

MultifunC
institutionsbehandling
för ungdomar med svåra
beteendeproblem

Resultat efter ett år

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-197-5
Artikelnummer 2014-6-27

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2014

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. Socialstyrelsen ansvarar för den pågående utvärderingen av MultifunC som i Sverige bedrivs inom SiS verksamhet. I den här rapporten presenteras de första resultaten som avser situationen för ungdomarna efter 12 månader.

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 Malin Hultman och Cecilia Andrée Löfholm, Socialstyrelsen. Sandra South, Socialstyrelsen, har medverkat i analysarbetet.

Sven Ohlman
avdelningschef
avdelning för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Summary	8
Behov av att utveckla institutionsvård för ungdomar	9
Ett nordiskt samarbetsprojekt	9
SiS målgrupp	10
MultifunC	10
Studiens frågeställningar	12
Metod	13
Studiens design	13
Undersökningsgruppen	13
Inklusionsprocess	16
Datainsamling/mätmetoder	16
Skillnader mellan grupperna vid förmätning	18
Bortfall	18
Statistisk bearbetning	19
Resultat	21
Fortsatt institutionsvård efter 12 månader	21
Självrapporterad situation efter 12 månader	23
Individuella behandlingsinsatser	25
Diskussion	28
Sammanfattning av resultaten	28
Resultatens tillförlitlighet och allmängiltighet	29
Avslutande reflektioner	30
Referenser	32

Sammanfattning

Ungdomar som begår brott eller har missbruksproblem är en svårbehandlad grupp. Svenska och norska myndigheter bedriver tillsammans ett pågående samarbetsprojekt för att utveckla institutionsvården för ungdomar med svåra beteendeproblem. En behandlingsmetod som kallas Multifunktionell behandling på institution och i närmiljö, MultifunC, har utvecklats och implementerats inom Statens institutionsstyrelses (SiS) verksamhet i Sverige. I den här rapporten jämförs 40 ungdomar som behandlats på institutioner med MultifunC med 40 ungdomar på institutioner med traditionell behandling inom SiS. Resultaten avser situationen efter 12 månader och visar att:

- Huvudresultatet i studien var att MultifunC efter 12 månader lyckats med sitt mål att få tillbaka ungdomarna till sin hemmiljö. Tolv månader efter förmätningen var färre ungdomar i MultifunC-gruppen placerade inom SiS; endast fem av MultifunC-ungdomarna jämfört med jämförelsegruppen där 19 ungdomar var placerade. Majoriteten av ungdomarna i MultifunC-gruppen bodde hemma hos sina föräldrar och gick i skolan.
- Intervjuer med 57 av de 80 ungdomarna 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. Det är ett resultat som i allt väsentligt liknar det från andra utvärderingar som riktat sig till ungefär samma målgrupp.
- Det fanns likheter mellan MultifunC-gruppen och jämförelsegruppen när det gäller den behandling som ungdomarna hade fått. Det vanligaste var att ungdomarna i jämförelsegruppen, precis som i MultifunC, fått insatser som grundar sig på ett kognitivt förhållningssätt (t.ex. ART, teckenekonomi och Motiverande samtal). Det som var unikt med MultifunC var insatser som familjearbete, den integrerade eftervårdsdelen och det externa arbetet.

Summary

Youths who commit crimes or suffer from drug abuse problems comprise a group that is challenging to treat. A project that aims to develop the institutional care for youths with severe behavioral problems is currently being conducted by collaborating Swedish and Norwegian authorities. A treatment method, multifunctional treatment at institution and in local environment-MultifunC, has been developed and implemented by the National Board of Institutional Care (SiS) in Sweden. This report compares a group of 40 youths who have been treated at institutions with MultifunC to a control group of 40 youths with the same needs who have received the treatment usually offered within SiS. This study assesses the situation after 12 months of treatment and shows that:

- MultifunC accomplished the goal of returning youths to their home environment. Fewer youths in the MultifunC group were still placed within SiS 12 months after the initial assessment: only five of the MultifunC-youths were still in treatment, compared to 19 youths in the control group. The majority of the MultifunC group was living with their parents and attended school.
- Interviews with 57 of the 80 youths show that psychosocial problems and average self-reported delinquency decreased during the year. The same decrease was observed in both groups and the level of problems is still higher in comparison to the average population. This result resembles other evaluations of similar target groups.
- There were similarities in the treatment interventions that the youths in the MultifunC-group and the youths in the control group had received. The most common similarity was that the youths in both groups received treatment founded in cognitive approach (such as ART, token economy, motivational interviewing). The unique aspects of MultifunC were treatments such as family work, the integrated post-care treatment and the external work

Behov av att utveckla institutionsvård för ungdomar

Ungdomar med svåra problembeteenden, som begår brott eller har missbruksproblem är en svårbehandlad grupp. Institutionsbehandling har visat sig ge relativt blygsamma resultat och kunskapen om vilka insatser som fungerar är begränsad. Studier har visat att utfallen för ungdomar som har varit placerade är sämre än för andra ungdomar. De har sämre fysisk hälsa, oftare psykisk ohälsa, en lägre utbildningsnivå, fler psykosociala problem, högre användning av psykofarmaka och en högre dödlighet [1]. Flera studier visar att återfallen i brott och återplaceringar inom institutionsvården är vanligt. Lundström m.fl. fann exempelvis att 40 procent har återkommit till institutionsvården inom ett år [2]. Behovet av att utveckla institutionsbehandling för målgruppen är därför stort.

Ett nordiskt samarbetsprojekt

År 2000 inleddes ett samarbete mellan norska och svenska myndigheter som syftade till att utveckla institutionsvården. Ett första steg innebar en genomgång av internationell och nordisk forskning på området, vilket resulterade i en kunskapsöversikt [3]. Utifrån den utvecklades en ny manualbaserad behandlingsmodell baserad på de insatser som har visat sig effektiva för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Metoden kom att kallas Multifunktionell behandling på institution och i närmiljö, MultifunC, och implementerades 2005 i både Norge och Sverige. I Sverige var det Statens institutionsstyrelse (SiS) som ansvarade för implementeringen och i Norge Barne-, ungdoms- och familjedirektoratet (BUFdir). I Sverige startade MultifunC på två avdelningar inom SiS, en för pojkar och en för flickor¹. I Norge infördes programmet på fem nystartade institutioner, en i varje region. Det beslutades också att MultifunC skulle utvärderas, både när det gäller implementering och behandlingseffekter, med samma upplägg i Sverige och Norge. Socialstyrelsen (tidigare IMS) ansvarar för forskningen i Sverige och Universitetet i Tromsø har ansvaret i Norge.

Implementeringsstudiens syfte var att undersöka hur implementeringen utvecklades både avseende process och resultat [4]. Först när en full implementering av MultifunC var uppnådd kunde effektstudien starta. Implementeringsstudien pågick under 2006-2010 och resultaten från den visade att MultifunC-programmet är möjligt att genomföra men att det tar tid att få alla komponenter på plats. Först efter två år hade enheterna uppnått en fullskalig implementering av programmet enligt de kriterier som togs fram och effektstudien kunde påbörjas.

¹ Ytterligare en avdelning för pojkar startades 2006. En avdelning för pojkar lades dock ner vid årsskiftet 2009/2010. Den ingår inte i effektstudien.

I den här rapporten presenteras resultat från den svenska effektutvärderingen av MultifunC. Ungdomar som genomgått behandling med MultifunC jämförs med ungdomar som fått ordinarie behandling inom Statens institutionsstyrelse. Resultaten avser situationen 12 månader efter att behandling påbörjats.

SiS målgrupp

SiS tar emot ungdomar med stora och komplexa behov för placering på institution. Ungdomsvården bedrivs på 24² särskilda ungdomshem med olika inriktningar (www.stat-inst.se). Varje år påbörjas vård vid de särskilda ungdomshemmen för cirka 1000 ungdomar. Majoriteten av platserna är låsta eller låsbara och de flesta ungdomarna placeras enligt Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). LVU är en tvångslagstiftning som fungerar som komplement till frivilla insatser med stöd av Socialtjänstlagen (SoL). LVU används när den unge lever ett destruktivt liv med exempelvis kriminalitet och/eller missbruk (3 §, de så kallade beteendefallen) eller om den unges föräldrar inte kan ge det stöd som han eller hon behöver för att få en bra uppväxt (2 §, de så kallade miljöfallen). Missförhållandena ska vara av sådan art att de riskerar att skada den unges hälsa och utveckling och frivillig vård ska inte räcka till i det enskilda fallet. Det är socialtjänsten som ansöker om plats och betalar (merparten av) kostnaden för placeringen. Ofta har ungdomarna som placeras inom SiS en komplex problembild med många tidigare placeringar.

MultifunC

MultifunC är institutionsbehandling med en integrerad eftervårdsdel där samma personal arbetar med ungdomen och ungdomens familj efter utflyttningen från institutionen [5]. En central utgångspunkt för modellen är förståelse för beteendeproblem som ett resultat av riskfaktorer hos ungdomen och i ungdomens omgivning. Behandlingsarbetet riktas därför mot förändring av riskfaktorer på alla arenor (ungdom, familj, förhållande till andra ungdomar och skola). Syftet med institutionsvistelsen är att uppnå tillräckliga förändringar så att ungdomen och familjen kan tillgodogöra sig uppföljningsinsatser i hemmiljön. Socialtjänsten har en betydelsefull roll när placering i MultifunC sker. Ungdomens socialsekreterare är med och fastställer behandlingsmålen, medverkar vid möten och tar aktiv del i planeringen.

Teoretisk grund

MultifunC är baserad på social inlärningsterapi, systemteori och kognitiv beteendeterapi [3]. Viktiga forskningsbaserade principer för MultifunC är principerna om risk, behov och responsivitet [6]. Med *riskprincipen* menas att behandlingsnivån (insatsen) ska anpassas till ungdomens risknivå. Ungdomar med hög risk för en fortsatt negativ utveckling bör få intensivare och mer omfattande insatser än de med låg risk. Likaså bör ungdomar med låg

² Vid studiens start fanns 30 särskilda ungdomshem.

risk för fortsatt negativ utveckling få liten insats eller ingen insats, annars kan utvecklingen i stället förvärras. Ungdomar med olika risknivåer ska inte behandlas tillsammans då det kan förvärra utvecklingen för ungdomar med lägre risk.

Enligt *behovsprincipen* delas riskfaktorer och skyddsfaktorer in i dynamiska- och statiska faktorer utifrån möjligheterna till förändring. Dynamiska faktorer är de faktorer som går att förändra. Behovsprincipen skiljer också mellan kriminogena och icke-kriminogena behov och förändringar av kriminellt beteende är beroende av förändringar i den kriminelles kriminogena behov. Kriminogena behov är dynamiska faktorer som förknippas med minskad kriminalitet och antisocialitet, såsom antisociala attityder, drogmissbruk, dålig familjekommunikation och antisociala vänner. Exempel på icke-kriminogena behov som inte är kopplade till kriminell aktivitet är självkänsla och personliga problem.

Den tredje principen är *responsivitetsprincipen*. Principen går ut på att insatser ska anpassas till den unges sätt att lära, till kognitiv förmåga och personlighet.

Programkomponenter

Inom MultifunC är personalen uppdelad i team efter funktion för att kunna utreda behandlingsbehov och planera och genomföra behandlingen på ett professionellt sätt. En tät samverkan mellan de olika specialistteamerna möjliggör intensiv behandling under relativt kort tid, omkring sex till sju månader på institution och eftervård i cirka tre månader. MultifunC inleds alltid med att utredningsteamet gör omfattande kartläggningar av problem och behov. De mål som utredarna tillsammans med ungdomen, anhöriga och socialtjänsten kommer fram till styr sedan arbetet på institutionen. Där ansvarar miljöteamet och det pedagogiska teamet för ungdomarnas behandling och skolgång, medan familjeteamet ansvarar för familjearbetet.

Behandlingen inriktas på att förändra problembeteenden och utveckla färdigheter. Parallellt arbetar man för bättre skolfunktion, förbättrade familjeprocesser och etablering av kontakter i positiva ungdomsmiljöer som kan bidra med positiv påverkan. Det utarbetas veckovisa målsättningar för ungdomarna som utvärderas i behandlingsmöten. Ett nivåindelade förstärkningssystem, baserat på teckenekonomi och beteendekontrakt, är redskap med avsikt att öka ungdomars förmåga att ta eget ansvar. Metoder som används inom programmet är Motiverande samtal (MI), Aggression Replacement Training (ART) och en SiS-utformad version av familjestödsprogrammet Komet. Familjeteamet börjar tidigt arbetet med föräldraträning och skapar på så sätt de allianser och relationer som behövs. När ungdomarna lämnar institutionen fortsätter familjeteamets målinriktade arbete med ungdomar och föräldrar (eller annan omsorgsgivare, exempelvis familjehem) på hemmaplan.

Ett bärande inslag i MultifunC är kontakt med samhället utanför institutionen. Detta innebär att man etablerar samarbete med skolor i närområdet och att aktuella fritidsaktiviteter i närområdet utnyttjas.

Studiens frågeställningar

Studien undersöker vilka effekter MultifunC har på ungdomar jämfört med ”traditionell behandling” inom SiS.

1. Hur ser behovet av fortsatt institutionsvård ut efter ett år?
2. Hur ser ungdomarnas självrapporterade situation ut efter ett år?
3. Vilka individuella behandlingsinsatser har ungdomarna fått?

Metod

Utvärderingen av MultifunC genomförs på samma sätt i Sverige och Norge för att kunna lägga samman data och få en större population och för att kunna jämföra om det finns skillnader i utfall mellan länderna. Denna rapport omfattar den svenska studien.

Studiens design

Studien har en kvasi-experimentell design³ och jämför ungdomar som fått MultifunC-behandling med en grupp som fått traditionell behandling inom SiS [7]. Ungdomarna i jämförelsegruppen har varit placerade på olika institutioner och avdelningar inom SiS.

Förmätning skedde innan påbörjad behandling. Eftermätningar gjordes 12 respektive 24 månader efter förmätning. Denna rapport redovisar endast resultat efter 12 månader.

En etisk prövning är genomförd och godkänd av etikprövningsnämnden i Stockholm (2008/916-31/5).

Undersökningsgruppen

Inklusion till studien följer de kriterier som finns för att få MultifunC-behandling enligt riktlinjer och manualer. Följande kriterier skulle därför vara uppfyllda för att ungdomar skulle ingå i utvärderingen:

- 14-18 år
- hög risk för fortsatt negativ utveckling enligt riskbedömningsformuläret Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) [8]. Ungdomarna skulle uppfylla kriterierna för medelhög till hög risk för fortsatt antisocialt beteende, vilket motsvarar minst 23 poäng. Exempel på riskområden som innefattar antisocialt beteende är kriminalitet, aggressivt eller våldsamt beteende, omfattande skadegörelse och vandalisering, drogmissbruk, allvarliga regelbrott i hemmet eller i skolan och dåliga kamratrelationer.

Exklusionskriterier var:

- allvarlig psykisk utvecklingsstörning
- autism
- allvarlig psykiatrisk sjukdom
- akut självmordsrisk
- sexualförbrytare (utan kännetecken från inklusionskriterier)
- brandanläggare (utan kännetecken från inklusionskriterier)

³ Utvärderingen planerades och påbörjades 2009 som en randomiserat kontrollerad utvärdering. Den avbröts eftersom få kommuner accepterade att låta slumpen avgöra vilken behandling ungdomarna skulle få. Våren 2010 ändrades studien till en icke-randomiserad studie. De fyra ungdomarna som inkluderades under 2009 ingår i studien.

Studien omfattar 80 ungdomar, 40 i MultifunC (21 flickor och 19 pojkar) och 40 i jämförelsegruppen (19 flickor och 21 pojkar). Se schema över undersökningsgruppen i Figur 1. 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 även relativt små skillnader ($d = .37$) mellan MultifunC och standardbehandling inom SiS [7].

Ungdomarnas familjebakgrund

Ungdomarna var i genomsnitt knappt 16 år vid inklusion (Tabell 1). Majoriteten (83 %) var mellan 15 och 17 år. Pojkarna var något äldre än flickorna i båda grupperna. Majoriteten av ungdomarna var födda i Sverige och hade svenska som modersmål. De flesta av föräldrarna var däremot födda i ett annat land än Sverige.

Cirka en tredjedel av ungdomarna hade föräldrar som levde tillsammans vid inklusionstillfället (Tabell 1). Den andelen är ungefär lika i båda grupperna. Däremot var det fler ungdomar i MultifunC-gruppen som uppgav att de hade vuxit upp tillsammans med båda sina föräldrar. Fyra av ungdomarna i studien, alla i jämförelsegruppen, hade vuxit upp utanför hemmet. Sex av ungdomarna, också i jämförelsegruppen, hade en avliden förälder.

Det är ungefär samma andel föräldrar som är arbetsökande, sjukpensionärer och utbildar sig i båda grupperna. Däremot var det vanligare att föräldrar i MultifunC-gruppen arbetade vid inklusion, medan föräldrar i jämförelsegruppen i högre utsträckning var sjukskrivna (Tabell 1). På frågan om det finns någon i ungdomens familj som har/har haft problem inom missbruk, psykisk och fysisk hälsa och kriminalitet svarar mer än hälften (57 %) av ungdomarna att en eller två av föräldrarna har haft problem inom minst ett av dessa områden. Generellt är förekomsten av problem hos föräldrarna högre i jämförelsegruppen än i MultifunC-gruppen. För andelen föräldrar med problem med fysisk ohälsa och för andelen föräldrar med minst ett problem är skillnaderna statistiskt säkerställda (Tabell 1).

Tabell 1. Familjebakgrund

Bakgrundsvariabel	MultifunC	Jämförelse-grupp	Statistiskt test
Ålder, M (SD)	15,9 (1,2)	15,6 (1,0)	t(79)= 2,2
Andel födda i Sverige (%)	79 ^a	73	X ² (1)= 0,4
Andel svenska som modersmål (%)	74 ^b	78	X ² (1)= 0,1
Föräldrar födda i Sverige (%)	34 ^a	23 ^a	X ² (1)= 1,2
Vuxit upp med båda föräldrar (%)	60 ^g	40 ^a	X ² (1)= 3,0
Vuxit upp med enbart mamma (%)	35 ^g	47 ^a	X ² (1)= 1,2
Föräldrar lever tillsammans vid inklusion (%)	39 ^b	35 ^e	X ² (1)= 0,1
Minst en förälder som arbetar (%)	97 ^b	63 ^g	X ² (1)=14,4***
Problem hos ungdomarnas föräldrar – minst ett (%)	44 ^d	71 ^a	X ² (1)=5,9*
- missbruksproblem (%)	18 ^d	32 ^a	X ² (1)=1,9
- psykisk hälsa (%)	15 ^d	29 ^a	X ² (1)=2,1
- fysisk hälsa (%)	10 ^d	31 ^d	X ² (1)=5,0*
- kriminalitet (%)	8 ^d	18 ^a	X ² (1)=2,0

^a svar saknas från två; ^b svar saknas från en; ^c svar saknas från fyra; ^d svar saknas från fem; ^e svar saknas från sex; ^f svar saknas från sju; ^g svar saknas från tre. *p<.05; **p<.01; ***p<.0001

Problembeteende vid inklusion

Alla 80 ungdomar som ingår i studien har placerats enligt LVU (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga). Närmare två tredjedelar ($n = 52$) placerades initialt enligt 6 § LVU (omedelbart omhändertagande). Majoriteten ($n = 21$) av de ungdomar där det inte gjorts ett omedelbart omhändertagande placerades enligt 3 § LVU (eget beteende) och endast ett mindre antal ($n = 7$) enligt 2,3 §§ LVU (en kombination av miljö och eget beteende).

En dryg tredjedel av ungdomarna har en ADHD-diagnos. Det är en betydligt högre andel än i en normalpopulation där förekomsten av ADHD brukar uppskattas till mellan tre och sex procent bland barn och unga [9].

Vid inklusion har risken för fortsatt antisocialt beteende bedömts med hjälp av riskbedömningsinstrumentet YLS/CMI som mäter risknivå inom åtta olika områden. Varje område skattas, och en total riskpoäng fås genom att lägga samman alla områden. Gränser för låg, måttlig, hög och mycket hög risk finns.

Tabell 2. Problembeteende vid inklusion

Bakgrundsvariabel	MultifunC	Jämförelse-grupp	Statistiskt test
Placering enligt LVU (%)	100	100	-
Antisocialt beteende (YLS/CMI) (M, SD)	26,2 (2,9)	27,1 (3,5)	t(78)=1,3
ADHD-diagnos (%)	40 ^a	35 ^b	X ² (1)=0,1
Använt alkohol fler än 3 ggr (%)	82	76	X ² (1)=0,4
Debutålder alkohol (M, SD)	12,7 (1,5)	12,2 (1,7)	t(67)=1,3
Använt marijuana/hasch fler än 3 ggr (%)	69 ^d	69 ^d	-
Debutålder marijuana/hasch (M, SD)	13,8 (1,3)	13,0 (1,2)	t(61) =2,6*
Använt amfetamin fler än 3 ggr (%)	22 ^c	23 ^d	X ² (1)=0,0
Använt lugnande fler än 3 ggr (%)	22 ^c	23 ^d	X ² (1)=1,3
Använt kokain fler än 3 ggr (%)	13 ^d	15 ^d	X ² (1)=1,1

^a två bortfall ^b sex bortfall ^c tre bortfall, ^dett bortfall. *p<.05, **p<.01

Gränsen för medelhög till hög risk går vid 23 poäng. Medelvärdet för ungdomarna i studien var 26,7. Majoriteten av ungdomarna har hög risk inom områdena tidigare och nuvarande brott, utbildning/arbete, fritid och kamratrelationer. Cirka hälften har hög risk inom områdena drogmissbruk, personlighet/beteende och attityder/inriktning. För vissa områden skiljer sig skattningen mellan könen. Flickorna har högre risk inom områden som familjeförhållanden och kamratrelationer, medan pojkarna har högre risk inom kriminalitet och drogmissbruk.

De flesta (80 %) av ungdomarna i studien hade druckit alkohol vid inklusionstillfället. Den genomsnittliga debutåldern för alkohol var 12 år. Lika många (80 %) hade någon gång använt marijuana och/eller hasch, varav de allra flesta fler än tre gånger. Av den genomsnittliga debutåldern för marijuana/hasch var 13 år. Därutöver hade omkring en femtedel av ungdomarna använd amfetamin respektive lugnande tabletter (20 resp 23 %) fler än tre gånger, med den genomsnittliga debutåldern.

Inklusionsprocess

Inklusion till studien pågick från januari 2010 till september 2012. Under inklusionsperioden gjorde placeringsenheten på SiS huvudkontor en första bedömning av alla ungdomar som sökte behandlingsplats på SiS utifrån inklusion- och exklusionskriterier. Alla ungdomar i studien var vid detta tillfälle inskrivna vid en akut- eller utredningsavdelning inom SiS. Om ungdomen uppfyllde dessa gick ärendet vidare till nästa steg. I nästa steg genomfördes en målgruppsbestämning med hjälp av YLS/CMI. För MultifunC-gruppen gjordes den av utredningsteamet på MultifunC-avdelningen och för jämförelsegruppen gjordes den av någon av de psykologer som fått utbildning i instrumentet inom SiS. Om ungdomen uppfyllde kriteriet för hög risk togs kontakt med placerande kommun och ungdomen själv samt dennes föräldrar för att informera om studien. Om ungdomen gav sitt samtycke till att delta i studien gjordes en första mätning på den avdelning där ungdomen befann sig, oftast en akut- eller utredningsavdelning inom SiS.

Datainsamling/mätmetoder

När ungdomen gett sitt samtycke till att delta i studien samlades data in för en basmätning. Forskare har träffat alla ungdomar vid inklusion för ett personligt möte. De mätinstrument som har använts är valida och reliabla instrument som är vanliga i utvärderingsstudier för den här målgruppen. Antal instrument har medvetet varit begränsat för att det inte ska vara en alltför stor belastning för ungdomarna. Vid uppföljningstillfällena har personligt möte eftersträvat. Men då det inte har varit möjligt har intervjuer gjorts på telefon och/eller formulär har skickats per post.

Bakgrundsinformation och missbruk

Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) är ett bedömningsinstrument som syftar till att kartlägga och bedöma hjälpbehov [10]. ADAD består av nio delområden: fysisk hälsa, skola, arbete, fritid och kamrater, familj, psykisk hälsa, brottslighet, alkohol och narkotika. I utvärderingen har ADAD använts för att samla in bakgrundsinformation och utvalda delar inom områdena fritid och kamrater, familj samt missbruk. Intervjuarskattningar har däremot inte gjorts. I denna rapport presenteras information från ADAD avseende bakgrundsinformation och missbruksproblematik vid förmätning.

Beteendeproblematik och psykisk hälsa

För att mäta social problematik och psykisk hälsa användes Youth Self Report (YSR) [11]. YSR är ett av de mest vanliga förekommande bedömningsinstrument för att mäta problem hos ungdomar i ålderna 11-18 år. Ungdomarna skattar själva sina problem utifrån 119 frågor med hjälp av en 3-gradig skala.

Bedömningsinstrumentet består av åtta skalor som i sin tur kan sammanfattas i två övergripande dimensioner, internaliserade och externaliserade problem. De internaliserande problemen innefattar problem som finns inom den unge själv. De externaliserade problemen är de som ungdomen agerat mot andra (utåtagerande).

Vid förmätningen hade ungdomarna en högre problembelastning än en normalpopulation och högre än ungdomar i andra svenska studier rörande samma målgrupp [12]. Flickorna hade en högre problembelastning än pojkarna på den internaliserade skalan, vilket brukar vara vanligt, men också på den externaliserade skalan.

Normbrytande beteende

Self Report Delinquency (SRD) användes för att mäta normbrytande beteende [13]. Formuläret består av 40 frågor där ungdomen själv får svara på hur många gånger han/hon har begått en handling (0-9 gånger). Frågorna rör dolt och öppet normbrytande beteende (tex fuskat på prov i skolan, slagit eller hotat att slå andra elever, rymt hemifrån, stulit något som var värt mer än 500 kr).

Individuella behandlingsinsatser

Sex månader efter basmätningen togs kontakt med personal på den avdelning där ungdomen placerades för att undersöka vilka behandlingsinsatser ungdomen fått. Intervjuerna gjorde på telefon och tog cirka 30 minuter.

Ett formulär, som tidigare använts i en utvärdering av behandlingsinsatser för ungdomar med ADHD i USA, anpassades för att kunna samla in information avseende varje ungdom [14]. Personen som svarade på frågorna var den som bäst kände till de behandlingsinsatser som ungdomen fått. Oftast var det en kontaktperson men det kunde också vara en behandlingssekreterare eller avdelningsföreståndare beroende på hur avdelningen var organiserad.

Behandlingsallians

För att undersöka behandlingsalliansen användes två olika formulär, ett för ungdomen, Helping Alliance Questionnaire (HAQ) att fylla i och ett för personalen Inpatient Family Engagement Questionnaire (FEQ) [15, 16]. Formulären är utvecklade var för sig och är inte testade för att överensstämma med varandra. HAQ mäter ungdomarnas relation till personalen medan FEQ mäter huruvida ungdomarna har varit positiva till att genomföra olika insatser. Ungdomarna fyllde i formuläret vid 12-månaders mätningen. För personalen skiljde det sig däremot åt när mätningen genomfördes. Om det visade sig att ungdomen lämnat avdelningen vid 6-månaders mätningen fylldes formuläret i vid det tillfället. Om ungdomen var kvar på avdelningen togs kontakt med avdelningen 12 månader efter basmätningen och det fylldes i då.

Reliabilitetstester visade på god reliabilitet ($\alpha = .92$) för HAQ men en analys visade att två frågor som var negativt formulerade inte var samstämmiga med övriga frågor. Dessa togs därför bort. Reliabiliteten var god även för FEQ ($\alpha = .85$) men analysen visade att frågorna inte samstämde så väl med varandra. Frågorna som ingår i instrumentet handlar om både ungdomarna och ungdomarnas föräldrar. Det kan vara så att vissa frågor har varit svåra att svara på för dem som har fyllt i formuläret. Ingen fråga togs dock bort.

Placering inom SiS

Uppgifter om placeringar inom SiS, placeringstid och återplaceringar har hämtats från SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA.

Skillnader mellan grupperna vid förmätning

Det finns ingen systematisk skillnad mellan grupperna när det gäller bakgrundsvARIABLES som ålder, födelseland eller civilstånd hos föräldrarna. Det fanns heller inga systematiska skillnader mellan mellan grupperna på något av de formulär som användes, YLS/CMI, YSR, SRD.

Däremot fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna i hur stor andel av föräldrarna som arbetade. Signifikanta skillnader fanns också när det gällde förekomst av problem hos föräldrarna. Analyser har gjorts som har tagit hänsyn till detta (se vidare i resultatdel).

Bortfall

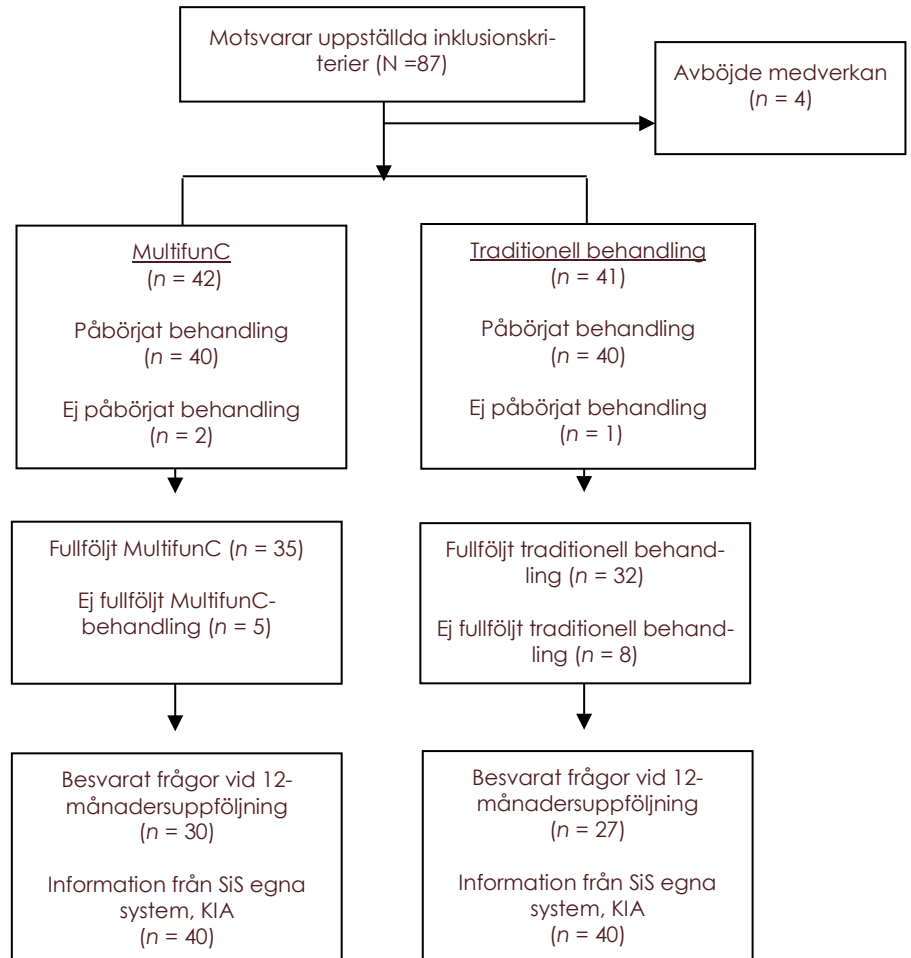
Av 87 tillfrågade ungdomar som motsvarade inklusionskriterierna var det fyra som avböjde medverkan i studien. För två individer i MultifunC-gruppen och en i jämförelsegruppen genomfördes förmätning men efter det ändrades placeringformen och de placerades aldrig på en behandlingsavdelning. Då andra faktorer har påverkat placeringen och ingen behandling har varken påbörjats eller avbrutits har de uteslutits från studien. De sammanlagt 13 ungdomar, fem individer i MultifunC-gruppen och åtta individer i jämförelsegruppen, som inlett en behandlingsplacering men där vården senare brutit samman ingår däremot i uppföljningarna.

Uppföljande information har samlats in, dels genom att hämta in uppgifter från SiS egna klientdiarium och dels i form av uppföljningsintervjuer med ungdomarna. Genom SiS klientdiarium, KIA, finns information för alla individer som ingår i studien, det betyder att det inte finns något bortfall för den typen av uppföljande information. För uppföljningsintervjuer 12 månader efter förmätning finns däremot bortfall. Intervjuerna har genomförts med 57 individer, 30 i MultifunC-gruppen och 27 i jämförelsegruppen, vilket medför ett bortfall på 29 procent. En bortfallsanalys har genomförts för att undersöka om de ungdomar som inte är med i uppföljningsintervjuerna skiljer sig från de ungdomar som är med vid första intervjutillfället.

Statistisk bearbetning

De statistiska analyserna har gjorts i SPSS. T-test gjordes vid jämförelse mellan grupperna då medelvärden testades statistiskt. När procentandelar jämfördes gjordes Chi-två test. Vid jämförelse mellan grupperna över tid gjordes variansanalys, ANOVA.

Figur 1. Flödesschema över undersökningsgruppen



Resultat

Fortsatt institutionsvård efter 12 månader

Uppgifter om placeringar inom SiS är hämtade från SiS egna klientadministrativa system KIA och omfattar alla individer i studien.

Placering inom SiS

Tolv månader efter förmätningen var totalt 24 ungdomar placerade inom SiS; fem ungdomar i MultifunC-gruppen och 19 i jämförelsegruppen (Tabell 3). Av de fem i MultifunC-gruppen var fyra ungdomar fortfarande placerade på MultifunC-avdelningen och en ungdom var placerad på en annan avdelning. Åtta ungdomar i MultifunC-gruppen var i eftervård i MultifunC-regi, det vill säga de bodde hemma men var fortfarande inskrivna vid avdelningen.

I jämförelsegruppen var 19 ungdomar inskrivna inom SiS 12 månader efter förmätningen. 13 ungdomar var fortfarande i behandling på den behandlingsavdelning där de placerades vid förmätningen och sex ungdomar var återplacerade inom SiS på en annan avdelning. Ingen i jämförelsegruppen var i eftervård. Skillnaden i hur många ungdomar som befinner sig i SiS-vård 12 månader efter förmätning mellan grupperna är signifikant.

Tabell 3. Ungdomar som var aktuella för vård inom SiS efter 12 månader (KIA)

Mått	MultifunC (n=40)	Jämförelsegrupp (n=40)	Statistiskt test
I vård inom SiS (%)	13	48	$X^2(1)=11,7^{**}$
Behandlingstid i dagar (M, SD)	268,0 (61,6)	273,7 (92,2)	$t(78)=-0,3$
Behandlingstid i dagar, inkl eftervård (M, SD)	316,2 (54,3)	274,4 (92,6)	$t(63)=2,5^*$
Sammanbrott (%)	13	20	$X^2(1)=0,7$

** $p < .01$, * $p < .05$

Skillnaderna i andel unga i SiS-vård respektive genomsnittligt antal vård dagar efter tolv månader kunde inte enkelt förklaras av de faktorer där det fanns en skillnad mellan grupperna vid förmätningen: om föräldrarna hade arbete respektive psykosocial problematik. I MultifunC-gruppen var det 38 av 39 ungdomar som hade minst en förälder som hade ett arbete vid förmätningen (uppgift saknades för en familj). Den stora andelen familjer där föräldern/föräldrarna arbetar gör att det inte går att statistiskt testa hur arbete är relaterat till om ungdomarna var i SiS-vård vid uppföljningen. Av jämförelsegruppens 40 ungdomar var det 24 som hade minst en förälder med arbete och 14 som inte hade det (uppgift saknas för två av familjerna). En jämförelse mellan de båda grupperna visar att andelen ungdomar med arbetande förälder/föräldrar var 46 procent, och i gruppen där båda föräldrarna saknade arbete var 57 procent i SiS-vård tolv månader efter inklusion. Skillnaden var

inte statistiskt säkerställd⁴, vilket talar för att föräldrars arbete inte tydligt påverkar om ungdomarna var placerade eller inte.

Inte heller för föräldrars psykosociala problematik fanns en tydlig koppling till fortsatt placering, vare sig när samtliga föräldrar slogs ihop eller när respektive grupp undersöktes separat. I MultifunC-gruppen var 12 procent av ungdomarna placerade när föräldrarna hade problem och 14 procent när de inte hade det, i jämförelsegruppen var 52 procent placerade när det fanns problem och 27 procent när det inte fanns problem. Skillnaderna var inte statistiskt säkerställda⁵.

Behandlingstid

Den genomsnittliga behandlingstiden som ungdomarna har varit inskrivna och placerade på institution var i genomsnitt 270 dagar (Tabell 3). Skillnaden mellan MultifunC- och jämförelsegruppen var inte statistiskt säkerställd (Tabell 3). Om antal dagar i eftervård räknas med fanns däremot en säkerställd skillnad mellan grupperna där MultifunC-ungdomarna hade en längre genomsnittlig tid i behandling än jämförelsegruppen.

Stabilitet i placeringen - sammanbrott

Sammanbrott definieras här som att behandlingen av någon anledning fick avbrytas tidigare än planerat, till exempel genom att ungdomen flyttats till en annan avdelning eller skrivits ut. Endast det första sammanbrottet har registrerats, dvs att ungdomen har flyttats från den behandlingsavdelning där hon/han placerades i samband med inklusion. Orsakerna till ett sammanbrott kan vara flera. Det kan ske på grund av ungdomens beteende, eller på initiativ av socialtjänsten. Efter sex månader hade fem fall av sammanbrott förekommit i MultifunC-gruppen och åtta i jämförelsegruppen (Tabell 3). I MultifunC-gruppen skedde två sammanbrott på grund av samarbetssvårigheter med socialtjänsten och/eller med familjen där man hade olika åsikter om hur behandlingen skulle genomföras. En individ dömdes enligt Lag (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård (LSU) efter placeringen på MultifunC-avdelningen. LSU innebär att ungdomar som begått allvarliga brott döms till ett tidsbestämt straff som avtjänas på speciella avdelningar på SiS särskilda ungdomshem istället för fängelse. I det här fallet innebar domen att den unge flyttades från den ursprungliga MultifunC-avdelningen till en sådan avdelning. Ytterligare en individ fick flytta till en annan avdelning på grund av att det förekom våld.

I jämförelsegruppen överfördes en ungdom till vård inom psykiatri. I två fall avbröt socialtjänsten placeringen i förtid mot institutionens inrådan. För tre av ungdomarna i jämförelsegruppen avbröt socialtjänsten placeringen eftersom de unga hade förblivit avvikna från institutionen under en längre tid. Två ungdomar fick flyttas till annan avdelning på grund av att det förekom våld på avdelningen.

⁴ $\chi^2(1)=0,45, p > .05$

⁵ Samtliga föräldrar: $\chi^2(1)=3,05, p > .05$; Enbart MultifunC-gruppen: $\chi^2(1)=0,03, p > .05$; Enbart jämförelsegruppen: $\chi^2(1)=1,90, p > .05$

Cirka hälften av ungdomarna i varje grupp hade någon gång avvikit från institutionen (58 % i MultifunC-gruppen och 60 % i jämförelsegruppen), men i de allra flesta fall återvände den unge till institutionen inom ett par dagar.

Självrapporterad situation efter 12 månader

Tolv månader efter förmätningen gjordes en uppföljningsintervju med ungdomarna där de fick svara på samma instrument som vid förmätningen. Uppföljningsintervjuerna omfattar 57 av 80 ungdomar (71 %); 30 i MultifunC-gruppen och 27 i jämförelsegruppen.

Boende och sysselsättning

Efter 12 månader bor majoriteten ($n = 17$) av de intervjuade ungdomarna i MultifunC-gruppen hemma hos sina föräldrar. Sju bodde i familjehem, vilket oftast var bestämt redan vid placeringens början, och en bodde själv (Tabell 4). I jämförelsegruppen är däremot majoriteten ($n = 19$) av de 27 ungdomarna som intervjuats institutionsplacerade inom SiS. Endast tre bodde hemma hos föräldrarna. Två av ungdomarna bodde i familjehem och tre bodde själva. Av de 30 intervjuade ungdomarna i MultifunC-gruppen var det 14 som gick i skolan och fem som arbetade/hade praktikplats. Fyra av ungdomarna hade ingen ordnad sysselsättning. I jämförelsegruppen var det tre av ungdomarna som gick i skola och en som arbetade. Tre saknade ordnad sysselsättning. Skillnaderna mellan de båda grupperna i andelarna unga som bodde hemma hos föräldrarna respektive på institution, samt andelen unga som går i skola är statistiskt säkerställda.

Tabell 4. Boende och sysselsättning efter 12 månader (intervjuer)

	MultifunC (n=30)	Jämförelsegrupp (n=27)	Statistiskt test
Bor hemma (%)	57	11	$X^2(1)=13,0^{**}$
Familjehem (%)	23	7	$X^2(1)=2,7$
Eget boende (%)	3	11	$X^2(1)=1,3$
Institutionsplacerade (%)	17	70	$X^2(1)=11,7^{**}$
Skola (%)	50	11	$X^2(1)=10,0^{**}$
Arbete/praktik (%)	17	4	$X^2(1)=2,5$
Ej ordnad sysselsättning (%)	7	11	$X^2(1)=0,0$
Uppg sysselsättn saknas (%)	7	0	-

$^{**}p < .01$

Antisocialt beteende och psykisk ohälsa

Resultaten visar att ungdomarnas egenrapporterade beteendeproblematik och psykiska ohälsa hade minskat efter ett år. Förbättringarna för över tid gäller för båda grupperna och var signifikanta för samtliga mått. Däremot finns det inte för något mått en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna (Tabell 5) och problemnivåerna var fortfarande högre än för en normalpopulation

[12]. Även ungdomarnas normbrott minskade över tid. Däremot saknas statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna i hur mycket normbrotten minskat mellan de båda mättillfällena (Tabell 5).

Tabell 5. Jämförelser över tid; medelvärden (och standardavvikelser) vid förmätning och efter 12 månader

Mått	MultifunC		Jämförelse-grupp		Statistisk testning		
	Före	12 mån	Före	12 mån	df	Beh-effekt	Tids-effekt
Psykisk ohälsa (YSR - int.)	14,1 (11,3)	12,2 (10,8)	16,6 (10,8)	13,7 (10,0)	1,53	0,1	4,0*
Antisocialt beteende (YSR - ext.)	25,6 (9,9)	18,6 (10,8)	30,0 (12,1)	23,2 (9,3)	1,53	0,00	21,0***
Beteendeproblematik totalt (YSR)	55,9 (28,8)	46,4 (29,5)	69,2 (31,0)	53,9 (25,2)	1,53	0,3	9,4**
Normbrott (SRD)	55,0 (54,2)	17,2 (44,4)	81,0 (72,4)	44,4 (69,8)	1,51	0,00	14,5***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Resultaten kvarstod även när de statistiska analyserna gjordes om med hänsyn tagen till föräldrarnas arbetssituation respektive förekomst av problem hos föräldrarna. Analyserna ska dock betraktas med försiktighet eftersom grupperna är små vilket minskar möjligheterna att statistiskt identifiera systematiska skillnader.

Behandlingsallians

Behandlingsallians mellan ungdomar och personal på avdelningen undersöktes med två instrument, ett vardera för ungdomar och personal. Resultaten visar att ungdomarna generellt ansåg sig ha en god relation till personalen. Medelvärdet för hela gruppen låg på 37,5 av 48 möjliga poäng. Det fanns inte någon signifikant skillnad mellan MultifunC- och jämförelsegruppen (Tabell 6).

Information om personalens skattning av uppnådd behandlingsallians med den unge inhämtades per telefon, till skillnad mot information från ungdomarna som inhämtades i uppföljningsintervjun 12 månader efter förmätningen. Det gör att det finns information om personalens skattningar av behandlingsallians med fler av ungdomarna i studien ($n = 56$) än som blev intervjuade. Information om personalens skattningar finns för totalt 68 av studiens 80 ungdomar, 35 i MultifunC-gruppen och 33 i jämförelsegruppen. Personalen skattade ungdomarna som positivt inställda till att genomföra olika behandlingsinsatser, 52,8 av 72 poäng. Det fanns inte någon statistisk skillnad mellan grupperna (Tabell 6).

Tabell 6. Behandlingsallians, medelvärde och standardavvikelser

	MultifunC	Jämförelsegrupp	Statistiskt test
Behandlingsallians - ungdomar (HAQ)	37,8 (6,2)	37,3 (7,9)	$F(1,55)=.8$
Behandlingsallians - personal (FEQ)	53,1 (10,0)	52,3 (10,5)	$F(1,67)=.8$

Individuella behandlingsinsatser

När man ska göra jämförelser mellan två grupper, i det här fallet ungdomar som behandlats på MultifunC-avdelning och ungdomar som fått vård på någon av SiS övriga avdelningar, är det viktigt att skaffa sig en uppfattning om vad de båda interventionsalternativen innebär. Informationen baserar sig på den telefonintervju som genomfördes efter sex månader med personal på behandlingsavdelningen där ungdomen var inskriven.

Ungdomarna i MultifunC-gruppen hade varit placerade på en av de två MultifunC-avdelningarna som finns, en för pojkar och en för flickor. För jämförelsegruppen finns däremot 22 olika avdelningar representerade. Åtta av dem uppgav att behandlingen hade kognitiv beteendeteoretisk grund (KBT) och lika många uppgav att de arbetade miljöterapeutiskt. Fyra avdelningar arbetade relationsbaserat, en arbetade systemteoretiskt och en utifrån psykodynamisk teori. MultifunC är baserad på social inlärningsteori, systemteori och KBT.

Manualbaserade metoder

På så gott som alla avdelningar som finns representerade i studien använde man någon manualbaserad metod, oftast grundad på KBT. I MultifunC-behandlingen ingår bland annat ett förstärkningssystem som baseras på teckenekonomi och beteendekontrakt, Motiverande samtal (MI) och Aggression Replacement Training (ART), vilket förklarar att behandlingen för samtliga ungdomar i MultifunC-gruppen innehållit dessa programkomponenter. Kartläggningen av de individuella behandlingsinsatserna visade dock att de var vanliga metoder även för jämförelsegruppen (Tabell 7). Mer än hälften av ungdomarna i jämförelsegruppen hade varit på avdelningar där man arbetade med teckenekonomi, MI och ART.

Andra manualbaserade metoder som förekommit i jämförelsegruppen är återfallsprevention, ACT, vägvalet och 12-stepsprogrammet. För dessa metoder saknas information om antalet ungdomar som fått dem.

Tabell 7. Behandlingsinnehåll

Insats	MultifunC (n=40)	Jämförelsegrupp (n=40)	Statistiskt test
ART (%)	100	64 ^a	$\chi^2(1)=17,5^{**}$
Teckenekonomi (%)	100 ^a	61 ^b	$\chi^2(1)=18,6^{**}$
Motiverande samtal (%)	100	60	$\chi^2(1)=20,0^{**}$
Skola (%)	87 ^a	93	$\chi^2(1)=0,6$
Individuella samtal (%)	100 ^a	100 ^c	-
BUP (%)	26 ^a	31 ^a	$\chi^2(1)=0,3$
Familjearbete (%)	82 ^a	8	$\chi^2(1)=44,5^{**}$
Läkemedel (%)	64 ^a	62	$\chi^2(1)=1,2$
Eftervård (%)	60	10	$\chi^2(1)=22,0^{**}$

^aett bortfall, ^bfyra bortfall, ^ctvå bortfall, ^dsex bortfall **<0.001

Skola

De allra flesta ungdomar i studien hade deltagit i skolverksamhet (Tabell 7), men omfattning varierade mellan 10 tim i veckan till heltidsstudier. Många beskrev det som att ungdomen hade ”full skolgång”, men det skiljde sig också åt mellan avdelningarna vad full skolgång innebar. Det varierade mellan 20-30 timmar i veckan och innehöll både teoretiska och praktiska ämnen i olika utsträckning.

I MultifunC arbetar man aktivt för att ungdomarna ska gå i ”vanlig” skola utanför institutionen och många av ungdomarna i MultifunC-gruppen hade gått eller gick i extern skola vid 6-månaders mätningen. Alla ungdomar i jämförelsegruppen hade gått eller gick i skola på institutionen.

Individuella samtal

Alla ungdomar i studien hade haft individuella samtal⁶ (Tabell 7). De allra flesta hade sådana samtal med sin kontaktperson. Det vanligaste var att samtal genomförts 1-2 gånger i veckan, men det var inte heller ovanligt att det skett oftare. Ett par ungdomar i varje grupp hade även samtal med psykolog.

Därutöver hade omkring en tredjedel av ungdomarna i varje grupp fått behandling vid BUP eller annan psykiatrisk vård under tiden som de vistades på institutionen. Det var något vanligare att flickor fick psykiatrisk behandling än pojkar (20 respektive 9 %).

Familjeinsatser

Utmärkande för MultifunC-programmet är att familjearbete ingår som en fast del i behandlingen, och för de allra flesta i MultifunC-gruppen hade också samarbetet med familjen lyckats och familjeinsatserna kunnat genomföras (Tabell 7). För jämförelsebehandlingen var det betydligt mer ovanligt, endast för tre av ungdomarna i jämförelsegruppen hade behandlingen inneburit att man också arbetat med familjen.

Läkemedel

Lite mer än hälften av ungdomarna i studien tog regelbundet någon medicin (Tabell 7). Det var vanligare att flickor åt medicin än pojkar (70 respektive 45 %). Vanligast förekommande var medicinering för ADHD och sömnsvårigheter. Av de ungdomar som åt medicin var det omkring hälften som tog flera mediciner samtidigt.

Planering framåt

I samband med kartläggningen av de individuella behandlingsinsatserna som genomfördes sex månader efter placering ställdes även frågor om hur planeringen ser ut framåt. På frågan om var ungdomen planeras flytta efter institutionsvistelsen blev svaret att planeringen för de flesta i MultifunC-gruppen (72 %) var att de skulle flytta hem till någon eller båda sina föräldrar. I jämförelsegruppen var det knappt hälften av ungdomarna (47 %) som planerades flytta hem och för flera (15%) fanns det ännu inte någon planering för var

den unge skulle ta vägen efter institutionsvistelsen. Därutöver var det några av ungdomarna som planerades flytta till HVB, familjehem eller till eget boende.

Sex månader efter placeringen fanns det en planering för fortsatta insatser inom socialtjänstens regi för cirka hälften av ungdomarna i MultifunC-gruppen och för en tredjedel i jämförelsegruppen. Den vanligaste insatsen var kontaktperson, ofta i kombination med att lämna drogtest och ibland i kombination med familjesamtal.

En annan programkomponent som utmärker MultifunC är att eftervård efter institutionsvistelsen är en integrerad del i behandlingen som introduceras redan i början av placering. Dock är det upp till socialtjänsten att besluta om eftervården när det blir aktuellt för den unge att flytta ut från institutionen. Kontroller i efterhand visade dock att socialtjänsten i flera fall avsåg sig eftervård för ungdomar placerade på MultifunC-avdelning, trots att det var bestämt från början. För lite mer än hälften av ungdomarna i MultifunC-gruppen (60 %) uppföljdes eftervårdsdelen. Den hade oftare genomförts för pojkar än för flickor. Den genomsnittliga tiden för eftervården var 60 dagar.

I jämförelsegruppen har endast fyra flickor fått eftervård (10 %), alla från en och samma avdelning. Den genomsnittliga eftervårdstiden för dem var fem dagar.

Diskussion

MultifunC är en behandlingsmetod för institutionsbehandling av unga med svåra beteendeproblem som utvecklats i ett samarbete mellan norska och svenska myndigheter. 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 grupp.

I det här avslutande avsnittet sammanfattas resultaten, därefter kommenteras tillförlitlighet och allmängiltighet. Avslutningsvis görs några korta reflektioner kring resultat i den här delstudien.

Sammanfattning av resultaten

Huvudresultatet var att MultifunC efter 12 månader lyckats med sitt mål att få tillbaka ungdomarna till sin hemmiljö (frågeställning 1). Majoriteten av ungdomarna i MultifunC-gruppen befann sig inte längre i institutionsvård och de flesta hade flyttat hem till sin familj och gick i skolan. I jämförelsegruppen befann sig däremot ungefär hälften av ungdomarna i fortsatt vård inom SiS.

För de ungdomar som kunde intervjuas fanns signifikanta förbättringar under de 12 månaderna i båda grupperna avseende psykosocial problematik och normbrott. Det fanns inga skillnader mellan grupperna på något av de mått som använts i studien (frågeställning 2). Fortfarande låg problemnivån högre än i en normalpopulation. Det resultatet liknar i allt väsentligt resultat från andra utvärderingar som riktat sig till en liknande målgrupp [17].

Det fanns likheter mellan MultifunC-gruppen och jämförelsegruppen när det gäller den behandling som ungdomarna hade fått. Det vanligaste var att avdelningarna i jämförelsegruppen, precis som i MultifunC, arbetade utifrån ett kognitivt förhållningssätt, och de använde sig även av metoder som ART, MI och teckenekonomi (frågeställning 3). Det som skiljde MultifunC från traditionell institutionsbehandling var insatser som familjearbete, den integrerade eftervårdsdelen och det externa arbetet.

Resultatens tillförlitlighet och allmängiltighet

Resultaten bygger på kartläggning av behandlingsinsatser och 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.

Faktorer som talar för uppföljningsresultatets trovärdighet den använda designen – en longitudinell studie med en experimentgrupp (MultifunC) och en jämförelsegrupp (SiS traditionella institutionsvård) – som möjliggör jämförelser, tydliga inklusionskriterier och tillgång till information från SiS dokumentationssystem. Ytterligare en styrka är att utvärderingen inte påbörjades innan implementeringsstudien visade att MultifunC utförs på det sätt som det står i manualer och riktlinjer [4]. 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.

Utvärderingen av MultifunC har genomförts med kvasi-experimentell design med en kontrollerad jämförelsegrupp. I förhållande till en randomiserad kontrollerad design innebär den en ökad risk för att de två grupperna ungdomar inte var jämförbara vid behandlingens början. Om grupperna inte är lika från början finns det en möjlighet att uppmätta skillnader efter 12 månader 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, födelseland, 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 än jämförelsegruppens föräldrar. De statistiska test som gjorts för att pröva faktorernas påverkan på resultatet för situationen efter 12 månader kunde inte visa på någon sådan koppling. Det betyder dock inte att faktorerna saknar betydelse för resultaten.

Information om de insatser som ungdomarna har fått kommer från institutionspersonalen och är förhållandevis övergripande. Det finns ingen tillförlitlig information om hur många timmar de olika insatserna getts, om metoderna tillämpas som avsett eller om behandlarnas kompetens, vilket är faktorer som kan påverka insatserna.

Ett annat problem är det stora bortfallet vid uppföljningsintervjuerna. Det har varit svårt att få tag på ungdomarna efter att de lämnat institutionsvården och bortfallet vid 12 månader är 29 procent. Bortfallsanalysen tyder på att de som intervjuats efter 12 månader i allt väsentligt liknar de som inte gått att nå, men en osäkerhet kvarstår ändå. Däremot bedöms information om ungdomarnas placeringar inom SiS vara tillförlitliga.

Avslutande reflektioner

I det följande avsnittet görs några avslutande reflektioner kring resultatet i den här delstudien av MultifunC, men också vad gäller svårigheter som uppstått i utvärderingen.

Institutionsvård på MultifunC-avdelning och traditionell institutionsvård

Resultatet visade att det fanns vissa likheter mellan den behandling som ungdomarna i MultifunC-gruppen respektive jämförelsegruppen fått, både när det gäller grundläggande förhållningssätt och enskilda metoder. En komplikation med studien är att det tog lång tid att inkludera de 80 ungdomarna, tre år. Eftersom studien pågått under en så lång tid kan innehållet i SiS traditionella behandling ha förändrats under tiden och inslag från MultifunC-programmet kan ha anammats av andra avdelningar så att behandlingen i de båda grupperna efter hand har blivit mer lika. Frånvaron av skillnader mellan de båda behandlingsalternativen skulle kunna innebära att det blir svårt att identifiera uppnådda effekter.

Samtidigt är MultifunC det enda programmet för institutionsbehandling som så tydligt arbetar med målsättning att nå förändringar av riskfaktorer kopplade både till den unge själv och till omgivningen, för att ungdomen så snart som möjligt ska kunna återvända till sin hemmiljö och fortsätta insatser på hemmaplan. Det innebär också ett utvecklat samarbete med socialtjänst och familj där man skapar en allians mellan avdelningen och övriga aktörer, bland annat genom familjearbete, uttalad planering och den integrerade öppenvårdsdelen. Det är också det enda programmet som genomgående är manualbaserat. Tydlighet, riktlinjer och manualer styr både arbetsprocesser och det individuella förändringsarbetet med ungdomarna. Tydligheten gör att alla parter: ungdomen själv och dennes familj, personalen och socialtjänsten, vet vilka faser programmet består av och vilka mål som ska uppnås. Så även om en kognitiv grundsyn och vissa metoder fått en bred spridning inom institutionsvården betyder inte det att andra institutioner utför MultifunC-behandling.

Skillnader mellan grupperna

Utvärderingen av MultifunC påbörjades som en randomiserat kontrollerad utvärdering. Den avbröts dock eftersom det var svårt att få placerande kommuner att acceptera randomiseringen av de unga till olika institutionsalternativ. Istället fick studien en kvasiexperimentell design.

MultifunC är det enda programmet inom SiS institutionsvård för unga som har förutbestämda inklusionskriterier och en specifik målgrupp (ungdomar bedömda med hög risk för en fortsatt negativ utveckling). Kriterierna för studien följde kriterierna för MultifunC för att få en jämförelsegrupp så lik experimentgruppen som möjligt. Kriterierna innebar inga krav på att den unge ska ha en särskilt stabil familjesituation för att passa i studien (och/eller för MultifunC-behandling).

Skillnaderna mellan de båda grupperna i den här studien, där MultifunC-föräldrarna oftare hade arbete men mindre ofta än jämförelsegruppens föräldrar en känd psykosocial problematik, ger dock en antydning om att det kan finnas en selektionsprocess som påverkar vilka ungdomar som får MultifunC. Det verkar som att ungdomar med fler skyddsfaktorer knutna till familjen i större utsträckning placeras på MultifunC-avdelning. Även om de test som gjordes inte kunde visa att skillnaderna har spelat roll för situationen efter 12 månader medför skillnaderna en osäkerhet om MultifunC varit tillgänglig för hela den målgrupp som programmet är utvecklat för och om resultaten av utvärderingen är representativa för hela målgruppen. Delvis kan det vara så att de här skillnaderna i målgrupp speglar socialtjänstens bedömning och önskemål om vilken vård som är mest lämplig i det enskilda fallet. Att kommunerna motsatte sig ungdomarnas deltagande i en randomiserad studie tyder på att man har en egen uppfattning om vilken behandling som lämpar sig för en enskild ungdom. SiS beläggningskrav kan göra att man lever upp till det som kommuner efterfrågar, eftersom det är kommunerna som ansöker om plats och betalar merparten av kostnaden. Men de kan också indikera att det görs bedömningar inom SiS som påverkar vilka ungdomar som får vilken typ av behandling när önskemål och problematik hos den unge ska matchas mot platstillgång och lämplig behandlingsavdelning. Hur placering till institutionsvård inom SiS sker och till vilken behandlingsavdelning ungdomarna kommer är mekanismer som vi vet lite om. För att kunna öka kunskapen om vilken behandling som är effektiv för vilken målgrupp är det viktigt att fortsätta studera vad som karakteriserar omständigheterna kring såväl ungdomar som behandlingsalternativ.

Resultat på längre sikt

Huvudresultatet i studien var att MultifunC efter 12 månader lyckats med sitt mål att få tillbaka ungdomarna till sin hemmiljö. Majoriteten av ungdomarna i MultifunC-gruppen befann sig inte längre i institutionsvård och de flesta hade flyttat hem till sin familj och gick i skolan. Även om fem ungdomar i MultifunC-gruppen fortfarande befann sig på institution så är det påtagligt färre än jämförelsegruppens 19 ungdomar. Förutsatt att den förbättrade situationen håller i sig betyder det stora personliga vinster för ungdomarna, deras familjer och omgivning, liksom stora ekonomiska besparingar för samhället.

Eftersom så pass många ungdomar fortfarande befann sig i institutionsvård vid uppföljningstillfället är de resultaten att betrakta som preliminära. Det betyder att uppföljningen efter 24 månader kommer att bli viktig för att få en mer rättvis bild av hur ungdomarnas situation ser ut efter avslutad institutionsbehandling. När det gäller förändringarna i psykosocial problematik visade resultatet däremot inte på några skillnader mellan grupperna. Det stora bortfallet av ungdomar som gått att nå för uppföljningsintervju medför att registerdata från exempelvis brottsregister och socialtjänst kommer att spela en viktig roll för att kunna utvärdera institutionsbehandlingens effekter med tillförlitligt resultat.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vård och omsorg omplacerade barn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
2. Lundström, TS, M. Andersson Vogel, M. Utvärderingen av en förstärkt vårdkedja för ungdomar som vårdats vid SiS-institution. Stockholm; 2012.
3. Andreassen, T. Institutionsbehandling av ungdomar – vad säger forskningen? Stockholm: Gothia; 2003.
4. Socialstyrelsen. Implementeringen av MultiFunC - ett program för institutionsbehandling av ungdomar med svåra beteendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Socialstyrelsen. Barn och unga - insatser år 2010. Stockholm; 2011.
6. Andrews, DA, Bonta, J. The psychology of criminal conduct. Ohio: Andersen Publishing; 2006.
7. Öst, L-G. Forskningsdesigner. In: Sundell K, editor. Att göra effektutvärderingar. Stockholm: Gothia förlag; 2012. p. 91-140.
8. Hoge, RD, Andrews, DA. Youth level of Service/Case management Inventory (YLS/CMI) User's Manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2002.
9. Ginsberg, YH, B.J.A. ADHD och dess sociala och dess socialmedicinska konsekvenser. Socialmedicinsk tidskrift. 2013; 90:3:305-15.
10. 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; 19:285-312.
11. Achenbach, T, Rescorla, LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
12. Gustle, L-H, Hansson, K, Sundell, K, Lundh, L-G, Löfholm, CA. Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Nordic Journal of Psychiatry. 2007; 61(6):443-51.
13. Huizinga, D, Elliott, DS. Reassessing the Reliability and Validity of Self-Report Delinquency Measures. Journal of Quantitative Criminology. 1986; 2(4):293-327.
14. Jensen, PS, Hoagwood, KE, Roper, M, Eugene Arnold, L, Odbert, C, Maura Crowe, BS, et al. The Services for Children and Adolescents-Parent Interview: Development and Performance Characteristics. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004; 43(11):1334-44.
15. Luborsky, L, Barber, JP, Siqueland, L, Johnson, S, Najavits, LM, Frank, A, et al. The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II) : Psychometric Properties. The Journal Of Psychotherapy Practice And Research. 1996; 5(3):260-71.

-
16. 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.
 17. Gustle, L-H, Hansson, K, Sundell, K, Lundh, L-G, Andree-Löfholm, C. Blueprints in Sweden; Symptom load in Swedish adolescents in FFT, MST and MTFC. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007; 61:443-51.