

Behandling av utagerende ungdommer på barnevernsinstitusjoner 2 år etter inntak

– evaluering av behandlingsmodellen MultifunC

2018

¹Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, *-psykisk helse og barnevern*, Nord (RKBU Nord) UiT Norges arktiske universitet, Tromsø, ²Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Oslo

Sturla Fossum¹, Aida Babaii² & Bjørn Helge Handegård¹



RKBU Nord rapport 5 - 2018

Tittel

Behandling av utagerende ungdommer på barnevernsinstitusjoner 2 år etter inntak
-evaluering av behandlingsmodellen MultifunC

Prosjektleder

Sturla Fossum

Forfattere

Sturla Fossum, Aida Babaii & Bjørn Helge Handegård

Oppdragsgiver Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

Elektronisk arkivkode**ISBN**

978-82-93031-56-7

Antall sider

78

Dato

20.august 2018

Om RKBU Nord

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord) er et institutt på Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet. RKBU Nord er ett av fire regionale senter som tilbyr forskning, fagutvikling og undervisning innenfor barn og unges psykiske helse og barnevern. RKBU Nord jobber på oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet.

Innhold

Sammendrag	4
Abstract	6
Forord	9
Kapittel 1: Bakgrunn	12
Oppbygging av rapporten	16
Problemstillinger	16
Kapittel 2: Metode	17
Inklusjon og eksklusjonskriterier	18
Institusjonstyper	18
Instrumenter benyttet i studien	20
Prosedyre for innhenting av samtykke og datainnsamling ved inntak (T1)	22
Prosedyrer for datainnsamling seks måneder etter inntak (T2), ett år etter inntak (T3) og to år etter inntak (T4)	23
Arkivinformasjon	23
Statistikk	25
Kapittel 3: Resultater	26
Likheter og forskjeller mellom behandlingsalternativene ved inntak (T1)	26
Kort drøfting av forskjellene og likhetene mellom gruppene ved inntak	29
Behandlingstid på MultifunC-institusjoner vs BART-institusjoner	29
Frafallsanalyser	29
Utvikling fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4)	30
Utvikling fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) på MultifunC-institusjonene	36
Utvikling fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) på BART-institusjonene etter type behandling sinstitusjon	37
Klinisk område på YSR eksternalisering ett (T3) og to år etter inntak (T4)	38
Bosted ett- og to år etter inntak i institusjonene	41
Bruk av legale og illegale rusmidler	44
Resultater vedrørende arkivinformasjon fra SSB	49
Kapittel 4: Overordnet diskusjon	56
Ungdommenes fungering ved inntak (T1)	56
Behandlingsresultater – selvrapportering	57
Behandlingsresultater – arkivinformasjon	57

Behandlingsresultater – bruk av rusmidler -----	59
Tid på institusjonene -----	60
Begrensninger -----	62
Konklusjon-----	63
Referanser -----	64
Appendix 1: Frafall -----	71
Appendix 2. Behandlingsinnsatser de første 180 dagene plassering -----	73

Studien viser at MultifunC-behandling er kortere enn andre behandlingstiltak på barnevernsinstitusjoner og at flere av ungdommene var hjemme igjen ett år etter inntak på institusjonene. Tross forskjellen i behandlingstid var det ingen forskjeller i bruk av rusmidler, utagerende og regelbrytende atferd. Det var gunstige reduksjoner i denne typen atferd i begge behandlingstypene som ble sammenlignet. Forekomsten av kriminalitet var fortsatt bekymringsfullt høy og for få hadde fortsatt videregående skolegang til at det kan sluttet at behandlingsresultatene er tilfredsstillende.

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å evaluere om behandlingsmodellen MultifunC er et mindre, like bra eller bedre behandlingstiltak på barnevernsinstitusjoner sammenlignet med andre eksisterende tilbud på barnevernsinstitusjoner (Best Available Residential Treatment – BART). Ungdommer med uttalte atferdsproblemer, som ofte er ledsaget av bekymringsfull bruk av rusmidler plassert på barneverninstitusjoner, ble rekruttert til studien.

Studien var en kvasi-eksperimentell studie. Ungdommene som ble inkludert, kom fra fem barnevernsinstitusjoner som arbeidet etter behandlingsmodellen MultifunC, eller fra annen behandling i enten offentlige barnevernsinstitusjoner, private barnevernsinstitusjoner eller behandlingsskolekollektiv. For å bli inkludert i studien, måtte ungdommen skåre 20 eller høyere på Youth Level of Services (YLS) som måler risikonivået ungdommene er i og var kriteriet for matching. Til sammen samtykket 151 ungdommer til å delta i studien, 52 (34.4%) var jenter, 96 (63.6%) var gutter, mens tre (2.0%) hadde ikke oppgitt kjønn. Ungdommene samtykket til å besvare spørreskjemaene Youth Self Report (YSR), Self Reported Delinquency (SRD) og spørsmål om bruk av rusmidler, ved fire anledninger: ved inntak (T1), seks måneder etter inntak (T2), ett år etter inntak (T3) og to år etter inntak (T4). Ungdommene samtykket også til at det ble hentet inn arkivinformasjon om barnevernstiltak, skolegang og kriminalitet. For mer informasjon om spørreskjemaene og prosedyrene i studien, se metodekapitlet.

Det var ingen betydningsfulle forskjeller ved inntak (T1) mellom ungdommene plassert på MultifunC- eller BART-institusjoner. Dette gjør at våre vurderinger om MultifunC-behandling er like god, dårligere eller bedre enn BART-behandling er gyldig. Det var ingen forskjeller mellom MultifunC- og BART-behandling i utviklingen i regelbrytende, utagerende atferd, bruk av rusmidler med unntak at det var en signifikant forskjell i favør av BART på YSR eksternalisering. Ungdommene på MultifunC-institusjonene var i større grad hjemme ett år etter plassering (T3) og behandlingstiden på institusjonene var også kortere for disse ungdommene. Dette er viktige forhold når effektiviteten på

behandlingen på barnevernsinstitusjoner vurderes. Det er sentralt at det var mange ungdommer som hadde blitt siktet for ulik kriminell atferd og at halvparten av disse var blitt siktet for brudd på narkotikalovgivningen to år etter inntak (T4) eller senere. Det var få ungdommer, i alt 13%, som hadde påbegynt videregående skole i tredjeklasse. Det var ingen forskjeller mellom behandlingalternativene i den foreliggende arkivinformasjonen. Resultatene om ungdommenes utdanning og kriminalitet vurderes som nedslående selv om altså ungdommene i denne studien må sies å være i betydelig risiko for videre skjevutvikling.

Vår konklusjon er at behandlingsmodellen MultifunC ikke er mer effektiv enn annen behandling på barnevernsinstitusjon for utagerende og rusmisbrukende ungdommer, men institusjonene som jobbet i henhold til MulitfunC-behandling resulterte i kortere behandlingstid på institusjon og flere hadde flyttet hjem ett år etter inntak på barnevernsinstitusjonene (T3). Det er fortsatt behov for å styrke behandlingen på barnevernsinstitusjon for å redusere bruk av rusmidler, redusere kriminalitet og styrke deltakelsen i ungdommenes skolegang.

Nøkkelord: Ungdom behandlet på barnevernsinstitusjoner, utagerende atferd, rusmisbruk, behandlingseffekter

The study shows that MultifunC-treatment is shorter than other treatment efforts at child welfare institutions and that more adolescents had returned home one-year after the intake to the institutions. Despite these differences in treatment time, there were no differences in the use of drugs, delinquent or aggressive behaviors. The reductions in these behaviors were favorable in both treatments. The prevalence of crime was still worryingly high and too few adolescents had continued their high-school education to conclude that the treatment results were satisfactory.

Abstract

The purpose of the study was to evaluate if the treatment model MultifunC is as effective, worse or better than treatment measures in ordinary childcare Institutions (Best Available Residential Treatment - BART). Young people with pronounced behavioral problems, often accompanied by worrying use of drugs placed at child welfare institution, were recruited for the study.

A quasi-experimental matched study was conducted. The adolescents included in the study, were placed in five child welfare institutions that worked according to the MultifunC model or placed in other treatment such as public child welfare institutions, private child welfare institutions or treatment collectives. To be included, the youth had to score equal to 20 or higher at the Youth Level of Services (YLS). Overall, 151 adolescents agreed to participate in the study, three with unknown sex (2.0%) 52 (34.4%) girls and 96 (63.6%) boys. There were 148 who answered the questionnaire at intake (T1). The young people agreed to answer the questionnaires Youth Self Report (YSR), Self Reported Delinquency (SRD) and the use of drugs on four occasions. The youth answered the questionnaires at intake (T1), six months after intake (T2), 12 months after intake (T3) and 24 months after intake (T4). Admission of the semi-structured EuroADAD interview was done at T1 and mapping of drug use using EuroADAD was also conducted at T3 and T4. The juveniles also agreed that archive information regarding them was collected on child welfare, schooling and crime.

There were no significant differences on T1 making it impossible to consider if MultifunC treatment is just as good, worse or better than BART treatments. There were no differences between MultifunC and BART treatment in the development of delinquent, outward behavior, use of drugs except that there was a significant difference in favor of BART on YSR externalization. The youth at the MultifunC institutions lived more often at home at T3 and the treatment time at the institutions was also shorter for these adolescents. These are important factors when assessing the effectiveness of treatment in child welfare institutions. Nevertheless, it is crucial that there were many adolescents who had been charged with different criminal behavior and that half of them had been charged with drug law violation at T4 or later. Few, a total of 13%, had begun high school in third grade. There were no differences between the treatment options in the archive information concerning treatment effects. The results of education and crime are considered disappointing.

Our conclusion is that the treatment model MultifunC is no more effective than another residential child welfare treatment interventions in reducing externalizing behaviours or drug use. Still, more adolescents from MultifunC had moved home at T3 and that the time spent in residential care is shorter in MultifunC-institutions. There is clearly a need to continue to strengthen the treatment participation in the adolescent's education and improve treatment efforts to reduce drug-use, aggressive behaviours and criminality.

Keywords: Adolescents in child welfare residential care, aggressive behaviour, drug abuse, treatment effects

Om forfatterne:

Sturla Fossum jobber som førsteamanuensis ved Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge – Psykisk helse og Barnevern, Nord (RKBU). Fossum har vært prosjektleder for evalueringen av behandlingsmodellen MultifunC siden planleggingsfasen av denne studien begynte i 2006. Fossum har vært delaktig og skrevet på alle deler av rapporten.

Aida Babaii arbeider nå som prosjektkoordinator ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Hun arbeidet som forskningsmedarbeider ved RKBU og gjennomførte datainnsamling med ungdommene to år etter inntaket på barnevernsinstitusjonene (T4) og arkivinformasjonen vedrørende barnevern i evalueringen av behandlingsmodellen MultifunC. Babaii har bidratt med å skrive på alle deler av denne rapporten før hun avsluttet arbeidsengasjement på RKBU.

Bjørn Helge Handegård jobber som førstelektor ved RKBU. Som statistiker har han særlig vært involvert i de statistiske analysene i denne rapporten. Han har bidratt på alle rapportens deler.

Alle forfatterne har lest, akseptert og godkjent rapportens utforming, innhold og den siste versjonen av rapporten.

Forord

Denne rapporten presenterer resultatene fra et forskningsprosjekt som skulle evaluere behandlingsmodellen MultifunC gitt på fem barnevernsinstitusjoner i Norge. Dette fører til at rapporten nok av noen kan oppleves som nokså krevende og lite tilgjengelig lesning til tider. Det stilles krav til at funn og konklusjoner er meningsfulle, etterrettelige og ikke minst at funnene kan ettergås av andre. Dette igjen kan føre til at rapporten av og til er teknisk. Vi vil tro at dette særlig kan gjelde resultatkapitlet som gjengir resultatene med blant annet mange gjennomsnittsverdier, standardavvik og tester, men vi vil tro at også Metodekapitlet kan være utfordrende i så måte. Om du som leser velger å gjøre dette fra start til slutt, eller lese deler og sjekke tallene for å se om du er enig eller uenig i våre konklusjoner, er selvsagt helt opp til deg. Det viktigste for oss er at det er mulig for leserne å forstå og ettergå funnene. For å «myke» opp rapporten og gjøre den mer tilgjengelig, har vi valgt å inkludere flere figurer for å illustrere forskjeller og likheter i effektene av tiltakene enn det vi ville gjort om dette var en vitenskapelig artikkel. Dette fører til at resultatene opptar ganske mye plass.

Avsnittene i resultatkapitlet etterfølges av en kort drøfting av resultatene. Vi tror dette er hensiktsmessig for å øke forståelsen av resultatene og konklusjonene vi har vektlagt. Vi tror at mange hovedsakelig vil være enige med oss i våre konklusjoner, selv om det sikkert vil være de som er uenige også. Til det vil vi bare si at det ikke finnes noen entydig fasit for hvordan forskningsresultater skal tolkes. Vi har gjort vår fortolkning, og så får det være opp til deg som leser å gjøre egne vurderinger.

Takk

Vi vil 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 dette ikke vært mulig.

Den norsk-svenske kontaktgruppen var sentral i planleggingen av studien. I denne gruppen deltok flere hvis bidrag til planleggingen av forskningen har vært betydelige. Gruppen inkluderte blant annet Knut Sundell, Kerstin Söderholm Carplan, Malin Hultman og Terje Ogden. Forskningsprotokollen som ble skrevet av Terje Ogden (NUBI) og Sturla Fossum ved UiT Norges arktiske Universitet, ble utviklet i nært samarbeid med programutvikleren for behandlingsmodellen MultifunC, Tore Andreassen. Tore var også et 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 Sherry Namvar har nedlagt et betydelig og uunnværlig arbeid i så måte. Etterhvert har Carl Ivar og Sherry mottatt bistand i datainnsamlingen fra Frode Adolfsen, Line Aasland og Selma Heier.

Uten alles kompetanse og velvillighet ville det altså 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 med bekymringsfull rusatferd i tillegg. Ungdommene har samtykket til å delta i studien og besvare spørsmål i form av både spørreskjemaer og intervjuer. Uten disse ungdommenes deltakelse ville det ikke vært noen studie. Tusen takk!

Sturla Fossum

Liste over tabeller og figurer:

Tabell 1 - Likheter og forskjeller mellom MultifunC og BART ved inntak, s. 26

Tabell 2 - Resultatene fra EuroADAD om bruk av illegale rusmidler på T1, s. 28

Tabell 3 - Utvikling på fire tidspunkt for spørreskjemaene YSR og SRD, s. 31

Tabell 4 – Fordeling av ungdommer MultifunC-institusjonene på T1, s. 36

Tabell 5 – Siktelser etter bosted (hjem eller institusjon) ett år etter inntak (T3), s. 43

Tabell 6 - Ungdommens bruk av rusmidler på fire tidspunkt, s. 45

Tabell 7 – Totalt antall siktelser i tre faser for to behandlingsalternativ, s. 51

Tabell 8 – Antall siktelser for narkotikakriminalitet i tre faser for to behandlingsalternativ, s. 52

Tabell 9 – Siktelser totalt og for narkotikakriminalitet for gutter og jenter i tre faser, s. 52

Tabell 10 – Tabell 10 presenterer maksimal påbegynt skolegang for ungdommene i MultifunC og BART og antall semestre i videregående opplæring, s. 54

Figur 1 - Skjematisk oversikt over deltakelse, s. 18

Figur 2 - Fordelingen av ungdommer i klinisk område på YSR eksternalisering T1, s. 27

Figur 3 - Presentasjon om endringene på YSR eksternalisering T1-T4, s. 32

Figur 4 - Presentasjon av endringene på YSR internalisering T1-T4, s. 33

Figur 5 - Utviklingen på SRD voldsbrudd T1-T4, s. 34

Figur 6 - Utviklingen på SRD tyveri T1-T4, s. 35

Figur 7 - Utviklingen på SRD ødeleggelse T1-T4, s. 36

Figur 8 – Utviklingen på YSR eksternalisering T1-T4 på fem MultifunC-institusjoner, s. 37

Figur 9 - Utviklingen på YSR eksternalisering for ungdommer i BART-institusjonene som var offentlige og private barnevernsinstitusjoner samt behandlingskollektiv, s. 38

Figur 10 - Prosentvis fordeling av klinisk og ikke-kliniske skårer på YSR eksternalisering på T3 for de to behandlingene, s. 39

Figur 11 – Prosentvis fordeling av ungdommer i klinisk vs ikke-klinisk område på T4, s. 40

Figur 12 – Bosted på T3, behandlingsalternativer og skårer på YSR eksternalisering, s. 42

Figur 13 - Ungdommenes alkoholkonsumering på fire tidspunkt, s. 46

Figur 14 - Ungdommenes bruk av hasj på fire tidspunkt, s. 46

Figur 15 - Ungdommenes bruk av tyngre rusmidler på fire tidspunkt, s. 47

Figur 16 - Presentasjon av narkotikabruken siste 30 dagene ved T1, T3 og T4, s. 48

Kapittel 1: Bakgrunn

Ungdommer med atferdsproblemer, ofte også ledsaget av bekymringsfull atferd som utprøving og bruk av illegale rusmidler, er ikke uvanlige i Norge. Atferdsproblemer er en hyppig årsak til henvisning til psykisk helsevern for barn og unge (Krogh & Indergård, 2017). Totalt antall plasserte barn og unge på barnevernsinstitusjoner har steget fra 1425 til 1841 fra 2010 til 2015, mens det i samme periode har vært en nedgang av ungdommer plassert i henhold til §4-24 og §4-26 fra 263 til 167 (se SSB, 2018). I lov om barneverntjenester defineres §4-24 å innbefatte plassering og tilbakehold i institusjon av barn/ungdom uten eget samtykke, mens §4-26 gir mulighet til tilbakehold i tre uker på institusjonen hvis samtykket trekkes (Lov om barneverntjenesten, 1992).

Flere studier utført i Norden viser at barn og unge med erfaring fra barnevernet, risikerer flere negative konsekvenser i voksenlivet sammenlignet med andre jevnaldrende. Blant annet fullfører færre utdanningen de har påbegynt, de har ofte lavere inntekt og høyere forekomst av arbeidsledighet sammenlignet med ungdommer uten en slik forhistorie fra barnevernet. Barn og unge som har barnevernserfaring er også oftere mottakere av sosialhjelp sammenlignet med barn og unge som ikke har slik erfaring (Clausen & Kristoffersen, 2008). Vinnerljung og Sallnäs (2008) har presentert tall fra Sverige som viser at barn og unge som har vært under omsorg av barnevernet, har høyere rate av dødsfall i ung alder, de har økt sjanse for å begå alvorlige lovbrudd, og har også økt sjanse for å trenge psykiatrisk behandling (Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). Det er allikevel viktig å presisere at selv om risikoen for et mer problemfylt og vanskelig livsløp fra barndom til voksen for personer med tidligere barnevernserfaring, er dette på langt nær tilfelle for alle. Mange med slike erfaringer tilpasser seg og fungerer godt innenfor hva som er forventet (se for eksempel Clausen & Kristoffersen, 2008; Clausen & Valset, 2012; Vinnerljung & Ribe, 2001).

Barnevern i Norge-rapporten viser at utfallet av barnevernstiltak blant barn med barnevernserfaring avhenger av type tiltak/plassering. For eksempel har ungdommer som har vært i fosterhjem i gjennomsnitt bedre skoleprestasjoner sammenliknet med ungdom som har vært på institusjoner. Ungdommene som plasseres i fosterhjem fullfører oftere videregående utdanning eller tar en høyere utdanning (Backe-Hansen et al., 2014). Forskning har vist at de fleste ungdommer i Norge etter fylte 18 år fortsatt er i videregående utdanning, og at prosessen inn i voksenlivet, som å skaffe arbeid og bolig, langt ifra er avsluttet. En forskjell mellom ungdommene som har barnevernserfaring og ungdommene som ikke har dette, kan være støtten og hjelpen de får fra familie og nettverk (Hellevik, 2005).

Det siste tiåret har det vært mer fokus på å tilby tiltak med utgangspunkt i nærmiljøet i stedet for behandling på barnevernsinstitusjoner (Strijbosch et al., 2015) motivert blant annet for å redusere mulighetene for negative effekter av institusjonsopphold. Fra 2003 til 2012 økte antallet fosterhjemsplasseringer på slutten av året med 44 %, antall plasseringer i beredskapshjem økte med 67 %, mens den tilsvarende økningen i antall institusjonsplasseringer var på 6 % (Backe-Hansen et al., 2014). En studie utført av Dregan og Guilford (2011) viste at kortere opphold ved institusjonene, økt familieinvolvering og ettervern, var faktorer som bidro til bedre utfall når barnet ble voksent, som mindre depresjon, styrket psykisk velvære og mindre kriminalitet. Likeså indikerte en studie i Sverige at ungdommer som har fått behandling i institusjon, har flere atferdsproblemer sammenlignet med ungdom som har fått annen behandling (Vinnerljung & Sallnäs, 2008).

Forskning på ungdom som får institusjonsbehandling, indikerer muligheten for et slags «smittefare» eller iatrogenetiske effekter, og det er dokumentert økning i kriminell adferd, alkohol- og rusbruk og andre uønskede utfall hos ungdommer som bor i miljøer der de kan bli utsatt for slike «smitte»-effekter (Rhule, 2005). Denne effekten kan forekomme der antisosiale ungdommer er samlet på ett sted (som for eksempel barnevernsinstitusjoner), og at institusjoner kan bli en læringsarena der ungdommer blir positivt forsterket av andre ungdommer til antisosial atferd og kanskje spesielt for rusatferd (Weiss et al., 2005). Relasjoner til andre avvikende ungdommer tenkes å være sterkt assosiert med ungdomskriminelle handlinger blant unge (Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2001). En utfordring er å unngå slike effekter i institusjoner der ungdommene har daglig kontakt med likesinnede, og hensikten med behandlingen er å redusere slik atferd. Ettersom behandlingen av ungdommer med atferdsproblemer av praktiske, økonomiske og etiske årsaker foregår på en institusjon eller som gruppebehandling, kan en mulig løsning være kortere opphold ved institusjonene hvor ungdommene ikke er plassert sammen med andre ungdommer med antisosial atferd over lengre tid (Mathys et al., 2013).

I Norge foreligger det relativt lite forskning på effekter av behandlingstiltak for ungdommer på barnevernsinstitusjoner. Det er synd fordi behovet for effektive behandlingstiltak er stort. Institusjonsbehandling er ufravikelig nødvendig i noen tilfeller, og slike tiltak bør rettes mot det enkelte barn og den unges spesifikke behov (Storå, Bunkholdt & Larsen, 2007). Under en ekspertkonferanse arrangert av Norsk forskningsråd i 1997, ble både polikliniske og hjemmebaserte tiltak anbefalt til barn og ungdommer med alvorlige atferds- og rusproblemer (Norsk forskningsråd, 1997). Blant de anbefalte programmene var De utrolige årene (DUÅ), Parent Management Training-Oregon (PMTO) og Multisystemisk Terapi (MST). Alle programmene har vært gjennom systematiske

evalueringer i Norge med lovende resultater. De positive effektene gjaldt dessverre ikke alle barn og ungdommer med alvorlige atferdsproblemer. For eksempel var fremgangen nokså begrenset også for de barna som hadde liten fremgang fra oppstart til avsluttet foreldrekurs i oppfølgingstiden etter at foreldretreningen var avsluttet, var (Fossum, Drugli, Handegård & Mørch, 2010). I den norske MST-effektstudien var nesten 10% av utvalget som fikk MST og vel 40% av ungdommene som mottok ordinær behandling, plassert utenfor hjemmet ved oppfølgingstidspunktet (Ogden & Halliday-Boykins, 2004), og disse prosentandelene var ved oppfølging etter to år økt til henholdsvis 20 og 45 (Ogden & Amlund-Hagen, 2006).

På bakgrunn av erfaringene med at polikliniske tiltak for utagerende barn og unge ikke var tilstrekkelige for enkelte, fikk Tore Andreassen i oppgave av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) å utvikle en tiltaksbehandling på barnevernsinstitusjoner for ungdom med alvorlig utageringsproblematikk og bekymringsfull rusatferd (Andreassen, 2003).

I denne rapporten sammenlignes behandlingsmodellen MultifunC med andre og sammenlignbare tiltak på barnevernsinstitusjoner. MultifunC er en strukturert behandlingsmodell for behandling av ungdom med alvorlige atferdsproblemer, ofte ledsaget av bekymringsfull rusatferd, og ungdommene er i høy risiko for tilbakefall til regelbrytende atferd og kriminalitet. MultifunC 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. 5-6 måneder og en periode der behandlingstiltakene foregår i hjemmet og nærmiljøet til ungdommen med en varighet på ca. 5-6 måneder. I fasen på institusjonen gjennomføres det en utredning, ungdommene kan ta del i det manualbaserte, kognitive atferdsterapeutiske tiltaket «Agression Replacement Training», spesifikke miljøterapeutiske tiltak, familiebehandling påbegynnes og annet. For mer informasjon om MultifunC henvises det til Andreassen (2003, 2005, 2015).

Sammenligningsgruppen består av offentlige og private barnevernsinstitusjoner samt behandlingsskolekollektiv. Varighet på oppholdet på institusjonen, innhold og tilnærming til behandlingen på disse institusjonene varierer. Det var barnevernsinstitusjoner som ble inkludert i studien. Alle ungdommene var utagerende, og mange hadde et bekymringsfullt forbruk av rusmidler, og var i høy risiko for tilbakefall til normbrytende og regelbrytende atferd. Ungdommene ble institusjonsplassert i henhold til enten §4-24 eller §4-26 i barnevernloven (se også over).

Både forskning og evalueringer fra behandling i institusjon der data er samlet inn fra ungdommer, rapporterer om utfordringer med høyt frafall blant deltakerne. Det er blant annet et høyt behandlingsfracfall på institusjoner sammenlignet med forskning på modeller i familie- og nærmiljøbasert behandling (Hair, 2005). Fracfall i forskning er en utfordring i kliniske studier. I

forskning er det et grunnleggende prinsipp at all deltakelse er frivillig, og at samtykket alltid kan trekkes uten å oppgi noen grunn til dette. Dette er en viktig forutsetning for forskning og ivaretas blant annet i tilrådingene for et forskningsprosjekt som gitt av en Regional etisk komité (REK). Kazdin (1996) anslo frafall i psykoterapi forskning til å være 40-60%. I sin egen studie om foreldretrening for utagerende barn og unge der noen av foreldrene også fikk kurs i håndtering av ulike utfordringer, var frafallet 34%. I en oppfølging av barn fem til seks år etter at de gjennomførte De utrolige årene i Norge, var frafallet så høyt som 45.5% (Drugli et al., 2010). I denne studien etterspurte man informasjon fra foresatte til barn som fortsatt var forholdsvis unge. I den norske effektstudien om MST rapporterte forskerne et frafall på fire ungdommer fra et utvalg som i utgangspunktet besto av 100 ungdommer og familier. Med utgangspunkt i frihetsgradene i de statistiske testene som viser antall som er inkludert i de statistiske testene, kan det synes som om det var i alt 86 besvarelser benyttet og at frafallet var ca. 10% (Ogden & Halliday-Boykins, 2004), mens 53 av i alt 75 ungdommer hadde besvart spørreskjemaet Self Reported Delinquency i en oppfølging av MST to år etter randomisering noe som gir et frafall på 29.3% (Ogden & Hagen, 2006).

Sammenlignet med frafallet i Kazdins og Druglis studier synes ikke dette frafallet stort i og med at målgruppen for MST-studiene er ungdommer med alvorlige atferdsproblemer der man må anta at frafallet vil være større enn tilfelle er for yngre barn der det er de foresatte som besvarer spørreskjemaene. I de norske og svenske evalueringene av MultifunC ett år etter inntak i institusjonene var frafallet forholdsvis stort. I og med at også Svenske barnevernsmyndigheter har besluttet å prøve ut MultifunC, er det gjennomført en tilsvarende studie som denne i Sverige. I den svenske evalueringen var det i alt et frafall tilsvarende 29% i og med at av 83 inkludert i studien ved inntak og at det var 57 ungdommer som besvarte de aktuelle spørreskjemaene ett år etter inntak (Socialstyrelsen, 2014). I den norske evalueringen ett år etter inntak var frafallet på de standardiserte spørreskjemaene enda større. Av de 134 ungdommene som ble inkludert ved inntaket og hadde fylt i skjemaene, var det 64 ungdommer som hadde besvart skjemaene ett år etter inntaket (T3) noe som tilsvarer et frafall på 52.2% (Fossum et al., 2015). Man kan argumentere for at det er enklere å samle inn data fra ungdommene når de er på institusjonen enn når de har flyttet ut av institusjonen. Ungdommer som bor på institusjon, har i likhet med alle andre grupper rett til å trekke seg fra studiet ved enhver anledning og takke nei til videre deltagelse (Hair, 2005). Når arkivdata brukes i forskning, reduseres rimeligvis frafallet. Arkivdata er derfor et særdeles viktig for å vurdere effekten av et tiltak. I denne studien ble det innhentet data fra tre registre fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Disse registrene omhandler barnevern, kriminalitet og utdanning. I den svenske avsluttende rapporten vedrørende effekter av MultifunC, var resultatene basert på arkivinformasjon (Socialstyrelsen, 2017).

Oppbygging av rapporten

Rapporten følger hovedsakelig en tradisjonell oppbygging for presentasjonen av resultater fra forskningsprosjekter. I kapittel 2, Metode, presenteres blant annet inklusjonskriterier, behandling, instrumenter, prosedyre og statistikk. I kapittel 3, Resultater, presenteres egenskaper ved det komplette utvalget ved inntak (T1), frafall, resultater over tid, antallet ungdommer over/under klinisk cut-off, forskjeller og likheter i behandlingstiltak og rømninger. For at resultatene skal være lettere tilgjengelige, har vi valgt å presentere figurer for å illustrere endringene fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4). Dette fører til at presentasjonen av resultatene blir lengre og mer omfattende enn om kun tallverdiene ble presentert. Etter presentasjonen av resultatene i de ulike underkapitlene vil det være en kort drøfting av betydningen av funnene. I Generell drøfting presenteres en overordnet drøfting av funnene i studien.

Problemstillinger

Innen forskning er det null-hypotesen som legges til grunn når man skal vurdere om et tiltak har den ønskede effekten og dersom et tiltak har større effekt enn et annet tiltak kan null-hypotesen forkastes (Kazdin, 2003a; Kazdin, [red] 2003b). Dette innebærer at man legger til grunn i utgangspunktet at det ikke er noen forskjell mellom tiltakene som undersøkes. Konkret i denne studien legges til grunn at det ikke er forskjell mellom MultifunC og BART når det gjelder endring fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) i utagerende atferd, rusbruk eller plasseringsalternativene ett- (T3) og to år etter inntak (T4). I tilfeller at det er forskjeller, vil den alternative hypotesen ha støtte. I denne studien innebærer det at enten MultifunC eller BART synes å være mer effektiv eller føre til større endringer det andre behandlingsalternativet.

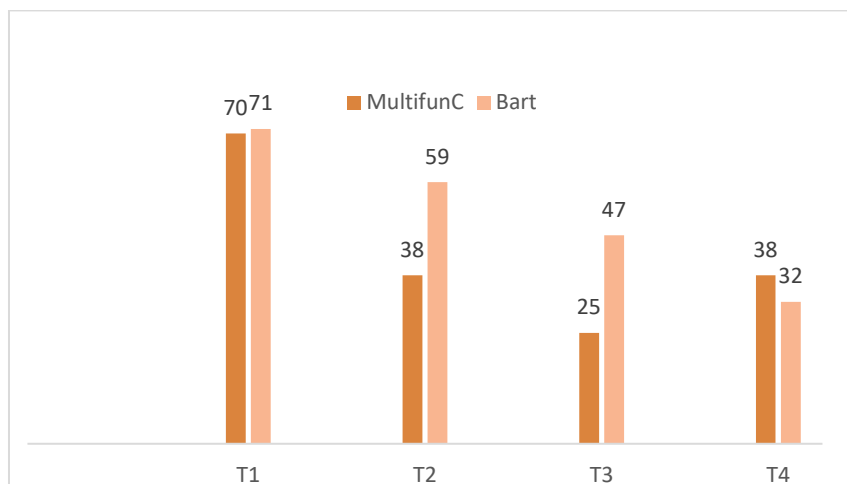
Kapittel 2: Metode

Studiens gjennomføring, design, metode og prosedyre beskrives nærmere i dette kapitlet. Prosedyrene for rekruttering av informanter, innhenting av ungdommenes samtykke og innhenting av datamateriale som intervju og selvrapporteringskjemaer samt arkivering, ble gjennomført i henhold til retningslinjene fra Regional etisk komité (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Den kvasi-eksperimentelle matchede studien startet opp i mars 2011 og rekruttering av nye ungdommer til studien ble avsluttet i slutten av desember 2013. Rekrutteringen av ungdommene fra MultifunC- og sammenligningsinstitusjonene var kontinuerlig for begge tiltakene. At studien er kvasi-eksperimentell vil si at fordelingen av deltakere ikke er tilfeldig (som ved loddtrekning eller annet), og at studien er matchet vil si at studiens deltakere velges slik at gruppene blir like på ett eller flere forutbestemte kriterier. På denne måten vil gruppene som skal sammenlignes bli sammenlignbare før intervensjonen (Kazdin, 2003b). Kriteriet for matching her var en skåre lik 20 eller høyere på instrumentet Youth Level of Services (for mer se Inklusjon og eksklusjonskriterier nedenfor).

Studien er en sammenligning mellom MultifunC-behandling og en sammenligningsgruppe som inkluderer ulike tiltak på barnevernsinstitusjon fordelt på fire måletidspunkter (mer informasjon om måletidspunktene nedenfor). Det er kvantitative data som er innhentet gjennom standardiserte spørreskjemaer utfylt av ungdommene. Prosedyrer og spørreskjemaer og annet var identiske i de norske og svenske delstudiene for å muliggjøre en eventuell sammenslåing av dataene på et senere tidspunkt, med unntak av at ungdommene fylte i spørreskjemaer også seks måneder etter inntak i den norske studien, og at det opprinnelige kriteriet med en skåre om at $YLS \geq 23$ ble beholdt i Sverige.

Frafall er en utfordring i forskning. Figur 1 gir en skjematisk presentasjon om hvor mange ungdommer som samtykket til deltakelse og som faktisk hadde påbegynt besvarelser av spørreskjemaene fra inntaket (T1) til to år etter inntaket (T4).

Figur 1



Merk.

BART = Best Available Residential Treatment. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

Inklusjon og eksklusjonskriterier

For inklusjon i studien skulle ungdommen være i alderen 13-17 år. Aktuelle for deltakelse var ungdommer som ble plassert på barnevernsinstitusjon i henhold til § 4-24 Plassering og tilbakehold i institusjon uten eget samtykke og § 4-26 Tilbakehold i institusjon på bakgrunn av eget samtykke i barnevernloven (Lov om barneverntjenesten). For inklusjon i studien skulle ungdommene ha en skåre lik 20 eller høyere på Youth Level of Services (YLS) på en skala der maksimumsskåren er 42 (Flores, III, & Latessa, 2003). Det var ingen begrensninger om hvor ungdommen bodde før plassering, som institusjon, hjemme hos biologisk forelder, fosterhjem eller annet. Før plassering gjorde Bufetats fagteam en vurdering om institusjonsplassering. Blant vurderingene som ble gjort, var om et poliklinisk tilbud som for eksempel Multisystemisk terapi (MST) var best egnet for å ivareta den aktuelle ungdommens behov. Opprinnelig var det planlagt at skåren på YLS skulle være lik 23 eller høyere (Fossum & Ogden, 2010). I og med at man gjennomførte kliniske vurderinger av inklusjon på de fem MultifunC-institusjonene førte til at ungdommer med skårer lik 19 og 20 ble inkludert her, ble inklusjonsskåren satt til en skåre lik 20 eller høyere også for ungdommene som var på en BART-institusjon.

Ungdommer som ikke var aktuelle for å inkluderes i studien, var ungdommer som ble plassert på barnevernsinstitusjonen med bakgrunn som barnesoldat og mistanke om alvorlige psykosetilstander.

Institusjonstyper

MultifunC er rettet mot ungdom mellom 13-17 år med alvorlige atferdsvansker, plassert i behandling sinstitusjoner etter § 4-24 og §4-26, som ikke kan nyttiggjøre seg hjemmebaserte tiltak og

viser problemer på flere områder (som regelbrytende og utagerende atferd, antisosiale venner, problematisk skolehverdag, konfliktfylte relasjoner til jevnaldrende og familie). MultifunC som behandlingsmodell er basert på en økologisk forståelse av atferdsproblemer der man jobber med familiebaserte behandlingstiltak og kognitiv atferdsterapi. Behandlingen er organisert i en fase med behandling på institusjonen som varer i ca. 5-6 måneder og en periode der behandlingstiltakene foregår i hjemmet og nærmiljøet til ungdommen med en varighet på ca. 5-6 måneder. Etter fasen med institusjonsbehandling følges ungdommen opp av institusjonen i ytterligere 5-6 måneder. Denne inndelingen av behandlingsfaser er også sentral for valg av måletidspunktene i studien som sammenfaller med inntak (T1), måletidspunktet forholdsvis kort tid etter at ungdommene har forlatt institusjonen etter 5-6 måneder ved seks måneder (T2), ett år etter inntak (T3) og to år etter inntak (T4).

MultifunC-behandling fokuserer på 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 på institusjonen og når han/hun er i hjemmet/nærmiljøet, arbeider familieteamet ved MultifunC-institusjonene målrettet sammen med foreldre og andre omsorgspersoner. Studier har vist at en sterk forbindelse til familien kan bidra til å redusere tilbakefall (Dowden & Andrews, 2000) – MultifunC-modellen fokuserer på å styrke og forbedre ungdommenes familieforhold (Andreassen, 2003).

Behandlingen på MultifunC-institusjonene er organisert i fire team som hver har ansvar for spesifikke forhold i oppholdet for ungdommen på institusjonen. Teamene består av et utredningsteam, miljøteam, pedagogisk team, og familie- og oppfølgingsteam. For mer informasjon om hvert teams ansvarsområde, se for eksempel Andreassen (2005; 2015), eller Fossum og Holmen (2011).

Ungdommene som var plassert i sammenligningsgruppen, BART, mottok flere ulike institusjonstiltak, og behandlingstiltakene i disse institusjonene varierte mye (se også Appendix 2 nedenfor). Ungdommene i BART-gruppen inkluderte til sammen 13 ulike institusjoner. Trettifem ungdommer var plassert på offentlige barnevernsinstitusjoner, 32 ungdommer var plassert på private barnevernsinstitusjoner og 12 ungdommer kom fra behandlingskollektiv. Organisering av de ulike BART-institusjonene varierte mye og hvor lenge ungdommen skulle være plassert og annet varierte.

Institusjonene varierte også med hensyn til behandlingsfilosofi og behandlingstilnærming. BART institusjonene var barnevernsinstitusjoner, og inkluderte ikke rusinstitusjoner eller ruskollektiv. Hensikten med inklusjonen av ulike institusjonstyper her, er at det er et poeng å sammenligne effekten av behandlingstiltaket MultifunC med annen og varierte tiltak på ulike barnevernsinstitusjoner.

Instrumenter benyttet i studien

Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI) består av 42 utsagn som skåres av inntaksansvarlige på MultifunC-institusjonene eller forskningsmedarbeiderne med enten nei eller ja (Flores, Ill, & Latessa, 2003). I denne rapporten rapporteres totalt risikonivå ved inntak (T1). YLS er et godt egnet instrument som ble brukt for å vurdere risikonivået og til å skille mellom ungdommer som kan behandles på en barnevernsinstitusjon, og hvem som ikke bør plasseres for eksempel som følge av fare for «smitteeffekter» av uønsket risikoferd som bruk av rusmidler, kriminalitet og annet. En skåre lik 23 regnes som at vedkommende er i høy risiko for alvorlige atferdsproblemer. YLS er beskrevet i Psyktest barn av Jakobsen og Kornør (2017) som etterlyser flere norske studier som undersøker instrumentets måleegenskaper. Opprinnelig var YLS planlagt brukt som kartleggingsinstrument for å vurdere klinisk fremgang, forskjeller og annet (se Fossum & Ogdén, 2010), men dette ble endret i og med at det viste seg å være svært usikkert i hvor stor grad man fikk samlet inn ulik informasjon fra arkiver og journaler som et supplement til informasjon fra ungdommene. Dette kunne ført til systematisk for lave skårer på oppfølgingstidspunktene ett- (T3) og to år etter inntak (T4). Vi valgte derfor å bruke benytte YSR eksternalisering til dette (for informasjon om YSR se nedenfor).

European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD) er et semi-strukturert intervju som kartlegger utfordringer i ungdommers liv (Friedman, Terras, & Øberg, 2001). EuroADAD ble oversatt til norsk av Astrid Brandsberg-Dahl, Grethe Lauritzen og Heid Nøkleby i samarbeid med én av originalforfatterne, David Øberg, i 2007 (Kornør & Johansen, 2015). EuroADAD er et akseptabelt/tilfredsstillende verktøy når det gjelder bruk ved kliniske og forskningsrelaterte kontekster (Chinet et al., 2007) selv om en nyere artikkel la vekt på manglede dokumentasjon for måleegenskapene ved den norske, danske og svenske versjonen av EuroADAD (Kornør & Johansen, 2015). EuroADAD består av 120 utsagn som dekker 7 sub-domener. Disse sub-omenene 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 (en gradert skala, for EuroADAD er denne skåren fra 0-9). Studier har vist indre konsistens målt med Cronbachs alfa fra moderat til høy (rang .47-.87) og tilsvarende tilfredsstillende interater-reliabilitet (Bolognini et al., 2001). En studie gjennomført i

Ungarn viste også moderate til høye Cronbachs alfa-skårer (rang .50-.84) (Czobor et al., 2011). Her ble en forkortet versjon av EuroADAD brukt ett (T3) og to år etter inntaket (T4) for å kartlegge ungdommenes rusatferd.

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. En studie utført av Ebesutani, Bernstein, Martinez & Chorpita (2011) indikerte at YSR viste høy reliabilitet spesielt blant eldre ungdommer. YSR består av 113 tema som besvares på en skala fra 0-2 (passer ikke; passer iblant; passer ofte). Spørsmålene deler seg i to hovedområder, med åtte underkategorier. 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. Prosedyrer beskrevet i manualen for YSR benyttes når det gjelder 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, tid 3 og tid 4. I henhold til manualen for YSR ble en ikke-klinisk skåre lik 19 eller lavere benyttet. En klinisk skåre lik 20 eller høyere indikerer betydelige utageringsproblemer.

Self-Report Delinquency scale (SRD) som er et mål på regelbrytende atferd (Elliott, Agaton, Huizinga, Knowles, & Canter, 1983) ble fylt ut av ungdommene ved alle fire tidspunktene. Her rapporterer ungdommene frekvensen av regelbrytende og utagerende atferd hjemme, på skolen og i ungdommenes nærmiljø ellers på en skala 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 ville trolig gjelde for begge behandlingskategoriene. Skjema med 4 eller flere manglende utfylte spørsmål inngår ikke i analysene av SRD. Ogden og Halliday-Boykins (2004) benyttet SRD i den norske studien for å evaluere behandlingseffektene av multisystemisk terapi (MST), og rapporterte høy indre konsistens (Cronbachs-alfa = .83). Tre deldomener for SRD presenteres. I denne kartleggingen valgte vi å rapportere er SRD voldsbrudd, SRD tyveri og SRD ødeleggelse.

Bruk av Rusmidler ble kartlagt samtidig som ungdommene besvarte YSR og SRD. Først ble ungdommene spurt om de hadde brukt ett eller flere rusmidler de siste 6 månedene. Hvis ungdommene svarte ja på dette, ble de spurt om å informere om hvilket rusmiddel og frekvensen på slik bruk på en seks-punkts Likert-skala fra daglig brukt til ikke brukt.

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 god kjennskap til tiltak og annet rettet mot ungdommen. Disse ble gjennomført ca. hver 90. dag i løpet av det første året ungdommen var på institusjonen. Instrumentet ble oversatt og tilpasset for denne studien av prosjektlederen og kalt Behandlingstiltak på Barnevernsinstitusjoner (BPB). I tillegg til å registrere utrednings- og behandlingstiltak på barnevernsinstitusjonene, var BPB ment å gi et bilde på hvor mye ungdommene tok del i ulike behandlingstiltak, rømninger, og voldsbruk fra ungdommene på barnevernsinstitusjonene, og samarbeid med andre som politi, organisert fritidsaktivitet, kommunale barnevernstjenester og andre om tiltak rettet mot den aktuelle ungdommen. I denne rapporten presenteres resultatene fra 90 og 180 dager for å unngå systematiske skjevheter mellom de to behandlingstypene i og med at de fleste ungdommene befant seg på barnevernsinstitusjonen i denne perioden.

Prosedyre for innhenting av samtykke og datainnsamling ved inntak (T1)

Det var fagteamene i Bufetat som fant behandlingstilbudene til ungdommene og vurderte hvor hver enkelt ungdom skulle plasseres. For ungdommene på BART-institusjonene ble det gjennomført en forkortet YLS-vurdering av forskningsmedarbeiderne for å vurdere om ungdommen var aktuell for deltakelse. Ungdommene var fortsatt aidentifiserte for forskningsmedarbeiderne på dette tidspunktet. Om inntakskriteriene for deltagelse i studien var oppfylt, ble det rettet en forespørsel om samtykke til deltakelse i studien. Etter at ungdommene hadde fått tid til noe betenking, ble komplett YLS, de øvrige kartleggingsinstrumentene og EuroADAD gjennomført av forskningsmedarbeiderne.

På MultifunC-institusjonene ble YLS-vurderingene på T1 gjort av utredningsteamet. Deretter ble ungdommene i begge behandlingstilbudene informert om at det ble gjennomført en studie for å evaluere tiltak på barnevernsinstitusjon av en ansatt på institusjonen, og han/hun ble spurt om å møte en forskningsmedarbeider for å høre mer om studien og om det kunne være aktuelt å delta i studien. Dersom ungdommen samtykket til dette, møtte forskningsmedarbeiderne ungdommen for å informere om studien, hva deltakelse i denne ville innebære, og ungdommen ble informert om muligheten til å kunne trekke seg fra studien på ethvert tidspunkt uten at dette ville få noen konsekvenser av noen art.

Registerdata vedrørende barnevern

Informasjon om antall plasseringer, antall dager ungdommene hadde vært plassert og om ungdommene var plassert ett- (T3) eller to år etter inntak (T4) ble innhentet fra Bufdirs database Birk.

Registerdata vedrørende kriminalitet

Arkivinformasjon om kriminalitet vil gi kunnskap om tre forhold – årsaker til soning (både ungdommer som er dømt, og som har sonet ferdig), tiden ungdommene sonet i perioden fra 2011 til 2015 og registrerte siktelsener i perioden 2009 til 2016. Det gis en oversikt for siktelsener totalt og siktelsener for brudd på narkotikalovgivningen for de to behandlingalternativene for tre tidsperioder. Det var ingen tidsforskyvning for når en gjerning hadde blitt gjort, til registreringen av denne siktelsen. Tidsperiodene er året før plassering (året før T1), perioden fra plassering til to år etter inntaket (fra T1 til T4) og i tiden to år etter inntak og videre (perioden fra T4 og senere).

Statistikk fra SSB om kriminalitet brukes også til å kartlegge forekomst av kriminalitet (antall siktelsener totalt, siktelsener for brudd på narkotikalovgivningen, for trusler og for bruk av vold) for ungdommene som bodde hjemme eller fortsatt var på en barnevernsinstitusjon ett år etter inntak (T3), og i perioden to år etter inntak (T4) eller senere.

Registerdata vedrørende utdanning

Arkivinformasjon om utdanning vil gi kunnskap om når ungdommene fullførte grunnskolen, eventuelt om videregående opplæring er påbegynt, antall semester som er registrert i videregående opplæring og eventuelle utdanninger som er påbegynt i høyere utdanning. Videre presenteres påbegynt videregående skolegang på trinn 1, 2 og 3 for de to behandlingalternativene. Det finnes også en kolonne i denne tabellen (se Tabell 11) om andelen ungdommer som er gamle nok for å være elever på videregående all den tid ikke alle ungdommene er gamle nok til å være elever på videregående før i 2015.

Statistikk

Forskjeller mellom de to institusjonstypene (i.e. behandling på MultifunC-institusjon og annen institusjonsbehandling BART) ved plasseringstidspunktet er analysert ved kji-kvadrattester (χ^2) og enveis variansanalyse (ANOVA). χ^2 benyttes ved kategoriske variabler (av typen ja/nei og andre) mens ANOVA benyttes ved kontinuerlige variabler som f.eks. atferdsskårer.

For å sammenligne utvikling i de to behandlingalternativene over fire tidspunkt (gjelder YSR og SRD), ble det gjort flernivåanalyser (Singer & Willett, 2003), ettersom data er hierarkiske i den forstand at målinger (nivå 1) er nøstet i individer (nivå 2). Variabelen tid ble brukt som en kontinuerlig variabel, kodet ved hjelp av utfyllingsdato for spørreskjema på de ulike tidspunktene. Dette var viktig i og med at måletidspunktene ved seks måneder (T2), ett (T3) og to år etter inntak (T4) varierer i og med at det tok tid å lokalisere og avtale med ungdommene treffpunkt slik at de kunne besvare spørreskjemaene. I tabellene er signifikante forskjeller i utvikling markert, mens eventuelle tidseffekter ikke er det. En signifikant behandlingseffekt vil si at det er statistiske signifikante forskjeller mellom behandlingene, mens en signifikant tidseffekt vil si at endringene over tid er signifikant. Dersom det ikke er signifikante forskjeller mellom de to behandlingkategoriene, gjelder trolig eventuelle tidseffekter for begge behandlingene. I tilfeller med signifikante forskjeller, presiseres det for hvilken behandling tidseffektene gjelder. 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 benyttet (Achenbach & Rescorla, 2001). For kategoriske variabler over tid (diverse rusbruk og klinisk versus ikke-klinisk skåre på YSR), ble generalisert flernivåanalyse benyttet.

I prosjektet ble det vurdert om man skulle imputere data for de ungdommene som hadde manglende besvarelser på mer enn to tidspunkt. Å imputere manglende informasjon er en statistisk metode for å håndtere manglende verdier på enkeltvariabler. Dette gjør det mulig å gjøre statistiske undersøkelser på hele utvalget. Det er ikke uvanlig å gjøre dette, men i og med at det er rimelig å anta at frafallet ikke er tilfeldig (not missing at random - NMAR), valgte vi ikke å gjøre dette i denne rapporten og heller bruke dataene som de foreligger.

De statistiske testene er gjort ved hjelp av Statistical Package for Social Science (SPSS, versjon 24). Signifikansnivå på 0,05 ble benyttet for vurdering av statistisk signifikans.

Kapittel 3: Resultater

Likheter og forskjeller mellom behandlingsalternativene ved inntak (T1)

Totalt var det 151 ungdommer som ble rekruttert ved inntak i barnevernsinstitusjonene. Av disse var det 148 (98%) ungdommer som ønsket å fortsette deltakelse ved datainnsamling. Det var 71 ungdommer som var plassert på MultifunC-institusjon og 77 ungdommer mottok annen institusjonsbehandling (Best Available Residential Treatment - BART). Blant de 71 ungdommene i MultifunC-gruppen var det 70 som besvarte spørreskjemaene ved inntak (T1).

Tabell 1 gir en kort presentasjon av likheter og forskjeller mellom behandlingstiltakene MultifunC og BART ved inntak på institusjonene.

Tabell 1

	MultifunC (n = 71)	BART (n = 77)	
	gjennomsnitt (SD)	gjennomsnitt (SD)	
Alder	15.9 (1.0)	16.0 (1.1)	$F(1, 143) = 0.4$
Gutter i % / Jenter i %	66.2 / 33.8	63.6 / 36.4	$\chi^2(1) = 0.1$
Institusjon/hjem før inntak i %	75.0/25.0	79.1/20.9	$\chi^2(1) = 0.3$
Antall plasseringer før inntak	1.2 (1.7)	1.5 (2.5)	$F(1, 137) = 0.6$
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. YLS = Youth Level of Services, YSR = Youth Self Report.

* $p < .05$, BART = Best Available Residential Treatment

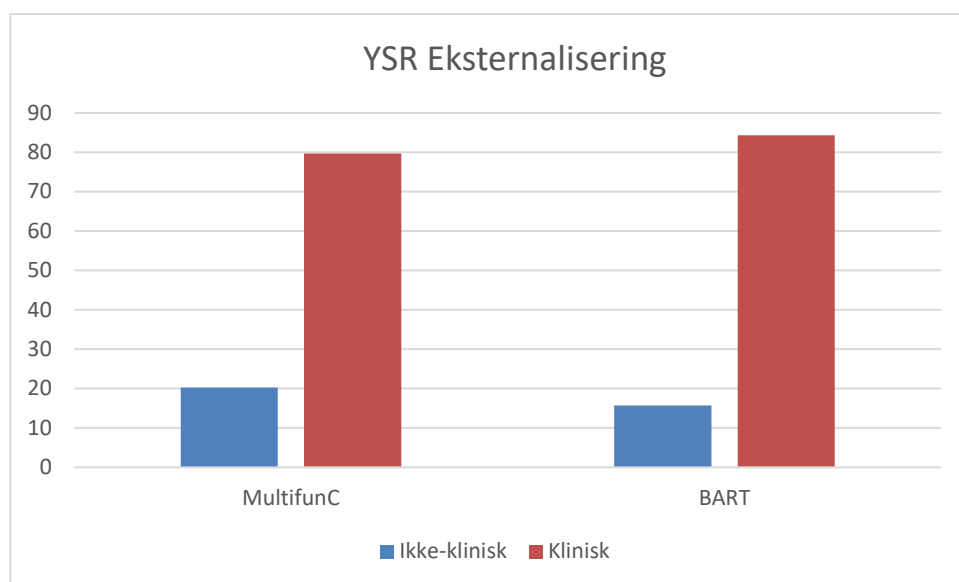
Det var ingen signifikante forskjeller ved inntak på institusjonene i ungdommenes alder og kjønn. Som det kommer frem av Tabell 1 bodde majoriteten av ungdommene på institusjon før plassering. Tilsammen bodde 23% av ungdommene hjemme hos én av eller begge foreldrene eller hos andre slektninger. Når det gjelder antall plasseringer før plassering på den aktuelle institusjonen, var det i

alt 15 (11.2%) som hadde blitt plassert i et barnevernstiltak fire eller flere ganger, men det var altså ingen forskjeller mellom de to behandlingstilbudene (se Tabell 1).

Det var heller ingen forskjeller i ungdommenes risikonivå målt med YLS ved inntak. På YSR var det signifikante forskjeller; dette gjaldt både totalskåren, og internaliserings- og eksternaliserings-skårene. Ungdommene fra BART-institusjonene hadde signifikant høyere skårer enn ungdommene som var plassert i en MultifunC-institusjon. Når det gjaldt fordelingen på eksternaliserings-skårer over og under en klinisk skåre lik 20 eller over (se under for ytterligere informasjon) var det ingen forskjeller.

Figur 2 illustrerer prosentvis fordeling av ungdommer i klinisk område ved inntak (T1).

Figur 2



Merk. YSR = Youth Self Report, klinisk område = skåre lik 20 eller høyere på YSR eksternalisering.

MultifunC: n = 64, BART: n = 70

Når det gjaldt likheter og forskjeller mellom ungdommene i MultifunC- og BART-gruppene inngikk totalt 134 komplette besvarelser på YSR, 64 fra ungdommer i MultifunC og 70 fra BART. På YSR eksternalisering var det i alt 51 (79.7%) blant ungdommene i MultifunC-gruppen som skåret i klinisk område mens 13 (20.3%) befant seg i ikke klinisk område. Tilsvarende fordeling for ungdommene i BART var henholdsvis 59 (84.3%) og 11 (15.7%). Denne fordelingen er ikke signifikant forskjellig, $\chi^2(1) = 0.48$, $p = .49$. På YSR internalisering var det blant ungdommene i MultifunC-behandling 12 (18.8%) i klinisk område og 52 (81.2%) i ikke klinisk område. For ungdommene i BART-gruppen var

tilsvarende fordeling 27 (38.6%) og 43 (61.4%). Det var altså signifikant flere ungdommer i klinisk område i BART-gruppen, $\chi^2(1) = 6.37, p = .01$.

I fortsettelsen presenteres tallene for selvrapportert bruk av illegale rusmidler. Denne informasjonen ble samlet inn gjennom det semistrukturerte intervjuet EuroADAD. Tabell 2 presenterer resultatene fra EuroADAD om bruk av illegale rusmidler ved inntak (T1) for en ikke spesifisert periode.

Tabell 2

		MultifunC	BART
Medikament		N (%)	N (%)
Hasj/marihuana	Aldri	6 (9%)	6 (8.1%)
	1-3 ganger	8 (11.9%)	5 (6.8%)
	≥ 4 ganger	53 (79.1%)	63 (85.1%)
Amfetamin	Aldri	35 (51.5%)	36 (48.0%)
	1-3 ganger	11 (16.2%)	7 (9.3%)
	≥ 4 ganger	22 (34.2%)	32 (42.7%)
Kokain	Aldri	36 (52.9%)	34 (46.6%)
	1-3 ganger	10 (14.7%)	8 (11.0%)
	≥ 4 ganger	22 (32.4%)	31 (42.5%)
Hallusinogen	Aldri	43 (63.2%)	43 (58.1%)
	1-3 ganger	16 (23.5%)	16 (21.6%)
	≥ 4 ganger	9 (13.2%)	15 (20.3%)
Partydop	Aldri	53 (79.1%)	52 (71.2%)
	1-3 ganger	9 (14.3%)	10 (13.7%)
	≥ 4 ganger	5 (7.5%)	11 (15.1%)
Heroin	Aldri	50 (75.8%)	50 (68.5%)
	1-3 ganger	8 (12.1%)	11 (15.1%)
	≥ 4 ganger	8 (12.1%)	12 (16.4%)

Note. BART = Best Available Residential Treatment. Ingen signifikante forskjeller.

MultifunC: n = 67, BART n = 74

Det var ingen signifikante forskjeller mellom ungdommene i MultifunC- og BART-behandlingene ved inntak (T1) i bruk av rusmidler. Testene, alle χ^2 med to frihetsgrader, rangerte fra 0.92 til 2.42. Som det kommer frem av tabellen, er antall deltakere noe høyere for bruk av illegale rusmidler enn i rapporten forøvrig. Dette skyldes at alle som gjennomførte intervjuet, er inkludert og at flere besvarte dette enn de som fylte i spørreskjemaene.

Kort drøfting av forskjellene og likhetene mellom gruppene ved inntak

Det var ingen signifikante forskjeller mellom ungdommene som ble plassert på henholdsvis en MultifunC- eller BART-institusjon ved plassering på kriteriet for matching (YLS). Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i erfaring med illegale rusmidler ved Inntak (T1), og ingen forskjeller i antall siktelsener generelt eller for brudd på narkotikalovgivningen før plassering på institusjonene (for mer detaljer se Registerdata vedrørende kriminalitet nedenfor). For evalueringen av behandlingsmodellen MultifunC er dette viktig, all den tid at YLS var det sentrale kartleggingsinstrumentet for å matche ungdommene. Likeledes er det betydningsfullt at gruppene ikke var forskjellige med tanke på bruk av rusmidler. Dette er ingen randomisert studie og slike begrensninger og skjevheter som beskrevet her, kan oppstå.

Behandlingstid på MultifunC-institusjoner vs BART-institusjoner

Vi har informasjon om behandlingstid på institusjonene fra Bufdirs database BIRK om 68 ungdommer fra MultifunC- og 74 i BART-behandling. Analyser av totalt antall dager som ungdommene hadde vært plassert på en institusjon, viste at ungdommene i MultifunC totalt hadde vært plassert i 274.8 dager (SD = 167.7) og ungdommene i BART hadde tilsvarende vært plassert i 424.7 (SD = 404.5) dager. Ungdommene i MultifunC hadde vært plassert i signifikant færre dager enn tilfelle var for ungdommene i BART, Welch F (1, 99.1) = 8.6, $p < 0.01$. Som det går frem av standardavvikene i denne testen, er det store variasjoner i både MultifunC- og BART-institusjonene. Dette innebærer at selv om behandlingstiden i gjennomsnitt var 275 dager på MultifunC-institusjonene, oppholdt flere ungdommer seg der både kortere og lengre. Variasjonen i behandlingstid var størst for ungdommene i BART-behandling.

Frafallsanalyser

Det var til sammen 134 ungdommer som hadde besvart YSR-skjemaet tilfredsstillende på T1 med åtte (8) eller færre manglende avkryssinger («missing») på de 113 utsagnene. Det var ingen forskjell mellom behandlingalternativene med tanke på frafall. Blant ungdommene som deltok besvarte totalt 72 (53.7%) av ungdommene spørreskjemaene på mer enn ett tidspunkt, mens så mange som 62 (46.3%) kun besvarte spørreskjemaene ved inntak. Forskjellene mellom ungdommene som

besvarte spørreskjemaene kun én gang sammenlignet med de som besvare spørreskjemaene to eller flere ganger var allikevel ikke systematiske på en måte som umuliggjør analyser om behandlingstiltaket MultifunC og BART. For gjennomsnittsverdier, statistiske tester og drøftinger om frafallet, kan flere detaljer sees i Appendix 1 sist i rapporten.

Utvikling fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4)

Tabell 3 er en presentasjon av utvikling på fire tidspunkt for spørreskjemaene YSR og SRD fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) og bruk av narkotika siste 30 dagene fra EuroADAD ved inntak (T1), ett (T3) og to år etter inntak (T4).

Tabell 3

	MultifunC				BART			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)	m (sd)
Youth Self Report:								
Internalisering	13.2 (9.1)	13.0 (10.6)	16.6 (13.9)	12.9 (11.5)	16.7 (9.7)	12.9 (8.7)	12.0 (7.5)	13.8 (11.3)
Eksternalisering*	28.1 (10.1)	25.9 (8.6)	28.3 (23.1)	21.2 (14.6)	32.7 (12.0)	26.1 (11.8)	23.5 (12.1)	17.7 (9.0)
Klinisk område eksternalisering: n (%)	51 (79.7)	26 (74.3)	13 (52.0)	15 (39.5)	59 (84.3)	41 (69.5)	26 (57.8)	13 (40.6)
Self Reported Delinquency:								
Voldsbrudd	11.4 (13.3)	12.4 (16.4)	4.2 (10.7)	2.6 (5.4)	18.5 (19.0)	7.9 (13.8)	5.7 (14.2)	1.0 (2.0)
Ødeleggelse	8.5 (9.6)	6.9 (8.8)	2.9 (5.9)	1.4 (3.9)	10.6 (10.7)	4.0 (7.7)	3.4 (8.0)	0.03 (0.2)
Tyveri	16.3 (17.3)	15 (16.7)	10.3 (15.8)	4.4 (11.4)	22.7 (21.9)	12.1 (19.2)	7.0 (16.8)	0.34 (1.0)
Antall dager narkotikabruk siste 30 dager (EuroADAD)	3.9 (9.2)	-	1.7 (6.9)	3.5 (8.7)	7.4 (11.9)	-	2.4 (6.0)	5.5 (10.4)

Merk.

T1 = Inntak, T2 = 6 måneder etter inntak, T3 = 12 måneder etter inntak, T4 = 24 måneder etter inntak.

MultifunC = 5 institusjoner som arbeider i henhold til MultifunC, BART = Best Available Residential Treatment.

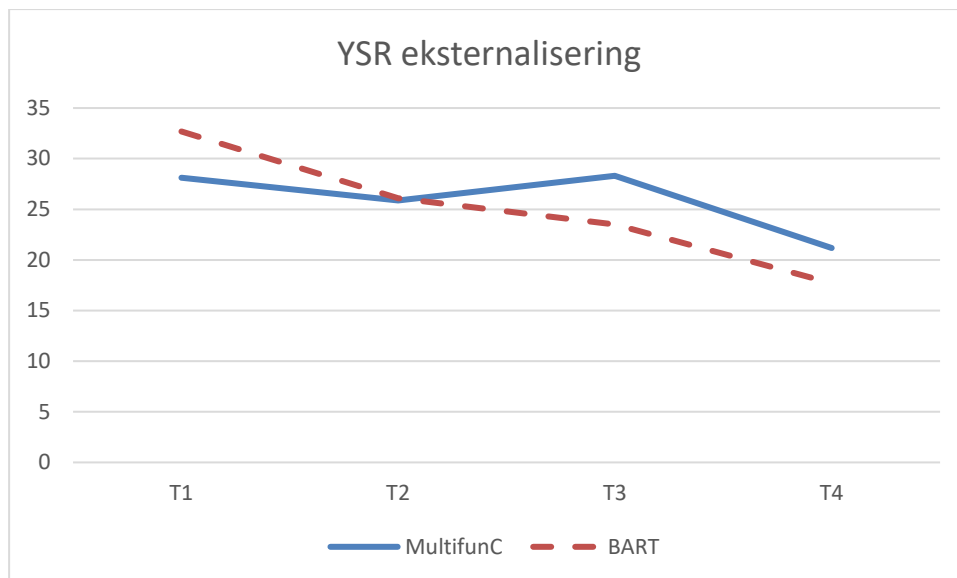
MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38, BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32 (n gjelder Youth Self Report).

*p<.01 i favør BART-behandling

Først presenteres resultatene for YSR før SRD presenteres. På YSR eksternalisering viste begge behandlingsgruppene i snitt positiv fremgang etter inntak i institusjonene (T1).

Figur 3 gir en presentasjon om endringene på YSR eksternalisering.

Figur 3



Merk. YSR = Youth Self Report. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

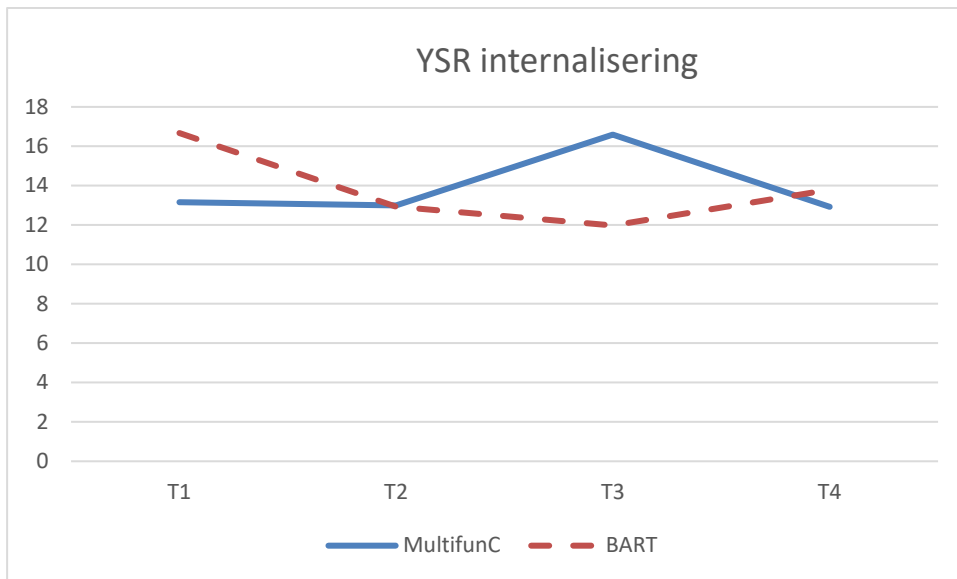
MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38, BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32

Det var en signifikant forskjell mellom MultifunC og BART i utvikling på YSR eksternalisering over fire tidspunkt, $t = 2.8$, $p < .01$ og endringene var størst for ungdommene i BART-behandling. Det var også en signifikant tidseffekt på YSR eksternalisering for hele perioden, $t = -5.7$, $p < .001$ for BART-behandling. Som vist i figuren var det en jevn reduksjon i selvrapporterte eksternaliseringsvansker for ungdommene i BART. For ungdommene i MultifunC-behandling var det også en reduksjon i eksternalisering, men det var noe økning i eksternaliseringsvansker fra seks måneder etter inntak (T2) til ett år etter inntak før disse avtok mot to år etter inntaket (T4).

På YSR internalisering var det i realiteten liten endring i gjennomsnittsskårene i begge behandlingskategoriene. For ungdommene i MultifunC var disse skårene stabile fra inntak (T1) til seks måneder etter inntak (T2), for så å forverres noe før internaliseringsproblemene ble bedre igjen. I BART-gruppen var det i snitt en reduksjon fra inntak (T1) til ett år etter inntak (T3) før disse igjen økte frem til to år etter inntak (T4).

Figur 4 presenterer endringene på YSR internalisering på fire tidspunkt.

Figur 4



Merk. YSR = Youth Self Report. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

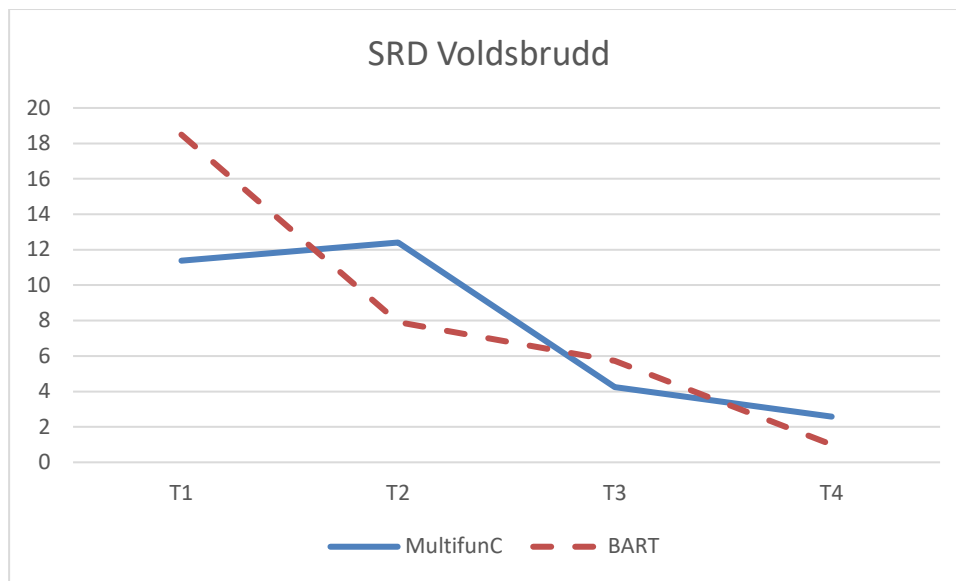
MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38, BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32

Det var ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene med tanke på utviklingen fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4), $t = 1.6$. Som det kan sees i figuren, var det heller ingen betydningsfulle forskjeller mellom gruppene to år etter inntaket (T4).

Tre deldomener for SRD presenteres. Disse er SRD voldsbrudd, SRD tyveri og SRD ødeleggelse.

Utviklingen på SRD voldsbrudd presenteres i Figur 5.

Figur 5



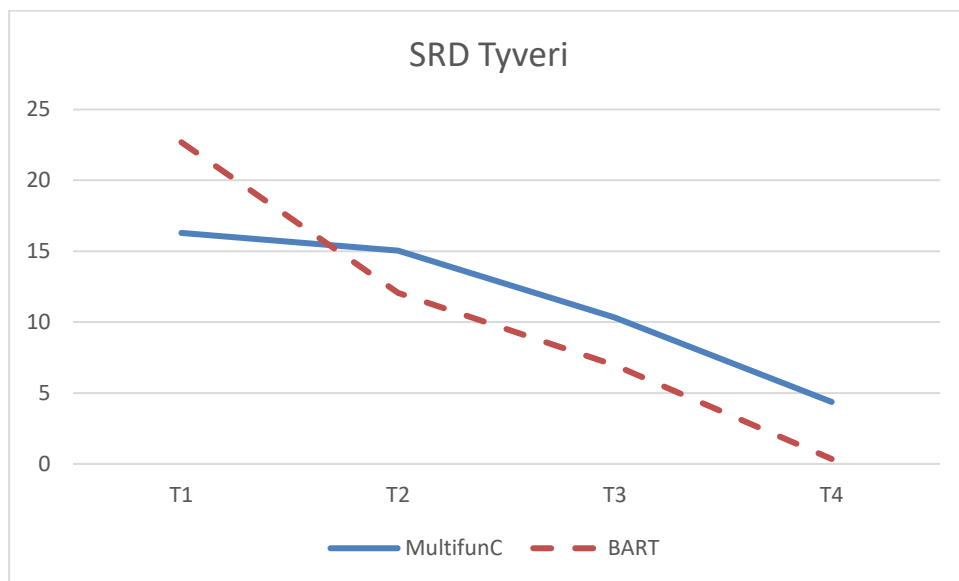
Merk. SRD = Self-Reported Delinquency. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38, BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32

Som kan sees i Figur 5 skåret ungdommene høyere ved inntak (T1) og så lavere seks måneder etter inntak (T2) sammenlignet med ungdommene som hadde blitt plassert på en MultifunC-institusjon der ungdommene rapporterte om en økning i voldsbrudd fra inntak (T1) til seks måneder etter inntak (T2). Når utviklingen ble sammenlignet for ungdommene på MultifunC-institusjoner med ungdommer på BART-institusjoner i hele tidsperioden, var det ingen signifikante forskjeller mellom behandlingene, $t = 1.6$, $p = .12$. Det var en signifikant tidseffekt når utviklingen på SRD voldsbrudd ble vurdert, $t = -5.5$, $p < .001$.

Utviklingen fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) på SRD tyveri presenteres i Figur 6.

Figur 6

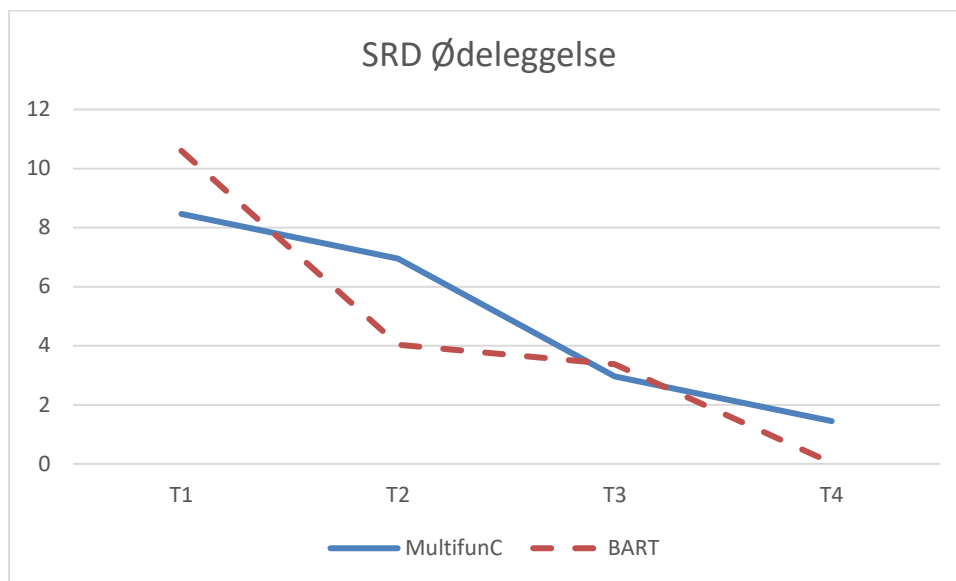


Merk. SRD = Self-Reported Delinquency. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38, BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32

Det var ingen signifikante forskjeller i skårene på SRD tyveri mellom MultifunC- og BART-gruppene, $t = 1.8$. Det var en signifikant tidseffekt i og med at det var store reduksjoner i selvrapportert tyveri fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4), $t = -5.2$, $p < .001$. Utviklingen fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) på SRD ødeleggelse presenteres i Figur 7.

Figur 7



Merk. SRD = Self-Reported Delinquency. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38, BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32

Når utviklingen fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) sammenlignes for ungdommene i MultifunC- og BART-gruppene er disse ikke signifikant forskjellige, $t = 0.4$, $p = 0.67$. Det var en signifikant tidseffekt for endringene over tid, $t = -4.2$, $p < .001$.

Utvikling fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) på MultifunC-institusjonene

For å vurdere forskjeller i endring på de fem MultifunC-institusjonene og tre typene

institusjonsplassering i BART, ble YSR eksternalisering benyttet. BART institusjonsplasseringer var enten offentlig barnevernsinstitusjon (annen enn MultifunC), privat institusjonsplassering og behandlingskollektiv. Plasseringene på MultifunC-institusjonene ved inntak (T1), for ungdommene som samtykket presenteres i Tabell 4.

Tabell 4

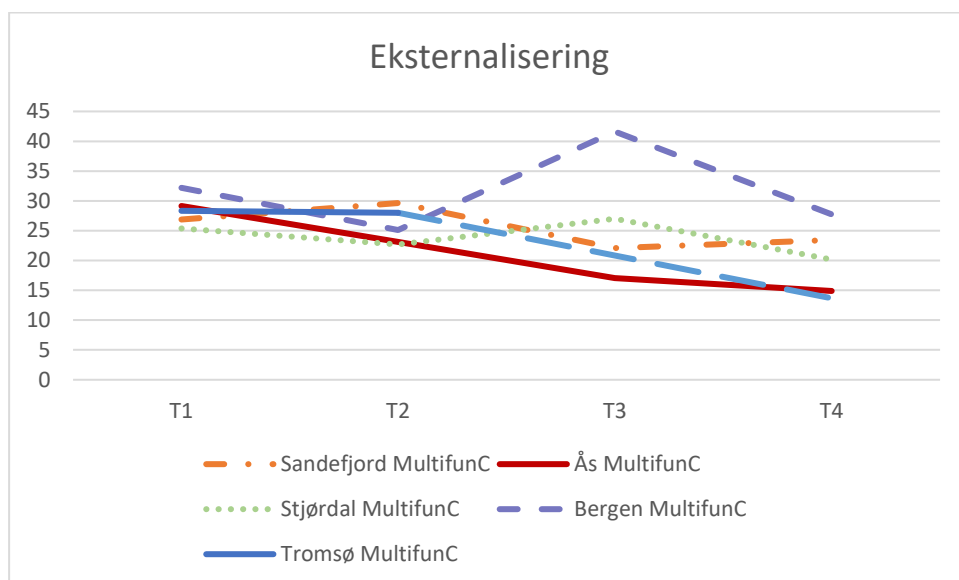
MultifunC-institusjon	Ungdommer n (%)
Ås Ungdomssenter	16 (22.5)
Bergen Ungdomssenter	13 (18.3)
Sandefjord	17 (23.9)
Ungdomssenter	
Stjørdal Ungdomssenter	16 (22.5)
Tromsø Ungdomssenter	9 (12.7)

Merk. Total n = 71

Det var ingen signifikante forskjeller mellom de fem MultifunC institusjonene på YSR eksternalisering. De fem MultifunC institusjonene var altså Sandefjord-, Ås-, Stjørdal-, Bergen- og Tromsø- ungdomssenter. Det var allikevel store forskjeller mellom institusjonene. Ungdommene på Bergen Ungdomssenter skåret for eksempel lik 41.6 i snitt på YSR eksternalisering mens ungdommene på Ås Ungdomssenter skåret lik 17.1. Den statistiske testen viste allikevel ingen signifikante forskjeller mellom alle institusjonene i utvikling i studiens to års periode, $F = 1.5$, $p = 0.22$. Dette skyldes nok at statistisk power er lav i testene som en følge av få respondenter.

Figur 8 – utviklingen på YSR eksternalisering fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) på fem MultifunC-institusjoner.

Figur 8



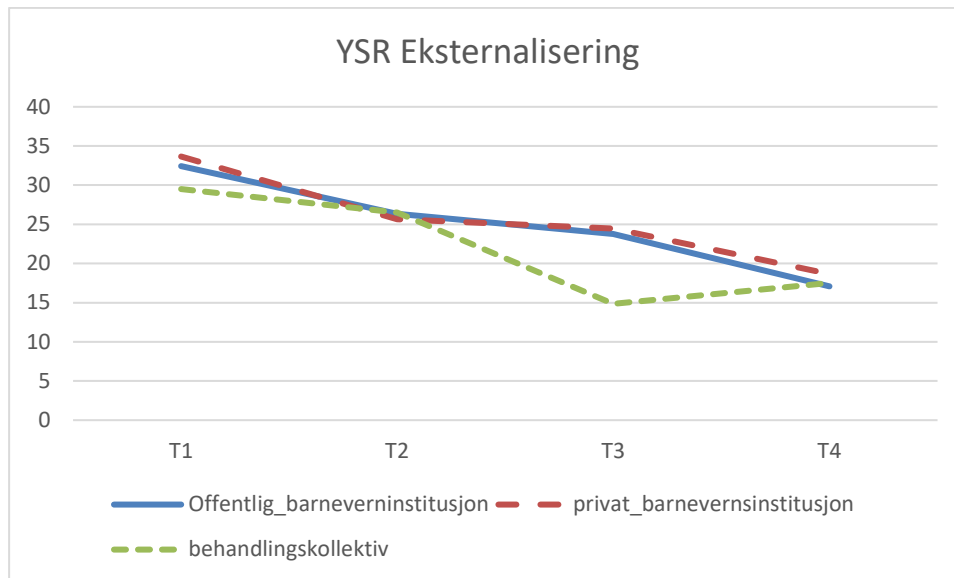
Merk. YSR = Youth Self Report, T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38

Utvikling fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) på BART-institusjonene etter type behandling/institusjon

Figur 9 presentasjon av utviklingen for ungdommer i BART-institusjoner, offentlige og private barnevernsinstitusjoner og behandlingskollektiv.

Figur 9



Merk. N offentlig barnevernstinstitusjon = 35, n privat barnevernstinstitusjon = 32, n bokollektiv = 12. YSR = Youth Self Report. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak. BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32

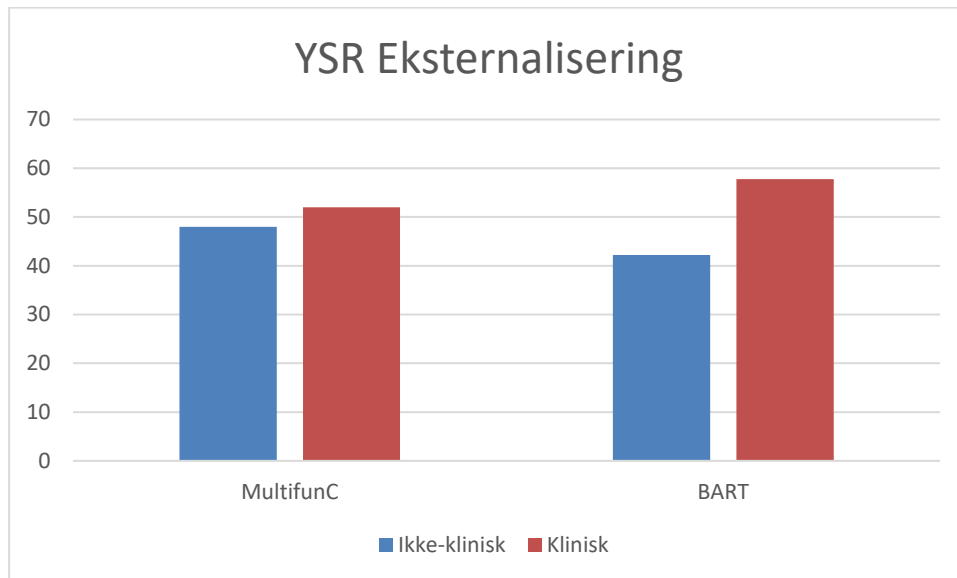
Som man kan se av figuren var det en større reduksjon i utagering i perioden fra seks måneder etter inntak (T2) til et år etter inntak (T3) for ungdommene i et behandlingskollektiv, men disse forskjellene var utjevnet to år etter inntak (T4). For ungdommene som var plassert på en av BART-institusjonene, var det heller ingen signifikante forskjeller i utviklingen fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) mellom disse behandlingalternativene på YSR eksternalisering.

Klinisk område på YSR eksternalisering ett (T3) og to år etter inntak (T4)

Ett år etter inntaket (T3) var det 70 skjemaer som inngikk i analysene på YSR eksternalisering. Blant ungdommene i MultifunC var det 12 (48.0%) i ikke-klinisk område og 13 (52.0%) i klinisk område. Tilsvarende fordeling blant ungdommene i BART var henholdsvis 19 (42.2%) og 26 (57.8%). Fordelingen var ikke signifikant forskjellig mellom de to behandlingalternativene, $\chi^2(1) = 0.64$, $p = .80$. Figur 10 gir en illustrasjon av prosentvis fordeling av klinisk og ikke-kliniske skårer på YSR eksternalisering ett år etter inntak (T3) for de to behandlingene.

Figur 10. Prosentvis fordeling av skårer over og under klinisk cut-off på YSR eksternalisering ett år etter inntak (T3).

Figur 10



Merk. YSR = Youth Self Report, klinisk område = skåre lik 19 eller høyere på YSR eksternalisering.

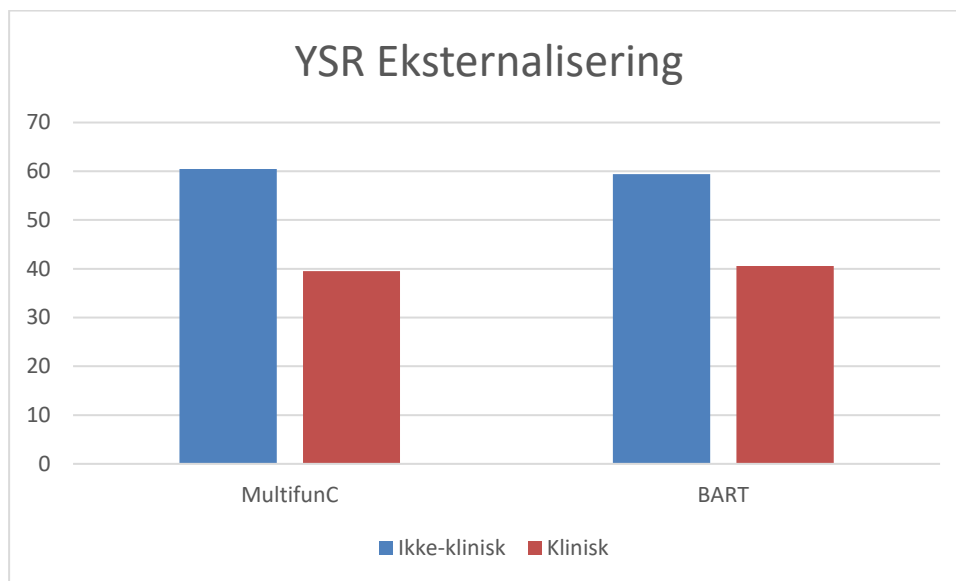
MultifunC: n T3 = 25, BART: T3 = 45

På YSR eksternalisering to år etter inntaket (T4) inkluderte skjemaer fra 70 ungdommer. I MultifunC-gruppen var det i alt 23 (60.5%) i ikke-klinisk område mens det var 15 (39.5%) i klinisk område.

Tilsvarende tall for BART var 19 (59.4%) og 13 (40.6%). Dette var ikke signifikant forskjellig, $\chi^2(1) = 0.01$, $p = .92$. Figur 11 gir en illustrasjon av prosentvis fordeling av klinisk og ikke-kliniske skårer på YSR eksternalisering på T4 for MultifunC og BART.

Figur 11 – prosentvis fordeling av ungdommer i klinisk vs ikke-klinisk område to år etter inntak i institusjonene (T4).

Figur 11



Merk. YSR = Youth Self Report, klinisk område = skåre lik 19 eller høyere på YSR eksternalisering.

MultifunC: n T4 = 38, BART: n T4 = 32

Utviklingen av klinisk/ikke-klinisk status for perioden fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4) var ikke signifikant forskjellig i MultifunC- og BART-behandlingene når dette ble testet ved generalisert flernivåanalyse, $p = .76$. Utviklingen i klinisk versus ikke-klinisk skåre på YSR eksternalisering viste en signifikant tidseffekt ($p < .01$).

Utviklingen på klinisk område på YSR eksternalisering

Det var en signifikant forskjell mellom MultifunC og BART med hensyn til hvor lenge ungdommene var institusjonsplassert. Dette er sammenfallende med hva man fant i den svenske evalueringen av MultifunC (Socialstyrelsen, 2017). Målt med YSR viser funnene i all hovedsak at det ikke er betydelige forskjeller i utvikling. Endringene på YSR eksternalisering var signifikant større i BART-behandlingen, men når det samme instrumentet ble benyttet for å evaluere utviklingen i den samme perioden på skårer over eller under klinisk cut-off, var dette ikke signifikant. Videre ender begge behandlingkategoriene opp med omtrent like skårer på YSR eksternalisering to år etter inntak (T4) med en forskjell på 3,5 poeng i favør av BART-behandlingen. To forhold bør allikevel presiseres. Ungdommene i BART skåret i snitt signifikant høyere på selvrapportskjemaene YSR ved inntak (T1). Snittskårene er jevnt over noe lavere for ungdommene i BART to år etter inntak (T4). Forskjellene to år etter inntaket vurderes allikevel ikke som avgjørende store. Selv om endringene over tid var signifikant større på YSR eksternalisering for BART-gruppen var ikke dette tilfelle for SRD-

delområdene tyveri, ødeleggelse eller regelbrudd. Det er derfor ikke grunnlag for å konkludere med at BART-behandling er mer effektiv for å redusere atferdsvansker over tid enn MultifunC-behandling er.

Bosted ett- og to år etter inntak i institusjonene

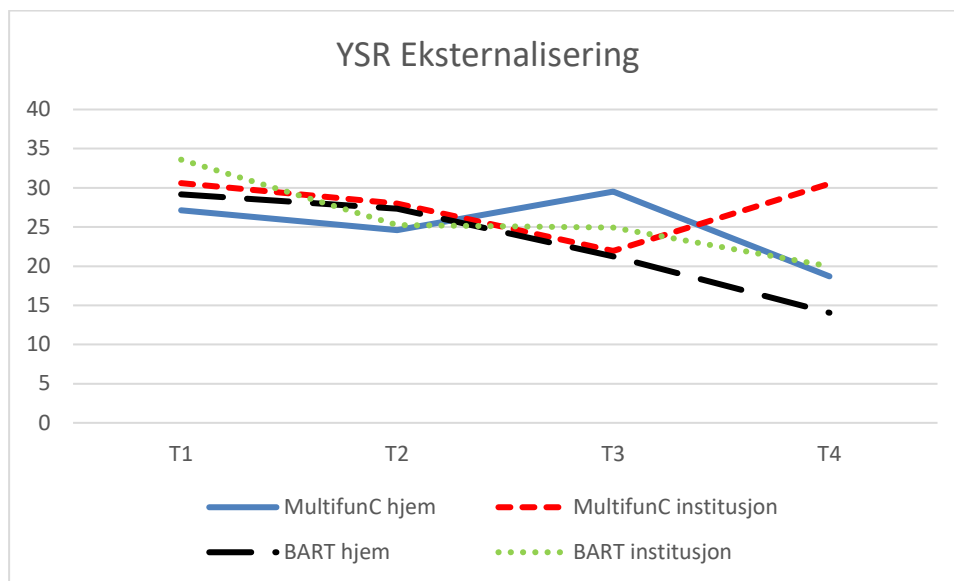
Til informasjon om bosted ett (T3) og to år etter inntak (T4) inngikk totalt 132 ungdommer, 65 i MultifunC og 67 i BART. Informasjonen gjelder de ungdommene som fortsatt var registrert i BiRK vinteren 2017.

Ett år etter inntak (T3) bodde totalt 48 ungdommer (73.8%) fra MultifunC hjemme sammenlignet med 25 ungdommer (37.3%) i BART. For ungdommene som fortsatt var plassert på en barnevernsinstitusjon ett år etter inntaket (T3), gjaldt dette 17 (26.2%) av ungdommene i MultifunC og 42 (67.2%) i BART. Det var én ungdom fra MultifunC, og ingen ungdommer fra BART som bodde i fosterhjem. Det var tre ungdommer fra BART og tre ungdommer fra MultifunC som bodde i familiehjem. I fortsettelsen blir både fosterhjem og familiehjem kategorisert som «hjem». Når denne fordelingen av plassering ett år etter inntaket (T3) testes statistisk, utgjør dette en signifikant forskjell $\chi^2(1) = 17.8$, $p < .001$, noe som viser at ungdommene i MultifunC-behandling hadde større sannsynlighet for å bo hjemme ett år etter plassering enn tilfelle var for ungdommene i BART.

Figur 12 gir et bilde av plassering ett år etter inntak (T3) og utviklingen på YSR over en periode på to år (fra T1 til T4). I fremstillingen er MultifunC- og BART-gruppen klassifisert ut fra om ungdommene bodde hjemme eller på en institusjon ett år etter inntak (T3). MultifunC-gruppen som befant seg på institusjon hadde en betydelig økning i eksternalisering fra ett år etter plassering (T3) til to år etter plassering (T4). Denne trenden kan man ikke se for de øvrige gruppene (MultifunC hjemme, BART hjemme og BART institusjon). Hva som er årsaken til dette er ikke klart. Utviklingen er signifikant forskjellig mellom de ulike plasseringstypene, $F = 2.78$, $P < 0.01$.

Figur 12 – bosted på T3, behandlingsalternativer og skårer på YSR eksternalisering

Figur 12



Merk. YSR = Youth Self Report

MultifunC: n T1 = 64, n T2 = 35, n T3 = 25, n T4 = 38, BART: n T1 = 70, n T2 = 59, n T3 = 45, n T4 = 32

I fortsettelsen av analysene om bosted ett år etter inntak (T3) ser vi bort fra behandling (MultifunC eller BART) for å vurdere forskjeller mellom ungdommene som bor hjemme og de som bor på institusjon på selvrapportert YSR eksternalisering. I disse analysene inngår det til sammen 124 ungdommer som har komplette data ved inntak (T1). Når det gjelder eksternaliseringsvansker (regelbrytende og aggressiv atferd), skåret de som fortsatt hadde tilhold på en institusjon signifikant høyere. Blant de 67 ungdommene som bodde hjemme var gjennomsnittsskåren lik 27.9 (SD = 10.7) og de 57 ungdommene som fortsatt bodde på en institusjon skåret lik 32.8 (SD = 11.3), $F(1, 123) = 6.3$, $p < .05$. Dette innebærer at ungdommene som fortsatt var plassert i snitt skåret høyere på YSR eksternalisering ved inntak (T1) enn tilfelle var for de som hadde flyttet hjem.

De som bodde hjemme ett år etter inntak (T3) brukte ikke signifikant mer hasj $F(3,33) = 1.7$ eller tyngre rusmidler $F(3,66) = 1.6$ enn ungdommene som fortsatt var på en barnevernsinstitusjon.

Arkivinformasjon presenteres i all hovedsak senere (se nedenfor). Vi vil allikevel presentere noe arkivinformasjon om siktelser og bosted ett år etter inntak. Det var ingen forskjeller i antall siktelser blant ungdommene som var hjemme ett år etter inntak (T3) sammenlignet med ungdommene som fortsatt var institusjonsplassert når det gjelder antall siktelser totalt, siktelser for narkotikaforseelser, siktelser for trusler eller vold (se Tabell 5).

Tabell 5

Gjennomsnittlig antall siktelser to år etter inntak (T4) eller senere for ungdommer som var enten hjemme eller på barnevernsinstitusjon ett år etter plassering (T3)

	Hjem T3	Institusjon T3	
Siktelser totalt	6.3 (SD = 13.1)	4.2 (SD = 4.9)	$F(1, 128) = 1.3$
Siktelser narkotikaforseelser	2.7 (SD = 4.8)	1.9 (SD = 2.6)	$F(1, 128) = 1.0$
Siktelser for trusler	0.2 (SD = 0.7)	0.3 (SD = 1.0)	$F(1, 128) = 0.1$
Siktelser for vold	0.4 (SD = 1.1)	0.3 (SD = 0.9)	$F(1, 128) = 0.4$

Merk.

T3 = Ett år etter inntak

n Hjem T3 = 72, n Institusjon T3 = 57. Ingen signifikante forskjeller.

Når maks utdannelse og ungdommer på institusjon ett år etter inntak (T3) ble kartlagt, var det 33 (71.7%) som ble registrert i en videregående skolegang på første trinn (VG1-utdanning), 10 (21.7%) i en videregående skolegang på andre trinn (VG2-utdanning) og 3 i en videregående skolegang på tredje trinn (VG3-utdanning). Blant ungdommene som befant seg hjemme ett år etter plassering (T3), var det 40 (62.5%) som ble registrert i en VG1-utdanning, 10 (15.6%) i en VG2-utdanning og 14 (21.9%) i en VG3-utdanning. Denne fordelingen ikke signifikant på signifikansnivå 0.05, men det kan være av betydning at noen flere som var hjemme, var kommet i gang og kommet noe lenger i videregående utdanning, $\chi^2(2) = 5.0$, $p = .08$.

Med hensyn til bosted to år etter inntak (T4), befant 51 (78.5%) av ungdommene i MultifunC seg hjemme mens det tilsvarende tallet for ungdommene i BART var 67 (71.6%). Det var 14 (21.5%) fra MultifunC- og 19 (28.4%) i BART-gruppene som fortsatt befant seg på en barnevernsinstitusjon. Dette er ikke signifikant forskjellig, $\chi^2(1) = 0.82$, $p = 0.37$. For kriminalitet og bosted to år etter inntaket i institusjonen, hadde de 97 ungdommene som bodde hjemme blitt siktet i alt 5.6 (SD = 11.4) ganger mens det var registrert 4.9 (SD = 6.3) siktelser for de 32 ungdommene som fortsatt var i en barnevernsinstitusjon, $F(1, 128) = 0.2$, noe som ikke er signifikant.

Kort drøfting av bosted ett (T3) og to år etter inntak (T4)

Når bosted ett (T3) og to år etter plassering (T4) skal drøftes, er det viktig å ta høyde for at vi ikke har kunnskap om planlagt behandlingstid for ungdommene i BART. Det er trolig slik at noen av ungdommene i BART ikke var tenkt tilbakeført til hjemmet til ett år etter inntak (T3) noe som jo fører

til at det bør utvises noe forsiktighet når det gjelder hvor mye den statistiske testen av bostedplassering vektlegges som sådan.

Ett år etter inntak i institusjonene (T3) var det noen forskjeller mellom ungdommene i enten MultifunC- eller BART-institusjonene som kan være betydningsfulle. Det var signifikant flere ungdommer i MultifunC som var flyttet hjem sammenlignet med ungdommene i BART. Dette er viktig. Som beskrevet i bakgrunn for studien, kan institusjonsplassering øke faren for iatrogene effekter – altså uheldige smitteeffekter med rusbruk og andre asosiale atferder. Det var ingen signifikante forskjeller mellom ungdommene som bodde hjemme eller på institusjon ett år etter inntak med hensyn til siktelsler for kriminalitet totalt eller siktelsler for brudd på narkotikalovgivning, for vold eller trusler. Blant ungdommene som bodde hjemme, var det noen flere som var i gang med videregående skolegang sammenlignet med ungdommer som fortsatt befant seg på en institusjon. Denne forskjellene var ikke signifikant på signifikansnivå .05, men dette vurderes allikevel å være av noe betydning. Det er også viktig at selv om ungdommene bor hjemme igjen ett år etter inntak (T3), forekommer det ikke mer kriminalitet eller bruk av illegale rusmidler blant disse ungdommene enn tilfelle er for ungdommene som fortsatt bodde på en barnevernsinstitusjon, samtidig som det var noen flere ungdommer som bodde hjemme som hadde begynt på videregående skole. På bakgrunn av dette, foreligger det ingen tunge argumenter for langvarige plasseringer om det er mulig for ungdommene å flytte hjem. Særlig siden dette synes å øke sjansen for å komme i gang med skolegang.

Bruk av legale og illegale rusmidler

Bruk av rusmidler, både legale og illegale, forekom hyppig blant ungdommene både før, under og etter plassering. Det var også en overlapp i bruk av rusmidler. Blant ungdommene som rapporterte bruk av tyngre rusmidler som amfetamin, tabletter, heroin og annet var det 91.2% av ungdommene som brukte hasj hyppig.

Ved inntak (T1) var det i underkant av 17% i utvalget som ikke rapporterte noen bruk av rusmidler og det var ingen forskjeller mellom ungdommene i MultifunC og BART. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingene i bruk av rusmidler på fire tidspunkt (for detaljer, se nedenfor). Tabell 6 gir informasjon om selvrapportert bruk av rusmidler på fire tidspunkt og for de to behandlingalternativene.

Tabell 6

	MultifunC n (%)				BART n (%)			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Ingen rusmidler	5 (14.7%)	3 (13.6%)	6 (26.1%)	9 (25.0%)	1 (2.2%)	24 (44.4%)	18 (39.1%)	7 (22.6%)
Alkohol 1	5 (15.6%)	3 (15.8%)	3 (17.6%)	2 (6.2%)	6 (12.7%)	8 (22.2%)	7 (25.0%)	7 (24.1%)
Alkohol 2	16 (50.0%)	11 (57.9%)	9 (52.9%)	19 (59.4%)	28 (59.6%)	20 (55.6%)	12 (44.4%)	15 (51.8%)
Alkohol 3	11 (34.4%)	5 (26.3%)	5 (29.5%)	11 (34.4%)	13 (27.7%)	8 (22.2%)	8 (29.6%)	7 (24.1%)
Hasj 1	4 (11.8%)	5 (17.8%)	6 (27.3%)	7 (23.3%)	2 (4.1%)	5 (14.2%)	6 (19.4%)	7 (25.9%)
Hasj 2	6 (17.6%)	15 (53.6%)	9 (40.9%)	8 (26.7%)	7 (15.6%)	15 (42.9%)	9 (29.0%)	5 (18.5%)
Hasj 3	24 (70.6%)	8 (28.6%)	7 (31.8%)	15 (50.0%)	39 (81.3%)	15 (42.9%)	16 (51.6%)	15 (55.6%)
Alvorlig rus 1	8 (25.0%)	8 (50.9%)	8 (53.3%)	13 (43.3%)	18 (39.1%)	20 (60.6%)	10 (35.7%)	12 (44.4%)
Alvorlig rus 2	10 (27.0%)	7 (43.8%)	3 (20.0%)	11 (36.6%)	12 (26.1%)	10 (30.3%)	9 (32.1%)	7 (25.9%)
Alvorlig rus 3	14 (38.9%)	1 (6.2%)	4 (26.7%)	6 (20.0%)	16 (34.9%)	3 (9.1%)	9 (32.1%)	8 (29.6%)

Merk

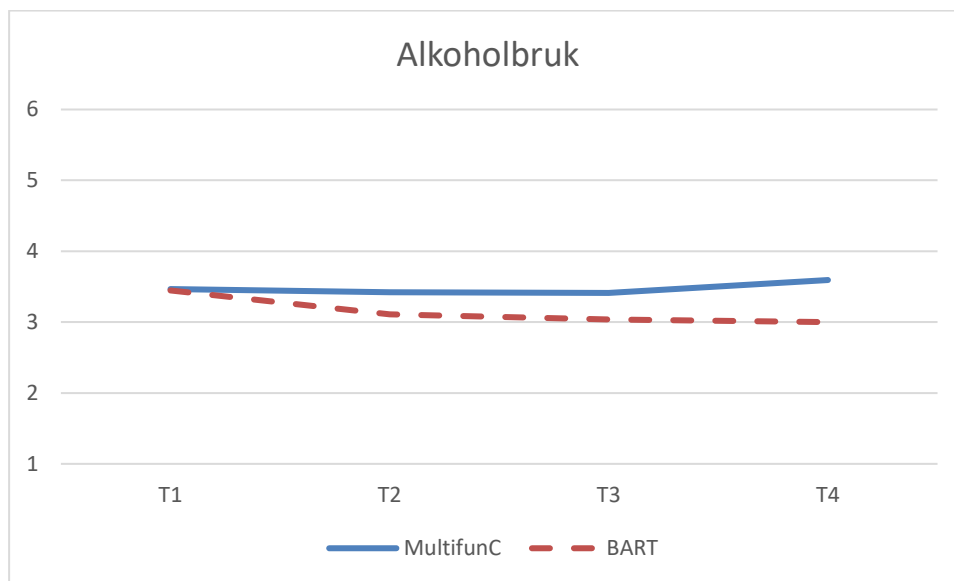
Alkohol 1 = aldri, Alkohol 2 = månedlig eller sjeldnere, Alkohol 3 = ukentlig eller oftere, Hasj 1 = aldri, Hasj 2 = månedlig eller sjeldnere, Hasj 3 = ukentlig eller oftere, Alvorlig rus 1 = aldri, Alvorlig rus 2 = månedlig eller sjeldnere, Alvorlig rus 3 = ukentlig eller oftere. Alvorlig rus inkluderer amfetamin, kokain og heroin.

MultifunC: n T1 = 37, n T2 = 22, n T3 = 23, n T4 = 41, BART: n T1 = 48, n T2 = 60, n T3 = 45, n T4 = 36

Når det gjelder bruk av andre rusmidler enn alkohol og hasj var det relativt få ungdommer som rapporterte å ha prøvd og brukt disse mens de var tilknyttet institusjonen. Det var allikevel noen ungdommer som rapporterte at de hadde begynt med andre og tyngre rusmidler mens de hadde vært plassert på barnevernsinstitusjonen etter inntaket (T1). Det var 26 ungdommer, 8 fra MultifunC og 18 fra BART, som svarte at de aldri har brukt andre rusmidler enn alkohol og hasj ved inntak (T1), og blant disse var det ni som på et senere tidspunkt rapporterte å ha brukt et tyngre rusmiddel. Fordelingen av disse ni ungdommene viste at to gutter var fra MultifunC, mens fem gutter og to jenter var fra BART. Denne utviklingen var særlig bekymringsfull for fire ungdommer som hadde prøvd ut tyngre rusmidler ved flere anledninger enn tilfelle ville vært med «bare» utprøving. Blant disse fire ungdommene, kom én fra MultifunC- og tre fra BART-behandling.

Med hensyn til endringer i konsumering av alkohol på fire tidspunkter, var det ingen signifikante forskjeller mellom behandlingene. Figur 13 viser at ungdommene i snitt rapporterte å drikke alkohol litt sjeldnere enn én gang i måneden.

Figur 13



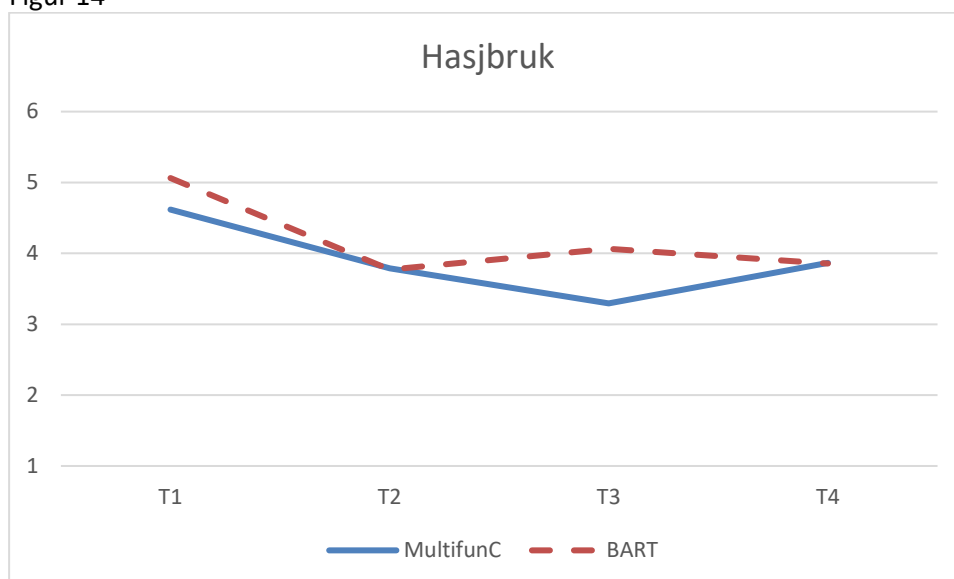
Merk.

1 = aldri og 6 = daglig, T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

MultifunC: n T1 = 37, n T2 = 22, n T3 = 23, n T4 = 41, BART: n T1 = 48, n T2 = 60, n T3 = 45, n T4 = 36

Det var ingen forskjeller mellom behandlingstypene når det gjaldt selvrapportert bruk av hasj ($p = 0.21$), og det var en signifikant reduksjon i bruk av hasj fra inntak (T1) til to år etter plassering (T4). En skåre lik 6 (se Figur 14) innebærer altså daglig bruk av hasj. Det kan synes som om ungdommene i snitt har redusert hasjbruk fra ukentlig til om lag månedlig eller litt sjeldnere ($p = 0.001$).

Figur 14



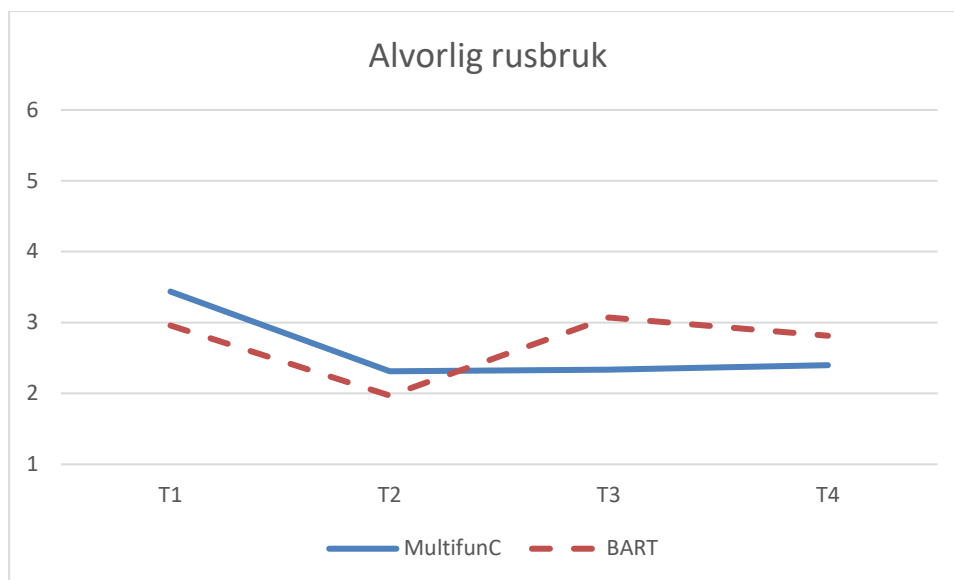
Merk.

1 = aldri og 6 = daglig. T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

MultifunC: n T1 = 37, n T2 = 22, n T3 = 23, n T4 = 41, BART: n T1 = 48, n T2 = 60, n T3 = 45, n T4 = 36

Bruk av andre rusmidler enn hasj og alkohol, forekom altså ikke veldig hyppig. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i endring mellom behandlingskategoriene for selvrapportert alvorlig misbruk ($p = 0.09$). Som illustrert i Figur 15 var det en liten reduksjon i bruk av alvorlige rusmidler fra «av og til» ved inntak (T1) til mindre enn en gang i måneden to år etter inntak (T4). Tidseffekten var ikke signifikant ($p = 0.60$) og noe av forklaringen er trolig den lave forekomsten av slike problemer i utgangspunktet fører til at potensialet for reduksjoner er mindre mens faren for forverring er større.

Figur 15.



Merk.

1 = aldri og 6 = daglig, T1 = inntak, T2 = seks måneder etter inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak.

MultifunC: n T1 = 37, n T2 = 22, n T3 = 23, n T4 = 41, BART: n T1 = 48, n T2 = 60, n T3 = 45, n T4 = 36

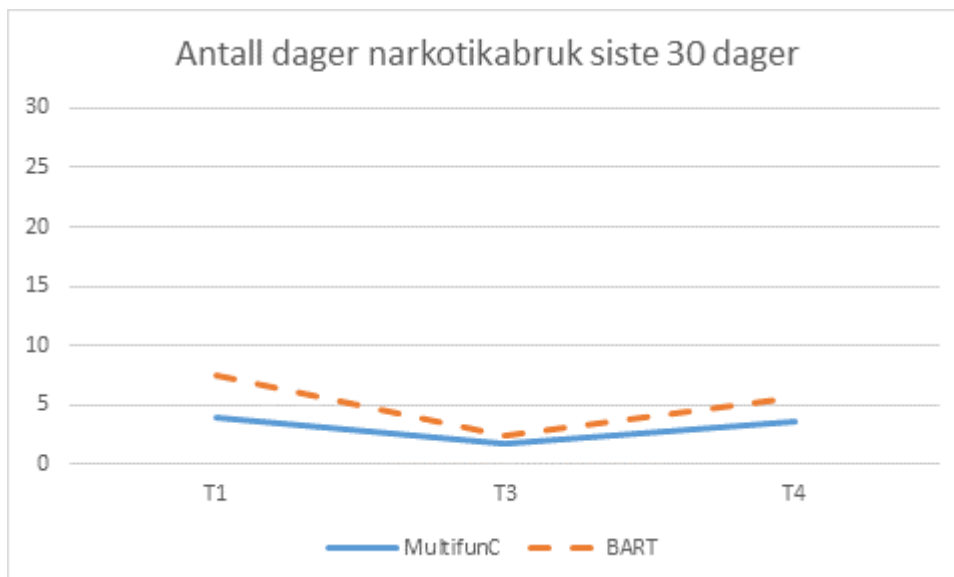
Hvis man går dypere inn i dataene og ser bort ifra behandlingskategoriene, var bruk av tyngre narkotiske stoffer forholdsvis lavt ett (T3) og to år etter inntak (T4). Dette kan til en viss grad, være relatert til frafallet. Bruken av slike medikamenter var allikevel tilstede. Ett år etter inntaket (T3) var det 10 (24.4%) av de totalt 41 man hadde informasjon fra, som rapporterte at de brukte en form for et beroligende middel én gang i måneden eller oftere, mens 22 (53.7%) ikke brukte slike midler. Av i alt 43 ungdommer, var det 12 (27.9%) som rapporterte at de hadde brukt amfetamin månedlig eller oftere, mens 24 (55.8%) ikke hadde brukt dette stoffet. Av de 42 ungdommene som hadde besvart spørsmålet om kokain var det tre (7.1%) som hadde brukt dette én gang i måneden eller hyppigere, mens det i alt var 33 (78.6%) som ikke hadde brukt kokain.

To år etter inntak (T4) hadde i alt 57 ungdommer besvart spørsmålene om bruk av beroligende midler. I alt rapporterte åtte (14%) at de hadde brukt et slik middel månedlig eller oftere, mens 38

(66.7%) hadde ikke. Det var 57 ungdommer som hadde besvart spørsmålene om amfetamin. Ti (17.5%) hadde brukt amfetamin månedlig eller oftere de seks siste månedene mens 36 (63.2%) ikke hadde brukt stoffet. Femtisju ungdommer besvarte spørsmålene om kokain. Det var fem (8.8%) som hadde brukt stoffet månedlig eller oftere, mens 38 (66.7%) hadde ikke brukt kokain. Femtisju svarte om heroin. Tre (5.3%) hadde brukt heroin månedlig eller oftere, mens 51 (89.5%) ikke hadde.

Bruken av narkotika ble også kartlagt ved EuroADAD ved inntak (T1), ett (T3) og to år etter inntaket (T4). Ungdommene ble spurt hvor mange dager de hadde brukt narkotika de siste 30 dagene uten at det ble spesifisert hvilket narkotikum det var snakk om (se også Tabell 3). Figur 16 gir en presentasjon av narkotikabruken for ungdommene i MultifunC- og BART-institusjonene.

Figur 16



Merk. BART = Best Available Residential Care. T1 = inntak, T3 = ett år etter inntak, T4 = to år etter inntak. MultifunC: n T1 = 67, n T3 = 23, n T4 = 41, BART: n T1 = 74, n T3 = 45, n T4 = 36

Det var ingen signifikant forskjell mellom behandlingsgruppene med hensyn til hvor mange dager ungdommene hadde brukt et narkotisk stoff de siste 30 dagene. For MultifunC-gruppa er nivået ved inntak (T1) og to år etter inntak (T4) det samme. Endringen over tid er ganske lik i de to gruppene. Det var en signifikant reduksjon i bruk av narkotika i perioden fra inntak til to år etter inntaket, $p = 0.04$ (se også Tabell 3 for gjennomsnittsskårer og standardavvik).

Kort drøfting om bruk av rusmidler

Særlig tre forhold er av stor betydning for hvordan man kan fortolke ungdommenes selvrapporterte bruk av rusmidler (både legale og illegale) i tillegg til frafallet. Det var forholdsvis mange ungdommer

som rapporterte at de ikke brukte noen rusmidler. Dette er svært positivt. Med unntak av inntak av alkohol, har bruken av rusmidler og da særlig bruk av hasj, blitt redusert i perioden etter inntaket (T1). Også dette er positivt, selv om hasjbruken fortsatt er relativt stor. Når det gjelder alkohol, drikker majoriteten av ungdommene alkohol månedlig eller sjeldnere. Frekvensen av alkoholinntak er ikke større enn som er vanlig for norske ungdommer flest (Vedøy & Skretting, 2009). Det er viktig å presisere at vi ikke har skilt mellom ulike typer alkohol som øl, vin eller brennevin i spørreskjemaet noe som jo kan være av betydning.

Det var ni av de 26 ungdommene som hadde brukt et tyngre rusmiddel enn alkohol og hasj mens de var plassert på en barnevernsinstitusjon som tidligere ikke hadde brukt tyngre rusmidler. To av ungdommene kom fra MultifunC- mens syv fra BART-behandlingen. Dette er alvorlig og bekymringsfullt og kan være smitteeffekter. I Tabell 1 fremkom det at 75% i MultifunC- og nesten 80% av ungdommene i BART-institusjonene kom fra en annen institusjon ved inntaket (T1). I så måte kan flere ungdommer ha blitt introdusert for ulike rusmidler før vår kartlegging begynte.

Bruk av tyngre narkotiske stoffer som amfetamin, heroin og kokain ved inntaket (T1) kartlagt ved EuroADAD, viste forholdsvis hyppig utprøving. Ungdommene rapporterte fire ganger eller oftere bruk for en ikke-spesifisert tidsperiode i størrelsesorden fra 12.1% (bruk av heroin i MultifunC-gruppen) til 42.7% (bruk av amfetamin i BART gruppen) – for mer informasjon se Tabell 2. Dette er bekymringsfullt ofte sammenlignet med ungdom generelt. Problemet med disse spørsmålene er dog at ungdommene ikke bes rapportere slik rusmiddelbruk for en bestemt tidsperiode. Det begrenser nytten noe og fører til noe usikkerhet med hensyn til omfanget av problemene. For mange av ungdommene i studien er bruk av narkotika ikke et stort problem. Samtidig er det er bekymringsfullt at tilsammen 27 ungdommer fra både MultifunC og BART ett- (T3) og to år etter inntak (T4) rapporterer om ukentlig eller daglig bruk av tyngre narkotiske midler. Hverken MultifunC eller BART synes altså å kunne håndtere og redusere dette forbruket for en del av ungdommene.

Resultater vedrørende arkivinformasjon fra SSB

Én ungdom motsatte seg innhenting av arkivinformasjon. Det ble søkt om informasjon om 151 ungdommer hvorav 131 ble sendt til SSB med navn og komplett fødselsnummer. For 20 av ungdommene var ikke denne informasjonen komplett. Det lyktes allikevel å identifisere åtte ungdommer på bakgrunn av ikke komplett informasjon slik at det totale antallet for ungdommer med arkivinformasjon var 139, 68 fra MultifunC og 71 fra BART. Det var ingen forskjell mellom ungdommene som ble inkludert i disse analysene og ungdommene som man ikke lyktes med å identifisere. For mer informasjon om frafallet, se Appendix 1.

Registerdata vedrørende kriminalitet

Fengslinger. I tiden 2011 til 2015 hadde i alt 25 av 139 ungdommer sonet fengselsstraff for 33 ulike saker. I 18 av sakene hadde ungdommene sonet en fengselsdom mens 14 saker hadde ført til varetektsfengslinger og i ett tilfelle hadde fengselsdommen bestått av elektronisk kontroll. I snitt hadde ungdommene sonet 82.7 dager (SD = 119 dager), hvor den korteste soningen var 5 dager og den lengste 506 dager. Den hyppigste årsaken for fengselssoning var tyveri som var årsaken 11 ganger, vold var årsaken i 7 saker og narkotikaforseelser med 6 ganger. Det var seks ungdommer som hadde sonet mer enn én gang, og én ungdom hadde sonet i alt 4 dommer.

Når det gjelder forskjeller mellom MultifunC og BART, var det i alt 10 (14.7%) ungdommer fra MultifunC og 15 (21.1%) fra BART som hadde sonet, $\chi^2(1) = 1.0$, noe som ikke er signifikant forskjellig mellom de to behandlingsalternativene. Det var signifikant flere gutter, i alt 21 (23.9%), enn fire (8.2%) jentene som hadde sonet $\chi^2(1) = 5.2$, $p < 0.05$.

Siktelser totalt for perioden 2009-2016.

Totalt i hele perioden vi har informasjon om ble det i tiden 2009 til og med 2016 registrert i alt 2126 siktelser for de 139 ungdommene. I alt var 130 i utvalget registrert med én eller flere siktelser mens ni ikke var registrert med noen siktelser. Den vanligste siktelsen var narkotikarelatert i alt 647 ganger eller 30.4% av siktelsene. Deretter fulgte tyveri som var grunn for 484 siktelser (22.8%) og ordenskrenkelser med i alt 262 siktelser (12.3%). Det var flere ungdommer som hadde blitt siktet flere ganger. Én ungdom hadde registret i alt 97 siktelser (4.6%), den med nest flest siktelser var registrert med 91 siktelser (4.1%), og den tredje mest siktede ungdommen var registrert med i alt 63 siktelser (3.0%).

Siktelser ett år før inntak (året før T1).

I alt 59 av ungdommene, 42.4% av de 139 vi har informasjon om, var ikke blitt siktet i perioden ett år før plassering mens altså 80 eller 57.6% var blitt siktet én eller flere ganger. Det var seks (4.3%) som hadde blitt siktet 10 eller flere ganger. Det var 105 (75.5%) av ungdommene som ikke hadde blitt siktet for brudd på narkotikalovgivningen i denne perioden, mens 34 (24.5%) hadde blitt siktet én eller flere ganger. Tre ungdommer hadde blitt siktet totalt fire ganger for dette. Som det kommer frem i Tabell 9 nedenfor, var det flere gutter enn jenter som var siktet når man vurderer alle typer registrerte siktelser, mens det ikke var noen forskjell når det gjaldt siktelser for brudd på narkotikalovgivningen.

Siktelser for perioden fra inntak (T1) til to år etter inntak (T4).

For toårsperioden fra inntak var det i alt 28 (20.1%) som ikke var siktet for noe, mens de resterende 111 (79.9%) hadde blitt siktet en eller flere ganger. I alt 62 (44.6%) ble siktet mellom én og fem

ganger, 25 (18.0%) hadde blitt siktet fra seks til ti ganger, mens de 24 resterende ungdommene hadde blitt siktet ti eller flere ganger. Av disse 24 var 11 (7.9%) blitt siktet mer enn 20 ganger i denne fasen.

Med tanke på siktelser for brudd på narkotikaloggivningen i to årsperioden etter inntak (T1) var det 60 (43.2%) som ikke hadde blitt siktet mens 79 (56.8%) var siktet en eller flere ganger. I alt hadde 76 (54.7%) blitt siktet mellom én og ti ganger mens tre av ungdommene hadde blitt siktet ti eller flere ganger. Det var signifikant flere gutter enn jenter som var blitt siktet generelt eller for brudd på narkotikaloggivningen (se Tabell 9 nedenfor for detaljer).

I fortsettelsen vil siktelser totalt og kun narkotika siktelser presenteres for de to behandlingstiltakene MultifunC og BART når det gjelder hvor ungdommene var i institusjonsfasen. Som det går frem av Tabell 8 og 9 var det ingen signifikante forskjeller mellom de to institusjonstiltakene på noe tidspunkt for siktelser generelt eller siktelser for brudd på narkotikaloggivningen spesielt. Tabell 7 presenterer totalt antall siktelser for tre faser i behandlingsløpet for de to behandlingene.

Tabell 7

	MultifunC	BART	ANOVA
Siktelser året før plassering (ett år før T1)	2.1 (4.1)	2.4 (3.4)	$F(1, 137) = 0.2$
Siktelser fra plassering til to års oppfølging (T1-T4)	6.8 (9.7)	5.5 (7.6)	$F(1, 137) = 0.8$
Siktelser to år etter plassering (T4) eller senere	5.2 (8.0)	6.1 (11.0)	$F(1, 137) = 0.3$

Merk.

n MultifunC = 68, n BART = 71,

BART = Best Available Residential Treatment, ingen signifikante forskjeller

Som det fremkommer av Tabell 7, var det ingen signifikante forskjeller mellom behandlingalternativene i totalt antall siktelser i året før plassering, siktelser fra inntak (T1) og de to neste årene (til T4), eller i perioden to år etter inntak (T4) eller senere.

Informasjon om siktelser for brudd på narkotikaloggivningen, kan dette sees i Tabell 8 for ungdommene i MultifunC- og BART-behandlingene i tre faser.

Tabell 8

	MultifunC	BART	ANOVA
Siktelser for narkotika året før plassering	0.3 (0.7)	0.5 (1.0)	F(1, 137) = 2.8
Siktelser for narkotika fra plassering og to år fremover	1.6 (2.2)	1.9 (2.6)	F(1, 137) = 0.5
Siktelser for narkotika to år etter plassering eller senere	2.3 (4.4)	2.5 (3.3)	F(1, 137) = 0.1

Merk.

n MultifunC = 68 , n BART = 71, BART = Best Available Residential Treatment.

Ingen signifikante forskjeller.

Som det fremkommer av Tabell 8, var det ingen signifikante forskjeller mellom behandlingalternativene i antall siktelser for brudd på narkotikaforseelser i året før plassering, fra inntak (T1) og de to neste årene (til T4), eller i perioden to år etter inntak (T4) eller senere.

For forskjeller mellom gutter og jenter testet vi først om det var forskjeller mellom MultifunC og BART i behandlingseffekter for enten gutter eller jenter. Dette var det ikke for noen av testene (i Tabell 9), så vi valgte derfor kun å presentere resultatene for jentene og guttene uten å dele dette opp med hensyn til de to behandlingstiltakene. Tabell 9 presenterer totalt antall siktelser og antall siktelser for brudd på narkotikalovgivningen for jenter og gutter i tre faser.

Tabell 9

	Jenter	Gutter	Welch
Siktelser året før plassering	0.7 (1.2)	3.1 (4.4)	23.2**
Siktelser fra plassering til to års oppfølging	3.3 (6.0)	7.7 (9.5)	11.4**
Siktelser to år etter plassering eller senere	2.7 (5.1)	7.3 (11.1)	11.6**
Siktelser for narkotika året før plassering	0.3 (0.8)	0.5 (1.0)	2.1
Siktelser for narkotika fra plassering til to års oppfølging	1.0 (1.8)	2.1 (2.6)	8.0*
Siktelser for narkotika to år etter plassering eller senere	1.1 (2.3)	3.1 (4.4)	11.4**

Merk.

**p < .001, *p < .01, n jenter = 49 , n gutter = 90,

Welch test siden testen av varianshomogenitet var signifikant.

For kjønnsforskjeller, var alle disse testene signifikante, med unntak av forekomsten av siktelsler for brudd siktelsler for brudd på narkotikalovgivningen året før plassering på institusjonene. I alle de øvrige testene, skåret guttene signifikant høyere enn jentene.

Siktelsler senere enn to år etter inntak (T4).

Totalt hadde 95 ungdommer blitt siktet for i alt 805 forhold. Det var 44 ungdommer som ikke var blitt siktet for noe, etter utskrivning fra institusjonen. Samtidig var det 28 ungdommer som var blitt siktet 10 ganger eller mer. Det var 67 (48.2%) ungdommer som ikke hadde blitt siktet for narkotikaforseelser etter utskrivning, men det var noe variasjon når det gjelder dette. Syv ungdommer hadde blitt siktet for narkotikaforseelser 10 eller flere ganger.

Kort drøfting av registerdatakriminalitet

Det var 25 ungdommer som hadde sonet i alt 33 fengselsstraffer. Når det gjelder soning av enten varetekt eller fengselsstraff, var det ingen forskjeller mellom behandlingene MultifunC eller BART. Det var heller ingen forskjeller mellom ungdommene som var plassert på enten MultifunC- eller BART-institusjoner i siktelsler generelt eller siktelsler for brudd på narkotikalovgivningen i noen av periodene som var året før plassering, fra inntak (T1) og to år fremover (T4) eller i perioden to år (T4) etter inntaket eller senere. Når man leser Tabell 8 og 9 kan man få inntrykk av at forekomsten av kriminalitet generelt og også brudd på narkotikalovgivningen spesielt, har økt fra året før plassering til perioden to år etter plassering eller senere. Det er viktig å ta hensyn til at tiden for disse siktelsene varierer. Den første perioden strekker seg i ett år, den neste perioden strekker seg over to år, mens den siste perioden kan strekkes over en lengre periode for noen, faktisk fire år mens den også kan bestå av en periode på noe mer enn ett år for noen. Dette innebærer altså ikke at alle ungdommene har blitt oftere siktet etter at de ble plassert på en barnevernsinstitusjon (T1). Det er også viktig å presisere at flyten og rekrutteringene av ungdommer til MultifunC- eller BART-behandling har vært sammenfallende og kontinuerlig slik at ingen av behandlingene kommer dårligere eller bedre ut av disse analysene. Selv om mange av ungdommene var siktet, er det viktig å ta høyde for at det særlig er noen som er siktet gjentatte ganger. Guttene var blitt siktet signifikant oftere enn jentene generelt og for brudd på narkotikalovgivningen i alle periodene dette ble undersøkt, med unntak av siktelsler for narkotikakriminalitet i året før plassering.

Uten at vi har kunnskap om dette og grunnen til at noen ungdommer er siktet flere ganger, kan en medvirkende faktor være at noen av ungdommene enten stikker seg ut på en slik måte at de vekker politiets oppmerksomhet eller at noen av ungdommer er såkalte «kjenninger» av politiet eller en kombinasjon av disse. Uansett årsak, vil vi mene at forekomsten av siktelsler generelt og for brudd på

narkotikalovgivningen spesielt er urovekkende høyt. Så mange som 130 av 139 ungdommer er blitt siktet minst én eller flere ganger i løpet av en syv-årsperiode. Dette utgjør 93.5% av ungdommene vi faktisk har kunnskap om. Videre er det totale antallet siktelser 2126. Antallet siktelser generelt er urovekkende høyt, og særlig når det gjelder brudd på narkotikalovgivningen. Det er åpenbart noen ungdommer som, uavhengig av plasseringsalternativene, har fortsatt med lovbrudd. Dette gjelder særlig siktelser for brudd på narkotikalovgivningen.

Registerdata vedrørende utdanning

Perioden for aktuell skolegang for 139 ungdommer var 2010-2015. I denne perioden var det registrert at i alt 136 av ungdommene hadde avsluttet grunnskolen. Denne informasjonen manglet for 3 ungdommer.

I fortsettelsen vil vi presentere maksimalt registrert påbegynt videregående skolegang blant ungdommene fra MultifunC og BART i årene 2010 til 2015. Vi vil også sammenligne antall registrerte semestre i de to behandlingsalternativene (Tabell 10).

Tabell 10 presenterer maksimal påbegynt skolegang for ungdommene i MultifunC og BART og antall semestre i videregående opplæring.

Tabell 10

	MultifunC	BART	$\chi^2(2)$
Maksimalt 1 VGS	42 (72.4%)	34 (57.6%)	
Maksimalt 2 VGS	7 (12.1%)	16 (27.1%)	
Maksimalt 3 VGS	9 (15.5%)	9 (15.3%)	4.4
	gjennomsnitt (SD)	gjennomsnitt (SD)	F-verdi
Antall semestre	3.3 (2.3)	3.3 (2.2)	0.02

Merk.

n i MultifunC = 58, n i BART = 59. Ingen signifikante forskjeller.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingsalternativene i maksimal påbegynt videregående skolegang. Det var to ungdommer, én fra BART og én fra MultifunC, som hadde påbegynt høyere utdanning. For kjønnsforskjeller og skolegang, var det 32 (65.3%) av jentene og 43 (48.9%) gutter som ikke ble registrert i gang med skolegang på VGS-nivå, en ikke-signifikant forskjell, $\chi^2(2) = 4.4$.

Kort drøfting registerdata om utdanning

Det er påfallende hvor få som i perioden 2010 til og med 2015 ble registrert på en VG3-utdanning. Det var altså 18 (12.9%) som ble registrert å ha begynt på en VG3-utdanning mens det var 22 (15.8%) som ikke var registrert med noe skolegang i denne perioden blant de 139 ungdommene som vi har informasjon om. Dette gjelder altså selv om alle ungdommene faktisk var gamle nok til å ha begynt på videregående utdanning i løpet av perioden. Det var ingen forskjell mellom de to behandlingalternativene med hensyn til utdanning, men det kan synes som om varighet på plasseringen er av noe betydning for om ungdommene kommer i gang med utdanning eller ikke (se kapitlet Bosted ett (T3) og to år etter inntak (T4)). Det var altså slik at ungdommer som befant seg hjemme, i større grad hadde påbegynt skolegang, dog ikke signifikant. Det er allikevel nedslående at forholdsvis få ungdommer var i gang med eller hadde fullført en VG3-utdanning ved utgangen av 2015 til tross for at de altså hadde hatt rikelig med tid for å skulle sette i gang og eventuelt fullføre en slik skolegang. I så måte er disse funnene en bekreftelse av funnene til Dæhlen, Løvgren og Madsen (2017) om at mange med historie og erfaring fra barnevernet ikke tar videregående utdanning og at mange som påbegynner slik skolegang, ikke synes å fullføre dette. Vi har ikke informasjon om deltakelse i arbeidslivet, registrert arbeidsledighet, sosialhjelp eller annet som kan være av relevans for å vurdere hvordan ungdommene fungerer etter at de forlot barnevernsinstitusjonene.

Kapittel 4: Overordnet diskusjon

Hensikten med studien var å evaluere behandlingsmodellen MultifunC på barnevernsinstitusjoner for ungdommer i alderen 13-17 år plassert på grunn utagerende atferd ofte ledsaget av bekymringsfull rusatferd. I alt 148 ungdommer, 71 ungdommer plassert på én av fem MultifunC-institusjoner og 77 ungdommer plassert på sammenligningsinstitusjoner (Best Available Residential Treatment, BART) samtykket til deltakelse og besvarte selvrapporteringsskjemaene ved inntak (T1). Ungdommene ble fulgt over en toårsperiode etter plassering. Det ble også samlet inn arkivinformasjon fra SSB om skolegang/utdanning og kriminalitet. Ungdommene fylte ut spørreskjemaer ved inntaket på barnevernsinstitusjonen (T1), seks måneder etter inntak (T2), 12 måneder etter inntak (T3) og til sist 24 måneder etter inntaket (T4). Ungdommene besvarte spørsmål om internalisering (tristhet, depresjon og angst), utagerende og regelbrytende atferd samt rusatferd ved fire anledninger. Det semistrukturerte intervjuet EuroADAD ble gjennomført ved inntak og delemnet om rusbruk ble gjennomført de siste to gangene (T3 og T4).

Ungdommenes fungering ved inntak (T1)

Ungdommene i MultifunC- eller BART-institusjonene var like ved inntaket (T1) i kjønnsfordeling, alder, hvor de befant seg før plassering, utprøving og bruk av illegale rusmidler, antall registrerte siktelsener generelt og for brudd på narkotiklovgevingen. Kartleggingsinstrumentet YLS som var kriteriet for inntak og matchingskriteriet (en skåre lik 20 eller høyere) var også lik blant ungdommene fra MultifunC eller BART. I snitt skåret ungdommene over 25 på YLS ved inntaket (T1), noe som med all tydelighet viser at ungdommene var i betydelig risiko for å utvikle vedvarende og alvorlige atferdsproblemer når de ble plassert. Ved inntaket (T1) skåret ungdommene i BART signifikant høyere på YSR internalisering og eksternalisering. Det var allikevel ingen forskjeller i andelen ungdommer som skåret over eller under klinisk cut-off (skåre lik 20 eller høyere) på YSR eksternalisering ved inntaket (T1). Bruken av illegale rusmidler var foruroligende høyt blant ungdommene når de ble plassert. Det var 12 (8.5%) som fortalte at de ikke hadde inntatt hasj mens de øvrige ungdommene hadde brukt hasj ved flere anledninger. I en studie som ble gjennomført på norske barnevernsinstitusjoner, fant Jozefiak og kolleger (2016) en betydelig overlapp mellom diagnostiserbare atferdsforstyrrelser og misbruk av rusmidler. Også i denne studien ser vi at bruk av rusmidler var uttalt blant ungdommene ved inntaket (T1) selv om vi jo ikke har kartlagt om ungdommene oppfyller diagnostiske kriterier for atferdsforstyrrelser eller misbruk av illegale rusmidler. Flere av ungdommene hadde brukt illegale rusmidler som amfetamin og partydop ved fire eller flere ganger da de ble inkludert i studien. Det var heller ingen signifikante forskjeller mellom ungdommene som ble plassert på MultifunC- eller en BART-institusjon i arkivdata fra SSB om

kriminalitet og siktelser før inntaket. På bakgrunn av dette, er det godt mulig å gjøre sammenligninger om effekten av de to behandlingalternativene.

Behandlingsresultater – selvrapporing

Utviklingen over to år i utagerende, regelbrytende atferd og bruk av rusmidler i ungdommenes egenrapporter, var i all hovedsak like for MultifunC- og BART-institusjonene. Det var gunstige reduksjoner i utagerende atferd, regelbrytende atferd og bruk av hasj. Det var ingen signifikante forskjeller mellom ungdommene som ble behandlet på en MultifunC- eller BART-institusjon på deldomenene til SRD Tyveri, Ødeleggelse eller Voldsbrudd. Det var en signifikant større reduksjon på YSR eksternalisering fra inntaket (T1) til to år etter inntaket (T4) for ungdommene i BART. I hvor stor grad dette funnet bør vektlegges er usikkert siden det ikke var noen forskjell mellom behandlingkategoriene med hensyn til utvikling av klinisk eller ikke klinisk skåre i samme periode på det samme instrumentet. I og med at likhetene er mange og den eneste variabelen som det er målt en signifikant gruppeforskjell på i utvikling fra inntak (T1) til to år senere (T4) er YSR eksternalisering, og at forskjellene to år etter inntak (T4) også er små, bør man vurdere hvorvidt dette er grunn til å fastslå at BART oppnådde bedre behandlingsresultater over tid enn MultifunC. Vi mener at det ikke er grunn til dette. For det er slik at i tillegg til å observere mulige behandlingseffekter, vil man også se regresjon eller nedgang mot gjennomsnittet når høyskåre besvarer ett eller flere skjema flere ganger. Det bør ikke utelukkes som en medvirkende del av resultatene, og da kanskje særlig for ungdommene fra BART som skåret høyt på både YSR og SRD ved inntak (T1) (se også Fossum et al., 2015). Vi finner at det mest slående når resultatene over tid vurderes her, er hvor like endringene og utviklingen er i begge behandlingalternativene. Det bør allikevel presiseres at reduksjonen i BART var noe større i forhold til eksternaliseringsvansker.

Behandlingsresultater – arkivinformasjon

Det var ingen signifikante forskjeller mellom ungdommene som hadde vært på enten en MultifunC- eller en BART-institusjon på endringer i arkivdata fra SSB vedrørende kriminalitet eller utdanning. Arkivinformasjonen ble hovedsakelig kartlagt i perioden fra 2010 til 2015. Dette er særlig robuste funn siden frafall ikke utgjør et vesentlig problem i disse vurderingene. Totalt hadde 48.2% av ungdommene ikke blitt registrert som siktet i perioden som gjaldt to år etter inntak eller senere. Selv om det er positivt at nesten halvparten av ungdommene ikke var siktet for noen kriminelle handlinger i etterkant av institusjonsoppholdet, er det allikevel noe nedslående at om lag halvparten av ungdommene, er siktet en eller flere ganger etter å ha forlatt institusjonene. Dette inntrykket forsterkes av at i overkant av 40% av ungdommene ikke var blitt siktet for noen forhold året før plassering, noe som kan tyde på nokså små endringer i kriminalitet etter å ha vært plassert på en barnevernsinstitusjon.

Nesten 17% av ungdommene hadde sonet i varetekt eller fengsel en eller flere ganger i perioden 2011 til 2015. Videre hadde nesten 70% av ungdommene blitt siktet en eller flere ganger to år etter plassering, noe som også er høye og bekymringsfulle tall. Til sammenligning ble mindre enn 1% av den generelle befolkningen i Norge siktet i 2014 (Stene, 2017) og ungdomskriminalitet har også gått noe ned i den senere tid (Lid & Stene, 2011) noe som tydelig viser at denne gruppen unge voksne skiller seg ut negativt. Det er allikevel ingen grunn til å bli overrasket over dette. Clausen og Kristoffersen (2008) fant at forekomsten av kriminalitet var høy, og at forekomsten av kriminalitet var høyere blant ungdommene som var eldre da de ble plassert i fosterhjem sammenlignet med de som var yngre da de ble plassert. Alle ungdommene i denne studien var tenåringer da de ble inkludert. Vi har ikke god nok oversikt over hva eller hvilke tiltak ungdommene hadde mottatt eller vært plassert i før inklusjon, annet enn at vi ser at majoriteten av ungdommene, i begge behandlingalternativene, kom fra en annen barnevernsinstitusjon. At voksne med historie fra barnevernet har økt sannsynlighet for å utføre kriminelle handlinger, og særlig om de var blitt plassert med bakgrunn i atferdsproblemer og på en sikkerhetsavdeling, har man tidligere funnet i Sverige (Vinnerljung & Sallnäs, 2007). Denne tendensen er tydelig også i andre nordiske land som Danmark og Finland (Kääriälä & Hiilamo, 2017). Det er, selv om det kanskje ikke er grunn til å bli overrasket, skuffende og urovekkende at en så stor del av ungdommene faktisk hadde begått ulike kriminelle handlinger med påfølgende siktelse fra politiet også etter å ha vært plassert og behandlet på barnevernsinstitusjonene. Det er rimelig å konkludere med at det fortsatt er et stort behov for å videreutvikle tiltak for å behandle og forbygge en kriminell løpebane blant tidligere barnevernsklienter.

Funnene om skolegang blant ungdommene i denne studien var også hovedsakelig nedslående. Det var mindre enn 13% totalt i tiden 2010 til 2015 som hadde påbegynt en videregående skolegang på trinn tre. Når det gjelder skolegang i ungdomsbefolkningen generelt var det i 2011 om lag 70% som fullførte videregående (Chaudary, 2011). Det er ingen grunn til å bli overrasket over at ungdommer med tidligere erfaring med barnevernet faller utenfor videregående skolegang i større grad enn ungdommer generelt. Tidligere barnevernsklienter i Norge har på gruppenivå mindre utdanning enn den øvrige befolkningen (Backe-Hansen et al., 2014 og Clausen & Kristoffersen, 2008). Også i Sverige har man sett at tidligere barnevernsklienter hadde mindre skolegang enn befolkningen generelt (Vinnerljung, Öman & Gunnarson, 2005). Det gjelder også for Finland og Danmark (Kääriälä & Hiilamo, 2017).

Det er bra at både ansatte i skolen og i barnevernet er positive til å tilrettelegge for barnevernsklienters skolegang (Kavli, Sjøvold & Ødegård, 2015), og blant unge på barnevernsinstitusjoner er ulike tiltak for å ivareta skolegang vanlig (Wichstrøm, 2015). Hvordan

denne negative utviklingen kan imøtegås i praksis, synes allikevel ikke å være åpenbare for oss. På MultifunC-institusjonene var det engasjert pedagogiske fagfolk for å styrke deltakelsen i skolegang (Andreassen, 2015). Dette har ikke hatt en dokumentert effekt i denne studien i og med at det ikke var forskjeller mellom MultifunC og BART-behandlingene i arkivinformasjonen vi har hatt tilgang til. I 2016 publiserte Bufdir en veileder for bedre å ivareta barneverns klienters skolegang (Bufdir, 2016). Denne veilederen ble publisert etter at datainnsamlingen for skolegang var avsluttet og eventuelle effekter av denne vil heller ikke være synlige her. Det er med andre ord ingen grunn til å «friskmelde» denne ungdomsgruppen som inngår her som sådan. Til det er forekomsten av kriminalitet to år etter inntak er for høy og deltakelsen i videregående skolegang for lav. Ungdommer som har blitt plassert for utagerende atferd, ofte med tilhørende bekymringsfull rusatferd utgjør med all tydelighet en identifisert høyrisikogruppe. Det er derfor viktig å tilby gode behandlingstiltak da gevinstene for både ungdommene det er snakk om, men også for storsamfunnet, kan være store både på kort og lengre sikt. På bakgrunn av dette er det viktig å kunne tilby gode og varierte og behandlingstiltak som imøtekommer og er tilpasset den spesifikke ungdommens behov.

Behandlingsresultater – bruk av rusmidler

Ungdommene rapporterte om nedgang i bruk av hasj. Allikevel var bruken og hyppigheten i forbruket fortsatt bekymringsfullt stort for mange. To år etter inntak i institusjonene (T4) eller senere brukte ca. 50% av ungdommene, i begge behandlingsalternativene, hasj ukentlig eller oftere. Bruken av hasj var altså redusert, men i og med at så mange som mellom 70-80% brukte hasj ukentlig eller oftere ved inntak (T1), var potensialet for redusert bruk stort. Av ungdommene som rapporterte ingen bruk av tyngre rusmidler ved inntaket i studien (T1), hadde ni fra begge behandlingsalternativene begynt å bruke et tyngre rusmiddel på et senere tidspunkt. Dette gir grunn til alvorlig bekymring og kanskje særlig for fire av disse ni ungdommene som rapporterte om forholdsvis hyppig bruk av tyngre stoffer. Én av disse ungdommene kom fra MultifunC- mens tre kom fra BART-behandling. Det er altså ingen grunn til å tro at ungdom på barnevernsinstitusjon ikke blir introdusert for tyngre rusmidler etter plassering på en barnevernsinstitusjon og at barnevernsinstitusjoner som et tiltak må brukes med forsiktighet. Mange av ungdommene i både MultifunC- og BART-gruppen fortalte at de hadde forsøkt ulike rusmidler da de ble intervjuet med EuroADAD ved inklusjonen i studien (T1) (se Tabell 2). Det var 32-43 % som hadde inntatt amfetamin eller kokain ved fire eller flere anledninger. Videre var det små endringer i bruk av alvorlige rusmidler som ikke inkluderte hasj eller alkohol. Ett år etter inntak (T3) var det snaut 30% som rapporterte om hyppig bruk av amfetamin, noe som hadde sunket til i underkant av 20% på tidspunktet to år etter inntak (T4). Samtidig er det gunstig at bruken av tyngre rusmidler ikke har økt for gruppene som helhet, all den tid potensialet for økt bruk av tyngre

rusmidler var stort. Allikevel vil vi mene at det ikke synes som om man på barnevernsinstitusjonene, hverken i MultifunC- eller BART-behandling, har lyktes å redusere bruk av rusmidler tilfredsstillende.

Bruken av rusmidler blant disse ungdommene er rimeligvis mye høyere enn tilfelle er for ungdomspopulasjonen generelt. I en oppsummering fra 2016 rapporterte forskere fra Folkehelseinstituttet at ca. 2 % av norske 15-16 åringer oppga å ha brukt hasj de siste 30 dagene. Det var få av ungdommene som hadde prøvd andre og tyngre rusmidler (Skretting, Vedøy, Lund & Bye, 2016). Også når man sammenligner med andre europeiske land, skiller ungdommene i denne studien seg ut negativt. Blant europeiske 15-16 åringer i 25 land rapporterte 2% å ha prøvd amfetamin, 2% hadde prøvd kokain og 1% hadde prøvd heroin (The EPSAD group, 2015). Ungdommenes forbruk av illegale rusmidler, og kanskje deres holdninger også, siden flere hadde blitt siktet for narkotikaforseelser etter institusjonsbehandlingen, viser med all tydelighet at dette er et svært stort problem for ungdommene. I hvor stor grad narkotikabruk er relatert til involvering i narkotikakriminalitet og manglende skolegang vet vi ikke. Det er allikevel nærliggende å tro at dette har betydning for de nedslående resultatene knyttet til kriminalitet og utdanning. På MultifunC-institusjonene brukte man blant annet motiverende intervju (se Appendix 2). Effektene av denne intervensjonen for ungdommenes bruk av rusmidler synes å ha vært små. I en meta-analyse om effekten av å bruke motiverende intervju i behandling av rusmisbrukende ungdommer, fant forskerne ingen effekter på endret rusatferd (Li, Zhu, Tse & Wong, 2016). Sett i sammenheng med dette funnet og funnene om bruk av rusmidler, bør det kanskje vurderes om motiverende intervju er et effektivt tiltak for å redusere og behandle rusproblemer blant unge på barnevernsinstitusjoner?

Tid på institusjonene

I likhet med funnene fra Sverige, var tiden på barnevernsinstitusjonene kortere i MultifunC-behandlingen enn tilfelle var for BART-behandlingene og flere var tilbake i hjemmet igjen (Socialstyrelsen, 2017). Selv med kortere behandlingstid var altså resultatene i utagerende atferd og bruk av rusmidler like i MultifunC- og BART-behandlingene. I snitt var tiden på institusjon for ungdommene i MultifunC 275 dager mens ungdommene i BART hadde vært plassert på en institusjon i 425 dager. Da blir det viktig å stille seg spørsmålet om det er tilstrekkelig at nesten ¾ av ungdommene fra MultifunC-behandling var flyttet hjem ett år etter inntak i institusjonene til å mene at MultifunC som behandlingsmodell fortsatt skal være et behandlingstiltak på norske barnevernsinstitusjoner? Vi mener det, til tross for at sammenligningen om behandlingstid og plasseringen av ungdommene ett år etter inntak i institusjonene (T3) kan fremstå som noe søkt, all den tid behandlingstid naturlig vil variere mer blant ungdommene på BART-institusjonene. I og med

at om lag 40% av ungdommene fra en BART-institusjon bodde hjemme ett år etter inntaket (T3), kan også andre institusjoner med andre behandlingstiltak lykkes med å returnere ungdommer til hjemmet. Allikevel er det et poeng å redusere tiden på institusjonen og det er viktig at MultifunC-institusjonene i stor grad lyktes med dette. Smittefaren for antisosial atferd, som kriminalitet og bruk av rusmidler, reduseres ved at antisosiale ungdommer tilbringer kortere tid sammen på en institusjon. Kortere opphold, altså ett år eller kortere på institusjonene, økt familieinvolvering og ettervern, bidro til bedre utfall for barnet som voksent som at den voksne var mindre deprimert, styrket psykisk velvære og mindre kriminalitet (Dregan & Guilford, 2011). Vi registrerer også at det var flere av ungdommene som bodde hjemme ett år etter inntaket på institusjonene (T3) som hadde påbegynt videregående skolegang. Selv om dette ikke var signifikant på et 05-nivå, kan dette være av betydning all den tid det er viktig å påbegynne videregående skole om ungdommen har planer eller ønsker om å kvalifisere seg til et yrke eller en utdanning. Allikevel bør det ikke underslås at det for noen barn og unge, er påkrevet med lengre plasseringer enn en tidsramme på ½ - 1 år. Dette illustreres jo også av at 21.5% av ungdommene fra en MultifunC-institusjon fortsatt bodde på en barnevernsinstitusjon to år etter inntaket (T4).

I behandlingsmodellen MultifunC er det et klart mål at ungdommene skal forsøkes bosatt tilbake i hjemmet etter et kortere institusjonsopphold. Det kan være at en bevissthet og streben etter dette, kan øke treffsikkerheten i plasseringsvurderingene (flytte hjem vs fortsatt plassering på barnevernsinstitusjon), og begrense tiden som plassert på en barnevernsinstitusjon når dette er mulig. Det er interessant å merke seg at reduksjonen i utagerende atferd fra ett (T3) til to år etter inntak (T4) er størst for ungdommene som befant seg hjemme ett år etter inntak (T3) i både BART- og MultifunC-tiltakene. Samtidig gir det grunn til bekymring at mer enn 20% av ungdommene i denne studien fortsatt befant seg på en barnevernsinstitusjon to år etter plassering (T4), all den tid kortere plasseringer er gunstig med tanke på eventuelle «smitteeffekter», sosial tilhørighet og ofte trivsel vil vi tro. Vi har ikke oversikt over hvor mange som er reklassert, men for ungdommer som var plassert på korttidsinstitusjoner som MultifunC, vil vi tro at er omplassert.

Det er vårt inntrykk at det har vært store forventninger til MultifunC som en evidensbasert behandlingsmodell for utagerende ungdommer på barnevernsinstitusjoner, i alle fall i enkelte miljøer og blant noen fagpersoner. Behandlingsmodellen var som nevnt innledningsvis utviklet etter et omfattende arbeid for å finne effektive tiltak på barnevernsinstitusjon (Andreassen, 2003). Nå er det ikke alltid tilfelle at evidensbaserte behandlinger er mer effektive enn ordinære behandlingstiltak. Weisz og kolleger (2006) rapporterte at selv om evidensbaserte polikliniske behandlinger som oftest var mer effektiv enn ordinær behandling, var ordinær behandling like effektiv og i noen tilfeller mer

effektiv enn den evidensbaserte behandlingen. I en ny evaluering stilles det noen spørsmål ved Anger Replacement Training (Rasmussen & Strøm, 2017), og effekten av motiverende intervju synes som nevnt liten (Li et al., 2016). Begge tiltakene er sentrale og brukes i behandlingsmodellen MultifunC (se også Appendix 2 nedenfor). Om tiltakseier for MultifunC i samarbeid med programutvikleren på bakgrunn av dette og resultatene i denne studien ønsker å foreta justeringer i behandlingsmodellen MultifunC, kan dette gi mening. Dersom man beslutter dette, bør dette arbeidet gjøres samtidig som man kvalitetssikrer tiltakene og evaluerer disse med metoder som er bedre egnet for å gi hurtige svar enn tilfelle har vært for denne evalueringen.

Begrensninger

Frafallet blant ungdommenes egenrapporteringskjemaer var stort. I frafallsanalysene på egenrapporteringskjemaene var det kun ett forhold som var signifikant, og det var at de som kun hadde svart ved inntaket (T1), var mindre utagerende enn tilfelle var for de som hadde svart to eller flere ganger. Frafallsanalysene knyttet til registerdata gir ingen grunn til å tro at dette frafallet var systematisk på noe vis. Heller ikke på arkivdata knyttet til kriminalitet/siktelser etter utskrivning og utdanning var det signifikante forskjeller mellom de som bare hadde data på T1 og de som deltok på mer enn ett tidspunkt. Dette kan indikere at det ikke er grunn til å tro at de som falt fra studien etter T1 er ulike de som deltok på senere tidspunkter (se også Appendix 1 nedenfor).

Rekrutteringsprosedyrene var styrt av praktiske forhold samt prosedyrene tilrådet i godkjenningen fra REK. I dette prosjektet skulle eventuelle deltakere forespørres av institusjonens personale om det var aktuelt for ungdommen å delta i forskningsprosjektet. Vi vet ikke hvorfor, men registrerer at ungdommene i MultifunC-institusjonene, jevnt over skårer lavere ved inntak (T1) på YSR og SRD sammenlignet med ungdommene i sammenligningsinstitusjonene. Noe av dette kan kanskje forklares av at lederne og ansatte ved institusjonen fungerte som «portåpnere» og var et mellomledd for forskerne og ungdommene. Brukerundersøkelsen i barnevernsinstitusjonene antydde at noen av lederne ved institusjonene aldri delte ut spørreskjemaene til ungdommene av ulike årsaker (Gautun, Sasaoka & Gjerusta, 2002). I dette prosjektet kan noen ungdommer faktisk ikke blitt forespurt om deltakelse, selv om kriteriene var oppfylt. Om dette var et problem i denne studien kan vi ikke vite.

I den svenske evalueringen av MultifunC gjorde Socialstyrelsen (2017) en kostnadsanalyse. Evalueringen konkluderte med at totalkostnadene i MultifunC-behandlingen var lavere enn tilfelle var for andre institusjonstiltak, siden antall dager plassert på institusjon var signifikant kortere i MultifunC-behandlingen. Vi har ikke gjort noen kostnadsanalyse her, og det var heller aldri planen at

vi skulle gjøre en slik analyse (se Fossum & Ogden 2010). På bakgrunn av dette kan vi ikke trekke slutninger vedrørende kostnads-nytte-effekter om dette skulle ha vært ønskelig, annet enn at det er dokumentert kortere behandlingstid med de samme resultatene i MultifunC-behandling.

Opprinnelig var denne studien planlagt som en randomisert og kontrollert studie (se Fossum & Ogden, 2010). Generelt er en slik metode å foretrekke blant annet fordi statistisk styrke ivaretas bedre og at en slik metode i større grad ivaretar og er mer fleksibel for statistiske tester (se Kazdin, 2003a). Valg av en slik metode var ikke mulig. Videre har vi ikke kunnskap om eller kunnet kontrollere for variabler som familiebakgrunn og annet som kan ha hatt betydning for vurderingene som lå til grunn for plasseringen på enten en MultifunC- eller en BART-institusjon. Allikevel vil vi hevde at ungdommene i BART og MultifunC, og deres vansker og problemer, var sammenfallende på de fleste og mest sentrale områdene ved inntak (T1) for å gjøre meningsfulle vurderinger av nytten av disse tiltakene. Vi mener at analysene som er gjort, gir meningsfulle sammenligninger mellom behandlingene i denne rapporten. Vi er derfor trygge på de slutninger og konklusjoner vi har tatt, er gyldige.

Konklusjon

Institusjonene som arbeidet i henhold til MultifunC-behandling, lyktes med å tilbakeføre 74% av ungdommene til hjemmet ett år etter inntaket (T3) og behandlingstiden på institusjonene var også signifikant kortere for denne gruppen sammenlignet med BART-behandling. I all hovedsak er det gunstigere med et kortere behandlingsperiode på barnevernsinstitusjoner når dette er mulig. Tross forskjeller i behandlingstid, var det små gruppeforskjeller i ungdommenes egenrapporterte utvikling i utagerende, regelbrytende atferd og bruk av illegale rusmidler. Både i bruk av rusmidler og i utagerende og regelbrytende atferd var det viktige og gunstige reduksjoner av dette. Inntrykket at behandlingseffektene i MultifunC og BART er like, bekreftes også i arkivinformasjon om kriminalitet generelt og siktelsler for brudd på narkotikalovgivningen spesielt. Det var heller ingen forskjell mellom behandlingene når det gjaldt utdanning. Få av ungdommene hadde påbegynt tredjeklasse på videregående.

Arkivinformasjonen om kriminalitet og skolegang må sies å være noe nedslående, selv om jo ungdommene i denne studien var i svært høy risiko for fortsatt antisosial utvikling når ungdommene ble rekruttert til studien. På bakgrunn av dette, kan det derfor synes som om det fortsatt er behov for å utvikle og styrke behandlingstiltakene på barnevernsinstitusjon for utagerende, regelbrytende og rusmisbrukende ungdommer.

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. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner Hva sier forskningen?* Oslo, Norway: Kommuneforlaget.
- 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.
- Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristoffersen, L. B. & Hvinden, B. (2014). *Barnevern i Norge 1990 – 2010: En Longitudinell Studie [Child Welfare Clients in Norway Between 1990 and 2010: A Longitudinal Study]* (Vol. 9/14). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- 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.
- Bufdir. (2014). Videreutvikling av kvalitetsutviklingsprogrammet i tråd med prop.106 L *Organisering av tjenestetilbudet i Bufetat*. Høringsnotat. Bufdir 6. mai 2014.
- Bufdir. (2016). Samarbeid mellom skole og barnevern. En veileder. ISBN/ISSN: 978-82-8286-292-9 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 14/2016. Elektronisk utgave. Tønsberg.
- 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.
- Chaudary, M. (2011). Sju av ti fullfører videregående opplæring. Samfunnsspeilet 2011/5-6 SSB. Lastet ned 04.05.2018 klokken 18.20.
- Clausen, S.-E. & Kristoffersen, L. B. (2008). *Barnevernsklienter 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.
- Dregan, A. & Gulliford, M. C. (2011). Foster care, residential care and public care placement patterns are associated with adult life trajectories: population-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1517-1526.
- Drugli, M. B., Larsson, B., Fossum, S., & Mørch, W-T. (2010). Five to six year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with Parent Training. *Journal of Child Psychology & Psychiatry and Allied Disciplines*, 51, 559-566.
- Dæhlen, M., Løvgren, M., & Madsen, C. (2017). Med hjelp fra barnevernet. En registerstudie av skolegang, tiltak og meldinger. Notat 3/17. NOVA. Høgskolen I Oslo og Akershus.
- Elliott, D. S., Agaton, 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., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W-T. (2010). Barns aggressive atferd etter foreldretrening. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47, 1017-1019.
- Fossum, S., Handegård, B. H., Holmen, C. I., & Adolfsen, F. (2015). Behandling av ungdommer på barnevernsinstitusjoner – Resultater ett år etter inntak i barnevernsinstitusjon. RKBU Nord rapport nr. 2 2015. ISBN: 978-82-93031-38-3

- Fossum, S. & Holmen, C. I. (2011). Implementering av behandlingsmodellen - 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.
- Gautun, H., Sasaoka K. & Gjerusta, C. (2002). Brukerundersøkelsen i barnevernsinstitusjonene. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 9/06. Oslo.
- 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.
- Hellevik, T. (2005) På egne ben. Unges etableringsfase i Norge. Oslo: NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring), rapport 22/05
- Holth, P., Torsheim, T., Sheidow, . J., Ogden, T. & Henggeler, S. W. (2011). Intensive Quality Assurance of Therapist Adherence to Behavioral Interventions for Adolescent Substance Use Problems, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 20:4, 289-313,
- Jakobsen, R. & Kornør, H. (2017). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI). *PsykTestBarn*, 1:6.
- 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.
- Jozefiak, T., Kayed, N. S., Rimehaug, T., Wormdal, A. k., Brubakk, A. M., Wichstrøm, L. (2016). Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 33-47.
- Kavli, H., Sjøvold, J. M. & Ødegård, K. S. (2015). Kartlegging av holdninger til skolegang for barn og unge med tiltak fra barnevernet. Rambøll. Oslo.

- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133–156.
- Kazdin, A. E. (2003a). Research designs in clinical psychology. 4th edition. Allyn and Bacon. Boston, USA.
- Kazdin, A. E. (red) (2003b). Methodological issues and strategies in clinical research. Third edition. American Psychological Association, Washington DC, USA.
- Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2003). Treatment of Parental Stress to Enhance Therapeutic Change Among Children Referred for Aggressive and Antisocial Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 504-515.
- 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.
- Krogh, F. & Indergård, P. J. (2017). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2017. Norsk pasientregister. Helsedirektoratet. Oslo.
- Kääriälä, A. & Hiilamo, H. (2017). Children in out-of-home care as young adults: A systematic review of outcomes in the Nordic countries. *Children and Youth Services Review*, 79, 107-114.
- Li, L., Zhu, S., Tse, N. & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111, 795-805.
- Lid, S. & Stene, R. J. (2011). Kriminalitetsbilder i endring. Samfunnsspeilet, 2011, 5-6. Statistisk Sentralbyrå. Oslo.
- Lov om barneverntjenesten (Barnevernloven), 1992. LOV-1992-07-17-100. Sist endret LOV-2015-09-04-85 fra 01.07.2016. Barne- og likestillingsdepartementet.
- 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.
- Mathys, C., Hyde, L.W., Shaw, D.S. & Born, M. (2013). Deviancy and Normative Training Processes in Experimental Groups of Delinquent and Nondelinquent Male Adolescents. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39, 30-44.
- Norges forskningsråd. (1997). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de?* Oslo: Norges forskningsråd.

- 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.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C.A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health, 9*, 76–82.
- Rasmussen, L.M. & Strøm, H.K. (2017). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket ART – Aggression Replacement Training (2.utg.). Ungsinn, 1:1.
- Rhule, D. M. (2005). Take Care to Do No Harm: Harmful Interventions for Youth Problem Behavior. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*, 618 – 625.
- 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
- Skretting, A., Vedøy, T. F., Lund K. E., & Bye, E. K. (2016). Rusmidler i Norge 2016. Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet
- Socialstyrelsen. (2014). MultifunC intitutionbehandling för ungdommar med svåra beteende problem. Resultat efter ett år. Socialstyrelsen. IBDN 978-91-7555-197-5.
- Socialstyrelsen (2017). MultifunC institutionsbehandling för ungdommar med svåra beteeneteendeproblem. Resultat efter två år. Artikkelnummer 2017-1-12.
- Stene. J. R (2017). NY STANDARD FOR KLASSIFISERING AV LOVBRUDD. De nye kriminalstatistikkene. Lastet ned 04.05.2018 klokken 18.04.
- SSB. (2018). Statistikk.
<https://www.ssb.no/statbank/table/07066/tableViewLayout1/?rxid=c52003de-3309-4c26-8ee4-6fefccdc3fc2> og
<https://www.ssb.no/statbank/table/07066/tableViewLayout1/?rxid=c52003de-3309-4c26-8ee4-6fefccdc3fc2> Lastet ned 16.02.18 kl 16.58
- Storå, J., Bunkholdt, V., & Larsen, E. (2010). Er institusjonen alltid et onde og familien alltid et gode? *Tidsskriftet Norges Barnevern, 38*, 1-15

- Strijbosch, E. I. I., Huijs, J. A. M., Stams, G. J. J. M., Wissink, I. B., van der Helm, G. H. P., De Swart, J. J.W. & van der Veen, Z. (2015). The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence: A multi-level meta-analysis. *Children and Youth Services Review* 58, 208–218.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L.-H., & Kadesjö, C. (2006). Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter sex månader. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Stockholm.
- Sundell, K., Hansson, K., Löfholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L.-H., & Kadesjö, C. (2008). The transportability of multisystemic therapy to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family Psychology*, 22, 550-560.
- The EPSAD group. (2015). ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. European monitoring centre for drugs and drugs addiction. Lisbon, Portugal.
- Vedøy, T. F. & Skretting, A. (2009). Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968- 2008. SIRUS – rapport nr 5/2009. Statensinstitutt for rusmiddelforskning. Oslo.
- Vinnerljung, B. (2006). Fosterbarn som unga vuxna – en översikt av resultat från några nationella registerstudier. *Socialmedisinsk Tidsskrift*, 1, 23–35.
- Vinnerljung, B., Brännström, L., & Hjern, A. (2015). Disability pension among adult former child welfare clients: A Swedish national cohort study. *Children and Youth Services Review*, 56, 169–176.
- 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.
- Vinnerljung, B. & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child & Family Social Work*, 13, 144-155.
- Vinnerljung, B., Öman, M., & Gunnarson, T. (2005). Educational attainments of former child welfare clients – a Swedish national cohort study. *International Journal of Social Welfare*, 14, 256–275.

- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2001). Preventive intervention: Assessing its effects on the trajectories of delinquency and testing for mediational processes. *Applied Developmental Science, 4*, 201–213.
- Weiss, B., Caron, A., Ball, S., Tapp, J., Johnson, M., & Weisz, J. R. (2005). Iatrogenic Effects of Group Treatment for Antisocial Youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 1036-1044.
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: a meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist, 61*, 671-689.
- Wichstrøm, L. (2015). Hjelp og hjelpebehov. I Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A-M., Wichstrøm, L. Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner. NTNU. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern Midt, Trondheim.

Appendix 1: Frafall

Under finnes kort presentasjon av frafall i prosjektet. Først presenteres frafallet i selvrapporteringskjemaene og deretter presenteres sammenligninger vedrørende arkivinformatjon.

Besvarelser av spørreskjemaer. Ved inntak (T1) var det ingen signifikante forskjeller blant ungdommene som bevarte spørreskjemaene én eller to eller flere ganger på YSR internalisering (i gjennomsnitt 14.7, SD = 9.8 mot i gjennomsnitt 15.2, SD = 9.4), $F(1, 133) = 0.09$. Derimot var det en forskjell på YSR eksternalisering. Blant ungdommene som bevarte skjemaet én gang, var skåren signifikant lavere enn tilfelle var for de med to eller flere svar (28.3, SD = 10.7 mot 32.4, SD = 11.5), $F(1, 133) = 4.4$, $p = 0.04$. På SRD var det noen flere som ble inkludert i beregningene. Det var 64 (46.4%) som kun bevarte skjemaet én gang og 74 (53.6%) som bevarte to eller flere ganger. Det var ingen signifikante forskjeller blant de som kun svarte én gang sammenlignet med to eller flere besvarelser (hhv 86.6, SD = 71.2 vs 92.4, SD = 78.9), $F(1, 137) = 0.20$.

Bruk av rusmidler. Når det gjelder egenrapportert hasjbruk ved inntak (T1) var det blant de som deltok på minst to måletidspunkter 19 (50.0%) som brukte hasj daglig og 12 (31.6%) som brukte hasj ukentlig. Dette sammenlignet med 23 (52.3%) og 9 (20.5%) som brukte hasj henholdsvis daglig og ukentlig, for ungdommene som bare deltok ved første måletidspunkt (T1). Dette utgjør ikke en signifikant forskjell, $\chi^2(5) = 5.4$, $p = .37$. Med tanke på bruk av tyngre rusmidler (som amfetamin) var det, blant ungdommene med mer enn én besvarelse, i alt 4 (10.8%) ungdommer som rapporterte om daglig bruk mens 6 (14.6%) ungdommer hadde besvart spørreskjemaene én gang, rapporterte om tilsvarende bruk. Ved inntaket (T1) var det 15 (40.5%) som ikke hadde brukt alvorlige rusmidler og som hadde besvart spørreskjemaene to ganger eller mer sammenlignet med 11 (26.8%) som bevarte skjemaene kun en gang. Fordelingen blant de som bevarte to eller flere ganger sammenlignet med de som kun hadde svart én gang var ikke signifikant forskjellig, $\chi^2(5) = 2.5$.

Arkivinformatjon. For ungdommer som ikke ble identifisert for arkivinformatjon, gjaldt dette 4 (5.6%) fra MultifunC og 8 (10.1%) fra BART. Denne fordelingen er ikke signifikant forskjellig, $\chi^2(1) = 1.1$. Det var heller ingen signifikante forskjeller om de lokaliserte ungdommene var gutt eller jente. I alt var det 3 (5.8%) jenter og 8 (8.3%) gutter som ikke ble lokalisert, $\chi^2(1) = 0.3$. Når det gjelder skårene på YSR eksternalisering, skåret de 10 individene med YSR-data som ikke ble identifisert i gjennomsnitt 33.5 (SD = 14.2) mens de 124 identifiserte ungdommene med komplette data skåret i gjennomsnitt lik 30.6 (SD = 11.1). Denne forskjellen er ikke signifikant, $F(1, 133) = 0.8$.

Kort drøfting om frafall

Frafallet var stort og større enn frafallet som ble beregnet når studien opprinnelig ble planlagt (se forskningsprotokollen til Fossum & Ogden, 2010). Med tanke på beregningene av frafall i forskningsprotokollen med et anslått frafall på tilsammen ca. 10%, var nok dette altfor lavt og i overkant optimistisk også når frafallet i annen forskning på denne målgruppen vurderes. Årsakene til frafallet er nok sammensatte. På T1 var ungdommene nettopp plassert på de aktuelle institusjonene, de var trolig mer motiverte og de var ikke minst lettere å finne enn tilfelle var på de senere tidspunktene T2, T3 og T4.

Ungdommene i MultifunC befant seg ofte ikke på barnevernsinstitusjon etter første måletidspunkt ved inntak (T1) (for detaljer se Bosted på ett og to år etter plassering på T3 og T4). For ungdommene i BART var dette ofte senere og ikke en realitet for mange før måletidspunktet to år etter inntak (T4). Flere fra BART befant seg fortsatt på institusjonene ett år etter inntak i institusjonen (T3) enn tilfelle var for ungdommene på MultifunC-institusjoner. Ungdommene som kun besvarte spørreskjemaene på ett tidspunkt, var noe mindre utagerende enn ungdommene som besvarte spørreskjemaene flere ganger. På SRD og når det gjelder bruk av hasj, var det ingen forskjeller mellom ungdommene som kun besvarte skjemaene én gang, og de som svarte flere ganger. Selv om frafallet altså er stort, er ikke forskjellene i ungdommenes rapporterte psykososial fungering og bruk av hasj slik at de som har falt fra, skiller seg fra ungdommene som besvarte spørreskjemaene flere ganger på det første måletidspunktet. Vi legger derfor til grunn at funnene i studiene er representative for gruppen av ungdommer som ble plassert på barnevernsinstitusjon, selv om vi jo ikke kjenner til om utviklingen til ungdommene som kun fylte i skjemaene én gang, faktisk ville vært annerledes. Vi sammenlignet de som bare deltok på T1 med de som deltok også etter T1 på arkivdata hvor informasjon var tilgjengelig for de fleste. Det var ingen signifikante forskjeller mellom disse to frafallsgruppene på siktelsler (hvorvidt de hadde blitt siktet for narkotikakriminalitet, trusler eller vold), og heller ikke når det gjaldt om ungdommene hadde startet videregående utdanning. Dette gir en indikasjon på at frafall ikke er assosiert med funksjonsnivå i dette tilfellet. Årsaken til plasseringene var at ungdommenes utagerende atferd ofte ledsages av bekymringsfull rusatferd. Det er allikevel noe bekymringsfullt at blant ungdommene som falt fra etter kun å ha besvart skjemaene og intervjuene én gang (på T1), var det noen flere som rapporterte om alvorlig rusmisbruk og færre som ikke hadde brukt slike rusmidler. Frafall vil uansett være et problem med tanke på den statistiske styrken i en del av testene.

Det var heller ingen skjevheter mellom de 139 ungdommene og de 12 ungdommene som ikke ble identifisert og som vi mottok arkivinformasjon fra SSB. Det at det ikke er skjevhet i dette er viktig, og særlig med hensyn til at majoriteten av ungdommene ble identifisert noe som er av stor betydning

for analysene om det er forskjell mellom MultifunC og BART. Slik informasjon er viktig for å kunne gjøre gode og grundige vurderinger om effekten av tiltak på barnevernsinstitusjoner.

Appendix 2. Behandlingsinnsatser de første 180 dagene plassering

Som tidligere nevnt ble behandlingsinnsatser i institusjonene kartlagt ved hjelp av BPB (se Metodekapitlet). BPB ble gjennomført ved 90 og 180 dager som er perioden fra inntak (T1) til seks måneder etter inntak (T2). I og med at majoriteten av ungdommene i begge behandlingsalternativene fortsatt var på en barnevernsinstitusjon eller nettopp var utskrevet, er denne fasen best egnet til å avdekke likheter eller forskjeller mellom behandlingstiltakene.

Når det gjelder utredning, var det forskjell mellom de to behandlingsalternativene. I MultifunC-gruppen hadde 31 (79.5%) gjennomgått en utredning sammenlignet med i alt 7 (15.6%) i BART. I MultifunC ble det ikke gjennomført utredning blant 8 (20.5%) mens tilsvarende tall var 38 (84.4%) i BART. Dette er en signifikant forskjell $\chi^2(1) = 34.5, p < .001$. Utredningene som var gjennomført, inkluderte i all hovedsak selvrapporteringsskjemaer som CBCL og SDQ. I alt ni ungdommer, åtte i MultifunC og én i BART, hadde blitt utredet ved bruk av en evnetest.

Ved BPB 90 dager var det forskjell i bruken av motiverende intervju (MI) og ART. Når det gjaldt MI var dette ikke benyttet for noen av ungdommene i BART, mens det var 28 tilfeller (65.1%) i MultifunC der MI var brukt og 15 (34.9%) ungdommer som ikke hadde deltatt i MI.

Blant ungdommene som var plassert på MultifunC-institusjoner hadde i alt 41 (100%) deltatt i ART mens det kun var 3 (6.7%) i BART-gruppen som hadde deltatt i ART. Det var ingen av ungdommene i MultifunC som ikke hadde deltatt i ART, mens tilsvarende var det 42 (93.3%) i BART som ikke hadde fått ART. Dette er signifikant forskjellig ($\chi^2(1) = 74.8, p < .001$). Med hensyn til ART-sesjonene rapporteres dette kun for MultifunC-gruppen da forskjellene mellom behandlingene for dette tiltaket er store. Når det gjelder ART sinnemestring hadde 34 ungdommer i snitt deltatt på 5.1 sesjoner (SD = 3.4), mens 33 ungdommer i snitt hadde deltatt på 5.4 sesjoner (SD = 3.4) på ART sosial ferdighetstrening, og 31 ungdommer hadde deltatt på i snitt 5.3 sesjoner (SD = 3.3) i moralsk resonnering. Det var små forskjeller mellom de to behandlingsalternativene i bruk av individuelle samtaler. I alt hadde 35 (83.3%) ungdommer i MultifunC og 41 (93.2%) ungdommer i BART deltatt i individuelle samtaler. Til sammenligning var det 7 (16.7%) i MultifunC og 3 (6.8%) i BART som ikke hadde deltatt i individuelle samtaler. Dette er ikke signifikant forskjellig, $\chi^2(1) = 2.0$. Når det gjelder samtaletype, var det stor variasjon på dette. På MultifunC-institusjonene ble disse ofte beskrevet som type støttende og kognitiv atferdsbehandling. I BART-institusjonene var variasjonen også stor.

Tiltakene ble ofte beskrevet som «støttende», «humanistisk» eller «realitetsorienterende». Det var forskjell på hvor mange sesjoner med individualsamtaler som ble benyttet. I MultifunC-gruppen mottok 30 ungdommer i snitt 23.8 sesjoner (SD = 20.4) mens 40 ungdommer i BART i snitt deltok i 13.6 (SD = 14.1) individualsamtaler, $F(1, 69) = 6.2, p < .05$.

Kort drøfting av behandlingsinnsatser

Det var tydelige forskjeller mellom tiltakene på behandlingsinnsatsene de første 180 dagene etter plassering. I MultifunC var det som forventet at tiltak som utredning, MI og ART ble benyttet i stor grad mens dette i mindre grad gjaldt for BART-institusjonene. Allikevel er det forholdsvis små forskjeller mellom tiltakene når det gjelder behandlingsresultatene. Det kan være flere grunner til dette. ART som metode er grundig vurdert av Rasmussen og Strøm (2017). Deres konklusjon er at de tre nordiske evalueringene som er gjennomført har noen metodiske begrensninger. Det er blant annet relativt få ungdommer som har gjennomført ART, oppfølgingstiden er begrenset i og med at det kun foreligger pre-post-evalueringer. Kvalitetssikring er også ofte problematisk (se for eksempel Holth et al., 2012). Holth et al., (2012) studerte det polikliniske tiltaket MST sammen med «contingency management». Forfatterens konklusjon var at sterkere grad av oppfølging førte til større grad av trofasthet til behandlingstiltaket, men at dette ikke nødvendigvis var synlig i behandlingsresultatene. Tiltak og kvalitetssikring er altså problematiske generelt, og disse forholdene blir ikke mindre komplekse av at det er snakk om tiltak og intervensjoner som gis til ungdommer som befinner seg på institusjoner som yter omsorg og behandling potensielt i 24 timer i døgnet. Allerede ved implementeringen av MultifunC så man at dette var en kompleks modell som kunne være utfordrende å implementere på flere av barnevernsinstitusjonene (Fossum & Holmen, 2011). Dette vil heller ikke være løst etter at modellen er implementert på institusjonen, men vil være en pågående prosess. Man har etablert et kvalitetssikringsteam for å styrke og sikre at intensjonene ved MultifunC faktisk følges (multifunc.org), men om dette faktisk er tilstrekkelig, er ikke kjent. Det var ingen forskjeller med hensyn til bruk av individualsamtaler, men ungdommene på MultifunC-institusjoner hadde deltatt i flere sesjoner enn tilfelle var for ungdommene i BART og type samtaler varierte også noe.