

Behandling av ungdom på

barnevernsinstitusjoner – Resultater ett år etter 2-2015 inntak

Det helsevitenskapelige fakultet, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge,
Nord (RKBU Nord) –psykisk helse og barnevern

Sturla Fossum, Bjørn Helge Handegård, Carl Ivar Holmen & Frode Adolfsen

ISBN: 978-82-93031-38-3

Innhold

Sammendrag.....	2
Innledning	7
Metode	9
Resultater	16
Diskusjon	21
Konklusjon	29
Referanser	30

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med denne rapporten er å presentere foreløpige behandlingsresultater av behandlingsmodellen MultifunC - behandling i institusjon og nærmiljø (MultifunC), 12 måneder etter inntak i barnevernsinstitusjon. Ungdommene ble plassert grunnet alvorlige atferdsproblemer ofte ledsaget av bekymringsfull rusatferd. MultifunC-behandling sammenlignes med ordinære behandlingsinnsatser på barnevernsinstitusjoner kalt Best Available Residential Treatment (BART).

Metode

En kvasi-eksperimentell studie gjennomføres der data fra totalt 134 ungdommer inngår. Ungdommene er fordelt i to behandlingsgrupper. Ungdommene ble invitert til å fylle ut spørreskjemaer og opptak av et semi-strukturert intervju. Målingene ble gjennomført ved inntak i institusjonene, etter 6 måneder og etter 12 måneder. Totalt inngår 64 ungdommer fra 5 ulike barnevernsinstitusjoner som alle arbeidet etter behandlingsmodellen MultifunC. I BART-behandlingen inngår totalt 70 ungdommer.

Resultater

Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i forhold til fordelingen mellom jenter og gutter, rusbruk eller risikonivå vurdert med skjemaet Youth Level of Services (YLS) ved inntak på institusjonene. På skjemaet Youth Self Report (YSR) skåret ungdommene i sammenligningsgruppen signifikant høyere på internalisering, eksternalisering og på totalskåre ved inntak. Likeledes var det signifikante forskjeller i utvikling frem til 12 måneder etter på YSR internalisering og YSR total skåre, mens endringene på YSR eksternalisering ikke var signifikant forskjellig for de to gruppene. Det var ingen signifikante forskjeller i

egenrapportert rusbruk 6 og 12 måneder etter inntak i institusjonen. Det var heller ingen forskjell mellom behandlingsalternativene i klinisk skåre på YSR eksternalisering (en skåre lik 19 eller mer) på tid 2 og tid 3. Når det gjaldt hvor ungdommene befant seg 12 måneder etter inntak på institusjonene, var det signifikant flere ungdommer som hadde vært i MultifunC-behandling som bodde hjemme, men det var også flere i denne gruppen som var relasserte til en annen barnevernsinstitusjon sammenlignet med ungdommene i den alternative behandlingsgruppen. Blant disse ungdommene var majoriteten på den samme barnevernsinstitusjonen.

Diskusjon

Det er ikke mulig å skulle konkludere om den ene eller den andre behandlingsmodellen er bedre egnet som tiltak for ungdom med alvorlige atferdsproblemer og bekymringsfull rusatferd på bakgrunn av resultatene i denne rapporten. Det er derfor viktig å utvise forsiktighet i tolkningene av resultatene. En viktig årsak til dette er at det var store forskjeller mellom gruppene ved inntak på institusjonene. Det var ingen betydningsfulle forskjeller mellom behandlingsintervensjonene i utviklingen fra inntak til 12 måneder i forhold til internaliseringsvansker, regelbrytende atferd eller eksternaliserende atferd. Det var flere ungdommer som hadde vært plassert på en MultifunC-institusjon som hadde flyttet til foreldrene, men også flere som var blitt plassert på en ny barnevernsinstitusjon. Resultatene viser at endringene i både utagerende, regelbrytende og internaliserende atferd i hovedsak er sammenfallende fra 6 til 12 måneder for begge typer behandling. I så måte er resultatene sammenfallende med annen forskning som viser at opphold på institusjon i mange tilfeller bør begrenses med tanke på varigheten av plasseringen når dette er mulig. Samtidig bekrefter funnene at det fortsatt vil være behov for plassering av noe lengre varighet. Resultatene drøftes nærmere.

Background

The purpose of this study is to present preliminary treatment results from a study comparing the treatment model MultifunC with regular residential treatment efforts (Best Available Residential Treatment, BART). The reason for placing the youths in residential care were severe juvenile delinquency often followed by drug related behaviours.

Method

A quasi-experimental study is conducted. Adolescents aged 13-17 year old treated in child-welfare residential care were matched. Intake criteria was a score equal to or above a score of 20 on Youth Level of Services (YLS) and adolescents were invited to fill out questionnaires and undergo a semi-structured interview. Assessments were done at intake (time 1), six months after intake (time 2) and 12 months after inclusion (time 3). A total of 64 adolescents from five institutions working in line with MultifunC and 70 adolescents from BART care were included in the analyses.

Results

We found no significant sex-differences differences, living alternatives prior to placement or risk level measured by YLS at time 1. Youth in BART institutions scored significantly higher on the Youth Self Report (YSR) externalizing. The same was the case for YSR internalizing and total score and the Self-Reported Delinquency (SRD) - total. When exploring differences between the two treatments on three occasions, there were significant group by time interaction effects on YSR internalizing, YSR total and SRD total, but not on YSR externalizing. There were no significant differences between the two treatment efforts on YSR externalizing, internalizing or total score on time 2 or time 3. Likewise, there were no

significant differences in self-reported drug use on either occasion. In terms of where adolescents lived at time 3, significantly more adolescents in MultifunC treatment stayed at home or were replaced to a new residential facility whereas most adolescent in BART still lived in the same residential care unit as at time 1.

Discussion

There were small differences in term of changes in youth behavior dependent on placement at time 1. The treatment efforts do seem to differ between MultifunC treatment and BART, though. The findings and limitations of the study are discussed in more detail.

Takk:

Vi vil få takke den nåværende oppdragsgiverne Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) for muligheten til å gjennomføre denne studien. Uten finansiering først fra Barne-, familie- og likestillingsdepartementet og nå Bufdir, ville det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien.

Videre var den norsk-svenske kontaktgruppen sentral i planleggingen av studien. I denne gruppen deltok flere hvis bidrag til planleggingen av forskningen har vært betydelige inklusive Knut Sundell, Kerstin Söderholm Carplan, Malin Hultman og Terje Ogden.

Forskningsprotokollen som ble skrevet av Terje Ogden (Atferdssenteret, Unirand) og Sturla Fossum ved UiT Norges arktiske Universitet, ble utviklet i nært samarbeid med programutvikleren for behandlingsmodellen MultifunC, Tore Andreassen. Tore var også et helt sentralt medlem av den nevnte kontaktgruppen. Eyvind Elgesem var sentral i planleggingen og utformingen av effektstudien i en tidlig fase. Videre ville ikke studien latt seg gjennomføre uten innsatsen for å samle inn data fra ungdommene og andre. Carl Ivar Holmen og Shery Namvar har nedlagt et betydelig og uunnværlig arbeid i så måte. Etter hvert har Carl Ivar og Shery mottatt bistand i datainnsamlingen fra Frode Adolfsen, Line Aasland og Selma Heier.

Uten alles kompetanse og velvillighet ville det ikke latt seg gjøre å gjennomføre studien. Den største takken rettes allikevel til ungdommene som var plassert på en barnevernsinstitusjon på grunn av alvorlige atferdsproblemer, ofte ledsaget av bekymringsfull rusatferd. Ungdommene har samtykket til å delta i studien og besvare spørsmålene i form av både spørreskjemaer og intervjuer. Uten disse ungdommenes deltakelse ville det ikke vært noen studie. Tusen takk!

Tromsø

Sturla Fossum

Innledning

En studie om konsekvensene for barn og unge som har vært klienter i barnevernet viser at utfallet i forhold til senere fungering er dårlig. Blant annet fullfører færre tidligere barnevernsklienter utdanning, de hadde lavere inntekt, økt forekomst av arbeidsledighet og de har oftere mottatt sosialhjelp sammenlignet med barn og unge som ikke hadde vært barnevernsklienter (Clausen & Kristoffersen, 2008). Likeledes har Vinnerljung (2006) presentert resultater som viste at barn og unge som har vært under omsorg av barnevernet har høyere risiko for en rekke negative utfall som unge voksne, sammenliknet med andre jevnaldrende. Denne gruppen har også vist seg i større grad å være mottakere av psykiatrisk behandling senere i livsløpet eller som unge voksne (Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). Selv om risikoen er økt for et mer ugunstig livsløp fra barndom til voksen for tidligere barnevernsklienter, er ikke dette tilfelle for hele gruppen (se for eksempel Clausen & Kristoffersen, 20018; Clausen & Valset, 2012; Vinnerljung & Ribe, 2001).

Behandlingsmodellen MultifunC ble opprinnelig innført på seks barnevernsinstitusjoner i Norge. Implementeringen av modellen ble kartlagt over en fireårsperiode (fra 2006-2010) (Fossum & Holmen, 2011). Alle institusjonene oppfylte ved avslutningen av implementeringsfasen kriteriene for deltagelse i effektevalueringen av behandlingsmodellen. For slik deltagelse skulle institusjonene ha implementert alle fasene i behandlingsmodellen vurdert som tilfredsstillende eller bedre i 80 % av de temaene som ble kartlagt (Fossum & Ogden, 2010). Blant temaene var at arbeidet med utredning og inklusjon var god, at alle fasene i institusjonsbehandlingen var godt ivaretatt og at organiseringen av teamene var på plass (for mer informasjon om dette se Fossum & Holmen, 2011). Ved avslutningen av implementeringsfasen, besluttet Oslo Kommune å avvikle Kringsjø ungdomshjem som en barnevernsinstitusjon som arbeidet etter MultifunC-modellen. Dette innebar at det totalt var fem institusjoner som ble inkludert i effektevalueringen. Disse institusjonene var Sandefjord

ungdomssenter, Ås ungdomssenter, Stjørdal ungdomssenter, Bergen ungdomssenter og Tromsø ungdomssenter.

De senere år har det vært økt interesse for institusjonsbehandling av ungdommer med alvorlig utageringsproblematikk særlig på bakgrunn av to forhold (De Swart et al., 2012). For det første, det har vært en styrket vitenskapelig interesse for - og kunnskap om - omsorgstiltak for ungdom generelt og i forhold til ungdomskriminalitet i særdeleshet. Samtidig har behovet for kunnskap og interesse for evidensbaserte tiltak for ungdommer på institusjoner økt (Lyons et al., 2009). For det andre er institusjonsbehandling regnet som det mest kostbare, inngripende og drastiske behandlingstiltak som er tilgjengelig i forhold til denne målgruppen (se for eksempel Andreassen, 2003; Gilligan, 2015; Knorth et al., 2008), noe som fører til at behovet for grundige evalueringer av nytten av slike tiltak er stort.

Både implementeringen av behandlingsmodellen MultifunC og forskningen, er samarbeidsprosjekter mellom svenske og norske myndigheter, fagpersoner og forskningsinstitusjoner. Den svenske oppfølgingen ett år etter inntak i institusjonene er publisert av Socialstyrelsen i Sverige (SiS) (Hultman & Löfhol, 2014). Resultatene fra denne viste at ungdommene i MultifunC-institusjonene oftere bodde i hjemmet enn tilfelle var for ungdommene i sammenligningsinstitusjonene. Det var små forskjeller mellom institusjonsalternativene i forhold til utagerende atferd og rusatferd. I rapporten kom det frem at det er ulike behandlingstiltak i tiden ungdommene befant seg på institusjonene mellom behandlingen som ble gitt på MultifunC- og sammenligningsinstitusjonene.

Hensikten med denne rapporten er å gi en foreløpig vurdering av ungdommenes fungering ett år etter inntak på barnevernsinstitusjon grunnet alvorlige atferdsproblemer og bekymringsfull rusatferd. Rapporten vil presentere likheter og forskjeller mellom to behandlingstiltak. Disse

to behandlingstiltakene er behandling på barnevernsinstitusjoner som arbeider etter MultifunC-metodikk og annen institusjonsbehandling på barnevernsinstitusjon (heretter kalt Best Available Residential Treatment – BART). Vi ønsker å lære mer om likheter og forskjeller mellom ungdommene ved inntak i institusjonene, likheter og forskjeller mellom institusjonene når det gjelder behandlingsinnsatser de første 12 månedene, og til sist utviklingen i atferd og selvrapportert rusatferd fordelt på tre tidspunkter ved å benytte de samme selvrapportene som man har anvendt i den svenske rapporten (Hultman & Löfholm, 2014). De tre tidspunktene er plasseringstidspunktet (tid 1), fungering ved seks måneder (tid 2) og fungering 12 måneder etter inntak i barnevernsinstitusjon (tid 3).

Metode

Studien som presenteres er en kvasi-eksperimentell studie med sammenligningsgruppe (Hultman & Löfholm, 2014). Studiens design og prosedyrer ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Regional Etisk Komité (REK) og er i all hovedsak sammenfallende med den svenske studien.

Kriterier for inklusjon i studien var ungdom i alderen 13-17 år som ble henvist for tiltak i barnevernsinstitusjoner grunnet alvorlige atferdsproblemer og tilhørende bekymringsfull rusatferd. Ungdommene skulle skåre minst 20 eller høyere på måleinstrumentet Youth Level of Services (YLS) (se også nedenfor). Opprinnelig var studien planlagt som en randomisert kontrollert studie (RCT), men det viste seg at studien ikke lot seg gjennomføre som dette.

Datainnsamlingen ble gjennomført ved at forskningsmedarbeider først innhentet ungdommenes samtykke ved å gi redegjørelser og informasjon om hva deltagelse i studien innebar for den aktuelle ungdommen samt at han eller hun har rett til å trekke sitt samtykke til enhver tid uten å trenge å redegjøre for dette.

Behandling

Behandlingsmodellen MultifunC:

MultifunC er rettet mot ungdom mellom 14 – 18 år med alvorlige atferdsvansker (§§ 4-24 og 4-26 ihht Lov om barneverntjenester) som ikke kan nyttiggjøre seg hjemmebaserte tiltak, og som viser problemer innen flere områder (atferd, skole, relasjoner til jevnaldrende og familie).

MultifunC er en behandlingsmodell som er basert på en økologisk forståelse av atferdsproblemer og man jobber med familiebaserte behandlingstiltak og kognitiv atferdsterapi. Behandlingen er organisert i en fase med behandling på institusjonen som varer ca. 6 måneder og en periode der behandlingstiltakene foregår i hjem og nærmiljøet til ungdommen med en varighet på ca. 5-6 måneder.

Behandlingstiltakene fokuserer på alle de viktigste arenaene for ungdommens fungering, som ungdommen selv, familien, vennerelasjoner, skole, arbeid, og fritid. Mens ungdommen er på institusjonen er det et fokus på å styrke ungdommens sosiale ferdigheter, redusere rusrelatert og kriminell atferd, styrke positive vennerelasjoner, og fungering på skolen/arbeidsliv og annet. Det utvikles en detaljert og spesifikk individuell behandlingsplan for hver enkelt ungdom som tar utgangspunkt i den overordnede behandlingsplanen for atferden man ønsker å endre. Både mens ungdommen befinner seg fysisk på institusjonen og når han/hun er i hjemmet/nærmiljøet, arbeider familieteamet ved MultifunC-institusjonene målrettet i forhold til foreldre og andre omsorgspersoner.

Organiseringen av behandlingen på MultifunC-institusjonene er organisert i 4 team som hver har ansvar for spesifikke forhold i oppholdet for ungdommen på institusjonen. Teamene er et utredningsteam, et miljøteam, pedagogisk team, og familie og oppfølgingsteam. For mer

informasjon om hvert teams ansvarsområde, se for eksempel Andreassen (2005), Andreassen (2015), og Fossum og Holmen (2011).

Annen institusjonsbehandling - BART:

Ungdommene som var plassert i sammenligningsgruppen mottok flere ulike institusjonstiltak, og behandlingstiltakene i institusjonene varierte (se også lengre ned).

Sammenligningsgruppen ble rekruttert fra både private og offentlige barnevernsinstitusjoner med ulike behandlingsfilosofier som behandlingskollektiver og annet. Det vil kort presenteres noen av behandlingstiltakene under avsnittet Resultater og underkapitlet behandlingsinnsatser.

Prosedyrer

For inklusjon i studien skulle ungdommene altså ha en skåre lik 20 eller høyere på Youth Level of Services (YLS) - risikonivå (Flores, III, & Latessa, 2003). Opprinnelig skulle inklusjonskriteriene for studien være en skåre lik 23 eller høyere (Fossum & Ogden, 2010). I og med at man foretok kliniske vurderinger i utredningsteamene på MultifunC-institusjonene som førte til at man også inkluderte ungdommer med skårer under 23, ble dette kriteriet justert også for ungdommene som ble plassert på alternative barnevernsinstitusjoner i løpet av våren 2012.

Dersom ungdommen tilfredsstilte inntakskriteriene for deltagelse i studien ble han/hun forespurt deltagelse enten direkte av RKBU Nords forskningsmedarbeider eller av saksbehandler på den aktuelle institusjonen. Som oftest ble ungdommen forespurt deltagelse direkte etter en YLS-evaluering ettersom ungdommen allerede var plassert og man ønsket å gjennomføre første datainnsamling så raskt som mulig. I noen tilfeller lot dette seg ikke gjøre, og datainnsamlingen ble derfor utsatt.

Ungdommene ble forelagt studiens formål og spurt om deltagelse. Etter noe tid for å vurdere sin egen deltagelse, signerte ungdommen en samtykkeerklæring for deltagelse. Alle påfølgende datainnsamlinger (inkludert første datainnsamling) ble gjennomført av forskningsmedarbeiderne ved RKBU Nord. Tidlige erfaringer med å la institusjonen selv håndtere datainnsamlingen eller sende skjema til ungdommen for utfylling ga ikke tilfredsstillende resultater. Ungdommene mottok en godtgjørelse for deltagelse i form av et gavekort på kr 200,-. All informasjon om studien til ungdommene, innhenting av samtykke og prosedyrer var i henhold til tilrådingene fra REK nord og NSD.

Rekruttering av ungdommer i alternativ institusjonsbehandling - BART

For rekruttering av ungdommer til sammenlignende institusjonsbehandling (BART) var det først nødvendig å sikre avtale om deltagelse fra ulike private og offentlige behandlingsinstitusjoner som behandler ungdom plassert under samme tiltaksparagrafer, altså §4.24 og §4.26, og i noen tilfeller også §4.12. Det var også ønskelig å rekruttere et variert utvalg av institusjoner, både statlige kollektiv og ungdomshjem, samt private stiftelser også med langtidsbehandling (over 12 mnd.). Felles for alle var at de har et behandlingsopplegg på institusjon for den aktuelle målgruppen.

Forskningsmedarbeidere ved RKBU Nord fremforhandlet avtaler ved de enkelte BART-institusjonene om vurdering av relevante saker. Avtalene innebar at forskningsmedarbeiderne enten ble oppringt av institusjon dersom de hadde fått inn en ungdom de mente kunne være i målgruppen, eller at institusjonene ble oppringt for å kartlegge om nye ungdommer hadde blitt plassert. Først ble det gjort en innledende, enkel screening av kandidaten per telefon og dersom kandidaten virket egnet, ble YLS gjennomført av forskningsmedarbeidere ved RKBU Nord. Ungdommen måtte altså skåre lik 20 eller høyere på YLS. I noen tilfeller var det også

nødvendig å gjennomføre intervjuer med utredningsansvarlig ved institusjon for å kunne danne et klinisk bilde av problembelastningen ved inntak.

Instrumenter

Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) består av 42 utsagn som skåres med enten nei eller ja (Flores, Ill, & Latessa, 2003). I denne rapporten rapporteres kun totalt risikonivå ved inntak i institusjonene. YLS er et godt egnet instrument for å vurdere risikonivå og skille mellom ungdom som bør og som ikke bør behandles i barnevernsinstitusjoner blant annet grunnet «smitteeffekter» av uønsket risikoatferd som bruk av rusmidler

European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD) er et semi-strukturert intervju som kartlegger utfordringer i ungdommers liv (Friedman, Terras, & Øberg, 2001). EuroADAD består av 120 utsagn som dekker 7 sub-domener. Disse sub-domenerne er: medisinske forhold, forhold ved skole, sosiale relasjoner, familierelasjoner, psykologi, kriminalitet og bruk av alkohol/narkotika/illegale legemidler. Hvert utsagn skåres på en 10-punkts likert-skala (0-9). Studier har vist skårer på Cronbach alpha fra moderat til høy (rang .47-.87) og tilsvarende interrater-reliabilitet som varierer fra .66 til .93 (Bolognini et al., 2001). Det gjennomføres kun en forkortet versjon av euroADAD ved 12 måneder, mens euroADAD gjennomføres ved 24 måneders oppfølging. Det vil derfor ikke bli presentert resultatmål fra euroADAD i denne rapporten (se også Fossum og Ogden, 2010).

Youth Self Report (YSR) er et selvrapporteringsskjema for ungdommer i alderen 12-18 år (Achenbach & Rescorla, 2001) og er mye brukt både i klinisk virksomhet og i forskning. YSR består av 113 tema som besvares på en skala fra 0-2 (passer ikke-passer iblant-passer ofte). Spørsmålene dekker åtte sub-skalaer som igjen kan deles inn to domener. Domene til YSR som presenteres her er Internalisering og Eksternalisering. Internalisering består av sub-

skalaene tilbaketrukket, engstelig/deprimert, og somatiske plager. Domenet Eksternalisering består av sub-skalaene regelbrytende atferd og aggresjon. Manualen for YSR benyttes i forhold til manglende utfylling av spørsmål (Achenbach & Rescorla, 2001) og skjema med 8 eller flere manglende utfylte spørsmål inngår ikke i analysene. Videre ble skårene på YSR eksternalisering benyttet til å angi skårer over eller under klinisk cut-off på tid 2 og tid 3. I henhold til manualen for YSR ble en ikke-klinisk skåre lik 19 eller lavere benyttet. Både YSR og liste over barn atferd (CBCL) fylt ut av ungdommenes foresatte benyttes i studien, men kun informasjon fra YSR presenteres her grunnet lav svarprosent blant de foresatte.

Ungdommene fylte ut "Self-Report Delinquency scale (SRD) som er et mål på regelbrytende atferd (Elliott, Agaton, Huizinga, Knowles, & Canter, 1983) ved inntak, etter seks måneder og etter tolv måneder. Her rapporterer ungdommene frekvensen av regelbrytende og utagerende atferd hjemme, på skolen og i samfunnet for øvrig på en frekvensskala fra 0 til 9. Temaene som berøres inkluderer tyveri, skadeverk, salg av rusmidler og kriminalitet. SRD består av 47 tema, men i denne studien ble 7 spørsmål vedrørende regelbrytende atferd i hjemmet ikke inkludert. Relativt mange av ungdommene hadde ikke bodd i hjemmet de siste 6 månedene noe som ville svekke validitet og reliabilitet vedrørende disse besvarelsene. Dette gjaldt trolig for begge behandlingskategoriene. Skjema med 4 eller flere manglende utfylte spørsmål inngår ikke i analysene av SRDs. I den norske studien for å evaluere behandlingseffektene av multisystemisk terapi (MST) var den indre konsistensen høy med Cronbach alfa .83 (Ogden & Halliday-Boykins, 2004).

I kartleggingen bes ungdommene indikere om de har benyttet rusmidler de siste seks månedene. I forbindelse med denne rapporten har vi ikke sett nærmere på hyppighet, mengde eller hvilke typer rusmidler (legale og illegale rusmidler) ungdommene har benyttet de siste seks månedene, de blir kun bedt om å indikere om de faktisk har benyttet rusmidler.

Behandlingsinnsatser er kartlagt ved å benytte en tilpasset versjon av instrumentet «The Services for Children and Adolescents–Parent Interview (SCAPI)» (Jensen et al., 2004). Hensikten med å benytte dette instrumentet var å kartlegge innsatser og tiltak for den aktuelle ungdommen gjennom telefonsamtaler med ansatte på behandlingsinstitusjonene som har best kjennskap til tiltak og annet rettet mot ungdommen. Disse telefonkartleggingene skulle gjennomføres ca. hver 90. dag i løpet av det første året ungdommen var på institusjonen. Instrumentet ble oversatt og tilpasset for denne studien av prosjektleder Sturla Fossum og kalt Behandlingstiltak på Barnevernsinstitusjoner (BPB). I tillegg til å registrere utrednings- og behandlingstiltak på barnevernsinstitusjonene, var BPB ment å gi et bilde av de ulike dosene av behandlingstiltakene for ungdommene, rømninger og voldsbruk fra ungdommene på barnevernsinstitusjonene, og samarbeid med andre om tiltak rettet mot den aktuelle ungdommen. I denne rapporten presenteres ikke den siste informasjonen da dette vurderes som for omfattende til en foreløpig presentasjon av funnene ett år etter inntak på barnevernsinstitusjonene. Det presiseres også at ungdommene kan ha tatt del i utredning eller behandling som ikke blir presentert her. Enten fordi ungdommene nettopp har blitt utredet ved en annen instans eller at behandlingen ikke er en del av kartleggingen som blir rapportert her.

Oppholdssted for ungdommene ved tid 3 (12 måneder etter inntak i institusjonen)

Det ble gjennomført en gjennomgang av hvor ungdommene befant seg ved tid 3 (12 måneder etter inntak) ved å kontakte institusjonene om de hadde kjennskap til hvor ungdommene befant seg. Opprinnelig var det ikke tiltenkt å skaffe tilveie slik informasjon på dette tidspunktet (se Fossum & Ogden, 2010), men grunnet et sterkt ønske om en foreløpig rapport ved 12 måneder, ble slik informasjon hentet inn. Kvaliteten på disse dataene er noe usikker i og med at informasjonen opprinnelig ikke var planlagt innhentet på dette tidspunktet (jmf. Fossum & Ogden, 2010) og videre at denne informasjonen ble innhentet fra

institusjonslederne på de aktuelle institusjonene og at institusjonsledernes kunnskap kunne være noe mangelfull.

Statistikk

Forskjeller mellom de to betingelsene (behandling på MultifunC-institusjon og annen institusjonsbehandling) ved plasseringstidspunktet er analysert ved kji-kvadrattester (χ^2) og enveis variansanalyse (ANOVA). For å teste hvorvidt utviklingen over tid er forskjellig for ungdommene i de to behandlingstiltakene, ble flernivåanalyse (FA) benyttet. FA er en fleksibel analysemetode for å teste utvikling over tid når man har tre eller flere måletidspunkter, og FA håndterer også at man har et ulikt antall måletidspunkter for ulike individer (Snijders & Bosker, 1999). Variabelen ”tid” (0, 6 og 12 måneder) ble behandlet som en kontinuerlig variabel. For beregning av andel av ungdommer i ikke klinisk område ble en cut-off skåre lik 19 eller lavere på YSR eksternalisering i henhold til ASEBA manualen (Achenbach & Rescorla, 2001) benyttet. De statistiske testene er gjort ved hjelp av Statistical Package for Social Science (SPSS, versjon 21).

Resultater

Beskrivelse av utvalget ved inntak i barneverninstitusjon

Tabell 1. Bakgrunnsinformasjon

	MultifunC (n = 64)	BART (n = 70)	
	m (SD)	m (SD)	
Alder	15,9 (1,0)	16,0 (1,1)	$F_{(1, 143)} = 0,4$
Antall gutter (%)	45 (66,2)	45 (63,4)	$\chi^2(1) = 0,1$
Institusjon/hjem (%)	75,0/25,0	79,1/20,9	$\chi^2(1) = 0,3$
YLS	25,5 (3,2)	25,0 (3,0)	$F_{(1, 110)} = 0,7$
YSR total	64,6 (23,9)	76,1 (28,4)	$F_{(1, 133)} = 6,3^*$

YSR internalisering	13,2 (9,1)	16,7 (9,7)	$F_{(1,133)} = 4,6^*$
YSR eksternalisering	28,1 (10,1)	32,7 (12,0)	$F_{(1,133)} = 5,6^*$

Note.

* $p < .05$

BART = Best Available Residential Treatment

Det var ingen signifikante forskjeller ved inntak på institusjonene i ungdommenes alder og kjønn. Det var heller ingen forskjeller i ungdommenes risikonivå målt med YLS ved inntak. I forhold til skårene på YSR, dette gjaldt både total skåren, internaliserings- og eksternaliseringsskårene, var det signifikante forskjeller. Ungdommene fra BART-institusjonene hadde signifikant høyere skårer.

Beskrivelser av behandlingssinnsatser og tiltak på barneverns-institusjonene de første 12 månedene

Tabell 2. Behandlingssinnsatser de første 12 månedene på barnevernsinstitusjonene.

	MultifunC (n = 65)	BART (n = 68)	χ^2
Utredning	42 (64,6%)	16 (23,5%)	$\chi^2(1) = 22,8^{**}$
Motiverende intervju	62 (95,4%)	51 (75,0%)	$\chi^2(1) = 10,8^*$
ART	60 (92,3%)	13 (19,1%)	$\chi^2(1) = 71,9^{**}$
Miljøterapeutisk tiltak	62 (95,4%)	51 (75,0%)	$\chi^2(1) = 10,8^*$
Familiebehandling	63 (96,9%)	41 (60,3%)	$\chi^2(1) = 26,2^{**}$
Individuallamtaler	63 (96,9%)	65 (95,6%)	$\chi^2(1) = 0,2$
Tiltak fra PHBU	26 (40,0%)	32 (47,1%)	$\chi^2(1) = 0,7$

* $p < .001$, ** $p < .01$

BART = Best Available Residential Treatment

PHBU = Psykisk helsevern for barn og unge

Som det kommer frem av Tabell 2 var det i all hovedsak nokså store forskjeller i behandlingstiltakene som ble fremmet på MultifunC og BART institusjonene. Det var forskjeller i arbeidet med utredning, bruken av motiverende intervju, ART, spesifikke miljøterapeutiske tiltak og familiebehandling. Bruken av individuelle samtaler var høy både i MultifunC- og BART institusjonene og det var ikke signifikante forskjeller mellom behandlingstiltakene i bruken av dette. I forhold til om ungdommene fikk behandling fra psykisk helsevern fra barn og unge (PHBU), mottok i underkant halvparten av ungdommene dette i begge gruppene og det var ingen signifikante forskjeller.

Beskrivelse av behandlingseffekter ett-år etter inntak i barneverns-institusjon.

Tabell 3. Gjennomsnittlig endring med standardavvik fra inntak i institusjonen til 12 måneder etter inntak

Tid	MultifunC			BART		
	Tid 1	Tid 2	Tid 3	Tid 1	Tid 2	Tid 3
	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)
YSR internalisering	13,2 (9,1)	13,0 (10,6)	14,4 (13,2)	16,7 (9,7)	12,9 (8,7)	12,7 (7,3)
YSR eksternalisering	28,1 (10,1)	25,9 (8,6)	23,0 (13,3)	32,7 (12,0)	26,1 (11,8)	23,7 (12,3)
YSR total skåre	64,6 (23,9)	61,5 (24,5)	60,1 (39,4)	76,1 (28,4)	6,6 (26,0)	57,9 (22,7)
Selvrappport utagering - total	74,4 (62,3)	73,0 (75,8)	40,9 (57,4)	104,2 (83,5)	52,1 (71,6)	35,6 (65,9)

Bruk av rusmidler	85,3%	86,4%	70,0%	97,8%	55,6%	62,5%
-------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Note

Tid 1 = inntak i institusjonen, Tid 2 = 6 måneder etter inntak, Tid 3 = 12 måneder etter inntak

YSR = Youth Self Report (selvutfyllingsskjema fra ASEBA)

Selvrapportert utagering = SRD (Self Report Delinquency)

Bruk av rusmidler = Bruk av rusmidler de siste 6 månedene.

n i MultifunC tid 1 = 64, tid 2 = 35, tid 3 = 21, n i BART tid 1 = 70, tid 2 = 59, tid 3 = 43

Når det gjaldt selvrapportert bruk av rus var det ingen signifikante forskjeller mellom ungdommenes plasseringsalternativ ved tid 2 og tid 3.

Youth Self Report og Self Reported Delinquency

Det var ingen signifikante forskjeller i endringsratene på YSR eksternalisering mellom de to gruppene ($t(100,0) = 1,89, p = ,062$). Forskjellene ved tid 3 var ikke signifikante ($t(292,7) = 0,28, is$).

Det var signifikante forskjeller mellom gruppene når det gjaldt utvikling fra inntak til 12 måneder etter inntak på YSR total og internalisering og SRD total. I forhold til YSR internalisering var endringsratene signifikant forskjellige mellom ungdommene i MultifunC-behandling og BART ($t(103,6) = 2,55, p = ,012$). Det var ingen forskjell mellom gruppene ved tid 3 på YSR internalisering ($t(288,0) = 0,84, is$).

For YSR total var endringsratene signifikant forskjellige i de to gruppene på når utviklingen ble vurdert over tre tidspunkt $t(100,1) = 2,66, p = ,009$. Forskjellene målt med YSR total var ikke signifikante på tid 3 ($t(291,3) = 0,76, is$).

Det var signifikante forskjeller mellom gruppene i endringsrater blant ungdommene i selvrappportert regelbrytende atferd målt ved SRD total over tre tidspunkt, $t(214,0) = 2,59$, $p = ,01$. Gjennomsnittsverdiene viste at ungdommene på BART institusjonene skåret 5,3 poeng lavere enn ungdommene på MultifunC institusjonene og det var ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingsalternativene på tid 3 ($t(296,5) = ,71$, is).

Ikke-klinisk område på YSR eksternalisering ved tid 2 og tid 3

Det var ingen signifikante forskjeller i skåre blant ungdommene i de to behandlingsgruppene om ungdommene skåret lik 19 eller mer på YSR eksternalisering på tid 2. Blant ungdommene i MultifunC behandling var det 9 (25,7 %) som hadde en skåre lavere enn 19, mens det var 18 (30,5 %) i sammenligningsgruppen med slik skåre ($\chi^2(1) = 0,6$).

Det var ingen signifikante forskjeller i skåre blant ungdommene i de to behandlingene i forhold til om ungdommene skåret lik 19 eller lavere på YSR eksternalisering på tid 3 heller. Blant ungdommene i MultifunC behandling var det 11 (52,4 %) som hadde en skåre mindre eller lik 19, mens det var 18 (41,9 %) i sammenligningsgruppen med slik skåre ($\chi^2(1) = 0,6$).

Oppholdssted for ungdommene ved tid 3 (12 måneder etter inntak i institusjonen)

Ved 12 måneders oppfølging inngår totalt 83 ungdommer som man har informasjon om oppholdssted for. Blant ungdommene i MultifunC-institusjonene bodde 22 (71,0 %) hjemme hos familien og 9 (29,0 %) var plassert i en ny institusjon. Blant ungdommene i sammenligningsinstitusjonene bodde 7 (13,5 %) hjemme, 2 (3,8 %) var plassert i nye institusjoner mens 43 (82,7 %) fortsatt var ved den samme institusjonen. Denne fordelingen av oppholdssted er signifikant forskjellig, $\chi^2(2) = 53,3$, $p < ,001$.

Diskusjon

Denne rapporten gir en foreløpig vurdering om utviklingen til ungdom med særlig alvorlig utagerende atferd, ofte ledsaget av bekymringsfull rusatferd, ett år etter inntak og plassering i barnevernsinstitusjoner. Ungdom i alderen 13-17 år ble plassert enten på institusjoner som arbeider etter MultifunC-metodikk eller annen institusjonsbehandling (BART).

Ungdommene som ble plassert i enetiltak er ikke inkludert i analysene her. Først gis en kort beskrivelse av hovedfunnene, og disse blir mer grundig diskutert senere.

Ved tid 1 var det totalt 64 ungdommer i MultifunC-behandling som inngår i analysene og 70 ungdommer i sammenligningsgruppen som mottok annen institusjonsbehandling (BART). Ved inntak var det relativt få forskjeller blant ungdommene som ble plassert på MultifunC-institusjoner eller BART. Dette gjaldt fordelingen av gutter og jenter, alderen til ungdommene ved plasseringstidspunktet og hvor ungdommene hadde hatt tilhold før de ble inkludert i studien. Ved plasseringstidspunktet var ungdommene i snitt 16 år og i alt 90 (64.7 %) av ungdommene var gutter.

Det var ingen forskjeller i risikonivå blant ungdommene og plasseringsalternativ målt med Youth Level of Services (YLS). Det var imidlertid forskjeller i forhold til både eksternaliserende og internaliserende atferd målt ved Youth Self Report (YSR) i og med at skårene blant ungdommene plassert på BART institusjonsbehandling var signifikant høyere enn skårene til ungdommene som var plassert på MultifunC-institusjoner. Generelt kan det synes som om forskjellene i utviklingen i utagerende atferd og rusmisbruk er små når behandlingsalternativene sammenlignes. Det var ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsinstitusjonene i utagerende atferd målt ved YSR eksternalisering eller i selvrapportert rusatferd. Det var heller ingen signifikante forskjeller mellom

behandlingsalternativene i forhold til skårer over eller under klinisk cut-off på YSR eksternalisering ved tid 2 og tid 3 (en skåre lik 19 eller høyere på YSR eksternalisering).

Det var forskjeller mellom behandlingsalternativene hvor ungdommene bodde ved tid 3 (12 måneder etter inklusjon i studien). Det var signifikant flere i MultifunC-gruppen som bodde hjemme hos foreldrene sine, men det var også flere i MultifunC-behandlingen som var blitt omplassert til en annen institusjon. De fleste ungdommene i annen institusjonsbehandling befant seg ved den samme institusjonen de var blitt plassert ved inntak. Disse funnene kan tolkes som at det er viktig og riktig at plasseringene av ungdommene ikke blir av for lang varighet før det foretas en ny vurdering av nødvendigheten av plassering. Samtidig som det kan synes som om det er behov for plassering av noe lengre varighet for noen ungdommer og det er viktig med variasjon i behandlingsalternativene.

Det var signifikante forskjeller i utviklingen på YSR internalisering som kartlegger tilbaketrekking, tristhet og angst/bekymringer og regelbrytende atferd målt ved Self Reported Delinquency (SRD) total skåre når utviklingen over tre tidspunkter ble vurdert. Det er likevel sentralt at det ikke var signifikante forskjeller mellom behandlingsalternativene på tid 2 og tid 3 målt ved YSR. Tross at det er signifikante interaksjoner mellom gruppe og tid, vurderes det som prematurt å konkludere at det foreligger betydningsfulle forskjeller mellom behandlingstiltakene (se også nedenfor).

Ungdommene ved inntak i institusjonene

Ved inntak i institusjonene var ungdommene som ble plassert på MultifunC-institusjonene og BART institusjonsbehandling like i mange henseender. Fordelingen av gutter og jenter var lik. Ungdommene var også like gamle når de ble plassert på institusjonene og gjennomsnittsalderen var om lag 16 år. Videre var ungdommene like med hensyn til hvor de

hadde bodd ved inntak i de aktuelle institusjonene. De fleste ungdommene hadde bodd i en annen institusjon ved tidspunktet for samtykke til deltagelse i studien. Dette er viktige forhold når man skal vurdere nytten av et tiltak.

Ungdommenes risikonivå, som vurdert ved Youth Level of Services (YLS) ved inntak var i snitt høyt med en gjennomsnittsskåre lik 25. I så måte er det ingen grunn til å stille spørsmål ved viktigheten, og også at det er riktig og nødvendig at denne gruppen ble plassert på barnevernsinstitusjon. At skårene er like i de to utvalgene vurdert ved YLS er også viktig i og med at dette instrumentet er matchingskriteriet i studien. Dette matchingskriteriet var en skåre lik 20 eller høyere og at gjennomsnittsskårene var lik 25 viser at ungdommene som ble inkludert i studien ble vurdert som å være i svært høy risiko i forhold til regelbrytende og kriminell atferd. Det er viktig å ikke plassere ungdom med milde eller moderate atferdsproblemer på institusjon da det er en fare for at institusjonsbehandling kan gjøre mer skade enn nytte på grunn av såkalte iatrogene effekter (Andreassen, 2002; Dishion, McCord & Poulin, 1999)

Selvrapportert bruk av rus de siste 6 månedene hadde også vært lik mellom de to intervensjonsgruppene ved inntak i institusjonene. Vi har ikke sett nærmere på forhold ved denne rusatferden. I denne rapporten har vi altså kun sett på om ungdommene rapporterer å ha brukt rusmidler, ikke hvilke rusmidler eller hyppigheten av bruken av disse rusmidlene. Dette gjelder også selvrapportert rusbruk ved Tid 2 og Tid 3.

Når de to behandlingstiltakene ble sammenlignet, skåret ungdommene som var plassert i sammenligningsgruppen signifikant høyere på YSR internalisering, YSR eksternalisering og YSR total skåre på tid 1. I henhold til anbefalingene i manualen til ASEBA (Achenbach & Rescorla, 2001), ble råskårene brukt i analysene i rapporten. Det samme gjaldt skåren om

regelbrytende atferd målt ved SRD (se også tabell 3). Årsakene til disse forskjellene er ikke åpenbare. Det er allikevel ingen grunn til å bli overrasket at en matchet studie finner forskjeller mellom behandlingsgruppene, en forskjell en randomisert kontrollert studie (RCT) med stor sannsynlighet ikke ville funnet dersom utvalgene hadde vært tilsvarende store. RCT som metode er klart best egnet for å unngå systematiske forskjeller mellom to eller flere grupper (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

Nå er det ikke uvanlig å finne studier innenfor forskning om behandlingseffektene av institusjonsbehandling som har metodiske svakheter (se French & Cameron, 2002), noe som jo også er tilfelle for denne studien (se også nedenfor). En mulig forklaring på forskjellene mellom de tiltakene på egenrapporteringene YSR og SRD ved inntak på institusjonene, er at det i denne studien var fagteamene som var ansvarlige for plasseringene av ungdommene i institusjonene som ansvarlig instans for å finne behandlingsalternativ for den aktuelle ungdommen. Det kan tenkes at noen av fagteamene har vurdert institusjonsbehandling etter behandlingsmodellen til MultifunC som mer eller mindre egnet for ungdom med mer uttalte- og sammensatte problemer. Dette er uansett beklagelig for gjennomføringen av studien og kan føre til noen begrensninger i analysene om endring i rus-, utagerende-, internaliserende- og regelbrytendeatferd. Det er uklart hvordan en ungdoms sak er vurdert i et fagteam, men på bakgrunn av noen av forskjellene, men også de mange likhetene i utvalgene, kan det synes fornuftig å organisere inntak nasjonalt og ikke regionalt da dette kan bidra til å redusere forskjeller i vurderingsgrunnlaget og hjemler for å plassere ungdommer med alvorlige atferdsproblemer (Bufdir, 2014).

Behandlingstiltak

Det var i all hovedsak nokså store forskjeller mellom MultifunC og sammenligningsinstitusjonene i hvilke behandlingstiltak hver enkelt ungdom hadde fått. Forskjellene i bruk av tiltak som Aggression Replacement Training (ART) (Glick & Goldstein, 1987) på MultifunC og sammenligningsinstitusjonene er for eksempel stor og signifikant. Bruken av behandlingsmetoden ART er sentral i behandlingsmodellen MultifunC (Andreassen, 2005, 2015). Sett i forhold til dette kan det synes om noe lavt at kun om lag 92% av deltakerne i MultifunC behandling faktisk hadde mottatt ART. Dessverre er ikke utfyllingene av Behandling på Barnevernsinstitusjon (BPB) gjennomført for alle ungdommene på alle fire tidspunktene. Ungdommene kan ha fått tilbud om deltakelse i ART, men at dette ikke har blitt registrert på tidspunktet for opptak av BPB for den aktuelle ungdommen. Nå var hensikten med å tilpasse og utvikle BPB hovedsakelig å få noe kunnskap og oversikt over forskjeller og likheter mellom behandlingstiltakene som ble gjennomført i forhold til ungdommene i studien. Analysene av BPB kan gi et inntrykk at det er metodiske forskjeller og likheter mellom de ulike behandlingstiltakene. Ungdommene som var plassert på MultifunC-institusjonene hadde fått tilbud og deltatt hyppigere i utredning; i behandlingstiltaket ART; bruken av motiverende intervju; forekomsten spesifikke miljøterapeutiske tiltak var høyere; samt at foreldreveiledning ble hyppigere brukt sammenliknet med de øvrige barnevernsinstitusjonene. Det var ingen forskjeller i bruk av individuelle samtaler eller om ungdommen fikk behandling i regi av psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) mellom de to behandlingsalternativene vi har fokusert på i rapporten. Det er viktig å være bevisst at vi ikke har vurdert eller presentert forskjeller i mengden tiltak mellom barnevernsinstitusjonene eller om det var forskjeller i hva ungdommene hadde mottatt behandling i regi av PHBU for.

I forhold til vurderingene av hvilke behandlingstiltak som er benyttet, er dette kun vurdert i forhold til de sju temaene som ble nevnt over. Det er også viktig å ta hensyn til at når det er

gjennomført vurderinger av tiltak i annen behandling, har vi ikke skilt mellom det faktum at det faktisk er store forskjeller mellom disse institusjonene i faglig og metodisk virksomhet. Når kartleggingen er fullstendig fullført, vil vi ha en større mulighet til å statistisk analysere grundigere de ulike tiltakene inklusive likheter og forskjeller som trolig finnes mellom og innen behandlingsalternativene.

Endringer i ungdommenes atferd målt på tid 1, tid 2 og tid 3

Det var ingen forskjeller mellom ungdommene som var plassert på MultifunC-institusjoner eller sammenligningsinstitusjonene i egenrapportert bruk av rus det første året etter inntak på barnevernsinstitusjonene. Det var heller ingen forskjell mellom ungdommene i de to behandlingstiltakene i utvikling av utagerende atferd målt ved YSR eksternalisering fra inntak i institusjonene til målingene ved 12 måneder. På SRD var det påfallende forskjeller i selvrapportert regelbrytende atferd og rusatferd. Det var store forskjeller både ved inntak (tid 1) og etter 6 måneder (tid 2), mens forskjellene ved 12 måneder (tid 3) var små. Denne forskjellen var i overkant av fem poeng på en skala som kan variere fra 0 til 360 der ungdommene på BART institusjonene skåret lavest. Det kan synes som om at man ikke bør vektlegge dette i avgjørende grad på nåværende tidspunkt, men utviklingen til neste tidspunkt (24 måneder) kan imøtesees med interesse.

Når det gjaldt YSR internalisering var det små, men signifikante, interaksjonseffekter som viste forskjellige endringer over tid i de to tiltakene i forhold til internaliseringsproblematikk. I hvor stor grad disse effektene bør vektlegges er ikke klart i og med at forskjellene i internaliseringsproblematikk ved tid 2 og tid 3 ikke var signifikant. Det er altså en signifikant interaksjonseffekt mellom behandling og tid, men endringene var små i begge tiltakene. Endringene blant ungdommene i MultifunC-behandling var små, mens reduksjonene i internaliseringsproblemer blant ungdommene i BART behandling var noe større fra tid 1 til

tid 2. Det var så en relativt svak økning i internaliseringsvansker fra tid 1 til tid 2 blant ungdommene i MultifunC behandling. Dette er den signifikante interaksjonseffekten, mens det er viktig å presisere at forskjellene ved tid 2 og tid 3 var små og ikke betydningsfulle.

Sett i forhold til de ovennevnte funnene på YSR og SRD synes utviklingen i de to behandlingstiltakene hovedsakelig å være sammenfallende. Dette fant man også i den svenske rapporten ved ett års fungering (Hultman & Löfholm, 2014). I forhold til likhetene mellom utvalgene i både internaliserende og eksternaliserende atferd og bruk av rusmidler ved tid 2 og tid 3 kan det være av interesse å merke seg dette i sammenheng med at flere ungdommer fra MultifunC-institusjoner bor hos foreldrene ved tid 3. Det er allikevel prematurt å ilegge dette særlig vekt, da det er noe usikkerhet ved datakvaliteten hvor ungdommene befant seg på tid 3, og ikke minst om disse effektene og endringene i atferd vil vedvare.

Begrensninger ved studien

Den største begrensningen med denne kartleggingen er omfanget av mangelfyllt utfylte spørreskjema og frafallet av respondenter. Som en følge av dette svekkes den statistiske styrken i testene. Videre er det kun utviklingen på tre tidspunkt som er inkludert, noe som begrenser mulighetene for de statistiske testene noe samt at sårbarhet i forhold til manglende og ikke komplette utfyllinger av skjemaene forsterkes. Muligheter for dataimputasjoner ved manglende data når det kun er tre måletidspunkter og at rapporten omhandler et fortsatt pågående forskningsprosjekt fører også til noen begrensninger. Dataimputasjoner ble altså ikke benyttet. Som en følge av begrensningene bør det utvises forsiktighet ved fortolkningen av funnene i denne rapporten.

I den svenske rapporten om effekten av MultifunC ved 12 måneder hadde man tilgjengelig informasjon om behandlingstid og skole/arbeid fra Socialstyrelsen i Sverige (SiS) (Hultman &

Löfholm, 2014). Dette var ikke informasjon som var tilgjengelig for den norske delstudien ved 12 måneder. Det ble planlagt å gjennomføre innhenting fra ulike registre i forbindelse med oppfølgingen ved to år (Fossum og Ogden, 2010). Som en konsekvens av dette er ikke slik informasjon tilgjengelig før forskningsprosjektet avsluttes og komparente opplysninger utover egenrapport var ikke mulig i denne kartleggingen. Dette svekker denne rapporten noe. I prosjektet ble det planlagt å samle inn informasjon fra lærere og andre som kjenner ungdommene, men disse utfyllingene har dessverre vist seg å være svært mangelfulle da de færreste ungdommene faktisk gikk i skole og hadde en relasjon til en lærer som kunne besvare spørsmål om ungdommens atferd de siste seks månedene. Av denne grunnen var det ikke hensiktsmessig å inkludere denne informasjonen.

Konklusjon

Det var ingen betydningsfulle forskjeller mellom ungdommene ved inntak i institusjonene i forhold til ungdommenes alder, kjønn, hvor ungdommene hadde befunnet seg før plassering på den aktuelle institusjonen (som hjem eller annen institusjon) eller risikonivå vurdert ved YLS. Når behandlingstiltakene på institusjonene ble vurdert, viste det seg at individuelle samtaler like mye brukt i begge institusjonstypene og det var heller ingen forskjell i forhold til om ungdommene fikk tiltak fra psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Det var derimot signifikante forskjeller i forhold til utredning, bruk av ART, motiverende intervju, spesifikke miljøterapeutiske tiltak og familiearbeid.

I forhold til endring fra inntak i institusjonen til tid 2 og tid 3, var det ikke signifikante forskjeller i endringer i selvrapportert bruk av rus og på YSR eksternalisering eller skårer over og under klinisk cut-off på YSR hverken ved tid 2 eller tid 3. Det var flere ungdommer fra MultifunC-institusjoner som var omplassert til andre institusjoner, men også flere som bodde hjemme hos foreldrene sine. De fleste ungdommene som hadde blitt plassert på sammenligningsinstitusjoner, hadde tilhold ved den samme institusjonen ved tid 3.

Det var ulik endring mellom gruppene på YSR internalisering, YSR total og SRD total, men også for disse målene bør det utvises forsiktighet i fortolkningene av funnene. På YSR total og YSR internalisering var det ingen forskjeller mellom ungdommenes skåre sett i forhold til plasseringsalternativ på tid 3. Selvrapportert regelbrytende atferd målt ved SRD total viste forskjeller i favør av annen institusjonsbehandling på tid 1, mens forskjellene på tid 3 var små.

Referanser

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Andreassen, T. (2005). *MULTIFUNC- Multifunksjonell behandling institusjon og nærmiljø*. Bodø: Barne og Likestillingsdepartementet.
- Andreassen, T. (2015). MultifunC. Multifunctional Treatment in Residential and Community settings. I *Therapeutic Residential Care for Children and Youth*. Whitaker, J. K., del Valle, J. F. & Holmes, L (eds). Jessica Kingsley publishers. London.
- Bufdir. (2014). Videreutvikling av kvalitetsutviklingsprogrammet i tråd med prop.106 L *Organisering av tjenestetilbudet i Bufetat*. Høringsnotat. Bufdir 6. mai 2014.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, R. D. et al. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy in Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 960-970.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., et al. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction*, 96, 1477-1484.
- Clausen, S.-E. & Kristoffersen, L. B. (2008). *Barnevernsklinter i Norge 1990–2005. En longitudinell studie*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 3/2008.
- Clausen, S-E & Valset, K. (2012). Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995-2008: Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 643-648.
- De Swart, J. J. W., van den Broek, H., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., van der Laan, P. H., Holsbrink Engels, G. A. & van der Helm, G. H. P. The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 34, 1818-1824.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: peer groups and

- problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Elliott, D. S., Ageton, S. S., Huizinga, D., Knowles, B. A., & Canter, R. J. (1983). *The prevalence and incidence of delinquent behavior:1976-80 (Report of the National Youth Survey)*. Boulder, CO: Behavioral Research Institute.
- Flores, A. W., III, L. F. T., & Latessa, E. J. (2003). *Case classification for juvenile corrections: An assessment of the youth level of service/case management inventory (YLS/CMI)*. Cincinnati: University of Cincinnati.
- Friedman, A. S., Terras, A., & Öberg, D. (2001). *EuroADAD. European adolescent assessment dialogue (ADAD)*. Unpublished manuscript, Oslo.
- Fossum, S. & Holmen, C. I. (2011). Implementering av behandlingsmodellene - MultifunC. Implementeringsprosessen ved seks barnevernsinstitusjoner i Norge. Rapport Universitetet i Tromsø ISBN 978-82-93031-10-9.
- Fossum, S. & Ogden, T. (2010). "MultifunC" - Multifunctional intervention program in institution and community targeting serious behavior problems in adolescents. Revised protocol. University of Tromsø. Unpublished protocol.
- French, K. M., & Coleman, G. (2002). Treatment of Choice or a Last Resort? A Review of Residential Mental Health Placements for Children and Youth. *Child and Youth Care Forum*, 31, 307-339.
- Glick, B. & Goldstein, A. P. (1987). Aggression Replacement Training. *Journal of Counselling & Development*, 65, 356-362.
- Gilligan, R. (2015). Foreword 1120. . I *Therapeutic Residential Care for Children and Youth*. Whitaker, J. K., del Valle, J. F. & Holmes, L (eds). Jessica Kingsley publishers. London.
- Hultman, M., & Löfhol, C. A. (2014). MultifunC institusjonsbehandling for ungdommar med svåra beteendeproblem. Resultat etter ett år. Sosialstyrelsen. ISBN 978-91-7555-197-5.
- Jensen, P. S., Hoagwood, K. E., & Roper, M. et al., (2004). The Services for Children and Adolescents–Parent Interview: Development and Performance Characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1334-1344.

- Knorth, E. J., Harder, A. T., Zandberg, T., Kendrick, A. J. (2007). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review*, 30, 123-140.
- Lyons, J. S., Woltman, H., Martinovich, Z., & Hancock, B. (2009). An outcomes perspective of residential treatment in the system of care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 26, 71-91.
- Ogden, T. & Amlund-Hagen, K. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 3, 142-149.
- Snijders, T. A. B. & Bosker, J. (1999). *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. London: Sage Publishers.
- Shadish WR, Cook TD, Campbell DT, (2002) *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company
- Vinnerljung, B. (2006). Fosterbarn som unga vuxna – en översikt av resultat från några nationella registerstudier. *Socialmedisinsk Tidsskrift*, 1, 23–35.
- Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 723–733
- Vinnerljung, B., & Ribe, M. (2001). Mortality after care among young adult foster children in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 10, 164–173.