

MultifunC
institutionsbehandling
för ungdomar med svåra
beteendeproblem

Resultat efter två år

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-1-12
Publicering www.socialstyrelsen.se, januari 2017

Förord

Socialstyrelsen bedriver ett långsiktigt samarbetsprojekt tillsammans med Statens institutionsstyrelse (SiS) och norska myndigheter med syftet att utveckla och förbättra institutionsvården för ungdomar med svåra beteendeproblem. År 2003 publicerades en kunskapsöversikt som utgör grunden för det behandlingsprogram som utvecklades och kom att kallas MultifunC. I Sverige har MultifunC-behandling bedrivits på två av SiS särskilda ungdomshem sedan 2005. I den här rapporten presenteras resultat från en oberoende effektutvärdering av MultifunC. Utvärderingen påbörjades 2009 och i en första rapport som publicerades 2014 presenterades resultat för ungdomarnas situation ett år efter att de inkluderats i studien. I den här rapporten presenteras resultat från en uppföljning två år efter att ungdomarna inkluderades i studien.

Rapporten riktar sig till såväl beslutsfattare inom myndigheter och kommuner som praktiker och andra aktörer inom den sociala barn- och ungdomsvården. Författare till rapporten är Cecilia Andrée Löfholm, Socialstyrelsen. De ekonomiska beräkningarna har tagits fram av Tina Olsson, Lunds Universitet. Ett särskilt tack riktas till Kerstin Söderholm Carpelan, huvudansvarig forskare i projektet under åren 2005 – 2010, Ulf Jonsson och Malin Hultman, Socialstyrelsen, Knut Sundell, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Marie Frendin, Statens Institutionsstyrelse, för värdefulla synpunkter på manus i arbetets slutskede.

AnneMarie Danon
Avdelningschef
Avdelning för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Vilka är ungdomarna på SiS-institution	8
Forskning om institutionsbehandling	9
Att utveckla institutionsvården	11
MultifunC	14
Tidigare resultat i effektutvärderingen	16
Syfte och frågeställningar	17
Metod	18
Studiens design	18
Undersökningsgrupp	19
Procedur	21
Behandlingsinsatser inom SiS	21
Datainsamling	23
Bortfall	26
Statistiska analyser	27
Resultat	30
Effekter av MultifunC	30
Ackumulerade kostnader efter två år	37
Bakgrundsfaktorerers påverkan	39
Diskussion	41
Sammanfattning av resultaten	41
Resultatens tillförlitlighet och allmängiltighet	42
Avslutande reflektioner	43
Referenser	51
Bilaga 1. Tabell med enhetskostnader	56

Sammanfattning

Ungdomar med allvarliga beteendeproblem har en ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa, fortsatt kriminalitet och missbruk och lägre utbildningsnivå längre fram i livet. Det är därför angeläget att hitta effektiva metoder för denna svårbehandlade grupp, såväl för samhället i stort som för den enskilde individen och de familjer som berörs.

MultifunC är en strukturerad behandlingsmodell utformad för institutionsvård av ungdomar med hög risk för att återfalla i normbrytande beteende och kriminalitet. Behandlingsmodellen omfattar hela behandlingsförloppet, från en inledande utredning till avslutande eftervård, och bygger på vetenskaplig kunskap om effektiva insatser för målgruppen. MultifunC utmärks bland annat av:

- ett multimodalt förhållningssätt som riktas mot förändring av riskfaktorer både hos den unge själv och i dennes omgivning
- behandlingskomponenter som bygger på kognitiv beteendeterapi och social inlärningsteori
- ett målinriktat familjearbete som inleds redan vid placeringens början
- en förkortad institutionsvistelse som följs av en integrerad eftervård som befäster och fortsätter det psykosociala förändringsarbete som påbörjats under institutionsvistelsen

I den här rapporten presenteras resultat från en oberoende effektstudie som utvärderat MultifunC jämfört med traditionell institutionsbehandling på de särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Effektstudien är en egeninitierat utvärderingsprojekt som inleddes av Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) och ungdomar inkluderades i studien under åren 2009 – 2012. De registerdata som ligger till grund för den här rapporten med information om vad som hänt ungdomarna två år efter att de kom med i studien inhämtades 2015. En tidigare rapport med resultat från ettårsuppföljningen publicerades 2014 [1].

Undersökningsgruppen bestod av 80 ungdomar, varav hälften fått MultifunC och hälften traditionell institutionsbehandling. Huvudfynden var att:

- Ungdomar i MultifunC-gruppen hade färre dagar återplacerade på något av SiS särskilda ungdomshem, färre dagar i annan institutionsvård (annat HVB än SiS) och färre dagar med öppenvårdsinsatser inom socialtjänsten.
- MultifunC uppnådde, trots en kortare institutionsbehandling, minst lika god effekt som traditionell SiS-behandling vad gäller fortsatta beteendeproblem som återfall i kriminalitet.
- Den uppskattade ackumulerade genomsnittskostnaden per ungdom var drygt 400 000 kronor lägre för dem som fått MultifunC jämfört med ungdomar som fått traditionell institutionsvård.

Bakgrund

Ungdomar med allvarliga beteendeproblem som normbrott och ungdomskriminalitet utgör en stor grupp inom den sociala barn- och ungdomsvården i Sverige. För de flesta leder beteendeproblem under ungdomsåren inte till fortsatta problem i vuxen ålder, men för en del individer läggs grunden för framtida problem i samband med tidiga beteendeproblem. Både svenska och internationella uppföljningsstudier har visat att ungdomar med allvarliga beteendeproblem har en ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa, fortsatt kriminalitet och missbruk och en lägre utbildningsnivå längre fram i livet [2-8]. Dessa långsiktiga problem innebär både lidande och kostnader, för de unga och deras familjer likaväl som för samhället. Att identifiera effektiva metoder som kan motverka en negativ utveckling är därför en angelägen fråga.

Svenska studier har visat att omkring 50 procent av de anmälningar om oro för barn och unga som kommer till socialtjänsten gäller unga över 12 år, och många av anmälningarna gäller oro för de risker som den unge utsätter sig för på grund av sitt eget normbrytande beteende [9, 10]. För en del ungdomar är problemen av en sådan karaktär att de för en längre eller kortare tid behöver placeras i vård utanför hemmet på något av de särskilda ungdomshem som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SiS). Varje år placeras drygt 1 100 ungdomar på något av de 24 särskilda ungdomshemmen¹.

För de allra flesta som placeras inom SiS begränsar sig vistelsen till ett akut omhändertagande för att bryta ett destruktivt beteende, det vill säga socialtjänsten gör bedömningen att situationen är så alarmerande att det är nödvändigt att tillfälligt placera den unge på något av SiS särskilda ungdomshem. I vissa fall ger kommunen även ett uppdrag till SiS att genomföra en utredning. Under tiden som utredningen pågår är den unge fortsatt placerad på en så kallad utredningsavdelning. En utredning pågår i allmänhet under sex till tolv veckor. Omkring en fjärdedel av de ungdomar som utreds bedöms sedan behöva fortsatt behandling på någon av SiS behandlingsavdelningar [11]. Det finns drygt 330 platser på olika behandlingsavdelningar, varav ungefär en tredjedel avsåg platser på flickinstitutioner². Däremot saknas det idag statistik för hur många ungdomar som får vård på någon av SiS behandlingsavdelningar under ett år.

Vilka är ungdomarna på SiS-institution

Tidigare forskning har visat att unga som placeras på särskilda ungdomshem har stora och komplexa behov. De har ofta en omfattande kriminalitet, bristfällig skolgång, missbruksproblematik och problemfyllda familjeförhållanden [12-14]. En absolut majoritet vårdas med stöd av lag med särskilda

¹ Hämtat från www.stat-inst.se, 2016-10-04.

² Hämtat från SiS verksamhetsplan 2016 (www.stat-inst.se).

bestämmelser om vård av unga (LVU). Tvångsvård är en åtgärd som blir tillämplig när den unge har ett skydds- och/eller vårdbehov som inte kan tillgodoses med frivilliga lösningar. Det betyder att socialtjänsten bedömt att situationen är så allvarlig att den planerade vården behöver komma till stånd oavsett om den unge och/eller föräldrar samtycker till det eller inte. Det är en större andel pojkar som placeras på SiS särskilda ungdomshem, omkring två tredjedelar av alla placerade ungdomar är pojkar³. Flera studier visar att andelen utlandsfödda är högre bland barn och unga som får en heldygnsinsats med stöd av LVU än i befolkningen som helhet, och det gäller även bland de unga som vårdas inom SiS [13, 15]. Många som placeras inom SiS lider också av psykisk ohälsa och andelen unga med en psykiatrisk diagnos eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är hög [16].

Såväl svenska som internationella studier har visat att ungdomar med allvarliga beteendeproblem är en svårbehandlad grupp. De återkommer ofta för nya placeringar, behöver ofta fortsatta insatser inom socialtjänsten efter placering och återfall i brott är vanligt [17-21].

Forskning om institutionsbehandling

Det finns idag ett vetenskapligt stöd för att institutionsvård bör vara det absolut sista behandlingsalternativet för unga med allvarliga beteendeproblem eftersom själva insatsen i sig utgör en förhöjd risk för ett fortsatt normbrytande beteende. Det kan finnas flera skäl till det, exempelvis risken för att ungdomar med allvarliga beteendeproblem som hålls samlade i grupp tenderar att ta efter och förstärka varandras avvikande beteende [22, 23]. En annan risk är att institutionsvistelsen ytterligare bryter och försvagar anknytning till skolan och annan prosocial förankring [24]. Den växande skepsisen mot institutionsvård kan ha bidragit till ett sökande efter effektiva multimodala metoder där man arbetar med målgruppen helt eller delvis i öppenvård⁴. Men även med tillgång till den typen av öppenvård är det fortfarande en stor andel unga med allvarliga beteendeproblem som placeras på SiS-institution under kortare eller längre tid [25]. Vad vet vi om hur den institutionsvård som ändå ges bäst ska utformas?

Idag finns en omfattande empirisk forskning om risk- och skyddsfaktorer som har betydelse för utvecklingen av beteendeproblem hos barn och unga [26, 27]. Däremot har kunskapen varit begränsad om hur en effektiv institutionsbehandling bör utformas för att förebygga en fortsatt negativ utveckling [28, 29], liksom vilken insats som fungerar för vem [30]. Den forskning som gjorts ger dock stöd för generella principer som är viktiga för att uppnå resultat med behandlingen riktad till unga med allvarliga beteendeproblem inklusive kriminalitet, kallade risk-, behovs- och responsivitetsprinciperna (eng. Risk-Need-Responsivity) [31].

³ Uppgiften hämtat från SiS årliga statistik, www.stat-inst.se/publikationer_och_statistik/, 2016-10-11

⁴ Exempel som även implementerats i Sverige är Multisystemisk Terapi (MST) och Treatment Foster Care Oregon (TFCO; tidigare MTFC).

- Riskprincipen innebär att man ska utgå från bedömningar av risk för fortsatt problembeteende när man väljer och planerar för behandlingsinsatserns omfattning och intensitet. Institutionsvård, som är en omfattande och intensiv insats bör endast ges till unga som bedöms löpa hög risk för fortsatt normbrytande beteende, det vill säga ungdomar med många riskfaktorer. Unga med få riskfaktorer och låg risk bör delta i mindre omfattande insatser, eller inga insatser alls [31-35].
- Behovsprincipen innebär att behandlingen ska fokusera på förändringsbara riskfaktorer som exempelvis kriminella beteenden och värderingar, bristfälligt stöd i hemmet, kriminella kamrater eller bristfälliga skolkunskaper. Genom att stärka skyddsfaktorer och förminska eller eliminera sådana riskfaktorer som går att påverka möter man den unges behov av stöd och minskar risken för fortsatta beteendeproblem [32-35].
- Responsivitetsprincipen avser både generell och specifik responsivitet. Generell responsivitet innebär att de insatser som är mest effektiva för att förändra beteende ska erbjudas den unge. Specifik responsivitet innebär att anpassa insatsernas innehåll och genomförande efter individens behov och förutsättningar [31-37].

Det är också viktigt med programtrohet, det vill säga att en empiriskt grundad behandlingsmodell utförs och fullföljs på det sätt som det är tänkt [20, 38].

Med den kunskap som finns idag vet vi att strukturerade behandlingsprogram som baseras på teorier om kognitiv beteendeträning och social inlärningsteori har det starkaste vetenskapliga stödet, liksom familjebaserade insatser [20, 39-41]. De flesta strukturerade behandlingsprogram för barn med allvarlig beteendeproblematik har dock inte utvecklats som en del av en institutionsbehandling utan har både utvecklats och utvärderats inom öppenvården. Exempel på sådana program är Multisystemisk terapi (MST), Funktionell familjeterapi (FFT), Parent Management Training (PMTO, Triple P, De otroliga åren, Komet m m) [42].

När en insats eller ett behandlingsprogram används inom ramen för behandlingsarbetet på en institution innebär det att det kommer att ingå i en helhet tillsammans med andra komponenter. Institutionsvistelsen innebär att ungdomen under dygnets alla timmar vistas i en speciell miljö tillsammans med andra ungdomar och personal. Av det följer att det som kallas institutionsvård inte bara handlar om insatser och metoder utan även inkluderar den fysiska miljön, regler, strukturer och det samspel som sker mellan personal och ungdomar. Det som framför allt särskiljer institutionsvård från annan behandling är kanske att olika metoder och insatser införlivas i en helhet tillsammans med den vardagliga interaktionen som hela tiden pågår på institutionen [43].

Det finns ett antal olika program som används på SiS särskilda ungdomshem, exempelvis Aggressiv Replacement Training (ART), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och Återfallsprevention. Många av programmen bygger just på kognitiv beteendeträning och/eller social inlärningsteori, som ju innebär att de har ett visst vetenskapligt stöd [42]. Samtidigt är det en

svaghet att dessa program riktar sig mot några få av de riskfaktorer som medverkar och upprätthåller ungdomars normbrytande beteende. Det är framför allt riskfaktorer knutna till individens personlighet och temperament – exempelvis svårigheter att hantera stress, ångest och ilska, eller att identifiera och hantera situationer som medför risk för återfall i missbruk. Familjebaserade insatser är däremot ovanliga [1].

Under tiden på institution vistas den unge i en miljö som inte alls liknar vardagen hemma. Det finns en struktur för dagen, regler och personal närvarande som både kan ge stöd och upprätthålla ordning. När den unge sedan ska återvända till hemmiljön igen, där många av bidragande riskfaktorer kanske finns kvar, kan ungdomen behöva fortsatt stöd för att fortsätta en positiv utveckling.

Eftervård (eng. *leaving care*) är det begrepp som används för att beteckna en intervention som ges i anslutning till att ungdomen avslutar institutionsvistelsen. Begreppets användningsområde är vidsträckt och omfattar många olika interventioner som skiljer sig avseende syfte, kvalitet och intensitet, men som förenas av att det är insatser som följer på institutionsplacering avsedda att underlätta när den unge återvänder hem [4, 44]. Det finns internationell forskning som ger stöd för att det går bättre för ungdomar som fått eftervård efter en institutionsplacering än för ungdomar som inte fått det [44-46]. En av få svenska studier inom området [4], en utvärdering av det så kallade vårdkedjeprojektet inom SiS, visade på svårigheter för de samordnare som skulle fungera som stöd i övergången från institution till hemmiljön och när ungdomar som haft en samordnare jämfördes med andra SiS-ungdomar var utfallet lika i båda grupperna.

Behandling på institution är en ingripande åtgärd för den enskilda individen och en för kostsam behandlingsform för samhället. Interventionen präglas av att den pågår dygnet runt och innehåller många olika komponenter vilket gör den både omfattande och komplex, men vi vet fortfarande lite om hur den sammantagna institutionsvården ser ut och vilka effekter den har. Att undersöka, utveckla och förbättra institutionsvården för ungdomar med svåra beteendeproblem är en angelägen uppgift ur såväl individens som samhällets perspektiv.

Att utveckla institutionsvården

År 2000 inledde norska och svenska myndigheter ett samarbete med syftet att utveckla institutionsvården för ungdomar. Samarbetet inleddes med en genomgång av internationell forskning på området och resulterade i en vetenskaplig kunskapsöversikt [28] om institutionsvård och vad som kännetecknar effektiva behandlingsmetoder för målgruppen. Översikten visade att institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem gav varierade resultat. Det fanns såväl negativa, osäkra men även positiva resultat. Med kunskapsöversikten som grund utvecklades en ny behandlingsmodell som gavs namnet Multifunktionell behandling på institution och i närmiljö (Multi-funC). MultifunC är såvitt känt den enda behandlingsmodell för institutionsvård där hela modellen i alla sina delar vilar på vetenskaplig kunskap om vad

som kännetecknar de mest effektiva behandlingsmetoderna för ungdomar med allvarliga beteendeproblem.

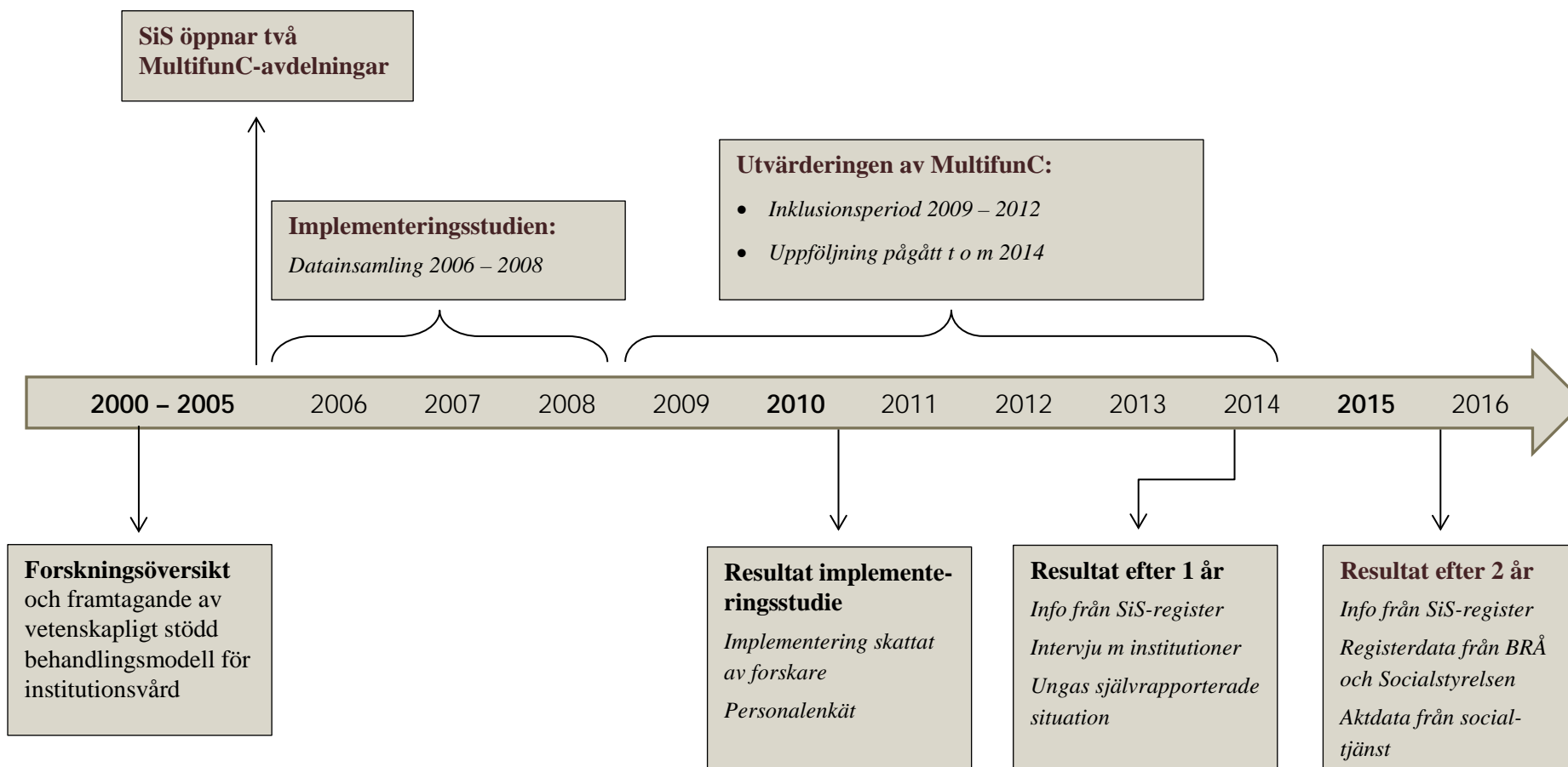
I Sverige ansvarade Statens institutionsstyrelse (SiS) för implementeringen av MultifunC och i Norge var det Barne-, ungdoms- og familjedirektoratet (BUFdir) som hade ansvaret. År 2005 startade MultifunC på två avdelningar inom SiS, en för pojkar och en för flickor⁵. I Norge började man arbeta med MultifunC på fem nystartade institutioner, en i varje region. Senare har även Danmark implementerat MultifunC. Alla tre länderna finns representerade i en nordisk projektgrupp som träffas regelbundet för informations- och erfarenhetsutbyte.

Socialstyrelsen (tidigare IMS) respektive Universitetet i Tromsø gavs ansvaret för att utvärdera arbetet med den nya behandlingsmodellen, först med en hjälp av en utvärdering av implementeringen och därefter i en långsiktig effektstudie som följer upp behandlingseffekterna för de ungdomar som fått institutionsvård. Utvärderingsprojektet inleddes i samband med att de första MultifunC-avdelningarna startade. En tidsaxel (Figur 1) visar när i tiden utvärderingsprojektets olika studier infallit. Den inledande implementeringsutvärderingen syftade till att undersöka hur implementeringen utvecklades avseende både process och resultat [47]. Den pågick 2006 – 2008 och resultaten visade att MultifunC är möjlig att genomföra.

När MultifunC så var fullskaligt implementerat kunde en effektutvärdering ta vid där ungdomar som genomgått behandling med MultifunC jämförs med ungdomar som fått ordinarie behandling på något av SiS andra behandlingsavdelningar. För att möjliggöra en sammanslagning av studiepopulationer, och på så sätt få en större grupp att studera, planerades de båda effektstudierna i Sverige och i Norge gemensamt. Den svenska studien inleddes våren 2009 och den norska ungefär 12 månader senare. En första rapport presenterade resultat från uppföljningen ett år efter att de unga inkluderats i studien [1]. Ungefär ett år senare publicerades resultat från den norska ettårsuppföljningen [48]. I den här rapporten presenteras resultat från den andra svenska uppföljningen, två år efter att behandling påbörjats. För att undersöka de långsiktiga effekterna kommer ungdomarna även kunna följas upp fem år efter att de först kom med i studien.

⁵ Ytterligare en avdelning för pojkar startades 2006. En avdelning för flickor lades dock ner vid årsskiftet 2009/2010. Den ingår inte i effektstudien.

Figur 1: Tidsaxel för utvärderingsprojektet



MultifunC

MultifunC är en vetenskapligt grundad multimodal⁶ behandlingsmodell som har utformats för institutionsvård. Den riktar sig till ungdomar med svåra beteendeproblem och dokumenterat hög risk att återfalla i normbrytande beteende. Modellen omfattar tre faser: (1) kartläggning och utredning på institution, (2) behandlingsvistelse på institution och avslutningsvis (3) en integrerad eftervårdsdel där den påbörjade behandlingen fortsätter med ungdomen och dennes familj efter utflyttningen från institutionen. Institutionsvistelsen pågår under sex – sju månader och eftervårdsdelen under tre – fyra månader [47].

Modellen baseras på teorier om risk- och skyddsfaktorer, social inlärningsteori, kognitiv beteendeteori och systemteori. En central utgångspunkt är förståelsen för ungdomars allvarliga beteendeproblem som ett resultat av riskfaktorer som finns *både* hos den unge själv och i dennes omgivning. Behandlingsarbetet riktas därför mot förändring av riskfaktorer på alla viktiga arenor i den unges liv, (ungdom, familj, skolan, vänner och övriga nätverk samt närmiljö). MultifunC planeras och genomförs i nära samarbete med den unges familj och socialtjänsten [47].

Behandlingsprinciper

MultifunC-modellen baseras på fem centrala behandlingsprinciper [49]:

1. Behandlingen fokuserar på att förändra förhållanden hos ungdomen och i dennes omgivning som är direkt relaterade till beteendeproblemen.
2. Behandlingen ger aktivt stöd till såväl ungdom som familj/anhöriga för att främja möjligheten att överföra uppnådda färdigheter utanför institutionsmiljön.
3. Behandlingen involverar föräldrar/anhöriga, behandlingsförloppet är förutsägbart för alla inblandade och planeringen för utflytt från institution påbörjas redan i början av institutionsvistelsen.
4. I behandlingen bemöts eventuellt hot och våld inte med straff. Istället är bemötandet konsekvent och på ett sätt som medför uteblivna belöningar för den unge.
5. Behandlingen ger möjligheter för ungdomen att etablera prosociala kontakter utanför institutionen för att så långt det är möjligt motverka den negativa påverkan det kan medför att samla ungdomar med allvarliga beteendeproblem tillsammans på en institution.

Organisation

Personalen som arbetar med MultifunC är organiserad i olika team som vart och ett har sin särskilda funktion: utredningsteam, miljöteam, pedagogiskt team samt familjeteam. Det finns konkreta krav på kompetens och personalsammansättning i de olika teamen för att säkerställa goda förutsättningar för

⁶ Att det är en multimodal behandlingsmodell innebär att man arbetar mot flera olika problemområden parallellt och med hjälp av olika metoder, tekniker och perspektiv på de beteendeproblem man vill komma till rätta med.

en behandling av god kvalitet [47]. Ett strukturerat samarbete med bland annat regelbundet återkommande uppföljningsmöten där alla team finns representerade hjälper till att behålla uppmärksamhet på måluppfyllelse i alla delar av behandlingen. Nedan följer en kort beskrivning av respektive teams uppgift⁷.

Utredningsteamet

Under den inledande utredningen genomför utredningsteamet en kartläggning av problem och behov tillsammans med den unge själv, anhöriga och socialtjänsten. Kartläggningen fokuserar på dynamiska⁸ riskfaktorer och personlighetsfaktorer och utmynnar i ett antal konkreta behandlingsmål som sedan styr det fortsatta arbetet med ungdomen. Utredningsteamet har en samordnande roll och ansvarar för uppföljning av mål och behandlingsplaner under hela behandlingsförloppet, på institutionen och under den påföljande eftervården.

Miljöteamet

Miljöteamet har huvudansvaret för det systematiska förändringsarbetet med ungdomarna. De arbetar exempelvis med de ungas motivation och att förstärka önskat beteende med hjälp av delkomponenter som Aggression Replacement Training (ART), teckenekonomi och Motiverande samtal (MI). Det miljöterapeutiska arbetet ska baseras på förutsägbarhet och struktur med tydliga krav och förväntningar och begripliga regler. Personalen ska skapa en trygg och respektfull miljö, vara goda förebilder och tillbringa mycket tid tillsammans med de unga.

Pedagogiska teamet

Det pedagogiska teamet har huvudansvar för ett systematiskt pedagogiskt arbete med den unge. En viktig uppgift är att kartlägga tidigare skolfunktion, kunskapsnivåer, eventuella särskilda behov och andra förutsättningar som krävs för att få en fungerande skolgång. Målet är att de unga i första hand ska erbjudas en plats i en vanlig skola istället för att få undervisning på institutionen. Det pedagogiska teamet ansvarar även för att etablera kontakt med skolor i närområdet samt i de ungas hemkommuner.

Familjeteamet

Familjeteamet har huvudansvar för det systematiska förändringsarbetet riktat mot familjen. De kartlägger familjesystemet och arbetar med att förändra de förhållanden i familjesystemet som är direkt relaterade till problembeteenden hos den unge. Föräldrarna ska involveras både i behandlingsarbetet på institutionen och vid hemresor. De ska få fortlöpande stöd att förbättra kommunikationen inom familjen, träna på problemlösning och konflikthantering.

⁷ För en närmare beskrivning, se rapporten "Implementeringen av MultifunC – ett program för institutionsbehandling av ungdomar med svåra beteendeproblem" som finns att ladda ner på socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se)

⁸ Dynamiska faktorer är sådana faktorer som kan påverkas och förändras, t ex en bristfällig skolgång, dålig kommunikation inom familjen eller ett aggressivt beteende.

När det är dags för eftervård ska familjeteamet stödja och bistå familjen under regelbundna besök och samtal.

Kvalitetssäkring och metodtrohet

Studier har visat att förmågan att fullfölja en behandlingsmodell så som den är planerad ökar sannolikheten för att behandlingen ska ha god effekt [50]. Vanliga hot mot metodtroheten är att syftet med behandlingen med tiden förskjuts och att personalen på eget initiativ väljer att ändra på modellen genom att ta bort vissa delar och kanske lägga till andra [50, 51]. Därför inbegriper MultifunC-modellen även en kvalitetssäkringsfunktion som stöd för att behandlingen genomförs med metodtrohet och god kvalitet.

Det är ett kontinuerligt pågående arbete som innebär att den metodansvarige följer det kliniska arbetet, generellt och på individnivå i veckovisa uppföljningar, organiserar så kallade boosters (återkommande och anpassad fortbildning som erbjuds all personal som arbetar med MultifunC) och bistår med konsultationer samt ansvarar för utbildning av nyanställda. Därutöver får personalgrupperna regelbunden metodhandledning i modellens olika komponenter. Det finns även styrdokument som bland annat reglerar hur arbetet ska organiseras och bemanning för respektive team med krav på kompetens, för att säkerställa rätt förutsättningar för att kunna genomföra MultifunC på det sätt som är avsett.

Metodföreträdare i Sverige, Norge och Danmark har även ett nära samarbete och erfarenhetsutbyte för att modellen inte ska utvecklas olika i de olika länderna.

Tidigare resultat i effektutvärderingen

Det har redan tidigare publicerat en första rapport från effektutvärderingen av MultifunC [1]. Här följer en kort sammanfattning från uppföljningen ett år efter att de unga inkluderats i studien. Resultaten besvarade frågor om vilka individuella behandlingsinsatser som ungdomarna fått och hur behovet av fortsatt institutionsvård såg ut samt ungdomarnas självrapporterade situation ett år efter inklusion.

Huvudresultatet i studien var att MultifunC lyckats med sitt mål att få tillbaka ungdomarna till sin hemmiljö. Efter tolv månader var bara fem av MultifunC-ungdomarna fortfarande placerade inom SiS medan 19 av de ungdomar som fått vårdats på traditionell behandlingsavdelning fortfarande var kvar inom SiS.

När det gällde de individuella behandlingsinsatser som ungdomarna fått inom ramen för institutionsvården fanns det likheter, det var vanligt att ungdomar i båda grupperna fått insatser som grundar sig i ett kognitivt förhållningssätt (t ex ART, teckenekonomi och Motiverande samtal). Det som särskilde MultifunC jämfört med vård på traditionell behandlingsavdelning inom SiS var behandlingsinsatser som inte bara fokuserade riskfaktorer hos den unge själv utan även riktade sig mot dennes omgivning (t ex familj, skola, övrigt nätverk) samt den integrerade eftervårdsdelen med uppgift att

följa upp och fortsätta det påbörjade behandlingsarbetet med ungdom och familj efter utflyttningen från institutionen för att underlätta överföringen av de nya färdigheterna till hemmiljön.

Ungdomarnas självrapporterade situation besvarades med hjälp av intervjuer med 57 av de 80 ungdomarna i studien. Resultaten visar att psykosocial problematik och normbrott minskat under året. Minskningen är lika stor i båda grupperna och problemnivån är fortfarande högre än i en normalpopulation.

Syfte och frågeställningar

Det här är den tredje rapporten som publiceras med resultat från ett forskningsprojekt som utvärderar implementering och effekter av MultifunC⁹. Syftet med effektutvärderingen är att beskriva och undersöka effekter av institutionsvård för ungdomar som fått MultifunC respektive traditionell institutionsbehandling inom SiS. Resultaten i rapporten avser situationen två år efter det att ungdomarna kom med i studien.

Frågeställningar:

1. Vilka effekter har MultifunC respektive traditionell institutionsbehandling inom SiS när det gäller att minska normbrytande beteende och fortsatt behov av socialtjänstens insatser?
2. Vad kostar ungas vård inom socialtjänsten och fortsatta problembeteende under en tvåårsperiod?
3. Vilken betydelse har bakgrundsfaktorer för behandlingsresultatet?

⁹ Tidigare rapporter ”Implementeringen av MultifunC - ett program för institutionsbehandling av ungdomar med svåra beteendeproblem” och ”MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem. Resultat efter ett år” finns att ladda ner på socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se).

Metod

Utvärderingen av MultifunC genomförs på samma sätt i Sverige och Norge för att kunna lägga samman data och därmed få en större population, samt för att kunna jämföra om det finns skillnader i utfall mellan länderna. Den här rapporten omfattar enbart den svenska studien.

Studien har genomförts enligt Vetenskapsrådets forskningsetiska riktlinjer och har godkänts av etikprövningsnämnden i Stockholm (2008/916-31/5). Det innebär bland annat att ungdomarna som deltagit fick både muntlig och skriftlig information om studien innan de gav sitt informerade samtycke, liksom om att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas.

Studiens design

Studien har en kvasi-experimentell design¹⁰ och jämför ungdomar som fått MultifunC-behandling med en grupp som fått traditionell behandling inom SiS [52]. Ungdomarna i MultifunC-gruppen har varit placerade på någon av de två institutioner som arbetar med MultifunC medan ungdomarna i jämförelsegruppen har varit placerade på en behandlingsavdelning på någon av de övriga särskilda ungdomshem som drivs av SiS. Jämförelsegruppens ungdomar blev placerade på 14 av de 24 särskilda ungdomshem som erbjuder traditionell vård.

I Sverige erbjuds MultifunC på två avdelningar, en för flickor och en för pojkar. Samtliga ungdomar som skrevs in vid MultifunC-avdelning motsvarade studiens inklusionskriterier och tillfrågades därför om de samtyckte till att delta i studien. Förutsatt att ungdomarna tackade ja till att delta i samma utsträckning oavsett kön innebar det att studiens MultifunC-grupp kunde antas få lika många pojkar som flickor. Det betyder i sin tur att MultifunC-gruppen inte skulle vara representativ för SiS vanliga målgrupp där bara en tredjedel är flickor. För gruppen som fick traditionell institutionsvård fanns inte samma risk för snedvridning. För att hantera de skilda förutsättningarna beslutades det båda undersökningsgrupperna skulle ha en jämn fördelning mellan könen.

Förmätning genomfördes innan behandlingen på behandlingsavdelningen påbörjades. Eftermätningar gjordes 12 respektive 24 månader efter förmätning. Närmare information om resultatet för uppföljningen efter 12 månader finns presenterade i en tidigare rapport [1]. Den här rapporten redovisar resultat från två år efter förmätning.

¹⁰ Utvärderingen planerades och påbörjades 2009 som en randomiserat kontrollerad utvärdering men eftersom få kommuner accepterade att låta slumpen avgöra vilken behandling ungdomen skulle få ändrades studien i januari 2010 till en icke-randomiserad studie. De fyra ungdomar som inkluderades under 2009 ingår i studien.

Undersökningsgrupp

Inklusion till studien följde de kriterier som finns för MultifunC-modellen, det vill säga ungdomar i åldrarna 14 – 18 år med dokumenterat medelhög till hög risk för fortsatt negativ utvecklingen enligt riskbedömningsinstrumentet Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI).

Exklusionskriterierna innebar att ungdomar med allvarlig psykisk utvecklingsstörning, autism, allvarlig psykiatrisk sjukdom, akut självmordsrisk samt ungdomar där kriminaliteten uteslutande bestått i sexualbrott eller anlagda bränder, inte inkluderats i studien.

Studien omfattar 80 ungdomar, 40 i MultifunC (21 flickor och 19 pojkar) och 40 i jämförelsegruppen (19 flickor och 21 pojkar). De var i åldrarna 15 till 17 år vid inklusion, i genomsnitt drygt 16 år. Ungefär en tredjedel av ungdomarna i studien (35 %) ¹¹ hade diagnosticerad ADHD enligt behandlingspersonalen. Det är en betydligt högre andel än i en normalpopulation, där förekomsten av ADHD bland barn och unga brukar uppskattas till mellan tre och sex procent [16, 53], men något lägre än vad som framkommit i en kartläggning över förekomsten av psykiatriska diagnoser för placerade barn och ungdomar med data hämtade från patientregistret [16].

Samtliga ungdomar i studien hade helt eller delvis placerats på grund av det egna beteendet med stöd av 3 § LVU. Skattningarna av de problembeteenden som låg till grund för placeringen visade att majoriteten av ungdomarna hade hög risk inom områdena kriminalitet, utbildning/arbete, fritid och kamratrelationer enligt riskbedömningsinstrumentet YLS/CMI.

Tre av fyra ungdomar (76 %) var födda i Sverige ¹². Däremot var ungdomarnas föräldrar oftare födda i ett annat land än Sverige. Knappt två tredjedelar (60 %) ¹³ av föräldrarna var utlandsfödda och ungefär hälften av ungdomarna hade föräldrar som båda två var födda i ett annat land (48 %).

Pojkar och flickor

Även om inklusionskriterierna för studien var desamma för pojkar och flickor framträder vissa skillnader mellan könen vid en jämförelse. Pojkarna var något äldre än flickorna ¹⁴ och kom i högre utsträckning från familjer där båda föräldrarna var utlandsfödda ¹⁵. En analys av de olika delskalorna för

¹¹ MultifunC: 40 %; Traditionell behandling: 30 %

¹² MultifunC: 80 %; Traditionell behandling: 72 %

¹³ MultifunC: 58 %; Traditionell behandling: 62 %

¹⁴ Pojkar: 16,4 år; Flickor 15,9 år.

¹⁵ Pojkar: 26 unga; Flickor: 12 unga; $\chi^2(1) = 9,82, p < .05$

YLS/CMI visade att pojkar hade något högre risk för kriminalitet, men skillnaden var inte signifikant¹⁶. Däremot hade de klart högre risk inom missbruksområdet¹⁷, medan flickor hade en genomsnittligt högre risk inom området för kamratrelationer¹⁸. Flickorna uppmätte större psykisk ohälsa och medicinerade i högre utsträckning mot psykisk ohälsa¹⁹.

Placerande kommuner

SiS-institutioner tar emot ungdomar från hela landet och är inte knutna till särskilda upptagningsområden. Studiens ungdomar kom från 56 olika kommuner eller stadsdelsförvaltningar²⁰. Hälften av ungdomarna kom från någon av landets storstäder (Stockholm, Göteborg, Malmö) med förortskommuner²¹ medan den andra hälften kommer från mellanstora städer med förorter²² eller mindre städer och landsbygdskommuner²³. I stort är fördelningen mellan storstad, mindre stad och landsbygd är lika mellan grupperna. Däremot finns det en påtaglig skillnad mellan pojkar och flickor i MultifunC-gruppen. En absolut majoritet, 17 av MultifunC-gruppens 19 pojkar, kommer från Malmö med förortskommuner. De återstående två pojkarna kommer från relativt närliggande kommuner i Skåne respektive Halland. Eftersom den pojkinstitution som arbetar med MultifunC ligger strax utanför Lund betyder det att alla pojkar som behandlats i MultifunC kommer från relativt närliggande kommuner och har haft nära hem till sin familj och sitt övriga nätverk. MultifunC-flickornas hemkommuner är mer spridda, både till sin karaktär och geografiskt. Bara sex av 21 flickor kommer från någon av landets storstäder, och ännu färre, bara fem av 21 flickor, kommer från kommuner som ligger någorlunda nära MultifunC-institutionen. I gruppen som fått traditionell institutionsvård inom SiS är fördelningen av pojkar respektive flickor från storstad, mellanstor stad och landsbygd jämnare. För både pojkar och flickor kommer knappt hälften från storstad, en tredjedel från mellanstor stad och återstoden från mindre stad eller landsbygd.

Jämförelse mellan grupperna

Det fanns ingen systematisk skillnad mellan de ungdomar som fått MultifunC som behandlingsinsats och de som fått traditionell behandling när det gäller bakgrundsvariabler som ålder, födelseland eller civilstånd hos föräldrarna. Det fanns heller inga systematiska skillnader i problematik och problemlnivå mellan grupperna. Däremot fanns det statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna i två avseenden: (1) hur stor andel av föräldrarna som arbetade och (2) andelen föräldrar som haft problem med exempelvis missbruk, kriminalitet och fysisk hälsa. Det var vanligare att föräldrar i

¹⁶ Pojkar: 2,8 (0,4); Flickor: 2,6 (0,5); $F(1,79) = 2,26, p > .05$

¹⁷ Pojkar: 2,6 (0,6); Flickor: 2,2 (0,7); $F(1,79) = 5,77, p < .05$

¹⁸ Pojkar: 2,5 (0,6); Flickor: 2,7 (0,4); $F(1,79) = 4,89, p < .05$

¹⁹ YSR, externaliserat: Pojkar: 24,4 (11,5); Flickor: 29,9 (10,5); $F(1,79) = 15,22, p < .05$; YSR, internaliserat: Pojkar: 10,5 (8,2); Flickor: 18,3 (9,6); $F(1,79) = 4,88, p < .05$; Medicinering: Pojkar: 16 unga; Flickor: 28 unga; $\chi^2(1) = 7,27, p < .05$

²⁰ MultifunC: 25; Traditionell behandling: 37

²¹ MultifunC: 55 %; Traditionell behandling: 45 %

²² MultifunC: 28 %; Traditionell behandling: 32 %

²³ MultifunC: 18 %; Traditionell behandling: 22 %

MultifunC-gruppen arbetade²⁴, medan föräldrar i jämförelsegruppen i högre utsträckning var sjukskrivna²⁵. För en närmare beskrivning av ungdomarnas familjeförhållanden och problembeteende vid inklusion, se tidigare rapport [1].

Procedur

Inklusion till studien pågick från februari 2009 till september 2012. För MultifunC-gruppen gjordes en bedömning utifrån inklusions- och exklusionskriterier för MultifunC i samband med ansökan om behandlingsplacering på någon av de två MultifunC-avdelningarna. För kontrollgruppen var det placeringsenheten på SiS huvudkontor som gjorde motsvarande bedömning av alla ungdomar som sökte annan behandlingsplats på SiS. För ungdomar i båda grupperna gjordes en målgruppsbestämning med hjälp av YLS/CMI. Bedömningen genomfördes av psykologer med utbildning i instrumentet.

Om ungdomen uppfyllde kriterierna för att ingå i studien förmedlades kontaktuppgifter till forskningsassistenten som i sin tur tog kontakt med ungdom och den institution där denne vistades. Efter en kort muntlig information per telefon avtalade forskningsassistenten en tid med ungdomen för att personligen kunna ge muntlig och skriftlig information om studien. Om ungdomen gav sitt samtycke till att delta i studien vid det personliga mötet genomfördes förmätningen vid samma tillfälle.

Därefter har uppföljning med ungdomarna skett 12 respektive 24 månader efter det individuella inklusionsdatumet. Forskningsassistenten har inför uppföljningstillfällena på nytt tagit kontakt med ungdomarna och avtalat om en tid för ett personligt möte då de fått besvara samma frågor som vid förmätningen.

Sex respektive 12 månader efter inklusion har även behandlingspersonal på SiS-institutionen kontaktats för att svara på frågor om den unge och om den behandling som getts. Därutöver har akt- och registerdata inhämtats. Det handlar om information hämtat från SiS verksamhetssystem (KIA) och om registerdata från lagföringsregistret, hälso- och sjukvårdsregistret, Socialstyrelsens register för insatser till barn och unga inhämtat efter ansökan om registerutdrag till Brottsförebyggande rådet (BRÅ) och Socialstyrelsen. Kompletterande aktinformation om socialtjänstens öppenvårdsinsatser har inhämtats från socialtjänsten i de kommuner där ungdomarna varit folkbokförda under uppföljningsperioden.

Behandlingsinsatser inom SiS

Under den placering på behandlingsavdelning som studien utvärderar var MultifunC-ungdomarna placerade på någon av de två MultifunC-avdelningar som finns, en för pojkar och en för flickor. För gruppen som placerats i traditionell behandling inom SiS fanns däremot 22 olika avdelningar på 14 av

²⁴ $\chi^2(1) = 14,4, p < .05$

²⁵ $\chi^2(1) = 5,9, p < .05$

SiS särskilda ungdomshem representerade. Det betyder att det fanns stort utrymme för variation i behandlingsinnehållet för gruppen som fått traditionell behandling.

Efter att den första placeringen avslutats har en del av ungdomarna återkommit för en eller flera nya placeringar inom SiS. För MultifunC-ungdomarna betyder det att de kan ha återplacerats i MultifunC eller i annan SiS-vård. Ingen av ungdomarna i traditionella-gruppen har däremot placerats på MultifunC-avdelning under uppföljningsperioden. Nedan ges en kort sammanfattande beskrivning av behandlingens innehåll för respektive grupp. För en närmare redogörelse av behandlingsinnehållet, se tidigare rapport [1].

MultifunC

Av de 40 ungdomar som påbörjade MultifunC-behandling var det fem som avbröt behandlingen i förtid (inom sex månader) och övriga 35 fullföljde behandlingen. Orsakerna till sammanbrott kunde bero på samarbetssvårigheter med socialtjänsten och/eller den unges familj eller att den unge behövt flyttas till en annan avdelning inom SiS på grund av att det förekom våld eller för att den unge dömts till slutna ungdomsvård (LSU).

De individuella behandlingsinsatser som MultifunC-gruppen fått utgå från manualer och styrdokument för MultifunC. Komponenter som teckenekonomi och beteendekontrakt, Motiverande samtal (MI) och Aggression Replacement Training (ART) för samtliga ungdomar i gruppen. Så gott som samtliga ungdomar i MultifunC-gruppen hade gått i skola, och många av dem hade gått i en extern skola utanför institutionen. För de flesta MultifunC-ungdomar hade också familjeinsatserna påbörjats inom sex månader från behandlingsstart. Två av tre unga i MultifunC-gruppen fick eftervård som en del av MultifunC-behandlingen.

Traditionell behandling på SiS-institution

För de ungdomarna som placerats på traditionell behandlingsavdelning var det åtta som avbröt vården inom sex månader. Sammanbrotten berodde på att socialtjänsten avbröt behandlingen i förtid mot institutionens inrådan eller som en följd av att ungdomen förblivit avviken under en längre tid. Två ungdomar fick flyttas på grund av att det förekom våld och en överfördes till vård inom psykiatrin.

Inriktning och grundsyn var mer varierad mellan de traditionella behandlingsavdelningarna. Ungefär två av tre ungdomar på traditionell avdelning hade fått behandling med inslag av samma manualbaserade metoder som MultifunC: teckenekonomi, ART och MI. Det förekom även andra manualbaserade metoder, som exempelvis Återfallsprevention och Acceptance and Commitment Therapy (ACT)²⁶. De allra flesta ungdomar hade gått i skola, men samtliga hade undervisats på institutionen och inte gått i extern skola. Några få ungdomar i gruppen hade fått en behandling som inkluderade föräldrar och familj.

²⁶ Se www.stat-inst.se för närmare beskrivning av metoderna

Datainsamling

Den information som samlats in för den här studien är av två typer: uppföljningsvariabler baserade på akt- och registerdata och bakgrundsinformation hämtad från ungdomarnas självsvarsenkäter samt ett instrument som mäter allians skattat av behandlaren. Därutöver har de ackumulerade kostnaderna för de undersökta uppföljningsvariablerna beräknats. Underlaget för att kunna genomföra beräkningarna har bland annat inhämtats från SiS, Sveriges kommuner och landstings databas *Kostnad per patient* (KPP), polisens och kriminalvårdens årsredovisningar.

Uppföljningsvariabler

Placering inom SiS

Den information som inhämtats från KIA (SiS klient- och institutionsadministrativa system) täcker samtliga placeringar inom SiS under tvåårsperioden, registrerade med start- och slutdatum. I de fall där placeringen inneburit en eller flera tillfälliga omflyttningar mellan olika avdelningar har den betraktats som en sammanhängande institutionsvistelse.

För såväl placering inom SiS, annan dygnsvård, eller för socialtjänstens öppenvårdsinsatser gäller att i de fall insatsen inletts före inklusionsdagen räknas inklusionsdagen som första insatsdag, och i de fall insatsen fortsatt efter tvåårsdagen räknas tvåårsdatumet som slutdatum.

Placering i annan dygnsvård

I Socialstyrelsens register för socialtjänstens insatser till barn och unga återfinns information om alla placeringar i dygnsvård, med start- och slutdatum samt information om placeringsform. Data har använts för att få en bild av ungdomarnas placering i annan dygnsvård än SiS särskilda ungdomshem, det vill säga annat hem för vård eller boende (HVB) eller familjehem/jourhem, under de två åren.

Socialtjänstens öppenvårdsinsatser

Data om start- och slutdatum för samtliga påbörjade och avslutade insatser till ungdomen och/eller den unges föräldrar²⁷ under uppföljningsperioden samlades in från socialtjänsten. Av den information som socialtjänsten lämnat användes endast information om öppenvårdsinsatserna eftersom dygnsvårdsplaceringar täcktes av registerdata.

För det här måttet finns det ett betydande bortfall eftersom flera kommuner inte besvarat förfrågningsunderlaget, vilket gör måttet mer osäkert. Se avsnittet ”Bortfall” (sid 26) för närmare beskrivning av bortfallets betydelse.

Kriminalitet

Information om de ungas lagförda kriminalitet hämtades från lagföringsregistret. Informationen presenteras i två delar: antal lagföringar och påföljder

²⁷ Endast insatser som utgår från den unges behov av socialtjänstens skydd och stöd. Insatser avseende föräldrarna själva eller exempelvis ett syskon har uteslutits.

som utdömts under den tvååriga uppföljningsperioden respektive lagförda brott som begåtts under de två åren.

Information om påföljderna utgår från huvudpåföljden och har grupperats in sex kategorier: *frihetsberövande* (fängelse och slutna ungdomsvård), *ungdomsvård*, *skyddstillsyn*, *böter*, *samhällstjänst/ungdomstjänst* och *åtalsunderlåtelse*. Lagförda brott som ungdomarna i studien begått under de två åren har med hjälp av angivet lagrum kategoriserats i sju olika brottskategorier: *våldsbrott* (brott mot person), *egendomsbrott*, *bedrägerier*, *skadegörelse*, *trafikbrott*, *narkotikabrott* och *vapenbrott*²⁸.

Vård inom psykiatri eller missbruksvård

Information om psykiatrisk slutenvård och missbruksvård har hämtats från Socialstyrelsens register för hälso- och sjukvård. Variabeln slutenvård inom psykiatri baseras på uppgifter om vård inom medicinskt verksamhetsområde 901 – 944. Information om psykiatrisk öppenvård uteslöts ur materialet. Missbruksvård omfattar dock både öppenvård och slutenvård inom medicinskt verksamhetsområde 945 – 954.

Bakgrundsvariabler

Familjebakgrund

Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) är ett bedömningsinstrument som ungdomarna besvarade i samband med inklusion i studien. Instrumentet syftar till att kartlägga och bedöma hjälpbehov [54]. ADAD består av nio delområden: fysisk hälsa, skola, arbete, fritid och kamrater, familj, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika. Den bakgrundsinformation som används i den här studien har hämtats från valda delar från delområdet familj.

Beteendeproblematik och psykisk ohälsa

För att mäta ungdomarnas självskattade beteendeproblematik och psykisk ohälsa användes *Youth Self Report* (YSR) [55], ett vanligt förekommande bedömningsinstrument för ungdomar i åldrarna 11 – 18 år. Frågorna besvarades vid inklusionstillfället. Instrumentet består av åtta skalor som i sin tur kan sammanfattas i två övergripande dimensioner, internaliserade och externaliserade problem. Resultatet används för att mäta problematik vid inklusion, som en del i bakgrundsinformationen.

Normbrytande beteende

Normbrytande beteende mättes med *Self-Report Delinquency Scale* (SRD) [56]. Det är ett självskattningsformulär med 40 frågor om öppet och dolt normbrytande beteende (t.ex. fuskat på prov i skolan, slagit eller hotat att slå andra elever, rymt hemifrån, stulit något som var värt mer än 500 kr) som ungdomarna besvarat vid inklusionstillfället. Resultaten kan användas i sin helhet eller fördelas på mellan tre och fem subskalor.

²⁸ *Våldsbrott* (BrB kap 3 – 4; BrB kap 8 § 5, BrB kap 17), *egendomsbrott* (BrB kap 8 utom § 5), *bedrägerier* (BrB kap 9-10; BrB kap 15, § 7), *skadegörelse* (BrB kap 12), *trafikbrott* (Lag om straff för vissa trafikbrott 1951:649; Trafikförordningen 1998:1276), *narkotikabrott* (Narkotikastrafflagen 1968:64; Lag om straff för smuggling 2000:1225) och *vapenbrott* (Vapenlagen 1996:67; Lag om förbud beträffande knivar och andra farliga föremål 1988:254).

Behandlingsallians

För att undersöka den upplevda behandlingsalliansen användes *Inpatient Family Engagement Questionnaire* (FEQ) [57]. Formuläret är framtaget för att undersöka ungdomarnas attityder till att genomföra olika insatser inom ramen för behandlingen. Frågorna har besvarats av någon i personalen som haft daglig behandlingskontakt med ungdomen i nära anslutning till att behandlingen avslutades eller senast ett år efter inklusion.

Kostnadsberäkning

Med hjälp av kostnadsberäkningar undersöktes de ackumulerade kostnaderna för de undersökta uppföljningsvariablerna medfört under tvåårsperioden. För att beräkna den sammantagna kostnaden inom alla uppföljningsområden för var och en av ungdomarna användes ett eller flera olika enhetspriser (Bilaga 1). Alla kostnader redovisas i svenska kronor i 2014 års realvärde. I de fall där enhetspriset ursprungligen beräknats för ett annat år justerades beloppet med hänsyn till inflationen.

Kostnader för MultifunC

Vårddygnskostnaden är den kostnad som SiS har för att driva vården på de särskilda ungdomshemmen utslaget per vårddygn. Kostnaden är högre än den avgift som kommunen debiteras för placeringen, eftersom vården i viss utsträckning är statligt subventionerad.

Vårddygnskostnader för vård på behandlingsavdelning finns inte specificerat i SiS ordinarie kostnadsredovisningar. Enhetspriset för ett vårddygn har därför beräknats med hjälp av underlag som tillhandahållits av SiS ekonomivärdning.

Vårddygnskostnaden för MultifunC beräknades genom att dividera den totala driftskostnaden²⁹ för MultifunC-avdelningarna Råby och Stranden med antal vårddygn på institutionen för år 2014.

Därefter har vårddygnskostnad för eftervård i samband med MultifunC estimerats genom att dividera eftervårdskostnad för MultifunC med antal vårddygn för eftervård år 2014. Tillsammans utgör de båda posterna den genomsnittliga kostnaden för en MultifunC-behandling (Bilaga 1).

Kostnader för traditionell SiS-vård

Vårddygnskostnad för traditionell institutionsvård inom SiS uppskattades på samma sätt som kostnaden för MultifunC, men baserades på den genomsnittliga driftskostnaden för behandling på något av de särskilda ungdomshemmen som inte erbjöd MultifunC (Bilaga 1). I de fyra fall när ungdomar i gruppen som fått traditionell behandling på SiS-institution hade haft eftervård har beräkningen för eftervård i MultifunC använts.

Kostnader för annan dygnsvård

²⁹ Minus kostnaden för eftervård utförd inom ramen för MultifunC

I en tidigare utvärdering där kostnader för socialtjänstens insatser till målgruppen beräknats [58, 59] uppskattades den genomsnittliga vårddygnskostnaden för vård i annat hem för vård eller boende (HVB) än SiS samt den genomsnittliga kostnaden för vård i jour- eller familjehem (Bilaga 1).

Kostnader för socialtjänstens insatser i öppenvård

Även beräknade kostnader för socialtjänstens insatser i öppenvård har hämtats från den tidigare studien [58, 59]. Kostnaderna för olika insatstyper i öppenvård uppskattades: familjebehandling, kontaktperson, kvalificerad kontaktperson, strukturerat öppenvårdsprogram, stödboende, stödsamtal till ungdom eller föräldrar samt ungdomstjänst (Bilaga 1).

När det gäller socialtjänstens öppenvårdsinsatser är det förhållandevis vanligt med parallella insatser, exempelvis ett beslut om kontaktperson till ungdomen samtidigt som den unges föräldrar får stödsamtal med socialsekreterare. För att komma så nära socialtjänstens faktiska kostnader för öppenvårdsinsatser som möjligt baseras beräkningarna på antalet dagar för var och en av insatserna.

Kostnader för kriminalitet

Med utgångspunkt från registerdata beräknades kostnader för kriminalitet fördelat på kostnaderna för de olika aktörerna i rättskedjan: polisen, Åklagarmyndigheten, Sveriges Domstolar och kriminalvården (Bilaga 1). De olika delkostnaderna användes sedan för att beräkna den sammantagna genomsnittliga kostnaden för kriminalitet för ungdomar i respektive grupp.

Psykiatrisk slutenvård och missbruksvård

Kostnaden för slutenvård inom psykiatri och missbruksvård har beräknats genom att ta fram vårddygnskostnaden. Vårddygnskostnaden för psykiatrisk slutenvård och respektive sluten missbruksvård har uppskattats med hjälp av beräkningar från databasen KPP som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ansvarar för. Öppenvårdstillfällena inom missbruksvården har beräknats med hjälp av ett genomsnittligt enhetspris för ett öppenvårdsbesök (Bilaga 1).

Bortfall

Information som baseras på akt- och registerdata³⁰ gäller samtliga unga i studien. Däremot finns det ett bortfall av information när det gäller socialtjänstens öppenvårdsinsatser till ungdomarna under tvåårsperioden³¹.

Bortfall för öppenvårdsinsatser inom socialtjänsten

För 28 av de 80 ungdomar som ingår i studien saknas information om socialtjänstens öppenvårdsinsatser under de två uppföljningsåren³². Samtliga 56

³⁰ Hämtat från: KIA (SiS klient- och institutionsadministrativa system), lagföringsregistret från BRÅ och Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsregister samt register över socialtjänstens dygnsvårdsplaceringar av barn och unga.

³¹ För närmare beskrivning av bortfall i samband med inklusion av ungdomar, se tidigare rapport.

³² MultifuncC:15; Traditionell behandling: 13; $\chi^2(1) = 0,22, p > .05$

kommuner som ursprungligen placerat ungdomen i institutionsvård tillfrågades om vilka biståndsbedömda öppenvårdsinsatser den unge haft från det individuella inklusionsdatumet och två år framåt. I några fall hade den unge varit folkbokförd i ytterligare någon kommun under uppföljningstiden och en förfrågan skickades då även till den kommunen.

Förfrågningsunderlaget skickades ut i juni 2015. För två av tre ungdomar besvarades förfrågningarna och vi har fullständig information om öppenvårdsinsatser under perioden. För de återstående ungdomarna gick det inte att få fram den efterfrågade informationen trots ansträngningar att få kontakt med ansvariga verksamhetschefer. En genomgång visar att en dryg tredjedel (10 av 28) av de unga där det saknas information kommer från Malmö stad.

I en bortfallsanalys har de ungdomar där det finns information om öppenvårdsinsatser jämförts med de ungdomar där informationen saknas. För tre av 17³³ undersökta bakgrunds- och utfallsvariabler fanns det signifikanta skillnader mellan ungdomarna: (1) det var fler pojkar i den grupp där det saknades information³⁴, (2) de hade lägre självskattad beteendeproblematik och psykisk ohälsa (YSR)³⁵, och (3) hade begått färre självrapporterade normbrott (SRD)³⁶. Det fanns inte några skillnader på något av de undersökta utfallsmåtten om återplaceringar inom SiS eller annan dygnsvård eller återfall i kriminalitet.

Med hjälp av en analys av den inkomna informationen om antal dagar med socialtjänstens öppenvårdsinsatser har den saknade informationen imputerats³⁷ med det genomsnittliga antalet öppenvårdsdagar med hänsyn taget till grupp och kön³⁸. Bortfallet gör att alla resultat baserat på antalet dagar med öppenvårdsinsatser bör betraktas med viss försiktighet, men det bedöms tillräckligt tillförlitligt för att göra jämförelser på gruppnivå.

Statistiska analyser

För att beskriva datamaterialet utifrån de två interventionsgrupperna gjordes frekvensanalyser med jämförelser av olika variabler och utfallsmått samt kostnadsberäkningar av de ackumulerade kostnaderna efter två år. För att undersöka om det fanns skillnader mellan grupperna gjordes tester med hjälp av Chi²-test för dikotoma variabler och variansanalys för kontinuerliga variabler. Eftersom data i många fall inte var normalfördelade genomfördes icke-

³³ Bakgrundsvariablerna: Grupp, kön, ålder vid inklusion, ADHD, föräldrars sociala problem, risk för negativ utveckling (YLS/CMI), beteendeproblematik och psykisk ohälsa (YSR), normbrott (SRD), behandlingsallians (FEQ). Utfallsvariablerna: någon gång återplacerad inom SiS, antal dagar placerad inom ny SiS, antal dagar placerad i annan dygnsvård, någon gång lagförd, antal lagföringar, någon gång begått lagfört brott, antal brott.

³⁴ $\chi^2(1) = 5,50, p < .05$

³⁵ $F(1,79) = 10,3, p < .05$

³⁶ $F(1,79) = 4,2, p < .05$

³⁷ Imputering innebär att saknade värden i en statistisk undersökning ersätts med värden så att en statistisk analys kan göras av hela materialet.

³⁸ MultifunC-gruppen generellt färre dagar med öppenvårdsinsatser (MultifunC: 117,0 (160,5); Traditionell behandling: 310,7 (396,9), $F(1,51) = 5,17, p < .05$). Pojkar generellt fler insatsdagar än flickor (Pojkar: 337,0 (423,2); Flickor: 136,6 (192,9), $F(1,51) = 5,4, p < .05$). Ytterligare analys visade att skillnaden mellan grupperna till stor del kunde förklaras av en skillnad mellan pojkar i respektive grupp: Pojkar i gruppen som fått traditionell behandling hade i genomsnitt 392 dagar med öppenvård medan MultifunC-pojkarna bara hade 89 dagar (en outlier i Trad-gruppen utelutsluten som hade 1659 dagar öppenvård). För flickorna var skillnaden mindre (MultifunC-flickor: 130 dagar; traditionella-flickor: 144 dagar).

parametriska sensitivitetanalyser (Mann-Whitney U -test) i samtliga fall där variansanalysen påvisade statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna.

Analyserna för utfall baserade på information hämtad från akt- och registerdata har genomförts med ”intention-to-treat”, det vill säga alla de 80 ungdomar som ingick i studien inkluderades i analyserna.

Därutöver beräknades den komparativa effektstorleken för respektive utfallsmått, det vill säga ett mått på den relativa effekt som behandling i MultifunC haft jämfört med traditionell behandling inom SiS. Effektstorlekar kan beräknas på flera olika sätt beroende på typ av data [60, 61]. I den här studien genomfördes beräkningarna med hjälp av Cohen’s d för kontinuerliga variabler och Arcsine transformation method för dikotoma variabler. Cohen’s d är en vanlig metod för att beräkna effektstorlekar på kontinuerliga variabler och beräknades genom att ta medelvärdeskillnaden mellan de båda grupperna dividerat med den poolade standardavvikelsen [61]. Arcsine transformation method ger effektstorlekar som ligger nära de värden man kan få från liknande studier där Cohen’s d används. Beräkningarna gjordes genom ta fram skillnaden mellan arcsine-transformerade andelar för respektive grupp [61].

Utöver interventionseffekten undersöktes även sex centrala bakgrundsfaktorer och om de var relaterade till fyra av utfallsmåtten: dagar återplacerad inom SiS; dagar med öppenvård; antal lagförda brott samt om den unge vårdats i psykiatrisk slutenvård. De bakgrundsfaktorer som ingick i den slutgiltiga analysen var förutom grupptillhörighet: (1) kön; (2) diagnostiserad ADHD; (3) föräldrars sociala problem; (4) psykisk ohälsa vid inklusion i studien (YSR internaliserat); (5) normbrytande beteende vid inklusion i studien (SRD), samt (6) personalens skattade allians under behandlingen.

Analyserna av bakgrundsfaktorernas betydelse genomfördes med hjälp av Generalized Linear Model som är anpassad till analyser av snedfördelade material (få unga som hade ett större antal händelser och de flesta ett fåtal eller inga händelser). För utfallsmått som mäter antal händelser (antal dagar återplacerad, antal dagar med öppenvårdsinsats, antal brott) valdes en negativ binomialfördelning och log link funktion. För det dikotoma utfallsmåttet (minst en gång vårdad i psykiatrisk slutenvård) valdes binomialfördelning och logit link funktion. Modellens lämplighet undersöktes med hjälp av ”Goodness of fit” för modellen [62]. För att testa modelleffekter användes Wald Chi-Square.

I en analys av den sammantagna moderationseffekten konstruerades en specifik modell för vart och ett av utfallsmåtten. Den specifika modellen konstruerades enligt en framåtvalsprincip och inkluderade både interventionseffekten och de bakgrundsvariabler som i tidigare steg hade visat sig ha en potentiell ($p < .20$) påverkan på effekten. Först inkluderades variabeln ”intervention”, det vill säga MultifunC respektive traditionell behandling. Därefter inkluderades var och en av de sex utvalda bakgrundsvariablerna en åt gången. Eftersom jämförelsen mellan de båda interventionsgrupperna är av huvudintresse behölls intervention i modellen, medan endast de bakgrundsvariabler som visade sig ha en möjlig påverkan på effekten av interventionen

inkluderades i den specifika modellen. Slutligen användes den specifika modellen för att analysera den sammantagna moderationseffekten med en traditionell signifikansgräns ($p < .05$).

Med 40 ungdomar vardera i MultifunC respektive jämförelsegruppen, en traditionell signifikansgräns ($p < .05$), en riktad hypotes om att MultifunC har större effekt än traditionella insatser och statistisk power = .95 ger goda möjligheter att säkert värdera en relativ skillnad mellan MultifunC och traditionell behandling där Cohen's uppgår till .37 [52].

Resultat

I det här kapitlet presenteras studiens resultat två år efter att ungdomarna först inkluderades i studien: (1) vilka effekter har MultifunC respektive traditionell institutionsbehandling inom SiS när det gäller att minska normbrytande beteende och fortsatt behov av socialtjänstens insatser; (2) vad kostar ungas vård inom socialtjänsten och fortsatta problembeteende under en tvåårsperiod; (3) vilken betydelse har bakgrundsfaktorer för behandlingsresultatet.

Effekter av MultifunC

Den första frågeställningen handlar om vilka effekter har MultifunC respektive traditionell institutionsbehandling inom SiS när det gäller att minska normbrytande beteende och fortsatt behov av socialtjänstens insatser? Analyserna baseras på information inhämtad från SiS verksamhetssystem, Socialstyrelsens register för socialtjänstens insatser till barn och unga samt information inhämtad från socialtjänsten i ungdomarnas hemkommuner.

Den första institutionsplaceringen

Resultaten visade att den första institutionsvistelsen för ungdomarna i studien i genomsnitt pågick under 302 dagar. MultifunC-gruppens ungdomar var dock institutionsplacerade under kortare tid än ungdomarna på traditionell behandlingsavdelning (MultifunC: 260 dagar; traditionell behandlingsavdelning: 344 dagar). Skillnaden var statistiskt säkerställd (Tabell 1). För ungdomar som fått traditionell behandling fanns det också en större variation i antalet dagar för institutionsvistelsen³⁹. Endast ett fåtal ungdomar (3 individer) i MultifunC-gruppen som var kvar i den första institutionsplaceringen under mer än ett år, medan det var 42 procent av ungdomarna på traditionell avdelning (17 individer) som hade en vistelsetid på över ett år.

Eftervård inom SiS

En viktig skillnad mellan behandlingsmodellen MultifunC och traditionell behandling inom SiS är den integrerade eftervårdsdelen som ingår i MultifunC. Två av tre ungdomar i MultifunC-gruppen (65 %) hade fått eftervård inom ramen för MultifunC. För de ungdomar som fått eftervård pågick den i genomsnitt i tre och en halv månad⁴⁰. Utslaget på hela gruppen blev det genomsnittliga antalet eftervårdsdagar lägre (Tabell 1). Det var fler pojkar än flickor som fått eftervård⁴¹ och eftervården tenderade också att pågå under en längre period för pojkarna än för flickorna⁴².

³⁹ MultifunC: 135 – 595 dagar; Traditionell behandling: 75 – 731 dagar.

⁴⁰ 104 dagar, med en variation mellan 33 och 195 dagar.

⁴¹ Pojkar: 16 av 19 MultifunC-pojkar; Flickor: 10 av 21 MultifunC-flickor; $\chi^2(1) = 5,9, p < .05$.

⁴² Pojkar: 113 dagar; Flickor: 89 dagar; $F(1,25) = 3,0, p < .10$

Enligt SiS verksamhetsregister hade fyra av flickor från en traditionell behandlingsavdelning också fått eftervård inom SiS mellan sju och 83 dagar.

Antal dagar inskriven på SiS behandlingsavdelning

Behandlingsmodellen MultifunC består alltså av både den inledande institutionsvistelsen och den integrerade eftervården. Den unge är inskriven på MultifunC-avdelningen under både institutionsvistelse och eftervård och tillsammans utgör de båda delarna den behandlingsmodell som utvärderas i den här studien. För gruppen som fått traditionell institutionsvård är tiden inskriven på behandlingsavdelning i de allra flesta fall densamma som den första institutionsplaceringen.

För hela gruppen varade den sammantagna tiden inskriven på behandlingsavdelning i genomsnitt i knappt ett år, men med en stor variation i vistelsetiden⁴³. Variationen var någon mindre för MultifunC-gruppen jämfört med gruppen som fått traditionell behandling⁴⁴. Analyserna visade att det inte fanns någon statistiskt säkerställd skillnad i det genomsnittliga antalet dagar inskriven på en behandlingsavdelning för respektive grupp (Tabell 1). Det fanns inte heller några skillnader mellan pojkar och flickor.

Fortsatt behov av socialtjänstens insatser

Även efter avslutad behandlingsplacering behövde många ungdomar fortsatt stöd. En del ungdomar fick nya insatser i direkt anslutning till institutionsvistelsen medan andra avslutades inom socialtjänsten för att senare återaktualiseras för nya insatser.

Återplacering inom SiS

Ungefär en tredjedel av ungdomarna i studien, 27 av 80, återplacerades inom SiS vid minst ett tillfälle under uppföljningsperioden. Analyserna visar att det var dubbelt⁴⁵ så många ungdomar i gruppen som fått traditionell behandling som återplacerades någon gång jämfört med MultifunC-ungdomarna. Skillnaden var dock inte statistiskt helt säkerställd (Tabell 1). Det var ungefär lika vanligt att pojkar hade återplacerats inom SiS som att flickor gjort det.

Det fanns en skillnad i antal dagar som ungdomar i respektive grupp vistats i ny SiS-placering under uppföljningsperioden. MultifunC-gruppen hade i genomsnitt 27 dagar återplacerade, medan gruppen som fått traditionell behandling hade vistats 69 dagar i ny placering under de två åren. Skillnaden var statistiskt säkerställd (Tabell 1).

Vård i HVB⁴⁶ eller familjehem/jourhem

Det var inte ovanligt att ungdomarna hade placerats i någon annan typ av dygnsvård, endera direkt efter avslutad SiS-vistelse eller någon gång under uppföljningstiden. Efter två år hade hälften av ungdomarna⁴⁷ i studien någon gång varit placerade på HVB eller i familjehem/jourhem. Det fanns dock

⁴³ Tiden inskriven på behandlingsavdelning varierade mellan 75 dagar och 731 dagar.

⁴⁴ MultifunC: mellan 147 och 595 dagar; Traditionell behandling: mellan 75 och 731 dagar.

⁴⁵ MultifunC: 9; Traditionell behandling: 18

⁴⁶ Hem för vård eller boende (HVB) annat än SiS särskilda ungdomshem.

⁴⁷ MultifunC: 18; Traditionell behandling: 21

vissa skillnader mellan grupperna för den dygnsvård under uppföljningsperioden: MultifunC-gruppens ungdomar hade fler dagar i familjehem/jourhem medan ungdomar som fått traditionell behandling hade fler dagar i HVB. Skillnaderna var dock inte statistiskt säkerställda (Tabell 1). Det fanns en tendens att framför allt flickor i MultifunC-gruppen i högre utsträckning placerats i familjehem, men grupperna är små och skillnaderna är inte statistiskt säkerställda⁴⁸. Det är värt att notera att en familjehemsvistelse inte nödvändigtvis betyder att den unge hade ett fortsatt behov av socialtjänstens insatser på grund av sitt eget fortsatta problembeteende, till skillnad mot en placering på HVB som indikerar att det finns någon form av behandlingsbehov⁴⁹. Ett beslut om placering i familjehem kan också vara en konsekvens av brister i ursprungsfamiljen och något som planerats redan medan den unge var kvar på behandlingsavdelningen.

Tabell 1. Genomsnittligt antal dagar inom SiS och i andra insatser

	MultifunC (n=40) M (std)	Traditionell behandling (n=40) M (std)	Statistisk test	
			Df	sign
Första institutionsplacering, antal dagar	259,5 (98,2)	343,8 (183,9)	1,79	6,5**
Eftervård inom SiS, antal dagar	67,4 (57,9)	4,5 (16,7)	1,79	43,6***a
Inskrivning på behandlingsavdelning, antal dagar	327,0 (101,2)	348,1 (186,2)	1,79	ns
Antal individer och genomsnittligt antal dagar med fortsatt behov av socialtjänstens insatser				
Antal unga med återplacering i SiS	9	18	$\chi^2(1)$	4,5 ^{†a}
Antal unga i HVB	9	12	$\chi^2(1)$	ns
Antal unga i familjehem/jourhem	11	11	$\chi^2(1)$	ns
Ny SiS-placering, antal dagar	26,6 (68,0)	69,1 (110,7)	1,79	4,3 ^a
HVB, antal dagar	25,6 (84,0)	44,2 (101,9)	1,79	ns
Familjehem/jourhem, antal dagar	61,9 (123,0)	40,5 (90,9)	1,79	ns
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser (parallella insatser möjliga, imputerat värde), antal dagar	115,4 (126,0)	325,7 (339,0)	1,79	13,5***a

[†] = $p < 0,10$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$; ^a = Signifikant skillnad ($p < 0,05$) med Mann-Whitney U-test

Öppenvårdsinsatser

I ungdomarnas hemkommuner hade socialtjänsten under uppföljningsperioden även fattat beslut om biståndsbedömda öppenvårdsinsatser⁵⁰. Det är

⁴⁸ Pojkar: 32,2 (80,6); Flickor: 70,3 (128,0); $F(1,79) = 3,6, p > 0,05$

⁴⁹ På senare år har socialtjänsten anlitat särskilda HVB-hem riktade mot ensamkommande barn, där en viktig aspekt varit att den målgruppen inte behöver psykosocial behandling utan stöd och omsorg i det nya landet. Varken målgruppen ensamkommande barn eller HVB-hem anpassade för målgruppen finns representerade i den här studien.

⁵⁰ Eftersom det finns ett bortfall av kommuner som inte besvarat förfrågningsunderlaget om beslutade öppenvårdsinsatser för ungdomarna har de saknade värdena imputerats med hänsyn till grupp och kön. Resultaten bedöms vara tillräckligt tillförlitliga för att göra jämförelser på gruppnivå. (se vidare sid 26).

inte ovanligt att socialtjänsten fattas beslut om två eller flera parallella insatser med anledning av den unges beteendeproblem. Det kan vara två parallella öppenvårdsinsatser eller en placering i dygnsvård parallellt med en eller flera öppenvårdsinsatser. Det gör att det genomsnittliga antalet dagar med öppenvårdsinsatser under de två uppföljningsåren inte kan likställas med antalet dagar som den unge varit aktuell för någon insats.

I genomsnitt hade ungdomarna i studien haft 224 dagar (inkl. parallella insatser) med öppenvårdsinsats under uppföljningsperioden. Det fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna där MultifunC-gruppen i genomsnitt hade haft väsentligt färre dagar med öppenvårdsinsatser (Tabell 1). Det fanns också en statistiskt säkerställd skillnad mellan könen där pojkar haft fler dagar i öppenvård än flickor under uppföljningsåren⁵¹.

Kriminalitet

Av de 80 ungdomarna som ingår i studien hade knappt två tredjedelar (61 %) ⁵² begått nya lagförda brott någon gång under tvåårsperioden (Tabell 2). Ett övergripande resultat var att det var vanligare att pojkar begått brott under tvåårsperioden än att flickor gjort det⁵³. Bland de ungdomar som hade begått lagförda brott fanns det däremot inga tydliga skillnader mellan pojkar och flickor när det gäller exempelvis typ av kriminalitet och antal brott. Grupperna är dock små och resultatet bör betraktas med försiktighet.

Lagföringar

Av de 49 ungdomar som hade begått nya brott var det 45 som också hade lagförts vid mellan ett och fyra tillfällen under uppföljningsperioden⁵⁴ (Tabell 2). Sammanlagt hade ungdomarna i studien lagförts vid 83 tillfällen, och de hade då dömts till ungdomsvård, böter, samhällstjänst/ungdomstjänst, skyddstillsyn eller frihetsberövande⁵⁵.

Den vanligaste påföljden var ungdomsvård⁵⁶ som ungefär hälften av de lagförda ungdomarna dömts till⁵⁷ vid mellan ett och tre tillfällen⁵⁸. Det var tre pojkar i vardera undersökningsgruppen som dömts till frihetsberövande under mellan 25 och 240 dagar. En dryg fjärdedel av lagföringarna⁵⁹ ledde till åtalsunderlåtelse.

Enskilda brott

Ungdomarna som ingår i studien hade begått totalt 245 lagförda brott⁶⁰, i genomsnitt tre brott per individ i respektive grupp, under uppföljningsperioden (Tabell 2). Genomsnittligt antal brott var lägre för ungdomar i MultifunC-gruppen, men skillnaden var inte statistiskt säkerställd. Om brotten endast

⁵¹ Pojkar: 274,2 (321,2); Flickor: 157,1 (179,9); $F(1,79) = 6,0, p < .05$

⁵² MultifunC: 23; Traditionell behandling: 26.

⁵³ Pojkar: 33; Flickor: 16; $\chi^2(1) = 15,2, p < .05$

⁵⁴ MultifunC: 39; Traditionell behandling: 44.

⁵⁵ Fängelse eller sluten ungdomsvård.

⁵⁶ Motsvaras av vad som tidigare kallades "vård inom socialtjänsten".

⁵⁷ MultifunC: 9; Traditionell behandling: 13

⁵⁸ Notera att detta gäller domar för nya brott som begåtts efter att den utvärderade behandlingsplaceringen inleddes.

⁵⁹ MultifunC: 10; Traditionell behandling: 13.

⁶⁰ MultifunC: 103; Traditionell behandling: 142.

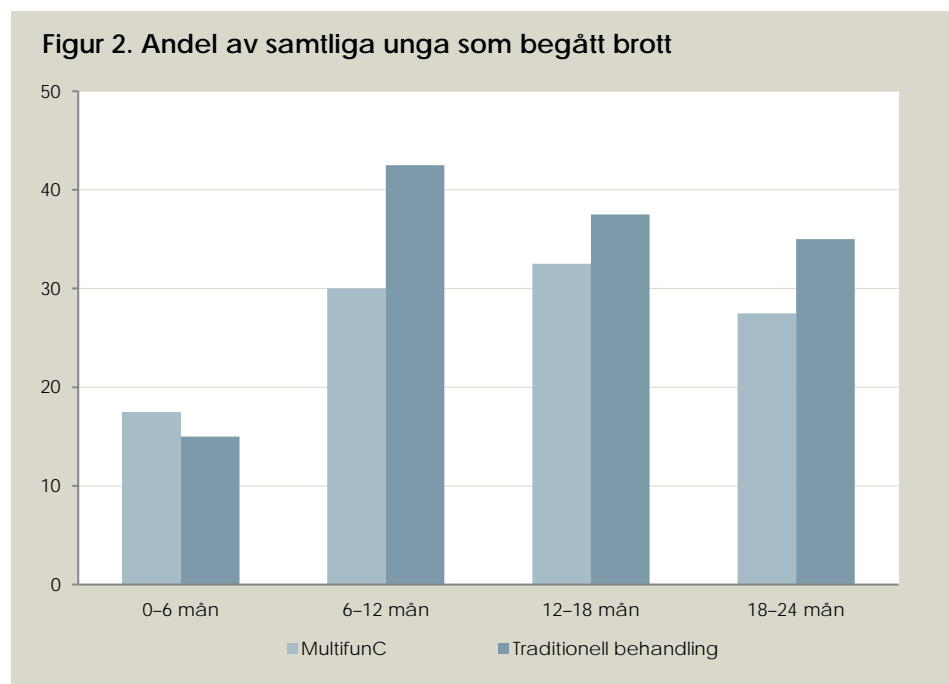
fördelas på de 49 brottsaktiva ungdomarna blir genomsnittet fem brott per individ⁶¹, med en variation på mellan ett och 21 brott. Det var fler pojkar än flickor som hade begått lagförda brott. Skillnaden mellan könen var statistiskt säkerställd⁶². Det fanns däremot inte några statistiskt säkerställda skillnader mellan de båda behandlingsgrupperna (Tabell 2).

Av de 49 var det knappt hälften⁶³ som hade lagförts för fem brott eller fler under perioden. Tillsammans stod de ungdomarna för fyra av fem brott. Det var fler pojkar än flickor som lagförts för många brott⁶⁴. Skillnaden mellan könen var statistiskt säkerställd.

Den vanligaste brottskategorin var våldsbrott⁶⁵ som stod för en tredjedel av alla brott⁶⁶. Nästan lika stor andel⁶⁷ var narkotikarelaterad kriminalitet⁶⁸, Det var inte någon skillnad mellan behandlingsgrupperna när det gäller fördelning mellan brottskategorier. Av de 49 ungdomar som begått brott var det fler pojkar än flickor som lagförts för narkotikarelaterade brott⁶⁹, medan det inte var någon skillnad mellan könen när det gäller våldsbrott⁷⁰.

Kriminalitet över tid.

För att ge en uppfattning om när i tid de lagförda brotten begicks presenteras andelen unga som begått brott fördelat över de två åren (Figur 2).



⁶¹ MultifunC: 4,5 (5,1); Traditionell behandling: 5,5 (4,4); $F(1,79) = 0,5, p > .05$.

⁶² Pojkar: 33; flickor: 16; $\chi^2(1) = 15,2, p < .05$.

⁶³ MultifunC: 8; Traditionell behandling: 13; se Tabell 2.

⁶⁴ Pojkar: 15; flickor: 6; $\chi^2(1) = 5,2, p < .05$.

⁶⁵ I kategorin våldsbrott ingår brott enligt BRB kapitel 3 §§ 5, 6, 9; kapitel 4 §§ 2, 4, 5, 7; kapitel 8 § 5 samt kapitel 17 §§ 1, 2, 4, 10.

⁶⁶ MultifunC: 32 %; Traditionell behandling: 34 %; $\chi^2(1) = 0,686, p > .05$

⁶⁷ MultifunC: 31 %; Traditionell behandling: 27 %; $\chi^2(1) = 0,539, p > .05$.

⁶⁸ I kategorin narkotikabrott ingår ringa narkotikabrott, narkotikabrott samt narkotikasmugglingsbrott.

⁶⁹ Pojkar: 24; flickor: 7; $\chi^2(1) = 3,9, p < .05$.

⁷⁰ Pojkar: 19; flickor: 11; $\chi^2(1) = 3,9, p > .05$.

Under det första halvåret, som sammanfaller med att alla ungdomar var placerade på SiS-institution större delen av tiden, var det få som begick brott, sex respektive sju unga i vardera gruppen. Under de följande tre halvårsperioderna var det mellan 11 och 17 av ungdomarna i respektive grupp som begått något brott. Det fanns inte några säkerställda skillnader mellan grupperna.

Vård inom psykiatri eller missbruksvård

En av fem ungdomar⁷¹ som ingår i studien hade vårdats inom slutenvård psykiatrisk vård någon gång under tvåårsperioden (Tabell 2). Ungdomarna hade sammantaget skrivits in i slutenvård vid 48 tillfällen med en vårdtid mellan en och 103 dagar. Det var fler flickor än pojkar som vårdats i slutenvård psykiatrisk vård⁷².

Ett mindre antal av ungdomarna⁷³ hade vårdats inom hälso- och sjukvårdens missbruksvård (öppen och slutenvård) vid mellan två och nio tillfällen. Med hänsyn till att det är ett så litet antal individer ska resultatet betraktas med försiktighet.

Tabell 2. Kriminalitet, vård inom psykiatri eller missbruksvård under 24-månadersperioden

antal unga och medelvärden

	MultifunC (n=40) Md (std)	Traditionell behandling (n=40) Md (std)	Statistisk test	
			Df	sign
Antal unga som lagförts	23	22	$\chi^2(1)$	ns
Antal som har begått lagförda brott	23	26	$\chi^2(1)$	ns
Antal som har begått våldsbrott	12	18	$\chi^2(1)$	ns
Antal som begått narkotikabrott	16	15	$\chi^2(1)$	ns
Antal som begått fem brott eller fler	8	13	$\chi^2(1)$	ns
Antal unga i psykiatrisk slutenvård	8	8	$\chi^2(1)$	ns
Antal unga i missbruksvård	2	5	$\chi^2(1)$	ns
Antal lagföringar	1,0 (1,1)	1,1 (1,3)	1,79	ns
Antal brott	2,6 (4,4)	3,6 (4,4)	1,79	ns
Antal våldsbrott	0,8 (1,8)	1,2 (2,3)	1,79	ns
Antal narkotikabrott	0,8 (1,6)	1,0 (1,7)	1,79	ns
Antal dagar i psykiatrisk slutenvård	2,3 (8,0)	5,2 (25,5)	1,79	ns
Antal dagar i missbruksvård	0,8 (3,8)	1,3 (3,9)	1,79	ns

⁷¹ MultifunC: 8; Traditionell behandling: 8.

⁷² Pojkar: 3; Flickor: 13; $\chi^2(1) = 7,81, p < .05$.

⁷³ MultifunC: 2; Traditionell behandling: 5; lika många pojkar som flickor.

Effektstorlek och statistisk styrka

Ett annat sätt att åskådliggöra effekter i en effektutvärdering är att beräkna den så kallade effektstorleken för olika utfallsmått. Med ett mått på effektstorleken (eng. *effect size*) kan man belysa skillnader i den relativa effekt som inte kan fångas in med hjälp av signifikanstest.

Analyserna visade på mestadels små effektstorlekar⁷⁴, utom för mått som avser återplacering inom SiS respektive mått som mäter genomsnittligt antal dagar med öppenvårdsinsatser. En majoritet av effektstorlekarna var till fördel för MultifunC.

Tabell 3. Effektstorlekar⁷⁵

Cohen's *d* för kontinuerliga variabler och arcsine transformation method för dikotoma variabler

	MultifunC (n=40)	Traditionell be- handling (n=40)	Effektstorlek
Antal unga med återplacering SiS	9	18	0.50
Antal unga i HVB	9	12	0.18
Antal unga i familjehem/jourhem	11	11	-
Antal unga som lagförts	23	22	-0.06
Antal som har begått lagförda brott	23	26	0,16
Antal som har begått våldsbrott	12	18	0,31
Antal som begått narkotikabrott	16	15	-0.04
Antal som begått fem brott eller fler	8	13	0,28
Antal unga i psykiatrisk slutenvård	8	8	0.00
Antal unga i missbruksvård	2	5	0,26
Ny SiS-placering, antal dagar	26,6 (68,0)	69,1 (110,7)	0.45
HVB, antal dagar	25,6 (84,0)	44,2 (101,9)	0.20
Familjehem/jourhem, antal dagar	61,9 (123,0)	40,5 (90,9)	-0.20
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser antal dagar	115,3 (126,2)	306,2 (331,5)	0.80
Lagföringar, antal	1,0 (1,1)	1,1 (1,3)	0.10
Lagförda brott, antal	2,6 (4,4)	3,6 (4,4)	0.22
Lagförda våldsbrott, antal	0,8 (1,8)	1,2 (2,3)	0.18
Lagförda narkotikabrott, antal	0,8 (1,6)	1,0 (1,7)	0.12
Dagar i psykiatrisk slutenvård	2,3 (8,0)	5,2 (25,5)	0.15
Dagar i missbruksvård	0,8 (3,8)	1,3 (3,9)	0.13

⁷⁴ För Cohen's *d* brukar $d = 0.20$ betraktas som en liten effekt, $d = 0.50$ en medelstor effekt och $d = 0.80$ en stor effekt.

⁷⁵ Positiva värden betyder att effekten är till MultifunC:s fördel.

Ackumulerade kostnader efter två år

Ett annat perspektiv på resultatet av en behandlingsinsats är att ta reda på om den är kostnadseffektiv, det vill säga om den insats som utvärderas uppnår sitt syfte till en försvarbar kostnad. I det här avsnittet undersöks den tredje frågeställningen: vad är den genomsnittliga kostnaden för respektive undersökningsgrupp för vård inom SiS och socialtjänsten, och vad kostar ett fortsatt problembeteende under tvåårsperioden? Här redovisas: (1) kostnader för institutionsvård inom SiS⁷⁶; (2) kostnader för socialtjänstens övriga insatser; (3) kostnader som uppkommit i samband med ungdomarnas kriminalitet; (4) kostnader förknippade sluten psykiatrisk vård och missbruksvård inom hälso- och sjukvården.

Kostnader för behandlingsplaceringar inom SiS

Den genomsnittliga behandlingskostnaden för en placering på MultifunC-avdelning var drygt 2 miljoner kronor per ungdom (Tabell 4). Tillsammans med kostnaden för den eftervård som ingår i behandlingsmodellen blir det en genomsnittlig kostnad på knappt 2,2 miljoner per ungdom för MultifunC-behandling⁷⁷. Kostnaden för en placering på traditionell behandlingsavdelning (inklusive eventuell eftervård) var snarlik.

Kostnader för efterföljande insatser

Många ungdomar behövde ytterligare stöd och hjälp efter avslutad primärinsats i form av nya placeringar inom SiS eller annan dygnsvård, eller i form av öppenvårdsinsatser. I genomsnitt har de fortsatta insatserna kostat drygt 500 000 kronor per ungdom. Det fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna, kostnaderna för MultifunC-gruppen var ungefär hälften av gruppen som fått traditionell behandling (Tabell 4).

Kostnader för kriminalitet

Den sammantagna kostnaden kopplad till de ungas lagförda kriminalitet har beräknats utifrån tre olika utgiftsposter; (1) kostnader för polisens utredningsarbete, (2) åklagar- och domstolskostnader som uppstår i samband med lagföringen samt (3) kostnader för kriminalvård i de fall den unge dömts till frihetsberövande⁷⁸. Efter två år var den genomsnittliga kostnaden för kriminalitet drygt 144 000 kronor per ungdom (Tabell 4). Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna.

⁷⁶ Kostnadsberäkningarna baseras på faktiska kostnader för respektive SiS-placering. En placering på MultifunC-avdelning har då en högre faktisk dygnskostnad än den genomsnittliga dygnskostnaden för en placering på någon av SiS traditionella avdelningar. Kostnaden som kommunerna betalar för en placerad ungdom är däremot subventionerad, dvs kommunen står inte för hela kostnaden utan staten skjuter till medel för att täcka de faktiska kostnaderna, och SiS använder sig dessutom av enhetspriser för vilket gör att eventuella skillnader mellan enskilda institutioner jämnats ut.

⁷⁷ Den genomsnittliga kostnaden för eftervård baseras på den faktiska kostnaden när 26 av studiens 40 MultifunC-ungdomar fick eftervård. Om samtliga unga som behandlats inom MultifunC fått eftervård kan den genomsnittliga eftervårdskostnaden per ungdom uppskattas till 230 000 kronor, vilket skulle gett en total kostnad för MultifunC-behandling på knappt 2,3 miljoner kronor per ungdom.

⁷⁸ Fängelse eller vård enligt lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Till kriminalvårdskostnader kan även kostnader som uppstår i samband med skyddstillsyn räknas. Dessa kostnader har dock inte medtagits eftersom antal dagar med skyddstillsyn inte fanns med i registerdata.

Tabell 4. Genomsnittlig kostnad per individ för 24-månadersperioden

medelvärde (standardavvikelse), 2014 års realvärden

	MultifunC (n=40)	Traditionell be- handling (n=40)	Statistisk test	
			Df	sign
Första behandlingsplacering	2 022 997 (765 859)	2 157 375 (1 153 689)	1,79	ns
Eftervård inom SIS	130 823 (112 341)	8 783 (32 408)	1,79	43,6***a
<i>Totalkostnad primärinsats</i>	<i>2 153 821</i> <i>(746 553)</i>	<i>2 166 158</i> <i>(1 157 295)</i>	<i>1,79</i>	<i>ns</i>
Efterföljande insatser				
Ny SIS-placering	181 833 (458 311)	433 672 (695 049)	1,79	3,7 ^{1a}
HVB-placering	96 717 (317 290)	197 212 (451 622)	1,79	ns
Placering i familjehem/jourhem	59 259 (117 737)	38 256 (85 778)	1,79	ns
Öppenvårdsinsatser inom social- tjänsten (estimerad kostnad)	22 529 (23 136)	53 793 (59 713)	1,79	9,5**a
<i>Totalkostnad efterföljande insatser</i> <i>(inkl. estimerad kostnad öppen- vård)</i>	<i>360 338</i> <i>(596 993)</i>	<i>722 932</i> <i>(851 086)</i>	<i>1,79</i>	<i>4,9*a</i>
Kriminalitet				
Polisen	62 762 (108 157)	93 439 (126 358)	1,79	ns
Åklagare och domstol	25 225 (32 730)	30 276 (34 501)	1,79	ns
Kriminalvården	27 586 (122 158)	49 172 (218 933)	1,79	ns
<i>Totalkostnad kriminalitet</i>	<i>115 572</i> <i>(232 795)</i>	<i>172 886</i> <i>(294 714)</i>	<i>1,79</i>	<i>ns</i>
Psykiatrisk slutenvård och missbruksvård				
Psykiatrisk slutenvård	16 381 (57 026)	37 212 (181 751)	1,79	ns
Missbruksvård	5 209 (23 174)	7 710 (22 403)	1,79	ns
<i>Totalkostnad psykiatri och missbruk</i>	<i>21 589</i> <i>(67 847)</i>	<i>44 922</i> <i>(181 807)</i>	<i>1,79</i>	<i>ns</i>
<i>Akkumulerade kostnader</i>	<i>2 651 321</i> <i>(921 815)</i>	<i>3 106 898</i> <i>(1 086 524)</i>	<i>1,79</i>	<i>4,1*a</i>

[†] = $p < 0,10$; * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$; ^a = Signifikant skillnad ($p < .05$) med Mann-Whitney U-test

Kostnader för vård inom psykiatri eller missbruksvård
Utslaget på hela gruppen kostade den psykiatriska slutenvården i genomsnitt drygt 30 000 kronor per ungdom och missbruksvård⁷⁹ knappt 6 500 kronor per ungdom (Tabell 4). Notera dock att dessa kostnader härrör från ett mindre antal unga⁸⁰ där en enskild individs vårdbehov kan få proportionerligt stor inverkan på de genomsnittliga kostnaderna. Resultatet bör betraktas med stor försiktighet.

⁷⁹ Både öppenvård och slutenvård.

⁸⁰ Sluten psykiatrisk vård: $n = 16$; MultifunC: 8; Traditionell: 8. Missbruksvård: $n = 7$; MultifunC: 2; Traditionell: 5.

Det fanns vissa skillnader mellan pojkar och flickor i hur kostnaderna fördelade sig som återspeglar de skillnader mellan könen som redan konstaterats när det gäller fortsatt problembeteende och behov av fortsatt vård inom socialtjänsten. Kostnaderna för pojkarnas kriminalitet och öppenvårdsinsatser var signifikant högre⁸¹ än för flickorna. För flickorna var det kostnader för familjehemsvård och psykiatrisk slutenvård som var högre än för pojkarna. Skillnaderna var inte statistiskt säkerställda på en 95 procents nivå, men väl på en 90-procentig säkerhetsnivå⁸².

De ackumulerade kostnaderna för vård inom socialtjänsten och fortsatt problembeteende under tvåårsperioden uppgår till i genomsnitt närmare 2 900 000 kronor per ungdom (Tabell 4). Det finns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. I MultifunC-gruppen är den ackumulerade kostnaden per ungdom knappt 2 700 000 kronor, medan motsvarande belopp för en ungdom som fått traditionell behandling är ungefär 3 100 000 kronor. Det finns däremot inte någon skillnad mellan pojkar och flickor⁸³.

Bakgrundsfaktorers påverkan

I de två föregående avsnitten undersöktes vad som hänt ungdomarna i de två grupperna och vilka kostnader det medfört under den två år långa uppföljningsperioden. I det här avsnittet undersöks andra faktorer som kan bidra till att förklara resultatet för fyra valda utfallsmått. De undersökta faktorerna är kön, diagnostiserad ADHD, föräldrars psykosociala situation, psykisk ohälsa och normbrytande beteende vid inklusion samt ett mått på allians, skattat av behandlaren i samband att behandlingen avslutades. Eftersom studiens primära syfte är att jämföra eventuella skillnader mellan de båda behandlingsgrupperna, MultifunC och traditionell behandling, inkluderades även grupp-tillhörighet i analysen (Tabell 5).

Resultatet visade att, förutom grupptillhörighet, var psykisk ohälsa vid inklusion en faktor som hade betydelse för antalet dagar återplacerad inom SiS och för socialtjänstens öppenvårdsinsatser under uppföljningstiden. I båda fallen har de ungdomar som varit återplacerade fler dagar och har flera dagar med öppenvårdsinsats haft låga värden på skalan för psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa vid inklusion hade dock inte någon säkerställd påverkan på utfallsmåttet slutna psykiatrisk vård.

Det hade däremot om den unge var en flicka, de flesta som vårdats för psykiatrisk slutenvård var flickor. Att vara pojke var istället en stark prediktor för att ha lagförts för brott, liksom att de ungdomar som hade ett mer normbrytande beteende också mer troligt lagförts för brott under uppföljningstiden. En diagnostiserad ADHD påverkade istället åt andra hållet, de ungdomar som hade ADHD hade i mindre utsträckning lagförts för brott.

⁸¹ Öppenvårdsinsatser (SEK): Pojkar: 53 606 (57 357); Flickor: 22 716 (28 688); $F(1,79) = 9,3, p < .05$.

Kriminalitet (SEK): Pojkar: 225 267 (332 982); Flickor: 63 192 (135 596); $F(1,79) = 8,1, p < .05$

⁸² Familjehemsplacering (SEK): Pojkar: 30 350 (76 042); Flickor: 67 166 (122 347); $F(1,79) = 2,6, p < .10$.

Psykiatrisk slutenvård (SEK): Pojkar: 1 602 (5 923); Flickor: 51 991 (187 539); $F(1,79) = 2,9, p < .10$

⁸³ Ackumulerad kostnad (SEK): Pojkar: 2 879 105 (993 935); Flickor: 2 879 114 (1 071 824); $F(1,79) = 0,0, p > .05$.

Behandlarens skattade allians med den unge var också en faktor som inverkade på dagar återplacerad inom SiS och antalet brott. När behandlaren hade skattad en högre grad av allians hade ungdomen lagförts för färre brott och det genomsnittliga antalet dagar i återplacering inom SiS var lägre.

En jämförelse av grupperna vid inklusion visade att det fanns en skillnad i föräldrarnas sociala situation, andelen föräldrar med arbete var högre i MultifunC-gruppen, medan andelen föräldrar med egna problem som kriminalitet eller missbruk var lägre. För att undersöka om föräldrarnas psykosociala situation hade betydelse för utfallet konstruerades ett dikotomt mått: förekomst av minst ett psykosocialt problem i form av problem med narkotika, alkohol, psykisk hälsa, sjukdom/skada/handikapp, kriminalitet eller att båda föräldrarna saknade arbete. I det första steget av analysen visade sig faktorn kunna ha potentiell effekt för om den unge återplacerats inom SiS. I den slutgiltiga modellen visade sig dock faktorn sakna betydelse.

Tabell 5. Bakgrundsvariablers effekt på resultaten

	Dagar åter- placerad SiS	Dagar med öppenvård	Antal brott	Psykiatrisk slutenvård
MultifunC/Traditionellt	14,14***	19,33***	ns	ns
Kön	ns	ns	13,67***	6,50*
ADHD	ns	-	4,41*	-
Föräldrars psykosociala situation	ns	-	-	-
Psykisk ohälsa (YSR internaliserat)	17,85***	6,90**	-	ns
Normbrytande beteende (SRD)	-	-	5,43*	ns
Allians i behandling	6,34*	-	12,51***	-

Diskussion

MultifunC är en strukturerad behandlingsmodell utformad för institutionsvård av ungdomar med svåra beteendeproblem och hög risk för att återfalla i normbrytande beteende och kriminalitet som har utvecklats i ett samarbete mellan norska och svenska myndigheter. Behandlingsmodellen omfattar hela behandlingsförloppet, från en inledande utredning till avslutande eftervård, och bygger på vetenskaplig kunskap om effektiva insatser för målgruppen. I den här rapporten undersöks hur behandling på två svenska MultifunC-avdelningar inom Statens institutionsstyrelses (SiS) verksamhet fungerar jämfört med traditionell behandling inom SiS. Undersökningsgruppen omfattar totalt 80 ungdomar från hela Sverige, 40 i vardera gruppen.

I det här avslutande avsnittet sammanfattas resultaten, därefter kommenteras tillförlitlighet och allmängiltighet. Avslutningsvis presenteras reflektioner kring MultifunC och effektutvärderingen.

Sammanfattning av resultaten

Resultaten visade att MultifunC hade lika god effekt som traditionell SiS-behandling vad gäller fortsatta beteendeproblem som återfall i kriminalitet, men med färre dagar återplacerade på något av SiS särskilda ungdomshem, färre dagar i annan institutionsvård än SiS (annat HVB) och färre dagar med öppenvårdsinsatser än traditionell behandling inom SiS. MultifunC-ungdomarna hade i genomsnitt vistats under 260 dagar på MultifunC-andelningen, medan ungdomar i traditionell behandling varit i institutionsvård i 344 dagar.

Vistelsetiden för MultifunC-ungdomarna var något längre än modellens mål med sex – sju månader (ca 180 – 210 dagar) på institution, men visade samtidigt att modellen lyckats korta institutionsvistelsen jämfört med traditionell institutionsbehandling. Två av tre ungdomar i MultifunC-gruppen hade också fått den eftervård som är en integrerad del av behandlingsmodellen. Eftervården hade i genomsnitt pågått i drygt två månader.

Drygt hälften av ungdomarna som var med i studien hade lagförts för i genomsnitt tre nya brott under uppföljningsperioden. Ungefär en tredjedel av brotten var våldsbrott och ytterligare en tredjedel narkotikarelaterad kriminalitet. En femtedel av alla ungdomar i studien hade fått sluten psykiatrisk vård under uppföljningsperioden, och endast en handfull hade fått missbruksvård genom hälso- och sjukvården. Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna när det gäller kriminalitet och vård inom psykiatri eller missbruksvård under 24-månadersperioden. Effektstorlekarna visade mestadels på små relativa effekter ($ES_{sm} < .20$). Majoriteten av beräkningarna talar dock till MultifunC:s fördel (*frågeställning 1*).

Kostnadsanalysen visade att ungdomarnas vård inom socialtjänsten och fortsatta problembeteenden i genomsnitt hade kostat samhället drygt 2,8 miljoner kronor under de två uppföljningsåren. Den genomsnittliga kostnaden

per individ var lägre för MultifunC-gruppen än för ungdomar som fått traditionell SiS-behandling. Den avgörande skillnaden kan kopplas till att MultifunC-gruppens ungdomar inte behövt socialtjänstens behandlingsinsatser i samma utsträckning som gruppen som fått SiS traditionella behandling (*frågeställning 2*).

Analysen av bakgrundsfaktorerens betydelse undersökte vilka andra faktorer, förutom grupp tillhörighet (MultifunC eller traditionellt), som skulle kunna bidra till att förklara resultaten avseende fyra utfallsmått: (1) dagar återplacerad inom SiS, (2) dagar med socialtjänstens öppenvårdsinsatser, (3) antal lagförda brott och (4) om den unge vårdats i psykiatrisk slutenvård. Analysen pekade ut fem faktorer: kön, diagnosticerad ADHD, psykisk ohälsa och normbrytande beteende vid inklusion och behandlarens skattade allians med den unge. Betydelsen av kön visade sig i att fler pojkar än flickor hade lagförts för nya brott, medan fler flickor än pojkar vårdats i slutna psykiatrisk vård. Psykisk ohälsa och normbrytande beteende vid inklusion bidrog tillsammans med skattad allians till att förklara en del av resultaten för fortsatt vård inom socialtjänsten respektive fortsatt kriminalitet: mycket problem inledningsvis och en svagare allians gav sämre utfall. Diagnosticerad ADHD predicerade färre lagförda brott (*frågeställning 3*).

Resultatens tillförlitlighet och allmängiltighet

Resultaten bygger på en uppföljning av 80 ungdomar från hela Sverige som placerats på totalt 24 olika avdelningar inom 12 av SiS särskilda ungdomshem för ungdomar med psykosociala problem. Det relativt stora antalet institutioner och avdelningar ökar resultatens allmängiltighet. Det ska dock noteras att MultifunC-gruppen behandlats vid de enda två MultifunC-avdelningar som finns i Sverige, en på en institution för pojkar och en på en institution för flickor.

Det finns flera faktorer som talar för uppföljningsresultatets trovärdighet. Utvärderingen av MultifunC har genomförts med kvasi-experimentell design med kontrollerad jämförelsegrupp. Tillsammans med tydliga inklusionskriterier ges goda möjligheter till jämförelser mellan grupperna.

Det är också en styrka att utvärderingen inte påbörjades förrän implementeringsstudien visade att MultifunC utförs på det sätt som manualer och riktlinjer föreskriver [47]. Därmed minskar risken för att man utvärderar ett program som inte är riktigt implementerat, vilket kan påverka resultat på ett sätt som leder till felaktiga slutsatser.

Ytterligare en styrka är att studien till stor del bygger på akt- och registerdata med hög tillförlitlighet. Det innebär att resultatet för primära utfallsmått omfattar alla ungdomar som ingår i studien.

I förhållande till en randomiserad kontrollerad design innebär den kvasi-experimentella designen en ökad risk för att de två grupperna ungdomar inte var jämförbara vid behandlingens början och att eventuella skillnader vid uppföljning kan ha orsakats av olikheterna i ungdomarnas förutsättningar och inte av insatserna. Resultaten i studien visar att ungdomarna var lika varandra

i fråga om ålder, födelse-land, antisocialt beteende och psykisk hälsa vid utvärderingens början. Dock fanns två statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna vid förmätningen. I båda fallen handlar det om faktorer kopplade till ungdomarnas föräldrar: MultifunC-föräldrarna hade oftare arbete men mindre ofta en känd psykosocial problematik. De statistiska test som gjorts för att pröva faktorernas påverkan på resultaten för situationen efter två år kunde inte visa på någon sådan koppling.

En viktig komplikation att beakta när studiens resultat värderas är att studiens målgrupp består av lika många flickor som pojkar i både MultifunC-gruppen och traditionella-gruppen. Att andelarna är lika i båda grupperna gör dem jämförbara med varandra. Däremot finns det anledning att misstänka att en del resultat från studien inte är direkt överförbara till SiS målgrupp i sin helhet. Bland de ungdomar som placeras inom SiS är pojkar överrepresenterade, ungefär två tredjedelar är pojkar. Såväl annan forskning som resultaten i den här studien tyder på att det finns skillnader i pojkars respektive flickors problematik och fortsatta problembeteende efter behandling. Det betyder det att det finns en risk att studiens resultat för exempelvis andel som återfallit i kriminalitet inte är representativt för SiS målgrupp.

Slutligen är utfallsmåtterns relativa trubbighet en svaghet i studien. Även om registerdata ger tillförlitlig information är lagförda brott och psykisk ohälsa grova mått som gör det svårt att fånga mindre förändringar.

Avslutande reflektioner

I följande avsnitt sammanfattas några avslutande reflektioner kring MultifunC och resultaten från effektutvärderingen.

Utveckla en behandlingsmodell för institutionsvård

En behandlingsplacering på något av SiS särskilda ungdomshem ses ofta som den allra sista utvägen för att komma till rätta med den unges problem.

Många gånger har placeringen föregåtts av flera försök med olika insatser i öppen- och slutenvård utan att den förändring som behövs har åstadkommit. Samtidigt är en behandlingsplacering med stöd av LVU en ingripande åtgärd där den unge tvingas att bryta upp från sin familj och sitt övriga nätverk för att istället vistas tillsammans med andra ungdomar och personal på en institution. För att en så ingripande åtgärd ska vara försvarbar bör det finnas rimliga förutsättningar att vården har en positiv effekt för de individer som omfattas. Forskning har dock visat att barn och unga som varit placerade i dygnsvård har en förhöjd risk för fortsatta problem i vuxen ålder [6, 46, 63].

I Sverige har det hittills varit ovanligt att utveckla behandlingsmetoder inom socialt arbete utifrån vad som i forskning visat sig verksamt. Över tid har utformningen av både institutionsvård och socialtjänstens övriga insatser ofta skett eklektisk och under påverkan av olika behandlingstrender och socialpolitiska ideologier [64]. Det har bland annat lett till att få av socialtjänstens insatser är systematiskt beskriven [64], vilket leder till att det för majoriteten av de interventioner som riktas mot barn och unga inte går att få en överblick över innehållet.

I takt med 2000-talets ökade intresse för en evidensbaserad praktik (EBP) har det dock skett en viss spridning av så kallat evidensbaserade behandlingsmetoder, det vill säga metoder som i vetenskapliga utvärderingar har visat sig ha goda effekter på ett visst utfall. De evidensbaserade behandlingsmetoder som finns i svenskt socialt arbete kommer framför allt från USA. Det har både handlat om omfattande modeller, som Multisystemisk terapi (MST), till lite mer avgränsade metoder som riktar in sig på en specifik del av en större problematik, som exempelvis ART [65]. En del av dessa metoder har även implementerats i institutionsvården [42], men då som en avgränsad del av den helhet som institutionsvinstelsen utgör.

Med MultifunC har forskning om vad som kännetecknar effektiv behandling av unga med allvarliga beteendeproblem använts som utgångspunkt för att utveckla en behandlingsmodell direkt avsedd för institutionsvård. Den vetenskapliga grunden omfattar övergripande principer om vad som kännetecknar ett gynnsamt behandlingsklimat och teorier om bland annat risk, behov och responsivitet och enskilda interventioner och metoder. Såväl övergripande utgångspunkter och teorier som enskilda metoder finns redan väl beskrivna, och har sedan formulerats i omfattande riktlinjer som används såväl i det dagliga arbetet som i utbildning av ny personal. Dessutom inbegriper modellen ett kontinuerligt pågående arbete med att följa upp kvalitet och metodtrohet. Sammantaget gör den solida grunden MultifunC-modellen unik, både i ett nordiskt och internationellt sammanhang [64].

Skillnader och likheter i behandlingen

Effektutvärderingen av MultifunC började planeras omkring 2007. De första ungdomarna i studien inkluderades 2009 och de sista under 2012. Det är inte orimligt att anta att innehållet i SiS traditionella behandling kan ha förändrats och utvecklats under den tiden. Inslag från MultifunC-programmet och den forskning som ligger till grund för modellen kan till viss del ha anammats också inom andra delar av SiS institutionsvård, exempelvis genom att implementera enskilda evidensbaserade metoder som även används inom MultifunC.

Resultatet i den utvärderingen visade också att det fanns vissa likheter i innehållet i den behandling som ungdomarna i MultifunC-gruppen respektive jämförelsegruppen fått. Många av institutionerna där jämförelsegruppens ungdomar placerades uppgav att de arbetade utifrån en kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) grund och de använde sig av en liknande insatsrepertoar som MultifunC, till exempel Aggression Replacement Training (ART), Motiverande samtal (MI) och teckenekonomi. Därutöver arbetade många av de traditionella institutionerna även med andra manualbaserade metoder, som Återfallsprevention (ÅP) och Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Frågan som inställer sig är, om inslag i behandlingen i de båda grupperna efter hand gjorde att de båda behandlingsalternativen alltmer började likna varandra? Kan frånvaron av statistiskt säkerställda skillnader mellan MultifunC och traditionell institutionsbehandling delvis förklaras av att den traditionella institutionsbehandlingen i allt för hög grad gav samma behandling som MultifunC?

Men trots att det till synes verkar vara liknande innehåll i behandlingen finns det väsentliga skillnader. Till skillnad mot att använda vissa enskilda teoretiskt grundade metoder som har visat positiva resultat var och en för sig är MultifunC-modellen en helhetsmodell där den vetenskapliga grunden har införlivats i hela behandlingsförloppet. Tydlighet, riktlinjer och manualer styr både arbetsprocesser och det individuella förändringsarbetet med ungdomarna. En uttalad målsättning att nå förändringar av riskfaktorer kopplade till både den unge själv och omgivningen har flyttat behandlingsfokus från den unge *under* institutionsvistelsen till en fungerande tillvaro för individen *efter* tiden på institution. Det gör att en aktiv familjebehandling och den integrerad eftervårdsdelen till viktiga komponenter [66, 67]. Komponenter som är sällsynta i traditionell vård [68]. Så även om en kognitiv grundsyn och vissa metoder fått en bred spridning inom institutionsvården så betyder inte det att andra institutioner utför MultifunC-behandling.

MultifunC i alla sina delar – en utmaning

Även om MultifunC-modellen betraktas som manualbaserad, är den inte det i den bemärkelsen att behandlingen alltid genomförs på samma sätt och med exakt lika delar av de olika komponenterna. Det är inte möjligt och inte heller eftersträvansvärt. Tvärtom, i likhet med andra komplexa principstyrda behandlingar som Multisystemisk terapi (MST) eller Treatment Foster Care Oregon (TFCO; tidigare Multidimensional Treatment Foster Care, MTFC) är det en viktig del att anpassa behandlingen till individuella förhållanden och förutsättningar. Däremot är kontinuerlig uppföljningen och strukturerat stöd en viktig del av modellen som ska säkerställa att behandlingen genomförs med god kvalitet och metodtrohet till de grundläggande principerna.

Centralt för MultifunC är att inte bara rikta sig till den unge själv utan även involvera familj och arbeta mot övrig närmiljö, bland annat med hjälp av familjebehandling och under eftervårdsdelen. Resultaten visade dock att alla MultifunC-ungdomar inte fick familjebehandling och/eller eftervårdsdelen. Det var sju respektive 14 ungdomar som inte tog del av dessa viktiga komponenter. Gemensamt var att det oftare var flickor som inte fått en fullständig MultifunC-behandling⁸⁴.

När det gäller familjebehandlingen verkade det faktiska avståndet mellan behandlingsinstitution och hemmet vara en försvårande aspekt, både när familjebehandling hade genomförts och när det inte hade lyckats. Öppna kommentarer i den strukturerade telefonintervju som genomfördes med behandlarna visade exempelvis att delar eller hela familjebehandlingen ibland ersattes med telefonkontakt, eller så fick föräldern genomgå likvärdig föräldrautbildning på hemmaplan med en annan utbildningsanordnare som inte kände den unge. Andra skäl till att familjebehandlingen inte fungerade som önskvärt kunde bero på att föräldrarna inte alls var motiverade, exempelvis för att de inte hade möjlighet att avsätta den tid som krävdes för att resa till

⁸⁴ Sex av sju som inte fått familjebehandling var flickor, elva av 14 som inte fått eftervård var flickor.

institutionen, att de redan tidigare genomfört liknande insatser eller att planeringen var att den unge skulle till familjehem efter avslutad institutionsvistelse.

Även när det gäller eftervårdsdelen verkar det troligt att avståndet mellan hemmet och institutionen kan ha spelat roll. Nästan alla pojkar som ingick i MultifunC-gruppen, 16 av 19, fick också eftervårdsdelen, medan det bara var 10 av 21 flickor som hade haft eftervård. MultifunC-avdelningen för pojkar finns på en institution strax utanför Lund och alla pojkar i studien som hade behandlats på avdelningen kom från närliggande eller relativt närliggande kommuner. För flickorna var situationen den motsatta – bara fem av 21 MultifunC-flickor var hemmahörande i kommuner någorlunda nära institutionen. Resten kom spritt från hela landet och för ungefär hälften av föräldrarna handlade det om många timmars resa för att komma till institutionen.

Just svårigheterna att upprätthålla de förändringar som uppnåtts under institutionsbehandlingen är ett problem som uppmärksammats i såväl svensk som internationell forskning [4, 44, 46], något som MultifunC-modellen tagit fasta på. Men trots att det är en del av modellen kan stora avstånd kan göra att det praktiskt svårt att genomföra såväl familjebehandling som eftervård. Kanske utgör avståndet också ett hinder för att uppnå den allians med både familj och socialtjänst som är en förutsättning för ett nära samarbete och engagemang i behandlingen. Att hitta lösningar för att arbeta med ungdomar vars familj och nätverk finns långt ifrån institutionen är en utmaning och en del av MultifunC som skulle kunna vidareutvecklas.

Olikheter mellan flickor och pojkar på institution?

Mycket av den forskning som genomförts kring risk- och skyddsfaktorer och normbrytande beteende är gjord på pojkar och det kan ha påverkat såväl definitioner som slutsatser. Samtidigt finns det forskning som antyder att den mest framträdande skillnaden mellan könen när det gäller normbrytande beteende är själva förekomsten, att det är betydligt fler pojkar än flickor som uppvisar normbrytande beteende [69]. Men även om risk- och skyddsfaktorer för normbrytande flickor i allt väsentligt liknar pojkarnas, kan finnas variationer i enskilda faktorerens betydelse som kan kopplas till kön. Exempelvis finns det studier som tyder på att flickor reagerar starkare på föräldrars bråk och omsorgsbrist, medan kamratgruppens negativa påverkan kan vara en mer betydelsefull faktor när det gäller pojkarna [13]. En bärande tanke i MultifunC är att en multimodal och differentierad behandling, som tar hänsyn till risk-, behov- och responsivitetsprinciperna, kan utformas utifrån individuella behov och att man inte behöver göra någon systematisk skillnad mellan pojkar och flickor. Resultat från den här studien pekar på att det i framtida studier ändå kan finnas skäl att undersöka skillnader och likheter mellan könen i MultifunC lite närmare.

Det är känt från tidigare sammanställningar över SiS målgrupp att pojkar och flickor som placeras i institutionsvård skiljer sig åt avseende problematik

och bakgrund. Exempelvis visar inskrivningsinformation⁸⁵ att pojkar oftare än flickorna kommer från hem där båda föräldrarna är födda i ett annat land än Sverige. Den vanligaste angivna placeringsorsaken för pojkar är egen kriminalitet. För flickor är den vanligaste orsaken istället att de placerats av vad som i LVU-lagstiftningen kallas ”annat socialt nedbrytbart beteende”. Ofta uppges det främsta skälet vara att flickan vistas i olämpliga miljöer, som är ett av alternativen för vad som betecknas som ”annat socialt nedbrytbart beteende” [13].

Från de SiS-placerade ungdomarnas självrapporterade problematik framgår att pojkar generellt sett rapporterar mer kriminalitet och mer narkotikarelaterad problematik än flickorna, framför allt cannabisbruk. Flickorna beskriver i sin tur en större psykisk ohälsa, mer problem i skolan och mer konfliktyllda relationer inom familjen [13, 14]. Flickorna vittnar också om en större socioekonomisk utsatthet i familjen i form av psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk hos föräldrar och syskon. Dessutom uppger flickorna att de i högre grad utsatts för fysiska, psykiska och sexuella övergrepp, både i familjen och av en partner [13, 14]. Allt som allt framstår flickorna som placeras på SiS-institution som utsatta och psykiskt sköra, både under uppväxten i sin familj och i den aktuella situationen. Enligt flickornas egen beskrivning återfinns problematiken på flera olika livsområden och är ofta knuten till den egna psykiska hälsan eller till viktiga relationer. Pojkarna förefaller däremot inte uppfatta sig själv som sårbara på samma sätt och problematiken som de beskriver verkar vara mer avgränsad till just problembeteenden, det är pojkens *agerande* som är problemet. I en mindre intervjustudie med socialsekreterare som placerat på SiS-institution framträder en liknande bild, institutionsplaceringen som ett sätt att skydda samhället från de utagerande pojkarna, medan det för flickors del handlar om en institutionsplacering som ska skydda flickan från sig själv [70].

Resultat från den här studien liknar i allt väsentligt annan forskning: Pojkarna kommer oftare från invandrarbakgrund. Flickornas familjerelationer är mer komplicerade och det verkar vara vanligare med sociala problem hos föräldrarna enligt ungdomarnas egen beskrivning. Fler flickor bedöms också ha ett fortsatt behov av omsorg av någon annan än den egna familjen och placeras i familjehem efter SiS-behandlingen. Pojkarna är mer kriminella medan flickorna i större utsträckning lider av psykisk ohälsa.

Kan det vara så att de pojkar respektive flickor som socialtjänsten väljer att placera inom SiS faktiskt inte kan betraktas som riktigt samma målgrupp, och att den behandling som ges skulle kunna anpassas och utvecklas beroende på kön? Kanske är det inte bara det fysiska avståndet som gjort att färre Multifunc-flickor fått eftervård. Det skulle också kunna vara en del i de här flickornas bakgrundsproblematik, att flickornas familjer är svårare att nå och svårare att engagera i behandlingen.

⁸⁵ Inskrivningsinformationen hämtas från de ADAD-intervjuer som görs av SiS vid inskrivning. ADAD är ett standardiserat intervjuformulär som används för att beskriva ungdomarnas problemupplevelser, men innehåller också information om bakgrunden till placeringen, placerande kommun osv som intervjuaren noterar (www.stat-inst.se). Mellan 60 och 75 procent av alla ungdomar som årligen skrivs in på SiS genomför ADAD-intervjun.

Samtidigt understryker det i så fall familjebehandlings- och eftervårdens viktiga roll för ett hållbart förändringsarbete. Förbättrade relationer inom familjen kan vara avgörande för att flickorna ska få det långsiktiga psykiatriska stöd och den hjälp de behöver för att må bättre. Om SiS eftervård blev mer tillgänglig, endera i egen regi och/eller i nära samarbete med lokala vårdgivare som tillhandahåller kvalificerade öppenvårdsinsatser med samma teoretiska grund, skulle förhoppningsvis fler ungdomar kunna fullfölja MultifunC-behandlingen.

Ett ekonomiskt avtryck

Det har funnits en oro för att MultifunC med sin relativt sett höga personaltäthet och högre krav på personalens kompetens är en dyr behandlingsform. Resultaten visade dock att trots att institutionsvistelsen på MultifunC-avdelning har en högre dygnskostnad än behandling på någon av SiS traditionella behandlingsavdelningar, så kostade den initiala behandlingsplaceringen på institution ungefär lika mycket för båda grupperna. Det förklaras av att MultifunC-gruppens institutionsvistelse i genomsnitt var kortare än motsvarande placering på någon av SiS traditionella behandlingsavdelningar. Även när den integrerade eftervården inkluderas i beräkningen blir den genomsnittliga kostnaden för ungdomarna i MultifunC-gruppen likvärdig kostnaden för ungdomar som fått traditionell SiS-behandling.

Däremot gjorde skillnader i behovet efterföljande insatser ett tydligt avtryck i resultaten och visade både på de samhällsekonomiska och individuella vinster som ett minskat behov av fortsatt socialtjänstens insatser kan medföra. Att undersöka behovet av fortsatta insatser kan ses som en proxy för ett fortsatt problembeteende. Utgångspunkten är att socialtjänsten så länge den unge bedöms ha fortsatta problem beslutar om fortsatta insatser. Insatserna kan vara olika med avseende på omfattning och längd, vilket också slog igenom i de ekonomiska beräkningarna där ungdomar som fått traditionell behandling hade fler dagar i institutionsvård, på SiS eller HVB, och i större utsträckning behov av flera parallella öppenvårdsinsatser.

Sammantaget visar resultatet i den här studien att den genomsnittliga ackumulerade kostnaden för en ungdom i gruppen som fått traditionell institutionsvård var 400 000 kronor högre än motsvarande kostnad för en ungdom i MultifunC efter två år. Det betyder att efter två år var kostnaderna som direkt kan relateras till målgruppens problematik 16 miljoner kronor högre för gruppen som fått traditionell SiS-behandling än för dem som fått MultifunC. Det ger stöd för att MultifunC trots den initialt högre behandlingskostnaden kan vara mer kostnadseffektivt än traditionell institutionsvård.

Effektutvärderingar i svensk kontext

Att på ett systematiskt sätt utveckla och utvärdera en behandlingsmodell baserat på vetenskaplig kunskap är en långsiktig och tålamodskrävande uppgift. Det åskådliggörs inte minst av arbetet med att utveckla MultifunC, där arbetet påbörjades redan år 2000 med genomgången av forskningsläget för områ-

det [28], följt av en implementeringsstudie och nu, 16 år senare, en effektutvärdering som visar resultatet två år efter att ungdomarna i studien inledde en institutionsbehandling.

Trots den tid som tagits i anspråk för inklusion i utvärderingen (2009 – 2012) är studien förhållandevis liten med sina 40 ungdomar i vardera gruppen. Liksom i andra studier som utvärderar insatser till socialtjänstens målgrupper är de unga som inkluderats dessutom, trots tydliga inklusionskriterier, en heterogen grupp med en stor variation i sammantagen problematik och bakgrund. En förhållandevis liten population och stor variation kan begränsa möjligheterna att dra säkra slutsatser om resultatet [52].

Beräkningar av statistisk signifikans handlar om att med statistiska beräkningsmetoder pröva hur sannolikt det är att en uppmätt skillnad mellan två olika grupper faktiskt kan betraktas som ”sann”, eller om det finns en risk att den kan ha uppstått av en slump. Möjligheten att identifiera statistiskt säkerställda skillnader påverkas av antalet individer som ingår i studien och hur stora de uppmätta skillnaderna är. Man brukar prata om att en studie behöver ha tillräcklig statistisk styrka⁸⁶ för att upptäcka en skillnad mellan grupperna när den finns. Ett återkommande bekymmer i effektutvärderingar av sociala interventioner är dock svårigheten att rekrytera tillräckligt många deltagare för att ha möjlighet att upptäcka de relativt små skillnader som uppstår då man jämför en intervention med en annan [71].

I den här utvärderingen visade resultaten signifikanta skillnader mellan grupperna till MultifunC:s fördel när det gällde några av utfallsmåtten för ungdomarnas fortsatta behov av socialtjänstens insatser, ett slags indirekt mått på någon slags fortsatta problem. För de direkta utfallsmåtten för kriminalitet fanns det däremot inte några skillnader mellan grupperna som kunde säkerställas statistiskt. Det vill säga det gick inte att vara tillräckligt säker på att de små skillnader, som faktiskt fanns för de flesta utfallen för kriminalitet, inte uppstått av slumpen. Effektstorlekarna i studien är genomgående små eller mycket små, men det faktum att alla resultat pekar i samma riktning, antyder dock att MultifunC kan ha varit en något mer effektiv behandling.

Vid planeringen av den här utvärdering gjordes en powerberäkning som visade att med 40 ungdomar i vardera gruppen skulle skillnader mellan grupperna motsvarande ett värde för Cohen's d på .37 kunna uppnå statistisk signifikans, men resultatet visar att få mått når upp till den effektstorleken. Elva av 20 mått visar effektstorlekar på under .20.

Powerberäkningar som utgår från de faktiska resultaten i studien visar att det i en studie med omkring 900 ungdomar, 450 i varje grupp, skulle fyra av sju mått som mäter lagförda brott⁸⁷ uppnå statistisk signifikanta skillnader,

⁸⁶ Kallas även statistisk power. Med hjälp av en så kallad poweranalys kan antalet individer som behöver ingå i studien för att med tillräckligt stor träffsäkerhet upptäcka en skillnad i effekt som bedöms vara rimlig utifrån tidigare forskning och praktisk relevans.

⁸⁷ Utfallsmått för lagförda brott (fetstilta mått signifikanta i en studie med 900 ungdomar): (1) antal individer som begått brott, (2) **antal individer som begått våldsbrott**, (3) antal individer som begått narkotikabrott, (4) **antal individer som begått fem brott eller fler**, (5) **genomsnittligt antal brott**, (6) **genomsnittligt antal våldsbrott**, (7) genomsnittligt antal narkotikabrott.

trots att skillnaderna inte är statistiskt säkerställda i den här studien. Problemet är att så stora studier är inte genomförbara inom socialt arbete i en svensk, eller nordisk, kontext.

För att få möjlighet till en något större studie av effekter av MultifunC planerades den här utvärderingen gemensamt med Norge. De båda utvärderingarna har samma inklusionskriterier, uppföljningsperioder och utfallsmått. När den norska tvåårsuppföljningen är färdigställd planeras en sammanslagning av de båda studierna för att tillsammans få en större studiepopulation. I den norska utvärderingen ingår 134 ungdomar (MultifunC: 64; Jämförelsegrupp: 70), vilket betyder att den sammanslagna studien kommer att kunna jämföra två grupper med 104 respektive 110 individer i respektive grupp. Vidare kommer den planerade femårsuppföljning kunna ge svar på de långsiktiga resultaten för målgruppen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem: resultat efter ett år. Stockholm; 2014.
2. Moffitt, TE, Caspi, A, Harrington, H, Milne, BJ. Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and psychopathology*. 2002; 14(01):179-207.
3. Olsson, M, Hansson, K, Cederblad, M. A long-term follow-up of conduct disorder adolescents into adulthood. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006; 60(6):469-79.
4. Lundström, T, Sallnäs, M, Andersson Vogel, M. Utvärderingen av en förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution. Stockholm: Statens institutionsstyrelse; 2012.
5. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om placerade barn. Stockholm; 2013.
6. Vinnerljung, B, Sallnäs, M. Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child & Family Social Work*. 2008; 13(2):144-55.
7. Moffitt, T. Life-course-persistent versus adolescent-limited antisocial behavior: a 10 year research review and research agenda. I: Cicchetti D, Cohen D, red. *Developmental Psychopathology, Vol 3: Risk, Disorder and Adaptation*. Hoboken, NJ: John Wiley; 2006.
8. Franzén, E, Vinnerljung, B, Hjern, A. The epidemiology of out-of-home care for children and youth. A national cohort study. *British Journal of Social Work*. 2008; 38:1043-59.
9. Kaunitz, C, Andréa Löfholm, C, Sundell, K. Social barnavård i Stockholms stadsdelar. En kvantitativ beskrivning av myndighetsutövande under 1: a kvartalet 2002, 2003 och 2004: Stockholms socialförvaltning, FoU-enheten; 2004.
10. Wiklund, S. United we stand? Collaboration as a means for identifying children and adolescents at risk. *International Journal of Social Welfare*. 2007; 16(3):202-11.
11. Enell, S. Transit i samhällsvården: När unga utreds på särskilda ungdomshem. Akademisk avhandling. Växjö: Linnéuniversitetet; 2015.
12. Shannon, D. Follow-up of youths admitted to SiS youth care facilities 1997-2001. Stockholm: Statens institutionsstyrelse - SiS; 2011.
13. Andersson Vogel, M. Särskilda ungdomshem och vårdkedjor: om ungdomar, kön, klass och etnicitet. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms Universitet, Socialhögskolan; 2012.
14. Ybrandt, H, Nordqvist, S. SiS-placerade ungdomars problematik i relation till andra ungdomar. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse - SiS; 2015.
15. Vinnerljung, B, Franzén, E, Gustafsson, B, Johansson, IM. Out-of-home care among immigrant children in Sweden: a national cohort study. *International Journal of Social Welfare*. 2008; 17(4):301-11.
16. Socialstyrelsen. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Stockholm; 2014.

17. Garrido, V, Morales, LA. Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections. Philadelphia: Campbell Collaboration; 2007.
18. Armelius, B, Andreassen, T. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2007.
19. Smith, D. The effectiveness of the juvenile justice system. *Criminal Justice*. 2005; 5:181-95.
20. Lipsey, MW. The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. *Victims & Offenders*. 2009; 4(2):124-47.
21. Pettersson, T. Återfall i brott bland ungdomar dömda till fängelse respektive slutna ungdomsvård. Stockholm: Statens institutionsstyrelse - SiS; 2010.
22. Dishion, T, McCord, J, Poulin, F. When interventions harm. *American Psychologist*. 1999; 54:755–64.
23. Ferrer-Wreder, L, Stattin, H, Cass Lorente, C, Tubman, JG, Adamson, L. *Successful Prevention and Youth Development Programs* New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004.
24. Lowenkamp, CT, Latessa, EJ. *Understanding the risk principle: How and why correctional interventions can harm low risk offenders*. Washington DC: US Department of Justice, National Institute of Corrections; 2004.
25. Socialstyrelsen. *Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter fem år*. Stockholm; 2014.
26. Söderholm Carpelan, K, Andershed, A-K, Andershed, H, Brännström, L, Nyström, M, Ahlgren, T. *Insatser för unga lagöverträdare. En systematisk sammanställning av översikter om effekter på återfall i kriminalitet*. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete IMS/Socialstyrelsen; 2008.
27. Pardini, D, Frick, P. Multiple developmental pathways to conduct disorder: current conceptualizations and clinical implications. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 22:20-5.
28. Andreassen, T. *Institutionsbehandling av ungdomar – vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia; 2003.
29. Whittaker, JK, del Valle, JF, Holmes, L. The current Landscape of Therapeutic Residential Care. I: Whittaker JK, del Valle JF, Holmes L, red. *In Therapeutic Residential Care for Children and Youth* London: Jessica Kingsley Publishers; 2015.
30. Lowenkamp, CT, Latessa, EJ. The Risk Principle in action: what have we learned from 13 676 offenders and 97 correctional programs. *Crime and Delinquency*. 2008; 52(1):77-93.
31. Andreassen, T. MultifunC - Multifunctional Treatment in Residential and Community Settings. I: Whittaker JK, del Valle JF, Holmes L, red. *Therapeutic Residential Care for Children and Youth*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015.
32. Dowden, C, Andrews, D. Effective correctional treatment and violent reoffending: a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*. 2000; 42(4):449-76.

33. Dowden, C, Andrews, D. A meta-analytic examination of the principles of effective correction interventions for young female offenders. I: Cummings IA, Leschied A, red. Research and treatment for aggression with adolescent girls. Lewistone, NY: The Edwin Mellen Press; 2002.
34. Bonta, J, Andrews, DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada; 2007.
35. Andrews, DA, Bonta, J. The psychology of criminal conduct: Routledge; 2010.
36. Andrews, DA, Bonta, J. The psychology of criminal conduct Newark, NJ: LexisNexis; 2006.
37. Lipsey, MW, Landenberger, NA, Wilson, SJ. Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders. Campbell Collaboration; 2007.
38. Lowenkamp, CT, Makarios, MD, Latessa, EJ, Lemke, R, Smith, P. Community corrections facilities for juvenile offenders in Ohio: an examination of treatment integrity and recidivism. Criminal Justice and behavior. 2010; 37(6):695-708.
39. Woolfenden, SR, Williams, K, Peat, JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. Archives of Disease in Childhood. 2002; 86(4):251-6.
40. Macdonald, G, Turner, W. Treatment Foster Care for improving outcomes in children and young people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; 1.
41. Ang, R, Hughes, J. Differential Benefits of Skills Training With Antisocial Youth Based On Group Composition: A Meta-Analytic Investigation. School Psychology Review. 2002; 31(2).
42. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. Stockholm; 2016.
43. Plant, R, Panzerella, P, Leukefeld, C, Gullotta, T, Staton-Tindall, M. Residential Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders: Evidence-Based Approaches and Best Practice Recommendations. Children's and Families' Lives. 2009; 9 (Adolescent Substance Abuse. Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment):135-54.
44. Lunnan Hjort, J, Backe-Hansen, E. Forskningsstatus. I: Bakketeig E, Backe-Hansen E, red. Forskningskunskap om ettervern Oslo: NOVA; 2008.
45. Montgomery, P, Donkoh, C, Underhill, K. Independent living programs for young people leaving the care system: The state of the evidence. Children and youth services review. 2006; 28(12):1435-48.
46. FORTE. Barn och unga i samhällets vård. Forskning om den sociala dygnsvården. Stockholm: FORTE; 2015.
47. Socialstyrelsen. Implementeringen av MultiFunC - ett program för institutionsbehandling av ungdomar med svåra beteendeproblem. Stockholm; 2011.
48. Fossum, S, Handegård, BH, Holmen, CI, Adolfsen, F. Behandling av ungdom på barnevernsinstitusjoner - Resultat ett år etter inntak. Tromsø: Norges arktiske universitet; 2015.

49. Statens institutionsstyrelse (SiS). MultifunC - Multifunktionell behandling på institution och i närmiljö; Webbpublicerat material nedladdat (2016-12-15) från SiS hemsida: <http://www.stat-inst.se/omis/projekt/multifunc/>.
50. Forster, M, Ogden, T. Behandlingstrohet. I: Sundell K, red. Att göra effektutvärderingar. Stockholm: Gothia; 2012.
51. Hollin, CR, Epps, KJ, Kendrick, DJ. Behavioural Treatment: Policy & Practice With Delinquent Adolescents. London: Routledge; 1995.
52. Öst, L-G. Forskningsdesigner. I: Sundell K, red. Att göra effektutvärderingar. Stockholm: Gothia förlag; 2012. s. 91-140.
53. Ginsberg, YH, B.J.A. ADHD och dess sociala och dess socialmedicinska konsekvenser. Socialmedicinsk tidskrift. 2013; 90:3:305-15.
54. Friedman, AS, Utada, A. A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument). Journal of drug education. 1989; 19(4):285-312.
55. Achenbach, T, Rescorla, LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
56. Huizinga, D, Elliott, DS. Reassessing the Reliability and Validity of Self-Report Delinquency Measures. Journal of Quantitative Criminology. 1986; 2(4):293-327.
57. Kroll, L, Green, J. The therapeutic alliance in child inpatient treatment: Development and initial validation of a family engagement questionnaire. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 1997; 2(3):431-47.
58. Olsson, TM. Intervening in youth problem behavior in Sweden: a pragmatic cost analysis of MST from a randomized trial with conduct disordered youth. International journal of social welfare. 2010; 19(2):194-205.
59. Andréa Löfholm, C, Olsson, TM, Sundell, K, Hansson, K. Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter två år. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS)/Socialstyrelsen; 2009.
60. Antilla, S. Tolkning av resultat. I: Sundell K, red. Att göra effektutvärderingar. Stockholm: Gothia; 2012. s. 467-92.
61. Lipsey, MW, Wilson, DB. Practical Meta-Analysis. Thousands Oaks: Sage; 2001.
62. Olsson, U. Generalized Linear Models - An applied approach. Lund: Studentlitteratur; 2002.
63. Socialstyrelsen. Social rapport 2010. Stockholm; 2010.
64. James, S. Evidence-Based Practice in Therapeutic Residential Care. I: Whittaker JK, del Valle JF, Holmes L, red. Therapeutic Residential Care For Children and Youth. London: Jessica Kingsley Publishers 2015.
65. Andréa Löfholm, C. Multisystemisk terapi i Sverige - evidensbaserad metod i nytt sammanhang. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet; 2011.
66. Harder, AT, Knorth, EJ. Uncovering what is inside the «black box» of effective therapeutic residential group care. I: Whittaker J, del Valle JF, Holmes L, red. Therapeutic residential care for children and youth -

- Developing evidence-based international practice. London: Jessica Kingsley Publishers; 2014.
67. Trout, AL, Chmelka, MB, Thompson, RW, Epstein, MH, Tyler, P, Pick, R. The departure status of youth from residential group care: Implications for aftercare. *Journal of Children and Family Studies*. 2009; 19:67-78.
 68. UNICEF. Barn och samhällsvård. Vad vet vi om institutions- och familjehemsvården? Stockholm: UNICEF; 2016.
 69. Moffitt, TE, Caspi, A, Rutter, M, Silva, PA. Sex differences in antisocial behaviour. *conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University press; 2001.
 70. Andersson Vogel, M. Psykisk ohälsa, utsatthet och en legitimerande oro - diskursiva förståelser av flickor som placeras vid särskilda ungdomshem. *Socialvetenskaplig tidskrift* in press.
 71. Bodin, M. Urval och rekrytering av undersökningsgrupp. I: Sundell K, red. *Att göra effektutvärderingar*. Stockholm: Gothia; 2012. s. 223-42.
 72. Olsson, TM. Crossing the quality chasm? Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet; 2009.
 73. Olsson, TM. MST With conduct Disordered Youth in Sweden. Casts and Benefits After 2 Years. *Research on social Work Practice* 2010; 20:561-71.
 74. Polisens årsredovisning 2014.
 75. Åklagarmyndighetens årsredovisning 2014.
 76. Domstolsverket. Årsberättelse 2014.
 77. Kriminalvårdens årsredovisning 2015.
 78. Statens institutionsstyrelse (SiS). Årsredovisning 2014.

Bilaga 1. Tabell med enhetskostnader

Tabell. Enhetspriser (SEK 2014)

	Enhetspris	Källa
Socialtjänstens insatser		
MultifunC – institutionsvård (SIS)	7 795 per dygn	SIS ek.avd
MultifunC – eftervård (SIS)	1 941 per dygn	SIS ek.avd
Annan institutionsbehandling (SIS)	6 276 per dygn	SIS ek.avd
Hem för vård eller boende (annat HVB)	3 778 per dygn	[58, 59, 72, 73]
Familjehem/jourhem	944 per dygn	[58, 59, 72, 73]
Ungdomstjänst	92 per dygn	[58, 59, 72, 73]
Stödkontakt	92 per dygn	[58, 59, 72, 73]
Kontaktperson	204 per dygn	[58, 59, 72, 73]
Familjebehandling	233 per dygn	[58, 59, 72, 73]
Strukturerat öppenvårdsprogram	314 per dygn	[58, 59, 72, 73]
Polisens kostnader		
Brottsutredning – våldsbrott inkl. rån	40 447 per brott	[74]
Brottsutredning – övriga brott mot person	17 664 per brott	[74]
Brottsutredning – skadegörelse	21 522 per brott	[74]
Brottsutredning – tillgreppsbrott exkl butik	20 518 per brott	[74]
Brottsutredning – tillgreppsbrott i butik	8 484 per brott	[74]
Brottsutredning – narkotikabrott	24 420 per brott	[74]
Brottsutredning – Trafikbrott	3 024 per brott	[74]
Brottsutredning – Bedrägeribrott mm	8 281 per brott	[74]
Brottsutredning – övriga BrB-brott	21 523 per brott	[74]
Brottsutredning – specialstraffrättsliga	11 988 per brott	[74]
Åklagare och domstolskostnader		
Handläggningskostnad, åklagare	2 817 per brott	[75]
Tingsrätt	18 432 per lagföring	[76]
Frihetsberövande		
Fängelse	3 036 per dygn	[77]
Vård enligt LSU	10 498 per dygn	[78]
Hälso- och sjukvårdskostnader		
Slutenvård, psykiatri och missbruk	7 122 per dygn	Databas KPP
Öppenvård, missbruk	1 500 per tillfälle	Databas KPP