kriminalvården. Utvärdering av återfall i brott för programdeltagare 2003-2006* [The treatment program ART in correctional treatment. An evaluation of recidivism for participants during 2003-2006]. Stockholm: Kriminalvården [The Swedish Prison and Probation Service].

Deeks, J. J., Higgins, J. P. T. & Altman, D. G. (2008). *Analysing data and undertaking meta-analyses*. In J. P. T. Higgins & Green, S. (Eds.), *Cochrane*

Handbook for Systematic Reviews of Interventions (pp. 243-296). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons and The Cochrane Collaboration.

\*Erickson, J. A. (2013). The efficacy of Aggression Replacement Training with female juvenile offenders in a residential commitment program. Tampa, FL: University of South Florida.

Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Goldstein, A. P. The EQUIP program: Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach. Champaign, IL: Research Press, 1995

Glick, B., & Gibbs, J. C. (2011). Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth (3rd Ed.). Champaign, IL: Research Press.

\*Glick, B. & Goldstein, A. P. (1987). Aggression replacement training. *Journal of Counseling & Development*, 65(7), 356-362.

Goldstein, A. P. (1999). The Prepare Curriculum. Champaign, IL: Research Press.

\*Goldstein, A. P. & Glick, B. (1994). Aggression replacement training: curriculum and evaluation. *Simulation & Gaming*, 25(1), 9-26.

\*Goldstein, A.P, Glick, B.,Carthan, M. & Blancero, D. (1994). The pro-social gang. Implementing aggression replacement training. Thousand Oaks, CA: Sage.

\*Goldstein, A. P., Glick, B., Irwin, M. J., Pask-McCartney, C. & Rubama, I. (1989). Reducing delinquency: intervention in the community. Elmsford, NY,US: Pergamon Press.

Goldstein, A. P., Glick, B. & Reiner, S. (1987). Aggression Replacement Training. Champaign, IL: Research Press.

\*Goldstein, A. P., Nensén, R., Daleflod, B. & Kalt, M. (2004). New perspectives on aggression replacement training. Practice, Research and Application. Chichester: John Wiley & Sons.

\*Gundersen, K., & Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 63-81.

\*Hatcher, R. M., Palmer, E. J., McGuire, J., Hounscome, J. C., Bilby, C. A. L., & Hollin, C. R. (2008). Aggression replacement training with adult male offenders within community settings: a reconviction analysis. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(4), 517-532.

Higgins, J. P. T. & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons and The Cochrane Collaboration.

Hornsveld, R., Van Dam-Baggen, R., Leenaars, E. & Jonkers, P. (2004). Aggressiehanteringstherapie voor forensischpsychiatrische patienten met gewelddelicten: ontwikkeling en praktijk [Aggression control therapy for forensic psychiatric patients with violent offences: development and application]. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30(1), 22-38.

Howell, J. C. (1998). Promising programs for youth gang violence prevention and intervention. In D. Loeber & Farrington, D. (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions* (pp. 284-312). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

\*Jones, Y. (1991). Aggression Replacement Training in a high school setting. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 1(1), 1-19.

Kohlberg, L. (Ed). (1973) *Collected papers on moral development and moral education*. Cambridge, MA: Harvard University, Center for Moral Education, 1973.\*Koposov, R., Gundersen, K. K. & Svartdal, F. (2014). Efficacy of Aggression Replacement Training among Children from North-West Russia. *The International Journal of Emotional Education*, 6(1), 14-24.

Leeman, L.W, Gibbs, J.C, & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multi-component group treatment program for juvenile delinquent. *Aggressive Behavior*, 19 (4), 281-292.

Landenberger, N. A. & Lipsey M. W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.

Lipsey M. W., Chapman, G. L. & Landenberger N. A. (2001). Cognitive behavioral programs for offenders. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578, 144-157.

Lipsey M. W, Landenberger, N. A. & Wilson, S. J. (2007). Effects of cognitive behavioral programs for criminal offenders. Oslo: Campbell Collaboration.

Lipton, D., Thornton, D., McGuire, J., Porporino, F. & Hollin, C. R. (2000). Programme accreditation and correctional treatment. *Substance Use and Misuse*, 35, 1705-1734.

Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behaviour modification: An integrative approach*. New York: Plenum, 1977.

\*Nodarse, M. V. (1998). *The effects of Aggression Replacement Training on adolescents with an emotional handicap*. Miami, FL: Caribbean Center for Advanced Studies, Miami Institute of Psychology.

Novaco, R.W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D.C. Heath, 1975.

OJJDP Model Programs Guide. Retrieved Jan 30 2013, from [http://www.ojjdp.gov/mpg/Aggression%20Replacement%20Training%2020174;%20\(ART%20%20174;\)-MPGProgramDetail-292.aspx](http://www.ojjdp.gov/mpg/Aggression%20Replacement%20Training%2020174;%20(ART%20%20174;)-MPGProgramDetail-292.aspx)

Pearson, F.S.,Lipton, D.S, Cleland, C.M & Yee, D.S (2002). The effects of behavioural/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime and Delinquency* 2002;48: 476-496wa

Piquero, A., Wesley, G., Jennings, D. & Farrington, D. (2010). *Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviours*. Oslo: Campbell Collaboration.

Salmon, S. (2004). The peace curriculum: Expanded Aggression Replacement Training. In A. P. Goldstein, Nensén, R., Daleflod, B., Kalt, M. (Ed.), *New perspectives on aggression replacement training. Practice, Research and Application* (pp. 171-188). Chichester: John Wiley & Sons.

Schulz, K. F., Altman, D. G. & Moher, D. (2010). Consort 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMC Medicine*, 8, 18.

Sherman, L. W., Farrington, B. W. & MacKenzie, D. (2002). *Evidence-based crime prevention*. London: Routledge.

Singer, J. D. & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis. Modeling change and event occurrence*. Oxford: Oxford University Press.

Springer, D. W., McNeece, C. A., Arnold, E. M. . (2003). *Substance abuse treatment for criminal and juvenile offenders: an evidence-based guide for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

Waschbusch, D.A. (2002) A meta-analytic examination of comorbid hyperactive Impulse-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 2002;128, 118-150.

Welsh, B. C. & Hoshi, A. (2002). Communities and crime prevention. In L. W. Sherman, Farrington, D. P, Welsh, B.C, MacKenzie, D. C. (Eds.), *Evidence-based Crime Prevention* (pp. 97-197). London: Routledge.

Wortman, P. M. (1994). Judging research quality. In H. Cooper & Hedges, L. V. (Eds.), *The Handbook of Research Synthesis* (pp. 97-109). New York, NY: Russel Sage Foundation.

\*Zimmerman, D. L. (1987). *The efficacy of Aggression Replacement Training with juvenile delinquents*. Syracuse, NY: Syracuse university.