Retsudvalget 2008-09
REU alm. del Bilag 441
Offentligt

Servicestyrelsen
Jysk Socialforsknings- og Evalueringssamarbejde

Resultatevaluering af Multisystemisk Terapi i Danmark 2004-2007

Delrapport 2
April 2008

Morten Greve
Faglig koordinator
Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland

Mikael Thastum
Lektor, ph.d.
Psykologisk Institut
Aarhus Universitet

SERVICESTYRELSEN
SOCIALMINISTERIET

Resultatevaluering af Multisystemisk Terapi i Danmark 2004-2007
Delrapport 2 – April 2008

Yderligere information:

Morten Greve
Center for Kvalitetsudvikling
Region Midtjylland
Olof Palmes Allé 15
8200 Århus N
Tlf. 87 28 49 42
E-post morten.greve@stab.rm.dk

© Center for Kvalitetsudvikling, JYFE og Servicestyrelsen 2008

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD **4**
RESUMÉ **5**
1 INDLEDNING **7**
1.1 Om Multisystemisk Terapi 7
1.2 Oversigt 8
2 OM UNDERSØGELSEN **9**
2.1 Dataindsamling og datasæt 9
2.2 Begrebsafklaring 12
2.3 Evalueringsspørgsmål 13
2.4 Opsamling 14
3 DE UNGE OG DERES FAMILIER **15**
3.1 Oplysninger om de unges familier 15
3.2 Oplysninger om de unge 19
3.3 Opsamling 24
4 SIGNALEMENT AF MST-FORLØBENE **25**
4.1 Basisoplysninger 25
4.2 Kvalitetssikring: Therapist Adherence Measure 27
4.3 Udskrivningsoplysninger 29
4.4 Opsamling 30
5 BEHANDLINGSRESULTATER: DATA FRA FAMILIERÅDGIVERNE **31**
5.1 Skoletilbud eller arbejde 31
5.2 Kriminalitet 34
5.3 Misbrug af rusmidler 38
5.4 Døgnanbringelse 42
5.5 Samlet behandlingsresultat 46
5.6 Opsamling 53
6 BEHANDLINGSRESULTATER: STANDARDISEREDE INSTRUMENTER **55**
6.1 Signifikans og estimeret effekt 55
6.2 Alment psykisk befindende – Teacher Report Form 56
6.3 Familiefunktion – FACES IV 60
6.4 Relationer til jævnaldrende – SCPQ 64
6.5 Forældreskab – SIPA 66
6.6 Opsamling 68
7 ANALYSE AF BEHANDLINGSRESULTATERNE **70**
7.1 Skole eller arbejde 70
7.2 Kriminalitet 72
7.3 Misbrug af rusmidler 73
7.4 Døgnanbringelse 75
7.5 Samlet behandlingsresultat 75
7.6 Standardiserede instrumenter 77
7.7 Opsamling 78
8 EVALUERINGSMÆSSIGE KONKLUSIONER **81**
8.1 Behandlingsresultater: Data fra familierådgiverne 81
8.2 Behandlingsresultater: Standardiserede instrumenter 84
8.3 Betydningen af behandlingsforløbet 87
8.4 Vurdering af visitationspraksis 89
8.5 Sammenfatning 89
APPENDIKS A: BORTFALDSANALYSE **92**
Bortfaldets karakter 92
Betydningen af bortfaldet 93
APPENDIKS B: INSTRUMENTVALIDITET OG -RELIABILITET **95**

FORORD

Denne afsluttende rapport i forbindelse med den landsdækkende evaluering af resultaterne af behandlingsprogrammet Multisystemisk Terapi i Danmark skal ses i forlængelse af første delrapport, som blev offentliggjort i december 2006. Den første rapport giver en mere udførlig præsentation af projektets baggrund og metodegrundlag.[1]

I nærværende sammenhæng er vægten således primært lagt på de datakilder og -typer, som er nye i forhold til første delrapport, og på sammenligning af de overordnede resultater i datasættet til anden delundersøgelse med det første datasæt, hvor datatyperne går igen i begge datasæt.

En række personer og organisationer skal takkes i forbindelse med den langvarige dataindsamling. Frem for alt skal der rettes en varm tak til alle de familier, som har givet samtykke til, at deres forløb indgår i datasættet, og som har bidraget til dataindsamlingen. Det er på ingen måde en selvfølge, men evalueringsarbejdet på det sociale område står og falder med denne uegennyttige hjælp.

En anden stor taknemmelighedsgæld skyldes familierådgivere og øvrige medarbejdere i socialforvaltningerne i kommuner landet over. Ligeledes har medarbejdere fra en lang række skoler m.m. bidraget med værdifulde besvarelser. Vores henvendelser er generelt blevet mødt med velvilje.

En stor tak også til vejledere, terapeuter og øvrige medarbejdere i de danske MST-team, som har bidraget med oplysninger og assistance i en række forskellige sammenhænge. MST-projektets styregruppe skal samtidig takkes for værdifulde råd og kommentarer undervejs i processen.

For nyttig assistance i forbindelse med planlægning og afrapportering takker vi til slut Bianca Albers, Steen Bengtsson, Terje Ogden, Knut Sundell og Bobby Zachariae samt de studentermedarbejdere, som dygtigt og omhyggeligt har bidraget til såvel dataindsamling som analysearbejde.

Center for Kvalitetsudvikling
April 2008

[1] Rapporten kan hentes på adressen: www.godsocialpraksis.dk/ShowExample.aspx?ExampleID=124 eller rekvireres ved henvendelse til Center for Kvalitetsudvikling.

RESUMÉ

Den samlede undersøgelse er gennemført fra april 2005 som en retrospektiv og prospektiv panelundersøgelse, hvor unge fra de familier, som henvistes til en MST-indsats i tidsrummet marts 2004 til juni 2006 blev fulgt igennem 11-14 måneder. Målet var at vurdere, hvordan de unges adfærd forandrede sig igennem den 3-5 måneder lange behandling på parametre som kriminalitet, misbrug og skole- eller arbejdsrelateret fravær.

I alt dækker den todelte undersøgelse 359 MST-forløb (231 forløb i første del, 128 i anden del). Sidste behandlingsforløb sluttede i foråret 2007. Der blev indsamlet data om familierne ved indskrivning, ved udskrivning og ved en eller flere opfølgninger et antal måneder efter udskrivningen.

Undersøgelsens første del fokuserer udelukkende på, hvordan de unge udvikler sig, når det gælder skoleforhold, kriminalitet, misbrug og døgnanbringelse. Undersøgelsens anden del udvider dette fokus og beskriver også udviklingen for en række relationelle mål som fx familiefunktionen og oplevelsen af eget forældreskab.

Data er indsamlet hos de kommunale familierådgivere, hos de unges skoler og hos de unge og deres forældre. Videre er der trukket på database- og arkivmateriale.

Evalueringsmæssige hovedkonklusioner

Evalueringen ønsker at besvare tre centrale spørgsmål

1. Hvilke umiddelbare og hvilke langsigtede behandlingsresultater opnås ved et MST behandlingsforløb?;
2. Hvilken betydning har karakteren af selve behandlingsforløbet?
3. Og hvor hensigtsmæssig er den gældende visitationspraksis?

Behandlingsresultater: Primære resultatmål

Med en reduktion af problemadfærden på ca. 50 % i gennemsnit opnår MST tilfredsstillende behandlingsresultater på områderne kriminalitet, misbrug og skole-/arbejdssituation. Således lykkedes det at reducere andelen af unge med et manglende skoletilbud eller arbejde eller et omfattende ubegrundet fravær med 40-50 %, sammenlignet med situationen ved henvisningen. På samme måde var resultaterne på kriminalitetsområdet klart tilfredsstillende. På et område, hvor der generelt er langt imellem eksemplerne på virkningsfulde indsatser, lykkes det for MST-teamene at halvere andelen af unge med problemer mellem henvisnings- og opfølgningsmålingerne. Og endelig kan resultaterne på misbrugsområdet betegnes som tilfredsstillende, idet andelen af unge med misbrugsproblemer reduceres med 50-60 % ved opfølgningsmålingerne.

Mindre tilfredsstillende for MST er det faktum, at der på skoleområdet kan registreres en stor gruppe unge, ca. en fjerdedel, som hverken passede et skoletilbud før eller efter MST-forløbet. Ligesom behandlingsresultaterne i forhold til at forhindre efterfølgende døgnanbringelse uden for hjemmet var mindre tilfredsstillende, idet mellem en fjerdedel og en tredjedel af de unge blev døgnanbragt på et tidspunkt i løbet af undersøgelsens opfølgningsperioder.

Behandlingsresultater: Relationelle mål

Undersøgelsens anden del interesserede sig også for, hvordan en række relationelle forhold – bl.a. familiernes samspil, de unges relationer til jævnaldrende eller deres psykiske velbefindende – blev vurderet af de personer, der var involveret i MST-behandlingsforløbene.

- Tydelige forbedringer kunne registreres i forældrenes vurdering af samspillet i familien. I deres øjne blev organiseringen af og klarheden i familiernes indbyrdes relationer og familiens interne samspil og kommunikationsevne stærkt forbedret. Også de unges besvarelser viste visse forbedringer, men langt fra så tydeligt som forældrenes. Herudover blev forældrene spurgt til deres oplevelse af eget forældreskab. Her kunne der måles en betydelig behandlingseffekt for forældrenes oplevelse af at kunne mestre den konkrete opdragerrolle, mens resultaterne på de øvrige målepunkter på dette felt var mere beskedne.
- Herudover er skolerne blevet bedt om at vurdere de unges almene psykiske befindende. Her viser data en klar kønsforskel, idet der for pigernes vedkommende kun kunne registreres beskedne forbedringer, mens lærerne vurderede drengenes velbefindende som markant forbedret.
- Endelig blev både forældrene, lærerne og de unge spurgt, hvordan de oplever de unges relationer til jævnaldrende frem mod udskrivningen af MST. Her meldte lærergruppen tilbage med de tydeligste forbedringer, mens forbedringer, indberettet fra forældre og de unge var så moderate, at det er vanskeligt at tilskrive MST forandringerne.

Visitationspraksis

Behandlingsresultater skal ses i sammenhæng med den persongruppe, der er henvist til MST-behandlingen, og her tegner sig følgende billede for undersøgelsens deltagere:

Unge i MST kommer i større omfang fra brudte familier med færre ressourcer og flere risikofaktorer end befolkningen som helhed – det fortæller data om MST-familiernes struktur, uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, indkomst og belastningsfaktorer i hjemmet.

Til gengæld kan det konstateres, at der i anden undersøgelsesfase blev henvist markant færre socialt udsatte familier til MST end i undersøgelsens første fase – visitationspraksis synes således at have ændret sig til fordel for familier, der socialt og ressourcemæssigt var lidt mere velstillede. Herudover var også andelen af familier, hvor dansk ikke var familiens primære talte sprog, markant mindre i undersøgelsens del 2.

Samlet set betyder det, at de unge i undersøgelsens anden del havde en mindre alvorlig problemhistorik og henvisningsbaggrund end unge i del 1 – et mønster, der går igen på tværs af teamene. Denne omlægning af henvisningspraksis i retning af færre fremmedsprogede, udsatte familier er muligvis uhensigtsmæssig. Særligt udsatte familier og unge med mange problemer profiterer af MST-tilbudet på niveau med hovedparten af de øvrige kategorier af familier og unge, når der kontrolleres for tredjevariabler.

I det følgende uddybes disse hovedresultater og suppleres med yderligere data om MST-behandlingsarbejdet i perioden 2005-2007.

1 INDLEDNING

Denne anden og sidste delrapport afrunder den landsdækkende resultatevaluering af Multisystemisk Terapi i Danmark. Multisystemisk Terapi (MST) er et familie- og netværksterapeutisk behandlingsprogram møntet på 12-17-årige unge med alvorlig udadrettet problemadfærd. MST introduceredes i Danmark i efteråret 2003 på initiativ af Århus Amt, Ringkjøbing Amt og Århus Kommune med støtte fra Velfærdsministeriet.

Resultatevalueringen er blevet gennemført i to etaper. Den første delundersøgelse blev finansieret af Jysk Socialforsknings- og Evalueringssamarbejde (JYFE) og gennemført af Kvalitetsafdelingen, Århus Amt i perioden fra april 2005 til december 2006. Anden delundersøgelse, som afsluttes med nærværende rapport, er finansieret af JYFE og Servicestyrelsen i Velfærdsministeriet. Dataindsamlingen til anden delundersøgelse er blevet gennemført af Kvalitetsafdelingen fra 1. september 2005 til 31. december 2006, hvorefter opgaven overgik til Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

I den forbindelse skal man være opmærksom på, at opgave- og strukturreformen har medført betydelige ændringer i organiseringen af den danske MST-indsats. Seks af de otte MST-enheder, som indgår i undersøgelsen, var forankret i amterne, og er lukket i dag. MST-arbejdet anno 2008 er primært forankret i en række kommuner landet over i en ny organisatorisk ramme.

Undersøgelsens overordnede formål er at evaluere den danske MST-indsats ydet i perioden 2004-2006 på basis af resultatdokumentation. Mest fundamentalt: Hvor godt har MST virket i forhold til forskellige problem- og familietyper? Har eventuelle positive behandlingsresultater vist sig at være holdbare over tid?[2]

1.1 Om Multisystemisk Terapi

Den grundlæggende forståelse af unges adfærdsproblemer i MST bygger på socialøkologisk udviklingsteori. Her forstås adfærdsproblemer som problematiske interaktioner eller samspil inden for og mellem sociale systemer; det vil sige den unge selv, familien, kammeratskabsgruppen, skolen og det øvrige omgivende samfund. Derudover indgår inspiration fra pragmatiske familieterapeutiske behandlingsmetoder som strukturel og strategisk familieterapi samt kognitiv adfærdsterapi.[3]

Snarere end at være en specifik ny metode, er MST således en overordnet teoretisk og organisatorisk ramme, inden for hvilken en række beslægtede metoder kan tages i anvendelse i det konkrete terapeutiske arbejde. Gennemgående for MST-indsatsen er dog, at den er kognitionsteoretisk funderet, adfærdsorienteret og fremadskuende. Et yderligere særtræk ved MST-programmet er formaliseret kvalitetssikring gennem en række tiltag, som bl.a. omfatter et fagligt støtteapparat "bag kulisserne" i form af supervision og konsultationer, løbende kurser og efteruddannelse samt opfølgende resultatmålinger efter udskrivningen. Videre omfatter kvalitetssikringen et spørgeskemainstrument - kaldet "Therapist Adherence Measure – Revised" (TAM-R) – som så vidt muligt besvares af en voksen omsorgsperson hver fjerde uge igennem hele MST-forløbet. TAM-R sigter på at måle, i hvor høj grad MST-teamet efterlever behandlingsretningslinjerne.

[2] Se Michael Togebys artikel i Peter Dahler-Larsen og Hanne Krogstrup (2001): *Tendenser i evaluering*, Odense: Odense Universitets Forlag.
[3] Scott W. Henggeler et al. (2007): *Multisystemisk behandling af antisocial adfærd hos børn og unge*, København: Dansk psykologisk Forlag. MST-programmet og den danske implementering er beskrevet mere udførligt i første delrapport fra den danske MST-evaluering.

Multisystemisk Terapi udføres i Danmark af et team, der består af en vejleder og 2-4 terapeuter. Den enkelte terapeut er hovedansvarlig for det terapeutiske arbejde i familien, og arbejder med 3-5 familier ad gangen. Vejlederen i MST-teamet er ansvarlig for, at der på døgnbasis er en terapeut fra teamet tilgængelig for forældrene under behandlingsforløbet. Endvidere giver vejlederen jævnlig supervision til terapeuterne. Medarbejdere ansat i en national koordinerende enhed (i Danmark kaldet MST Danmark og forankret i Servicestyrelsen) eller hos den amerikanske MST-konsulentvirksomhed MST Services Inc., yder klinisk konsulentbistand til vejlederne. Behandlingen er under alle omstændigheder *intensiv* – MST-terapeuten vil typisk besøge familien flere gange om ugen – og *kortvarig* – målet er at afslutte MST-forløbet inden for fem måneder.[4]

1.2 Oversigt

Denne afsluttende afrapportering fra evalueringsprojektet er opdelt i otte kapitler. Kapitel 2 introducerer til anden delundersøgelse med henblik på data, design og evaluerings-spørgsmål. Kapitel 3 beskriver de familier, hvis MST-forløb er omfattet af dataindsamlingen. Bl.a. belyses ressourcer, belastningsfaktorer og de unges tidligere problemhistorik. Kapitel 4 beskriver de dokumenterede MST-forløb på basis af forskellige datatyper. Den evalueringsmæssige kerne i rapporten – udviklingen i de unges problemadfærd over tid – er emnet for de tre følgende kapitler. Kapitel 5 og 6 giver et deskriptivt overblik over de opfølgende målinger sammenlignet med baseline-data, både på de enkelte fokusområder og for en samlet betragtning. I kapitel 7 er fokus på at afdække hvilke faktorer, der synes at have forklaringskraft i forhold til de observerede behandlingsresultater med kontrol for tredjevariabler. I det afsluttende kapitel gives et evalueringsmæssigt overblik over den samlede resultatevaluering.

[4] Se www.mst-danmark.dk.

2 OM UNDERSØGELSEN

Den samlede undersøgelse er gennemført som en både retrospektiv og prospektiv panelundersøgelse, hvor en gruppe unge følges over tid med primært sigte på de opnåede behandlingsresultater. Det valgte design indebærer, at der er indsamlet data vedrørende den unges situation ved henvisningen (baseline), ved afslutningen af MST-forløbet, samt ved én eller flere opfølgninger efter udskrivningen. Videre er der indsamlet forskellige baggrundsoplysninger om familieforhold, husstandsindkomst og andre ressourcer m.m.[5]

Som evalueringsindikatorer er udvalgt nedenstående *primære resultatmål*, som har indgået i forbindelse med alle undersøgelsens målinger (både Del 1 og 2):

a. Skole-/arbejdssituation (herunder regelmæssigt ubegrundet fravær)
b. Kriminalitet
c. Misbrug af rusmidler
d. Bopælsforhold: Døgnanbringelse eller anden bopæl uden for hjemmet

Videre indsamles i Del 2 data vedrørende en række *sekundære resultatmål*, som formodes at betinge en gunstig udvikling i forhold til de primære resultatmål, og som videre i sig selv kan ses som betydningsfulde supplerende resultatmål:

e. Skole/arbejdsplads' oplevelse af den unges psykiske befindende og adfærd
f. Unge og forældres oplevelse og vurdering af familiefunktionen
g. Forældreoplevelse af eget forældreskab
h. Unge, forældre og skole/arbejdsplads' oplevelse af den unges relationer til jævnaldrende.

Dette udvalg af resultatmål afspejler i vidt omfang de områder, som har været i fokus i en række internationale undersøgelser med sigte på MST. Sluttelig skal det nævnes, at begge delundersøgelsers datasæt omfatter dokumentation af selve behandlingsforløbet (bl.a. oplysninger om behandlingens varighed, MST-medarbejdernes uddannelsesbaggrund m.m., graden af metodeefterlevelse, angivet målopfyldelse osv.).

2.1 Dataindsamling og datasæt

Undersøgelsens dataindsamling og afrapportering er todelt. Dataindsamlingen til første delrapport begyndte i april 2005 og omfattede de 231 MST-sager, som startede i perioden fra marts 2004 til september 2005 (denne delundersøgelse var således både retrospektiv og prospektiv. Den anden delrapport dækker 128 MST-forløb med behandlingsstart i perioden fra september 2005 til juni 2006. Alle 359 danske MST-forløb i perioden er forsøgt inddraget i de to dataindsamlinger. Udtrykkene "sager" og "forløb" bruges i denne sammenhæng synonymt.

I forbindelse med første delrapport indsamledes opfølgningsdata ni og atten måneder efter afslutningen af MST-forløbet, mens dataindsamlingen til anden delrapport indebar en opfølgning efter seks måneder. Årsagen til denne forskel er, at undersøgelsesperioden ikke tillod, at der kunne foretages opfølgning senere end efter seks måneder, hvis alle sager skulle omfattes i forbindelse med anden delundersøgelses opfølgningsmåling.

Sagernes fordeling på de enkelte MST-team fremgår af Tabel 2.1. MST Århus Amt og MST Nordjyllands Amts team 2 lukkede i løbet af anden dataindsamlingsperiode, mens

[5] Se Scott Menard (2002): *Longitudinal Research*, Thousand Oaks: Sage.

MST-teamene i Frederiksborg og Vejle amter samt team 2 i Nordjyllands Amt åbnede undervejs i første periode (sidstnævnte lukkede igen i løbet af anden periode). Det markante fald i andelen af sager fra Århus Kommune Centrum-Nord er formentlig udtryk for en tilfældighed.

Tabel 2.1: De omfattede MST-forløbs fordeling på de danske MST-team

	Antal	**Procent**	**(Del 1)**
Århus Amt	7	5,5 %	(14,7 %)
Århus Kommune Centrum-Nord	13	10,2 %	(20,8 %)
Århus Kommune Syd-Vest	25	19,5 %	(17,3 %)
Ringkjøbing Amt	28	21,9 %	(14,7 %)
Nordjyllands Amt team 1	18	14,1 %	(12,6 %)
Nordjyllands Amt team 2	8	6,3 %	(5,6 %)
Frederiksborg Amt	17	13,3 %	(6,9 %)
Vejle Amt	12	9,4 %	(7,4 %)
I alt	**128**	**100 %**	(100 %)

2.1.1 Informanter og dataindsamlingsmetoder

Første delrapport baserede sig overvejende på data fra journalregistreringer og telefoninterview med de kommunale familierådgivere vedrørende et sæt af forholdsvis håndgribelige primære resultatmål (resultatmål a til d ovenfor). Baseline-målingen blev baseret på journaldata, eftersom en del af de omfattede sager allerede var igangsat, da dataindsamlingen begyndte.

Den anden delrapport belyser udelukkende de primære resultatmål via telefoninterviewdata fra rådgiverne. Desuden inddrages yderligere kilder (data fra de MST-henviste familier selv og medarbejdere fra de unges skoler eller arbejdspladser), og datasættet kan derfor belyse mere subjektive og relationelle resultatmål som f.eks. familiefunktion og den unges generelle adfærd, psykiske befindende og sociale relationer (resultatmål e til g ovenfor).

Data fra familierne blev indhentet via en kombination af telefoninterview og spørgeskemaer, mens data fra skoler m.m. blev indsamlet med spørgeskemaer. Begge dataindsamlinger har desuden kunnet betjene sig af database- og arkivoplysninger fra de danske og amerikanske MST-organisationer. I Tabel 2.1 nedenfor gives en oversigt over de enkelte spørgsmålssæt i anden delundersøgelse.

Tabel 2.2 Anvendte måleinstrumenter

Måleområde	**Respondenter**	**Betegnelse**	**Antal spørgsmål**	**Art**
Objektive resultatmål[6]	Familierådgivere	Spørgeskema udviklet specifikt til undersøgelsen (jf. bl.a. afsnit 2.2)	• 43 spørgsmål ved indskrivning • 31 spørgsmål ved udskrivning • 25 spørgsmål ved opfølgning efter 6 mdr.	Ikke-standardiseret instrument[7]

[6] Variabelsættet i forbindelse med dataindsamlingen hos familierådgiverne i både Del 1 og 2 er præsenteret nærmere i Appendiks D i første delrapport fra MST-evalueringen.

Måleområde	Respondenter	Betegnelse	Antal spørgsmål	Art
Den unges generelle adfærd og psykiske befindende	Medarbejder fra den unges skole eller arbejdsplads	Teacher Report Form (TRF)	• 118 spørgsmål fordelt på en totalscore og to subskalaer	Standardiseret instrument.[8] I eksisterende, valideret dansk oversættelse ved professor Niels Bilenberg, Odense Universitetshospital.
Familiefunktion	Den unge og én voksen omsorgsperson	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV)	• 62 spørgsmål fordelt på otte subskalaer	Standardiseret instrument. I ny dansk oversættelse ved lektor Mikael Thastum og professor Bobby Zachariae, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet
Forældreskab	Én voksen omsorgsperson	Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA)	• 34 spørgsmål fordelt på fire subskalaer	Standardiseret instr., oversat af MT og BZ (se ovenfor) (Parent Domain af SIPA-instrumentet)
Den unges relationer til jævnaldrende	Skolemedarbejder, den unge og én voksen omsorgsperson	Social Competence with Peers Questionnaire (SCPQ)	• 9 spørgsmål i sæt til omsorgsperson og skolemedarbejder • 19 spørgsmål i sæt til den unge	Standardiseret instr., oversat af MT og BZ (se ovenfor) (subskala udvalgt af SCPQ-instrumentet).

2.1.2 Svarprocenter

Der blev opnået svarandele på op imod 100 % i forbindelse med telefoninterview med familierådgiverne. Således gennemførtes 127 af 128 interview ved henvisning og opfølgning efter seks måneder. Ved udskrivningen gennemførtes 124 interview. I et enkelt tilfælde trak forældrene deres samtykke tilbage umiddelbart efter henvisningen, hvorfor dette MST-forløb i praksis ikke kom til at indgå i dataindsamlingen. Også på enkeltspørgsmålsniveau indkom generelt mellem 85-90 % valide svar (dvs. fraregnet "Ved ikke"-besvarelser).

I forbindelse med dataindsamlingen hos de unges skoler eller arbejdspladser faldt 32 af de 128 sager ud. Dette skyldtes – ud over det ovennævnte bortfald af samtykke – at en stor gruppe unge enten slet ikke havde et skoletilbud/arbejde eller ikke havde passet det igennem længere tid op til henvisningen, hvorfor det ikke var muligt at indsamle pålidelige data. Denne del af dataindsamlingen til anden delrapport kom således til at omfatte 96 forløb. Ud af denne gruppe indkom der data vedrørende henholdsvis 84 %, 68 % og 70 % af forløbene ved henvisning, udskrivning og opfølgning efter seks måneder. Besvarelserne er i langt de fleste tilfælde afgivet af en eller flere skolemedarbejdere. Dog svarede en medarbejder fra den unges arbejdsplads ved alle målinger i ét tilfælde, mens

[7] Med "ikke-standardiseret instrument" menes spørgsmålssæt udviklet specifikt med henblik på denne undersøgelse.
[8] Betegnelsen "standardiseret instrument" henviser til oversatte spørgsmålssæt, som er udviklet og testet i en forskningsmæssig sammenhæng, og som typisk er i bred international anvendelse (se indledningsafsnittet i kapitel 6 nedenfor).

besvarelserne ved opfølgningsmålingen i tre tilfælde blev afgivet af den unges støtte-/kontaktperson. Årsagen til bortfaldet var i de fleste tilfælde, at skolerne ikke kunne afse tid til at besvare spørgsmålene, men der var også fem tilfælde, hvor den unges manglende skoletilbud eller omfattende fravær gjorde det umuligt at indsamle valide udskrivnings- og/eller opfølgningsdata.

I den del af dataindsamlingen, som rettede sig mod de unge og deres familier, faldt ligeledes 32 familier ud af undersøgelsen. Oplægget til de enkelte familier var, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og årsagen til bortfaldet var således i de fleste tilfælde, at forældremyndigheden – via MST-teamene – på forhånd afviste at bidrage. I fem sager skyldtes bortfaldet dog, at et eller flere af familiens medlemmer havde så dårlige danskforudsætninger, at MST-medarbejderne vurderede, at de ikke ville være i stand til at bidrage med pålidelige data. I de 96 sager, som således indgik i dataindsamlingen, afvikledes telefoninterview med en voksen omsorgsperson i 95 %, 89 % og 85 % af sagerne ved indskrivning, udskrivning og opfølgningen efter seks måneder. Blandt de unge var de tilsvarende svarandele 71 %, 55 % og 47 %. Telefoninterview med begge grupper fokuserede på svarpersonens oplevelse af familiens funktionsniveau samt på den unges relationer til jævnaldrende. De voksne omsorgspersoner blev desuden bedt om at udfylde og indsende et skriftligt spørgeskema med sigte på deres oplevelse af eget forældreskab. Her blev svarprocenterne henholdsvis 65 %, 47 % og 50 %. De unge blev også bedt om at udfylde et skriftligt skema, men her blev både svarprocent og datavaliditet for dårlig til, at disse data kunne indgå i rapporten.

I de to appendiks til denne rapport gives en kort bortfaldsanalyse, samt en analyse af instrumentmålingernes interne reliabilitet.

2.1.3 Sikkerhedsniveau i analyserne

I forbindelse med signifikanstest og angivelse af konfidensintervaller m.m. er det gængse 95 % sikkerhedsniveau lagt til grund, med mindre andet er oplyst. Det betyder, at hvis en statistisk test angives at have vist, at f.eks. en forskel på to gennemsnit er signifikant, er der i henhold til almindelige statistiske regler højst fem procents sandsynlighed for at opnå netop denne forskel som resultat af en tilfældighed i udvælgelsen af stikprøven (dvs. undersøgelsesgruppen). Betegnelsen "højsignifikant" anvendes om forskelle, som med 99 procents sandsynlighed (eller derover) ikke skyldes en tilfældighed, men afspejler en reel forskel i populationen.

2.2 Begrebsafklaring

Det er hensigtsmæssigt at præcisere dataindsamlingens forståelse af nøglebegreber, som knytter sig til de primære resultatmål. Disse definitioner har bl.a. ligget til grund for den interviewguide, som undersøgelsens telefoninterview med familierådgiverne er gennemført efter.

Skoletilbud

Her medregnes alle offentlige eller offentligt anerkendte skole- eller uddannelsestilbud (inklusive eneundervisningstilbud).

Arbejde

I denne kategori medregnes lønnet arbejde uanset arbejdstid (i forbindelse med undersøgelsens indekssammenvejning af indskrivningsproblemer og efterfølgende behandlingsresultater medregnes dog kun arbejde i mindst 20 timer om ugen). Det er ikke stillet

som en betingelse, at den unge selv har skaffet sig det pågældende arbejde. Ulønnet eller symbolsk aflønnet arbejde/aktivering tilbudt den unge som en støtteforanstaltning medregnes dog ikke.

Ubegrundet fravær

Der medregnes her ethvert fravær, uanset om det kun omfatter dele af skole- eller arbejdsdagen. Udebliver den unge f.eks. fra morgentimer hver anden eller tredje dag, registreres dette som skolefravær flere gange om ugen.

Kriminalitet

Udover kriminel adfærd, som giver anledning til politisag og indberetning til de sociale myndigheder, medregnes kriminalitetslignende handlinger, hvor politimyndigheder ikke er blevet involveret. Har den unge f.eks. stjålet et stort pengebeløb fra sine forældre eller begået alvorligt hærværk mod familiemedlemmers ejendom, er dette medregnet som kriminalitet, uanset om politiet er blevet involveret. Forudsætningen er dog, at kilden til oplysninger om den pågældende adfærd er vurderet som troværdig.

Misbrug af rusmidler

Enhver brug af euforiserende rusmidler (herunder hash, marihuana og lignende) regnes som misbrug i aldersgruppen, medmindre der har været tale om enkeltstående eksperimenter. Et alkoholforbrug medregnes som misbrug, hvis det går ud over et begrænset, alderssvarende niveau.

Den unges hjem

Den unge anses at bo hjemme, hvis han/hun har bopæl hos en af eller begge biologiske forældre *eller* anden omsorgsperson med forældremyndighed (f.eks. en adoptivforælder).

Døgnanbringelse

Operationaliseres med følgende udtømmende kategorier: Døgninstitution, socialpædagogisk opholdssted, plejefamilie, psykiatrisk indlæggelse, sikret institution.

Anden bopæl uden for hjemmet

Operationaliseres med følgende udtømmende kategorier: Øvrig familie, efterskole/kostskole, på eget værelse, hos venner, andet.

2.3 Evalueringsspørgsmål

I lyset af karakteren af undersøgelsens paneldata og på baggrund af tilkendegivelser i beslutningspapirer fra styregrupperne for MST og JYFE kan der opstilles tre overordnede evalueringsspørgsmål:

1. Opnår MST umiddelbart en tilfredsstillende terapeutisk succesrate i forhold til de otte udvalgte måleområder (se indledningen til afsnit 2)? Viser evt. positive behandlingsresultater sig i tilfredsstillende grad holdbare over tid?
2. Har variation i forløbet af MST-behandlingerne betydning for de opnåede behandlingsresultater? Underbygges værdien af MST-programmets kvalitetssikrings- og selvevalueringsystemer?
3. Er den konstaterede visitationspraksis hensigtsmæssig?

Ad 1: Nøgleordet er her "tilfredsstillende", og det skal understreges, at der ikke kan opstilles skarpe tærskelværdier (for en nærmere redegørelse, se delrapport 1). Evalue-

ringen tager afsæt i en løsere defineret forventning til et tilfredsstillende resultat ved afslutningen af MST-indsatsen: Omfanget af de problemer, som konstateredes i forbindelse med baseline-målingerne, skal være reduceret på de enkelte måleområder såvel som samlet set ved udskrivningen. Reduktionen skal videre have en størrelsesorden, som gør det sandsynligt, at forandringen ikke er udtryk for en tilfældighed. En evt. efterfølgende stigning i problemniveauerne må ikke have et omfang, der eliminerer de positive umiddelbare behandlingsresultater ved opfølgningsmålingerne.

Ad 2: Det har interesse at afklare, om variationen i karakteren af de enkelte behandlingsforløb influerer systematisk på behandlingsresultaterne. Gør det f.eks. en forskel, om MST-terapeuten er uddannet psykolog, socialrådgiver eller noget tredje? Videre skal det undersøges, om data kan underbygge værdien af MST-programmets kvalitetssikrings- og selvevalueringsystemer: Kan det f.eks. bekræftes, at TAM-resultaterne har god forudsigelseskraft i forhold til behandlingsresultaterne?

Ad 3: Det sidste evalueringsspørgsmål sigter på visitationspraksis, som den afspejler sig i undersøgelsen. Viser data betydningsfuld variation i de behandlingsresultater, der opnås i forhold til unge med forskellige familiemæssige og øvrige baggrunde? Hvor meget betyder f.eks. familiens sammensætning, ressourcer og belastningsgrad for behandlingsresultaterne? Formålet er at belyse, om der kan afdækkes uhensigtsmæssigheder i den aktuelle henvisningspraksis.

2.4 Opsamling

Det centrale indhold i dette kapitel er opregnet nedenfor.

- Anden del af resultatevalueringen fokuserer på de fire primære resultatmål, som også var i fokus i Del 1: Skole/arbejde, kriminalitet, misbrug og anbringelse uden for hjemmet. Informanterne er her familiernes familierådgivere. Videre fokuseres der på fire sekundære resultatmål af mere psykologisk-relationel og kompleks karakter: den unges psykiske befindende og jævnaldrende-relationer, familiefunktion samt forældreskab. Svarpersonerne er her de unge og én omsorgsperson fra hver familie samt medarbejdere fra de unges skoler m.m. Sidstnævnte baserer sig på en række forskningsbaserede standardiserede måleinstrumenter.
- Dataindsamlingen til Del 2 omfattede 128 MST-forløb før bortfald (Del 1 omfattede 231 sager). Del 1 og 2 har ikke en identisk fordeling på de danske MST-team. Dette skyldes bl.a. team-åbninger og -lukninger undervejs i den samlede evalueringsundersøgelse.
- I forbindelse med Del 2 opnåedes svarandele på op imod 100 % i forbindelse med dataindsamlingen vedrørende de primære resultatmål, hvorimod der var betydeligt bortfald i dataindsamlingen med sigte på de sekundære resultatmål. For det første kunne kun 96 af de 128 sager omfattes af dataindsamling på dette område (pga. sprogbarrierer, familiens afvisning af at deltage m.m.). For det andet lykkedes det ikke at indsamle data i alle sager. Svarandelene i denne gruppe lå mellem 95 % og 47 % på de forskellige områder og måletidspunkter.
- Der viste sig skævheder i bortfaldet (se Appendiks A), og de fremlagte resultater på de sekundære resultatmål giver formentlig i bestemte tilfælde et skævt billede af de opnåede behandlingsresultater i hele undersøgelsesgruppen. Hvor dette er tilfældet er det anført i teksten.
- Målingerne på de sekundære resultatmål viste med ganske få undtagelser tilfredsstillende intern reliabilitet (se Appendiks B).
- Evalueringen har tre fokusområder: De opnåede umiddelbare og langsigtede behandlingsresultater; betydningen af karakteren af selve behandlingsforløbet for de opnående resultater; samt hensigtsmæssigheden af visitationspraksis.

3 DE UNGE OG DERES FAMILIER

I dette kapitel gives en overordnet beskrivelse af de unge og deres familier fra det andet datasæt, især med sigte på en sammenligning med den første undersøgelsesgruppe. Nøglevariablerne er køn, alder, problemhistorik og henvisningsbaggrund for de unge, mens fokus er på familiestruktur, sprog, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, belastningsfaktorer m.m. for familierne.

3.1 Oplysninger om de unges familier

Som det fremgår af Tabel 3.1 var der en lidt mindre andel af de unge, som boede med deres far (og evt. en stedmor) i Del 2, mens andelen som boede med begge de biologiske forældre var stort set uændret, omkring en fjerdedel. Forskellene er dog, samlet set, ikke i nærheden af at være statistisk signifikante. I den danske befolkning som helhed boede omkring 65 % af alle børn i MST-aldersgruppen med begge deres biologiske forældre i 2001.[9]

Tabel 3.1: Familiestruktur i den unges hjem

	Del 1	**Del 2**
Begge forældre	25,1 %	24,4 %
Enlig mor	46,8 %	54,3 %
Enlig far	10,0 %	3,9 %
Mor og stedfar	16,0 %	13,4 %
Far og stedmor	1,3 %	3,1 %
Delt forældreskab	0,9 %	0,8 %

Note: 231 valide svar i Del 1, 127 valide svar i Del 2.

Del 2 adskiller sig fra Del 1 ved at have en lavere andel familier, hvor dansk ikke var det primært talte sprog i hjemmet. I Del 1 var der 19,5 % fremmedsprogede familier, mens den tilsvarende andel i Del 2 var 5,5 %. En χ^2-test viser, at forskellen er højsignifikant ($p < 0{,}000$). Kommunerne er tilsyneladende blevet mindre tilbøjelige til at visitere fremmedsprogede familier til MST sammenlignet med første undersøgelsesperiode.

Tabel 3.2 viser uddannelsesbaggrunden hos den forælder i den unges hjem, som har den højeste afsluttede uddannelse. Hvis f.eks. den unges mor har en mellemlang videregående uddannelse, mens faren har en erhvervsfaglig uddannelse, er det morens uddannelse, der tæller med i tabellen. I en del tilfælde er familierådgivernes viden om den forælder, der ikke bor i hjemmet – oftest faren – meget beskeden, hvorfor det kun er data vedrørende hjemmeboende forældre som gengives. Forskellene mellem de to fordelinger er små, men man bemærker dog, at der i Del 2 er en halvt så stor andel af hjem, hvor den/de hjemmeboende forældre er helt uden uddannelse. Dette hænger især sammen med den mindre andel familier med ikke-dansk baggrund i dette datasæt. I hele befolkningen (aldersgruppen 30-54 år) havde 23 % til sammenligning en folkeskoleuddannelse som højeste afsluttede uddannelse i 2005, 6 % havde en ungdomsuddannelse, 39 % havde en erhvervsfaglig uddannelse, 6 % havde en kort videregående uddannelse, 16 % en mellemlang videregående uddannelse og 8 % en lang videregående uddannelse.[10] De hjemmeboende forældre i MST-familierne havde med andre ord et lavere uddannelsesniveau end befolkningen som helhed.

[9] Danmarks Statistik (2002): *Børns levevilkår*, København: Danmarks Statistik.
[10] www.statistikbanken.dk

Tabel 3.2: Højeste afsluttede uddannelse hos forældre med bopæl i hjemmet

	Del 1	**Del 2**
Lang videregående uddannelse	4,3 %	3,1 %
Mellemlang videregående uddannelse	10,0 %	14,2 %
Kort videregående uddannelse	15,2 %	14,2 %
Erhvervsfaglig uddannelse	21,6 %	22,8 %
Ungdomsuddannelse	4,8 %	2,4 %
0.-10. klasse	27,3 %	29,9 %
Ingen uddannelse	10,4 %	4,7 %
Ved ikke	6,5 %	9,4 %

Note: 231 svar i Del 1, 127 svar i Del 2.

Efter samme mønster som den foregående tabel, viser Tabel 3.3 det højeste forsørgelsesgrundlag hos den/de hjemmeboende forældre. Det ses, at andelen af forældre med hel eller delvis selvforsørgelse var noget større i Del 2 (godt 60 %) end i Del 1 (knapt 50 %). Forskellen på andelene med selvforsørgelse henholdsvis overførselsindkomst var signifikant på et 0,02-niveau. Til sammenligning var beskæftigelsesfrekvensen for aldersgruppen 30-54 år godt 82 % i 2005.[11] MST-forældrenes arbejdsmarkedsdeltagelse lå med andre ord under niveauet for hele befolkningen, men mest udtalt i Del 1.

Tabel 3.3: Højeste forsørgelsesgrundlag hos forældre med bopæl i hjemmet

	Del 1	**Del 2**
Fuldtidsbeskæftigelse	43,3 %	49,2 %
Selvstændig	3,9 %	5,5 %
Deltidsbeskæftigelse	2,6 %	6,3 %
Dagpenge	11,7 %	6,3 %
Kontanthjælp	29,9 %	18,8 %
Førtidspension	5,2 %	9,4 %
SU	2,6 %	0,0 %
Andet	0,4 %	1,6 %
Ved ikke	0,4 %	3,1 %

Note: 231 svar i Del 1, 127 svar i Del 2.

I forlængelse af det ovenstående viser Tabel 3.4 familiernes skønnede husstandsindkomst på henvisningstidspunktet fordelt på tre kategorier. Billedet fra Tabel 3.3 går igen, for så vidt at andelen i den laveste indkomstkategori var lavere i Del 2. Til gengæld var andelene i den højeste kategori stort set ens i de to grupper. Samlet set er forskellen på Del 1 og 2 dog akkurat insignifikant.

Tabel 3.4: Husstandsindkomst i den unges hjem

	Del 1	**Del 2**
0-250.000 kr.	59,3 %	48,0 %
250.000-500.000 kr.	27,3 %	37,8 %
500.000 kr. eller derover	11,7 %	10,2 %
Ved ikke	1,7 %	3,9 %

Note: 231 svar i Del 1, 127 svar i Del 2.

[11] www.statistikbanken.dk.

Den gennemsnitlige familieindkomst i alle danske børnefamilier var 533.416 kr. i 2003, og over 80 % af MST-husstandene havde således en undergennemsnitlig indkomst.[12]

Tabel 3.5 opgiver forekomsten af forskellige adfærdsmæssige belastningsfaktorer knyttet til voksne i hjemmet i løbet af den unges opvækst. På fire af de fem områder var der en større andel familier med den pågældende belastningsfaktor i Del 1 end Del 2. Ingen af forskellene er dog tæt på at være signifikante. Bemærk i den forbindelse, at den indledende dataindsamling i Del 1 (baggrundsoplysninger og baseline) af praktiske årsager måtte basere sig på registrering af journaloplysninger (en del af forløbene var allerede igangsat, da dataindsamlingen begyndte), mens de samme data i Del 2 kommer fra telefoninterview med familierådgiverne. Denne forskel indebærer formentlig, at frekvensen af et givet problem i løbet af den unges opvækst rapporteres mere udtømmende i Del 1, som trækker på journalakter, sammenlignet med Del 2, hvor rådgiveren er kilden – især hvor det pågældende forhold går langt tilbage i tid.

Tabel 3.5: Belastningsfaktorer hos voksne i hjemmet under den unges opvækst

	Del 1	**Del 2**
Skilsmisse eller brud mellem biologiske forældre	74,5 %	72,4 %
Misbrug af rusmidler	40,2 %	35,3 %
Alvorlige psykiske problemer	37,8 %	29,4 %
Vold begået mod børn eller andre voksne i hjemmet	30,9 %	36,0 %
Kriminalitet	17,0 %	11,4 %

Note: Angivet som andel af de valide svar (dvs. fraregnet "ved ikke"). 231, 224, 225, 223 og 224 valide svar i Del 1, henholdsvis 127, 119, 119, 114 og 114 valide svar i Del 2.

Til sammenligning boede 65 % af alle 12-17-årige danske børn med begge deres biologiske forældre i 2001. I 2000 havde 9 % af alle børn mindst én forælder, som havde begået en straffelovsforseelse.[13] Der er næppe tvivl om, at der blandt MST-hjemmene generelt var en større andel med de forskellige belastningsfaktorer, end i danske familier som helhed.

3.1.1 Kategorisering af familierne

I forbindelse med bearbejdningen af de indsamlede data er der foretaget en kategorisering af MST-familierne i henhold til en enkel typologi med fire trin udviklet i forbindelse med Del 1:

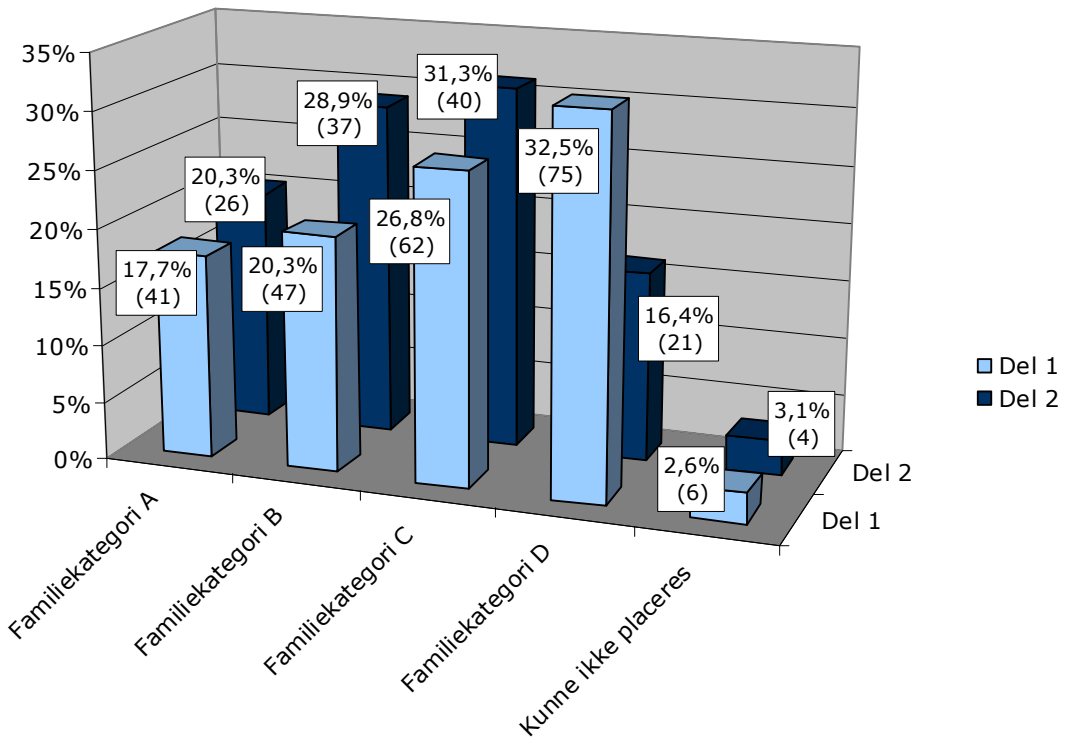
Familiekategori A - Gode ressourcer, ikke belastet
Familiekategori B - Visse ressourcer, lav belastningsgrad
Familiekategori C - Små ressourcer, moderat belastningsgrad
Familiekategori D - Svage ressourcer, høj belastningsgrad

Kategoriseringen er baseret på baggrundsoplysningerne om forældre/omsorgspersoners uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, m.m. Videre er der taget hensyn til oplysninger om belastningsfaktorer i løbet af den unges opvækst. Sluttelige er familierådgiverne også blevet bedt give en kort kvalitativ karakteristik af familierne (mht. netværk, ressourcer, handlevilje/-evne, m.m.). Familierne er indplaceret efter en samlet vurdering af disse faktorer. Der er ikke vurderingen, at de forskellige dataindsamlingsmetoder i Del 1 og 2 har haft tungtvejende indflydelse på indplaceringen.

[12] www.statistikbanken.dk.
[13] Danmarks Statistik (2002): *Børns levevilkår*, København: Danmarks Statistik. Det har ikke været muligt at finde tilstrækkelig skarpt afgrænset statistisk sammenligningsgrundlag på de tre øvrige områder.

Som det fremgår af Figur 3.1 nedenfor var der en ikke ubetydelig forskel på sammensætningen af de to undersøgelsesgrupper. Der er tilsyneladende sket en ændring i visitationsadfærden over tid. Mest markant er det, at der er halvt så mange familier i kategori D – de mest udsatte familier – i undersøgelsesgruppen til Del 2, mens der er godt 40 % større andel familier i den mindre udsatte kategori B. Samlet var forskellen på fordelingerne signifikant på et 0,01-niveau.

Figur 3.1: MST-familiernes fordeling på familiekategorier

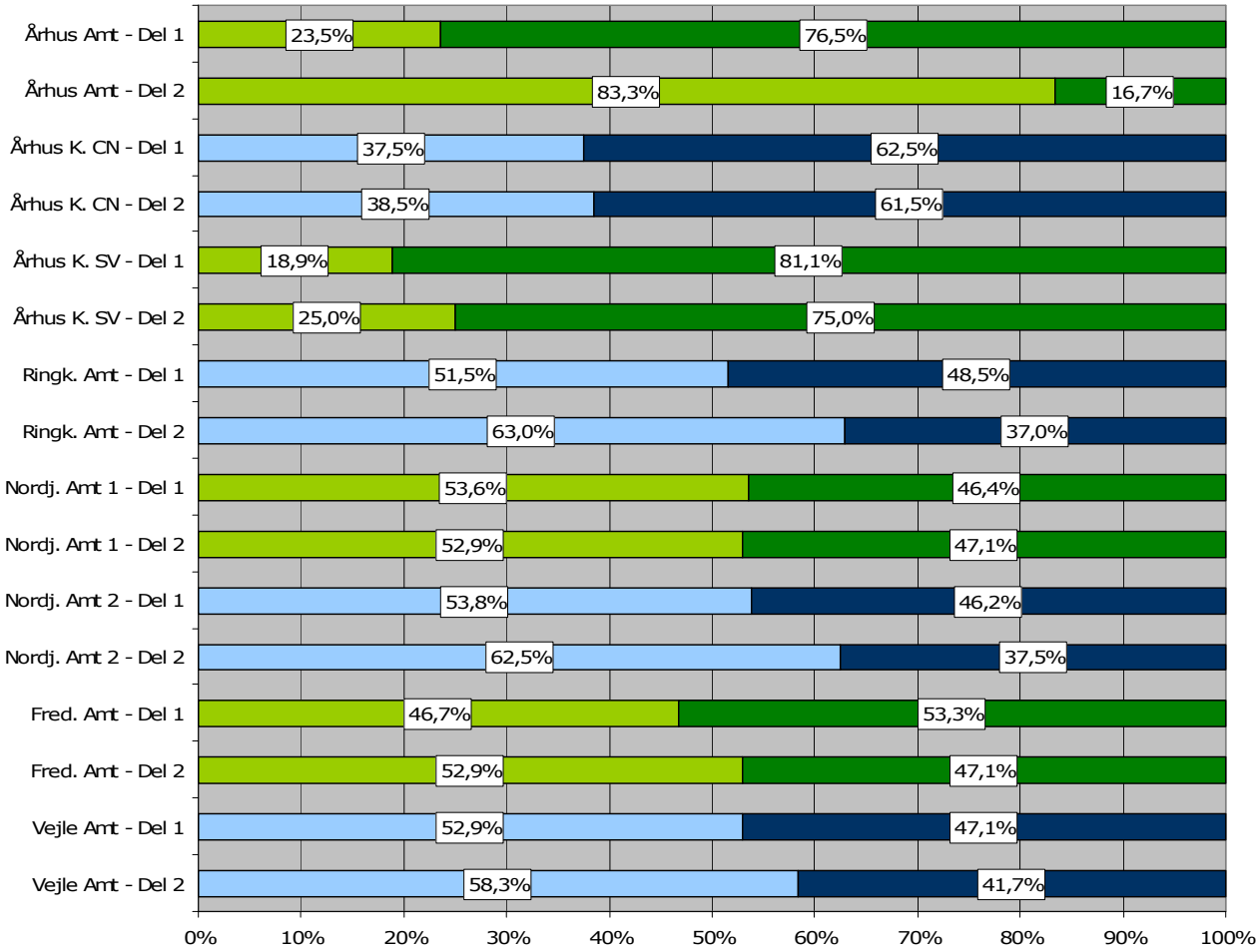


Note: Tallene i parentes angiver antallet af familier i hver enkelt kategori.

I Figur 3.2 nedenfor er kategorifordelingen af familierne i Del 1 og 2 vist på teamniveau. Kategorierne A og B (ikke-udsatte familier) henholdsvis C og D (udsatte familier) er desuden slået sammen for overskuelighedens skyld. Den lyseste del af hver enkelt bjælke, længst mod venstre, viser andelen af kategori A + B-familier; den mørkeste del viser andelen i kategori C + D.

Det ses, at det ovenfor omtalte fald i andelen af udsatte familier visiteret til MST er fordelt ganske jævnt over de enkelte MST-team – tendensen til, at der er visiteret færre udsatte familier til MST går altså igen mange steder i landet. Derudover er det værd at bemærke, at især Århus Kommunes to team skiller sig ud med en høj andel af udsatte familier i både Del 1 og 2. Det dramatiske fald i MST Århus Amts andel af udsatte familier er formentlig i vidt omfang udtryk en tilfældighed, idet der kun nåede at komme seks MST-forløb med i Del 2, inden teamet lukkede (se note til Figur 3.2).

Figur 3.2: Fordelingen af familierne på kategori A + B (lys) og C + D (mørk) (teamniveau)



Note: Antal inkluderede familier: Århus Amt: 34 (Del 1) og 6 (Del 2); Århus Komm. CN: 48 og 13; Århus Komm. SV: 37 og 24; Ringk. Amt: 33 og 27; Nordj. Amt 1: 28 og 17; Nordj. Amt 2: 13 og 8; Fred. Amt: 15 og 17; Vejle Amt: 17 og 12.

3.2 Oplysninger om de unge

I Tabel 3.6 og 3.7 vises køns- og aldersfordeling for de 128 unge omfattet af anden delundersøgelse. Til sammenligning er desuden i parentes anført de tilsvarende oplysninger for datasættet til første delrapport. Som det fremgår, var der meget beskedne forskelle. Især kønsfordelingen er meget tæt på identisk i de to datasæt – kønsprofilen med ca. 60 % drenge går i øvrigt ret præcist igen i de to MST-evalueringer, der er gennemført/gennemføres i Norge og Sverige.

Tabel 3.6: De unges kønsfordeling

	Antal	**Procent**	**(Del 1)**
Dreng	78	60,9 %	(60,6 %)
Pige	50	39,1 %	(39,4 %)
I alt	**128**	**100 %**	(100 %)

De unges gennemsnitsalder var 14 år og 11 måneder i forbindelse med den første undersøgelse, mens gennemsnittet var lige knapt 15 år i det nyeste datasæt. Variationskoefficienterne (standardafvigelsen divideret med gennemsnittet) var på henholdsvis 0,095 (Del 1) og 0,089 (Del 2). Fortolkningen af dette tal er, at de unges alder i anden delundersøgelse i snit afveg fra gennemsnittet med ±8,9 % af gennemsnittet, svarende til

±16 måneder. I forbindelse med de norske og svenske undersøgelsesgrupper lå de unges gennemsnitsalder også tæt på 15 år.

Tabel 3.7: De unges fordeling på alderskategorier

	Antal	Procent	(Del 1)
13 år og derunder	32	25,2 %	(23,8 %)
14-15 år	65	51,2 %	(52,8 %)
16 år og derover	30	23,6 %	(23,4 %)
I alt	**127**	**100 %**	(100 %)

Tabel 3.8 viser andelen af de unge, hvor forskellige typer af problemstillinger har været aktuelle på et tidspunkt i løbet af den unges opvækst.

Tabel 3.8: Problemhistorik for den unges opvækst

	Del 1	Del 2
Døgnanbringelse, m.m. (døgninst., opholdsst., plejefam., psykiatrisk indl.)	57	34
	25,3 %	26,8 %
Bopæl uden for hjemmet i øvrigt (øvrig fam., eget værelse, efterskole, hos venner)	58	16
	25,8 %	12,6 %
Døgnanbragt OG anden bopæl uden for hjemmet	19	3
	8,4 %	2,4 %
Kriminalitet	158	74
	74,2 %	64,3 %
Misbrug af rusmidler	118	55
	53,9 %	50,5 %
Skoleforløb afbrudt før tid på skolens foranledning	90	46
	49,7 %	40,0 %

Note: Procentangivelserne henviser til andelen blandt de valide svar.

Andelen med egentlig døgnanbringelse i løbet af opvæksten var marginalt større i Del 2, men ellers er tendensen, at de unge i Del 2 har lavere problemandele. Det er dog kun forskellen på andelene med øvrige typer bopæl uden for hjemmet, der er signifikant på et 0,05-niveau. I lyset af den forventede betydning af forskellen på dataindsamlingsmetoderne i de to delundersøgelsers indledende målinger (se afsnit 3.1), hvor formodningen er, at data til Del 2 formentlig i et vist omfang underrapporterer forhold, der går langt tilbage i tid, må karakteren af de unges problemhistorik siges at ligge tæt i de to delundersøgelser, om end formentlig med lidt større andele på enkelte problemområder i Del 1.

3.2.1 Problembillede ved henvisningen

Nedenfor giver Tabel 3.9 et overblik over, i hvor høj grad forskellige typer af problemer i perioden op til påbegyndelsen af MST-forløbet har kunnet indgå som baggrund for eller direkte anledning til henvisningen til MST-indsatsen.

Tendensen er her som i Tabel 3.8, at andelene i problemgrupperne generelt ligger lavere i Del 2 end i Del 1. Det er dog kun tre forskelle, som er signifikante: Andelen med anden bopæl uden for hjemmet end døgnanbringelse (i de seks mdr. op til henvisningen); andelen hvor et skoleforløb er afbrudt før tid (i de seks mdr. op til henvisningen); og andelen med et betydende misbrug af rusmidler (ved henvisningen).

Tabel 3.9: Henvisningsbaggrund (problembillede i perioden op til MST-henvisningen)

	Del 1	**Del 2**
Skoleforløb afbrudt før tid på skolens foranledning – sidste 6 mdr. før MST*	39,2 %	27,4 %
Uden skoletilbud – ved henvisningen	21,9 %	16,5 %
Passer ikke skole/arbejde – ved henvisningen[†]	70,1 %	63,0 %
Begået kriminalitet – sidste 6 mdr. før MST	67,7 %	58,4 %
Misbrug af rusmidler – sidste 6 mdr. før MST	53,9 %	50,0 %
Misbrug af rusmidler – ved henvisningen	52,5 %	44,4 %
Betydende misbrug af rusmidler – ved henvisningen[**◊]	45,6 %	28,7 %
Døgnanbringelse uden for hjemmet – sidste 6 mdr. før MST	18,8 %	15,0 %
Anden bopæl uden for hjemmet – sidste 6 mdr. før MST*	16,1 %	7,1 %
Konkret anbringelsesrisiko – sidste 3 mdr. før MST[‡]	51,8 %	45,8 %

*Note: Angivet som andel af de valide svar (dvs. fraregnet "ved ikke"). 223, 223, 218, 176, 228, 221, 201, 219, 217 og 217 valide svar i Del 1, henholdsvis 127, 127, 120, 117, 127, 127, 113, 110, 108 og 108 valide svar i Del 2. * = signifikant forskel(p≤0,05), ** = højsignifikant forskel (p<0,01). Områder markeret med fed indgår i det samlede problemindeks (se afsnit 3.2.2 nedenfor).*

*[‡] = Operationaliseret med et spørgsmål om, hvorvidt forvaltningen havde arbejdet med konkret planlægning af en døgnanbringelse **og/eller** den unges forældre/omsorgspersoner vedholdende havde forsøgt at udvirke en anbringelse uden for hjemmet i perioden op til MST-henvisningen. I Del 1 blev spørgsmålet besvaret af MST-teamene (i en del sager tilbageskuende); i Del 2 svarede familierådgiverne ved henvisningen.*

[†] = Den unge havde ved henvisningen enten slet ikke et skoletilbud/arbejde eller havde et ubegrundet fravær fra samme på ugentlig basis.

[◊] = Kvalificeringen af et evt. misbrug af rusmidler ("betydende") baserede sig i Del 1 på journalens angivelser; i Del 2 på interview med rådgiverne.

Telefoninterviewene i forbindelse med Del 2 gav det indtryk, at rådgiverne typisk har denne type oplysninger som paratviden, og det vurderes derfor ikke, at de forskellige dataindsamlingsmetoder i Del 1 og 2 har betydende indflydelse på resultaterne. Data giver med andre ord et validt billede af, at de unge i Del 2 havde mindre komplekse umiddelbare henvisningsbaggrunde end de unge i Del 1.

3.2.2 Samlet problembillede op til henvisningen

Som et overblik over baselinedata kan problemområderne indeks-sammenvejes i en simpel "problemscore" for perioden op til MST-henvisningen. Indekset er konstrueret ved at tage de fire problemområder ét efter ét, og lægge ét point til scoren for hvert af følgende punkter, hvis de var til stede i den enkelte sag:

1. Den unge havde været døgnanbragt i løbet af de sidste seks måneder op til MST-henvisningen *eller* omfattet af konkret anbringelsesrisiko de sidste tre måneder op til henvisningen = ét point.
2. Den unge havde enten ikke et skoletilbud/arbejde *eller* et ubegrundet fravær fra skole/arbejde på ugentlig basis i perioden op til MST-henvisningen = ét point.
3. Den unge havde begået kriminalitet i løbet af de sidste seks måneder op til MST-henvisningen = ét point.
4. Den unge havde et *betydende* misbrug af rusmidler i perioden op til MST-henvisningen = ét point.

Resultatet er et såkaldt additivt indeks, som går fra nul til fire point afhængigt af hvor mange af de fire typer problemer, der var aktuelle op til den enkelte henvisning. Scoren

er betragtet som valid, hvis der er valide data på mindst tre af de fire problemområder. Det accepteres således, at der er svaret "Ved ikke" på ét af problemområderne.[14]

Af Tabel 3.10 fremgår det, at de 122 unge, som der var oplysninger om, havde en gennemsnitlig problemscore på 1,89 point. De havde med andre ord i snit problemer på knapt to ud af de fire områder op til henvisningen. En samlet variationskoefficient på 0,53 betyder, at scorerne i snit afveg fra gennemsnittet med ±53 % af gennemsnittet, svarende til en ganske stor spredning på ca. ±1 problempoint (se kommentarer til Tabel 3.6). Seks ud af otte team havde variationskoefficienter på 0,50 eller derover, mens Nordjyllands Amt 2 og især Århus Amt lavere koefficienter. De unge herfra var således umiddelbart en mere homogen gruppe målt i forhold til problemkompleksitet. Begge disse team havde dog kun syv omfattede sager, hvorfor forskellen kan udspringe af en tilfældighed.

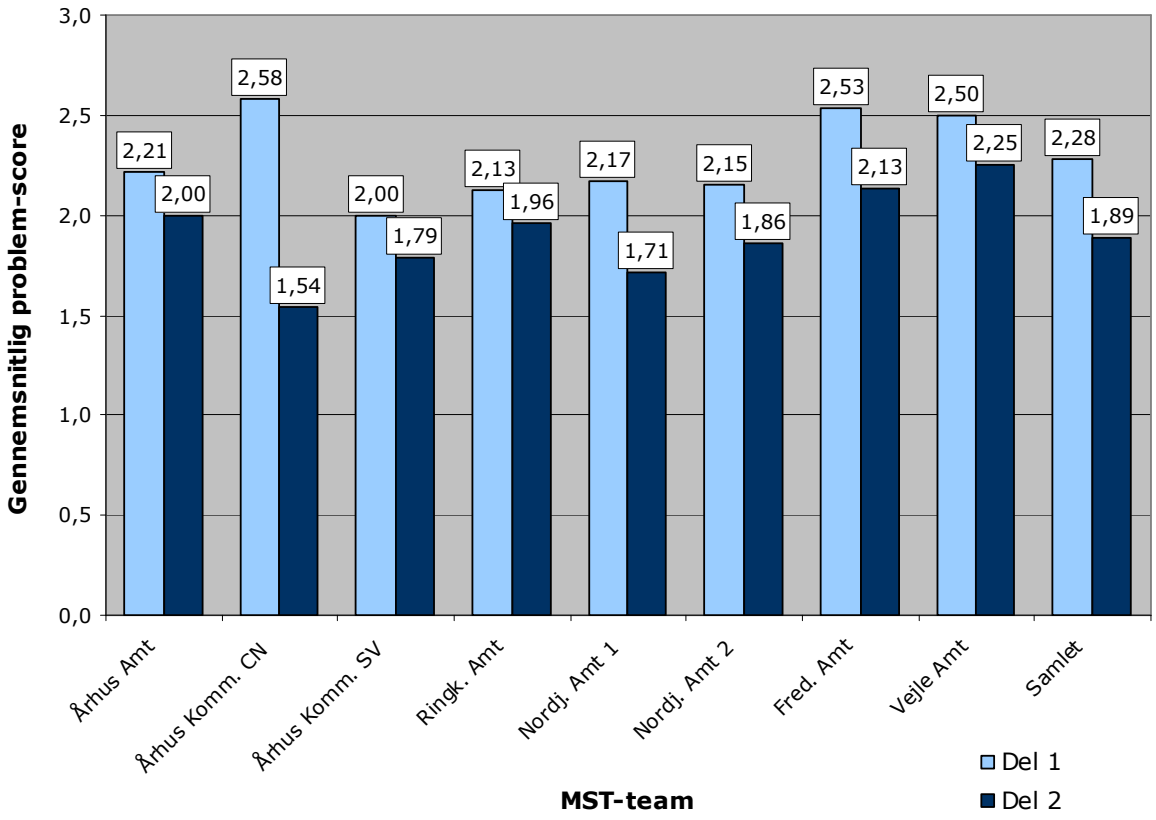
Tabel 3.10: Gennemsnitlig problemscore (samlet og opdelt på MST-team)

MST-team	Gennemsnitsscore på indeks	Antal unge	Variationskoefficient
Århus Amt	2,00	7	0,29
Århus Kommune CN	1,54	13	0,57
Århus Kommune SV	1,79	24	0,57
Ringkjøbing Amt	1,96	26	0,55
Nordjyllands Amt 1	1,71	17	0,50
Nordjyllands Amt 2	1,86	7	0,37
Frederiksborg Amt	2,13	16	0,57
Vejle Amt	2,25	12	0,57
Samlet	**1,89**	**122**	**0,53**

I Figur 3.3 er problemscorerne for Del 1 og 2 sammenholdt, samlet og på teamniveau. Det ses for det første, – som man ville forvente på baggrund af Tabel 3.9 – at de unge fra Del 2 i gennemsnit havde problemer på færre områder (1,89 point mod 2,28 point i Del 1, 0,39 point færre svarende til godt 17 %). For det andet viser figuren, at denne tendens går igen i nogenlunde sammenligneligt omfang hos alle otte MST-team. Eneste undtagelse fra dette mønster er Århus Kommune Centrum-Nord, som med 2,58 point havde de "tungeste" sager af alle team i Del 1, mens de unge fra samme team i Del 2 havde 1,54 problempoint i Del 1 – det *laveste* snit blandt de otte team.

[14] For en uddybning af indeksberegningen, se Appendiks B i den første delrapport fra MST-evalueringen.

Figur 3.3: Gennemsnitlige problemscorer – Del 1 og 2



Note: Antal valide scoringer: 225 (Del 1) og 122 (Del 2)

Tabel 3.11 viser, i hvor høj grad de enkelte teams gennemsnitlige problemscorer afveg fra gennemsnittet på 1,89 point. Det ses, at Vejle Amt og Frederiksborg Amt ligger tydeligt over gennemsnittet i begge delundersøgelser (sammenlign de to kolonner yderst til højre). I Vejle Amts tilfælde steg afvigelsen endog med over otte procentpoint. Århus Amt, Ringkjøbing Amt og Århus Kommune Syd-Vest fik desuden *relativt set* "tungere" sager i Del 2 sammenlignet med Del 1. Århus Kommune Centrum-Nord gik til gengæld fra at ligge markant over gennemsnittet i Del 1 til at ligge markant under snittet i Del 2.

Tabel 3.11: Problemscorer på team-niveau: Afvigelser fra gennemsnit i point og procent

MST-team	Gennemsnitlig problemscore	Afvigelse fra gennemsnittet i point	Afvigelse fra gennemsnittet i procent	(Afvigelse - Del 1)
Vejle Amt	2,25	0,36	18,8%	10,2%
Frederiksborg Amt	2,13	0,23	12,2%	11,5%
Århus Amt	2,00	0,11	5,6%	-3,1%
Ringkjøbing Amt	1,96	0,07	3,6%	-7,0%
Samlet	**1,89**	**0,00**	**0,0%**	**0,0%**
Nordjyllands Amt 2	1,86	-0,04	-1,9%	-6,0%
Århus Kommune Syd-Vest	1,79	-0,10	-5,4%	-13,1%
Nordjyllands Amt 1	1,71	-0,19	-9,9%	-5,0%
Århus Komm. Centrum-Nord	1,54	-0,35	-18,7%	13,6%

3.3 Opsamling

Nedenfor præsenteres de vigtigste resultater fremlagt i dette afsnit.

- Bedømt ud fra data vedrørende familiestruktur, uddannelsesniveau, arbejdsmarkedsdeltagelse, indkomst og belastningsfaktorer i hjemmet kommer de unge fra en baggrund med større andel brudte familier, færre ressourcer og flere risikofaktorer end mønsteret i befolkningen som helhed.
- Der var en mindre andel socialt udsatte familier i undersøgelsesgruppen til Del 2 end til Del 1 (16,4 % mod 32,5 %), og der var i det hele taget en tendens til, at familierne var lidt mere socialt og ressourcemæssigt velstillede i Del 2.
- Andelen af familier, hvor dansk ikke var familiens primære talte sprog, var markant mindre i Del 2 sammenlignet med Del 1 (5,5 % mod 19,5 %).
- De unges køns- og aldersfordelinger var næsten identiske i Del 1 og 2. Der var ca. 60 % drenge og 40 % piger. De unge var i gennemsnit omkring 15 år gamle ved henvisningen.
- De unge i Del 2 havde samlet set en lidt mindre alvorlig problemhistorik og henvisningsbaggrund sammenlignet med Del 1. Dette mønster går igen på tværs af team.
- I Del 2 havde godt 27 % fået afbrudt et skoleforløb før tid på skolens foranledning inden for det halve år op til MST-henvisningen (Del 1: 39,2 %). 15 % havde været døgnanbragt (18,8 %), og knapt 60 % havde begået kriminalitet i løbet af samme periode (67,7 %). Ved henvisningen havde knapt 29 % et alvorligt misbrug af rusmidler (45,6 %), og 63 % havde enten ikke skoletilbud/arbejde eller omfattende ubegrundet fravær (70,1 %). Angivelserne i parentes henviser til datasættet i Del 1.
- I gennemsnit havde de unge i Del 2 problemer på 1,89 af de fire måleområder i perioden op til henvisningen, mens det tilsvarende tal for de unge i Del 1 var 2,28.

4 SIGNALEMENT AF MST-FORLØBENE

På basis af registreringerne i den fælles MST-database, som drives af MST Institute i USA samt arkivoplysninger fra MST Danmark kan behandlingsforløbene beskrives med hensyn til en række variabler: Behandlingsvarighed, MST-medarbejdernes baggrund, graden af metodeefterlevelse osv.

4.1 Basisoplysninger

Af retningslinjerne for MST-programmet fremgår det, at et MST-forløb skal vare mellem tre og fem måneder (se www.mst-danmark.dk). Som det fremgår af Tabel 4.1 holder de danske MST-forløb sig akkurat inden for denne grænse – i Del 1 var gennemsnitsvarigheden næsten præcis fem måneder, lidt mindre i Del 2. På teamniveau var der også beskedne forskelle (med undtagelse af MST Århus Amt, se note).

Tabel 4.1: Gennemsnitlig behandlingsvarighed

MST-team	Varighed Del 1	Varighed Del 2	Variations-koefficient Del 1	Variations-koefficient Del 2
Århus Amt*	169	120	0,18	0,43*
Århus Kommune Centrum-Nord	149	132	0,40	0,45
Århus Kommune Syd-Vest	165	166	0,28	0,30
Ringkjøbing Amt	135	141	0,37	0,40
Nordjyllands Amt 1	149	136	0,33	0,19
Nordjyllands Amt 2	140	116	0,34	0,42
Frederiksborg Amt	165	156	0,31	0,27
Vejle Amt	135	129	0,32	0,28
Samlet	**152**	**142**	**0,33**	**0,34**

*Note til Tabel 4.1 til 4.5: Antal MST-forløb: 231 (Del 1) og 127 (Del 2). * = MST Århus Amt lukkede i løbet af undersøgelsesperioden, hvorfor flere af de omfattede sager overførtes til afslutning i regi af et andet MST-team.*

Af variationskoefficienterne i Tabel 4.1 fremgår det, at spredningen omkring gennemsnittet samlet set var stort set ens i de to perioder, og heller ikke på teamniveau var der generelt den store forskel). Det ses dog af Tabel 4.2, at en betydeligt større andel af forløbene holdt sig inden for anbefalingen på maksimalt fem måneder i Del 2, mens andelen af forløb under tre måneder kun var marginalt større. Billedet er således, at forløbene i Del 2 (trods den beskedne reduktion i den gennemsnitlige varighed) holdt sig betydeligt bedre inden for retningslinjerne sammenlignet med Del 1.

Tabel 4.2: Forløbsvarighed fordelt på kategorier (procentandele)

	Del 1	Del 2
Varighed under tre mdr.	12,6%	13,4%
Varighed tre-fem mdr.	27,3%	45,7%
Varighed fem-syv mdr.	51,9%	36,2%
Varighed over syv mdr.	8,2%	4,7%

De danske MST-terapeuter har en ganske sammensat uddannelsesbaggrund. Tabel 4.3 viser fordelingen på syv forskellige uddannelsesretninger. Hovedparten var dog uddannet psykolog, socialrådgiver eller pædagog/socialpædagog (knapt 90 % i Del 1 og godt 85 %

i Del 2). I en mindre andel af sagerne havde terapeuten en socialrådgiverbaggrund i Del 2, mens andelen af sager med en socialpædagoguddannet terapeut steg.

Tabel 4.3: Terapeutens uddannelsesbaggrund (procentfordeling)

Uddannelsesretning	Del 1	Del 2
Psykolog	13,4 %	14,8 %
Socialrådgiver	29,4 %	16,4 %
Socialpædagog	21,6 %	29,7 %
Pædagog	25,1 %	24,2 %
Lærer	7,4 %	6,3 %
Sygeplejerske	1,3 %	3,9 %
Andet	1,7 %	4,7 %

Tabel 4.4 viser MST-vejledernes uddannelsesbaggrund. I godt 40 % af forløbene havde vejlederne i begge tilfælde en psykologuddannelse, men der var dog visse forskydninger i andelene med de øvrige uddannelsesbaggrunde, hvor der især var en markant mindre andel med (social)pædagogisk baggrund i Del 2.

Tabel 4.4: Vejlederens uddannelsesbaggrund (procentfordeling)

Uddannelsesretning	Del 1	Del 2
Psykolog	42,4 %	41,4 %
Socialrådgiver	35,5 %	43,8 %
Socialpædagog	11,7 %	5,5 %
Pædagog	7,4 %	0,0 %
Lærer	3,0 %	9,4 %

I Tabel 4.5 vises terapeuternes gennemsnitlige MST-erfaring på datoen for det første besøg hos familien (regnet fra ansættelsen i MST-regi). Det overvejende mønster er, at hvor terapeuterne i Del 1 havde omkring et års erfaring med MST-arbejdet i gennemsnit, havde de typisk omkring to års erfaring i Del 2 – der var med andre ord ganske stor kontinuitet i medarbejdergruppen på trods af, at de fleste var ansat i tidsbegrænsede stillinger.

Tabel 4.5: Terapeutens gennemsnitlige MST-erfaring ved første besøg (i dage)

MST-team	Terapeutens MST-erfaring Del 1	Terapeutens MST-erfaring Del 2	Variations-koefficient Del 1	Variations-koefficient Del 2
Århus Amt	363	795	0,56	0,36
Århus Kommune Centrum-Nord	373	805	0,53	0,27
Århus Kommune Syd-Vest	417	683	0,47	0,44
Ringkjøbing Amt	369	781	0,49	0,21
Nordjyllands Amt 1	384	763	0,38	0,22
Nordjyllands Amt 2	189	231	1,06	0,25
Frederiksborg Amt	349	512	0,22	0,46
Vejle Amt	362	588	0,42	0,33
Samlet	**367**	**674**	**0,50**	**0,39**

I Nordjyllands Amt 2 var mønsteret dog markant anderledes, idet der her kun skete en beskeden stigning. Af variationskoefficienterne fremgår det, at terapeutgrupperne i alle team undtagen MST Frederiksborg Amt var mere homogene hvad angår MST-erfaring i Del 2 end i Del 1 – spredningen omkring gennemsnittet var i flere tilfælde markant reduceret.

For vejledernes vedkommende tegner sig et lignende mønster (Tabel 4.6), hvor den gennemsnitlige MST-erfaring typisk var omtrent fordoblet i Del 2 sammenlignet med Del 1. Her er undtagelsen dog MST Vejle Amt, hvor der på grund af flere udskiftninger på vejlederposten næsten ikke skete en stigning. Også spredningen omkring gennemsnittet faldt i næsten alle tilfælde. Der var med andre ord også betydelig kontinuitet i vejledergruppen.

Tabel 4.6: Vejlederens gennemsnitlige MST-erfaring ved første besøg (i dage)

MST-team	Vejlederens MST-erfaring Del 1	Vejlederens MST-erfaring Del 2	Variations-koefficient Del 1	Variations-koefficient Del 2
Århus Amt	485	936	0,32	0,10
Århus Kommune Centrum-Nord	462	921	0,38	0,11
Århus Kommune Syd-Vest	502	887	0,31	0,10
Ringkjøbing Amt	466	887	0,36	0,11
Nordjyllands Amt 1	320	790	0,39	0,14
Nordjyllands Amt 2	474	656	0,09	0,09
Frederiksborg Amt	349	614	0,22	0,14
Vejle Amt	416	461	0,20	0,84
Samlet	**444**	**789**	**0,35**	**0,26**

4.2 Kvalitetssikring: Therapist Adherence Measure

MST indebærer en løbende metodemæssig kvalitetssikring. MST Danmark foranstalter således, at en voksen omsorgsperson fra familierne så vidt muligt telefoninterviewes hver 4. uge hele vejen igennem forløbet. Dette sker på basis af en oversat version af et standardiseret måleinstrument, "Therapist Adherence Measure" (TAM) – et spørgsmålssæt på 26 spørgsmål, udviklet af MST-programmets amerikanske ophavspersoner. Formålet med disse interview er at sikre, at MST-terapeuten efterlever grundprincipperne i behandlingsprogrammet hele vejen igennem MST-forløbet.[15] Svarene sammenvejes i et faktormål kaldet TAM-R (en score i intervallet 0 til 1 point), hvor der er opstillet en "target-score" for tilfredsstillende metode-efterlevelse på mindst 0,61 point. MST-udviklerne forventer at der typisk vil være en tydelig sammenhæng mellem TAM-resultater over target-scoren og positive behandlingsresultater i den pågældende sag.[16]

Tabel 4.7 viser det antal TAM-R-interview, som i gennemsnit blev gennemført i de to undersøgelsesperioder. Samlet set skete der en mindre stigning fra 3,11 til 3,29 interview pr. forløb. Dette skal sammenholdes med, at der i Del 1 maksimalt kunne være blevet gennemført godt 5,4 interview i snit, mens det samme tal for Del 2, hvor forløbene i gennemsnit var lidt kortere, er godt 5. Det samlede gennemsnit dækker dog over store forskelle på teamniveau. MST Ringkjøbing Amt, MST Århus Kommune Centrum-Nord og

[15] Nærmere information om TAM-kvalitetssikring, se www.mstinstitute.org/qa_program/tam.shtml.
[16] S. Huey, S. Henggeler, M. Brondino og S. Pickerel (2000): "Mechanisms of Change in Multisystemic Therapy: Reducing Delinquent Behavior through Therapist Adherence and Improved Family and Peer Functioning", i *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, årg. 68, nr. 3, s. 451-467.

MST Vejle Amt havde markante stigninger, mens de øvrige team havde større eller mindre fald. Variationskoefficienterne faldt ganske vist lidt samlet set, men der var stadig store udsving i antallet af gennemførte interview – der var således både en del sager, hvor der gennemførtes 6-8 interview, og en del hvor der kun gennemførtes 1-2 interview.

Tabel 4.7: Antal gennemførte TAM-R-interview pr. forløb (gennemsnit)

MST-team	Antal interview Del 1	Antal interview Del 2	Variations-koefficient Del 1	Variations-koefficient Del 2
Århus Amt	3,62	2,57	0,50	0,44
Århus Kommune Centrum-Nord	2,90	3,70	0,65	0,54
Århus Kommune Syd-Vest	3,55	3,53	0,46	0,60
Ringkjøbing Amt	2,91	3,39	0,77	0,45
Nordjyllands Amt 1	3,28	2,89	0,69	0,47
Nordjyllands Amt 2	2,69	2,38	0,69	0,87
Frederiksborg Amt	4,19	3,59	0,61	0,50
Vejle Amt	1,06	3,17	1,51	0,61
Samlet	**3,11**	**3,29**	**0,66**	**0,55**

Note: Antal sager: 231 (Del 1) og 127 (Del 2).

Resultaterne af TAM-målingerne ses i Tabel 4.8. Det fremgår, at næsten alle team havde bedre gennemsnitlige TAM-resultater i Del 2 end i Del 1, og det samlede gennemsnit steg da også fra 0,43 til 0,53 point. På teamniveau havde Frederiksborg Amt (p = 0,007) og Vejle Amt (p= 0,043) højsignifikant eller signifikant højere gennemsnit i Del 2 sammenlignet med Del 1, mens forskellen på det samlede gennemsnit var højsignifikant på et 0,003-niveau. Samlet set nåede terapeuterne fortsat ikke helt op til target-scoren på mindst 0,61 point, og især MST Nordjyllands Amt 2 skilte sig ud ved ikke have nogen forløb over target-score (se nedenfor). Af variationskoefficienterne ses det, at resultaterne blev mere homogene i Del 2, men spredningen omkring gennemsnittet var fortsat betydelig (±121 % af gennemsnittet, svarende til ±0,4 point).

Tabel 4.8: Gennemsnitlig TAM-R-score (skala: 0-1 point), ny beregningsmodel)

MST-team	TAM-R-score Del 1	TAM-R-score Del 2	Variations-koefficient Del 1	Variations-koefficient Del 2
Århus Amt	0,49	0,54	0,60	0,53
Århus Kommune Centrum-Nord	0,45	0,40	0,78	0,76
Århus Kommune Syd-Vest	0,40	0,50	0,76	0,61
Ringkjøbing Amt	0,47	0,58	0,61	0,50
Nordjyllands Amt 1	0,44	0,59	0,64	0,46
Nordjyllands Amt 2	0,26	0,30	0,52	0,67
Frederiksborg Amt	0,38	0,58	0,60	0,48
Vejle Amt	0,46	0,58	0,40	0,42
Samlet	**0,43**	**0,53**	**0,64**	**0,54**

Note: Antal sager, hvor en TAM-R-score er registreret: 211 (Del 1) og 118 (Del 2). Bemærk, at den amerikanske MST-organisation, MST Institute, har omlagt retningslinjerne for opgørelsen. Resultaterne ovenfor baserer sig på den nye beregningsmodel (TAM-R), og kan derfor ikke sammenlignes med resultaterne opgivet i den danske MST-evaluerings første delrapport (TAM).

Dette afspejles til dels i Tabel 4.9, som viser andelen af MST-forløb, hvor target-score blev nået. Der var i Del 2 en større andel forløb, hvor MST-programmets forskrifter var overholdt for så vidt angår TAM-resultaterne (41,5 % sammenholdt med 24,6 % i Del 1). På teamniveau var forskellene betydelige: Fem team havde klare stigninger, mens MST Århus Kommune Centrum-Nord, MST Ringkjøbing Amt og især MST Nordjyllands Amt 2 havde en mindre tydelig positiv udvikling.

Tabel 4.9: Sager hvor target-score blev nået (TAM-R ≥ 0,61) (procentandel, ny beregningsmodel)

MST-team	Del 1	Del 2
Århus Amt	36,4 %	57,1 %
Århus Kommune Centrum-Nord	26,7 %	31,3 %
Århus Kommune Syd-Vest	20,9 %	38,1 %
Ringkjøbing Amt	35,9 %	42,9 %
Nordjyllands Amt 1	30,8 %	52,9 %
Nordjyllands Amt 2	0,0 %	0,0 %
Frederiksborg Amt	10,7 %	42,3 %
Vejle Amt	12,5 %	54,5 %
Samlet	**24,6 %**	**41,5 %**

Note: Antal sager: 211 (Del 1) og 118 (Del 2).

4.3 Udskrivningsoplysninger

Når et MST-forløb afsluttes, angiver MST-teamene, hvad udskrivningsbaggrunden er i det enkelte tilfælde (kaldet "Case Progress Review"). Tabel 4.10 viser andelen af forløb afsluttet planmæssigt med betegnelsen "efter gensidig overenskomst". Samlet set skete der en marginal stigning fra 77,4 % til 78,1 % i denne kategori, men denne udvikling dækker over ikke ubetydelige forskelle på teamniveau. Især MST Nordjyllands Amt 2 men også MST Ringkjøbing Amt havde således en faldende andel i denne kategori. Det markante fald i MST Århus Amt har en speciel baggrund (se note til Tabel 4.10).

Tabel 4.10: Andel sager med udskrivning "efter gensidig overenskomst" (angivet af MST-team)

MST-team	Del 1	Del 2
Århus Amt	73,5 %	28,6 %*
Århus Kommune Centrum-Nord	72,3 %	76,9 %
Århus Kommune Syd-Vest	82,5 %	80,0 %
Ringkjøbing Amt	85,3 %	78,6 %
Nordjyllands Amt 1	65,5 %	83,3 %
Nordjyllands Amt 2	84,6 %	62,5 %
Frederiksborg Amt	87,5 %	100,0 %
Vejle Amt	76,5 %	75,0 %
Samlet	**77,4 %**	**78,1 %**

*Note: Antal sager: 231 (Del 1) og 127 (Del 2). * = MST Århus Amt lukkede i løbet af undersøgelsesperioden, hvorfor de fleste af teamets få omfattede sager overførtes til afslutning i regi af et andet MST-team.*

Et andet element i udskrivningsproceduren er, at MST-teamet procent-angiver målopfyldelsesgraden (kaldet "Instrumental Outcomes Met") i den pågældende sag set i forhold til de målsætninger, som opstilledes sammen med familien efter en indledende analyse. Der skete her en stigning fra et gennemsnit på 70,8 % i Del 1 til 74,3 % i Del 2. Også her var der variation på teamniveau: Fem team havde større eller mindre stigninger, mens Århus Kommune Syd-Vest og MST Nordjyllands Amt 2 havde et fald i andelen med

planmæssig udskrivning. Faldet i MST Århus Amts andel havde som sagt en særlig baggrund.

Tabel 4.11: Målopfyldelsesgrad angivet af MST-team (Instrumental Outcomes Met, gennemsnit)

MST-team	IOM Del 1	IOM Del 2
Århus Amt	79,4 %	61,9 %
Århus Kommune Centrum-Nord	61,3 %	75,6 %
Århus Kommune Syd-Vest	79,6 %	68,0 %
Ringkjøbing Amt	68,6 %	72,0 %
Nordjyllands Amt 1	65,5 %	82,4 %
Nordjyllands Amt 2	65,4 %	58,3 %
Frederiksborg Amt	71,9 %	87,3 %
Vejle Amt	75,5 %	79,2 %
Samlet	**70,8 %**	**74,3 %**

Note: Antal sager: 231 (Del 1) og 127 (Del 2).'

4.4 Opsamling

Nedenfor opregnes de vigtigste resultater fra dette kapitel.

- Den gennemsnitlige behandlingsvarighed faldt med ti dage i Del 2 sammenlignet med Del 1 (fra 152 til 142 dage). Også på teamniveau var der i de fleste tilfælde et mindre fald. I Del 2 holdt betydeligt flere forløb sig inden for det anbefalede interval på 3-5 måneder (45,7 % mod 27,3 % i Del 1).
- I en mindre andel Del 2-forløb var terapeuten socialrådgiveruddannet, i en større andel var terapeuten socialpædagog. Både terapeuter og vejledere havde i Del 2 i gennemsnit næsten dobbelt så lang tids MST-erfaring ved behandlingens begyndelse sammenlignet med i Del 1. Der var således betydelig kontinuitet i medarbejdergrupperne i de fleste team.
- I Del 2 blev der gennemført lidt flere af de kvalitetssikrende TAM-interview pr. sag. I Del 1 gennemførtes i gennemsnit 3,11 af 5,4 mulige interview pr. sag; i Del 2 gennemførtes 3,29 af 5 mulige. Gennemsnittet dækker over store udsving i udviklingen på teamniveau. Forskellen på antal mulige interview i de to perioder skyldes den kortere gennemsnitlige behandlingstid i Del 2 (et interview søges gennemført hver fjerde uge i behandlingsperioden).
- TAM-R-scorerne steg i gennemsnit til 0,53 point sammenlignet med et snit på 0,43 point i Del 1 (target scoren er 0,61 point). Med en enkelt undtagelse havde alle team en bedre gennemsnitsscore i Del 2 end i Del 1. I en betydeligt større andel sager nåede terapeuten over den opstillede target score (41,5 % mod 24,6 % i Del 1).
- Den gennemsnitlige, af MST-teamene angivne målopfyldelsesgrad (Instrumental Outcomes Met) steg fra 70,8 % i Del 1 til 74,3 % i Del 2. Andelen af sager, hvor MST-teamene angav, at der var sket planmæssig udskrivning "efter gensidig overenskomst" var dog stort set uændret (ca. 78 %).

5 BEHANDLINGSRESULTATER: DATA FRA FAMILIERÅDGIVERNE

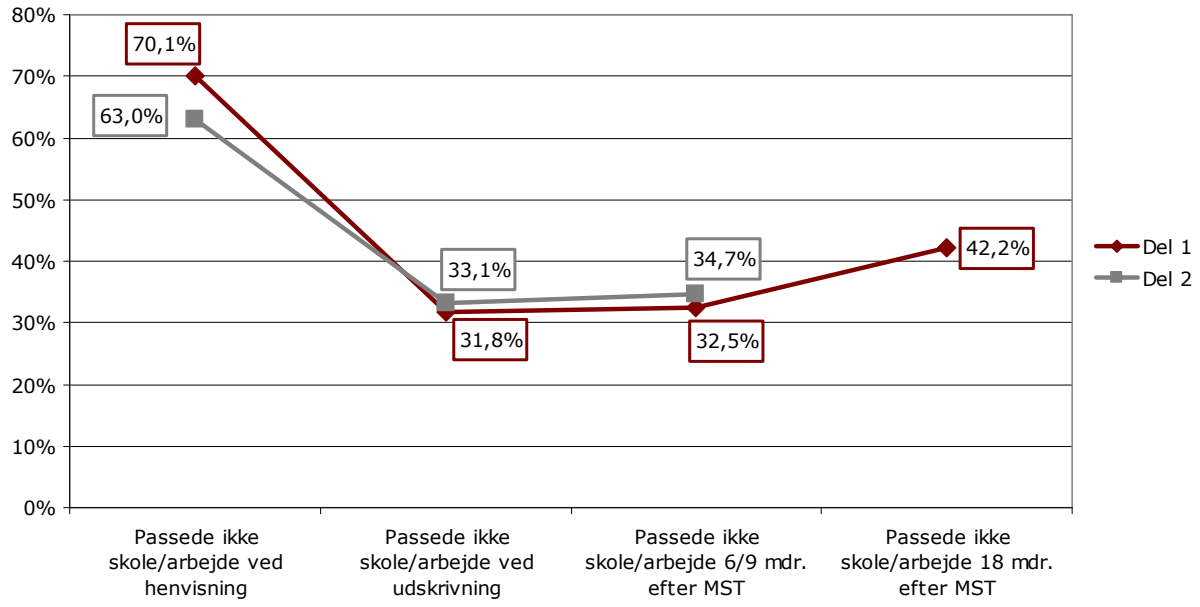
Dette kapitel redegør for resultaterne af MST-arbejdet, som de er belyst af evalueringens data med sigte på de fire primære resultatmål, hvor datakilden er de kommunale familierådgivere (journaloplysninger og telefoninterview). Det sker efter samme skabelon i hvert enkelt tilfælde. Indledningsvis gives en grafisk oversigt over udviklingen i andelen i problemgrupperne over tid i de samlede datasæt (gruppeniveau); dernæst følger mere detaljerede opgørelser over datasættet til del 2 (opdelt på køn og alder); afslutningsvis redegøres for udviklingen på individniveau på hvert enkelt område.

Der skal gøres et indledende forbehold: Som nævnt i afsnit 2.1 betød de tids- og ressourcemæssige rammer for evalueringen, at der måtte opereres med forskellige opfølgningsmønstre i Del 1 og 2. Sammenligningerne af de primære resultatmål i de følgende afsnit indebærer således en sammenligning mellem opfølgninger henholdsvis ni og seks måneder efter afslutningen af MST-forløbet. Det er ikke muligt at vurdere de nøjere konsekvenser af denne forskel, men den må alt andet lige formodes at give en mindre skævhed i retning af at vurdere resultaterne i Del 2 relativt mere positivt, da de unge her er blevet fulgt i en tre måneder kortere periode.

5.1 Skoletilbud eller arbejde

Det første primære resultatmål i fokus er de unges situation i forhold til skole eller arbejde – dvs. hvorvidt den unge passede skole eller arbejde på de enkelte måletidspunkter. I første omgang afdækkes om den unge overhovedet havde skoletilbud/arbejde. Hvis den unge havde et lønnet arbejde i stedet for et skoletilbud, skulle der desuden være tale om mindst 20 timers ugentlig beskæftigelse, før dette regnedes som et fuldgyldigt lønarbejde. Kriteriet for, om den unge vurderedes at *passe* sit skoletilbud/arbejde, var dernæst, at den unges ubegrundede fravær fra skole/arbejde ikke måtte være angivet højere end "Flere gange om måneden".

Figur 5.1: Udvikling i andel af unge, som ikke passede skole/arbejde over tid (Del 1 og 2)



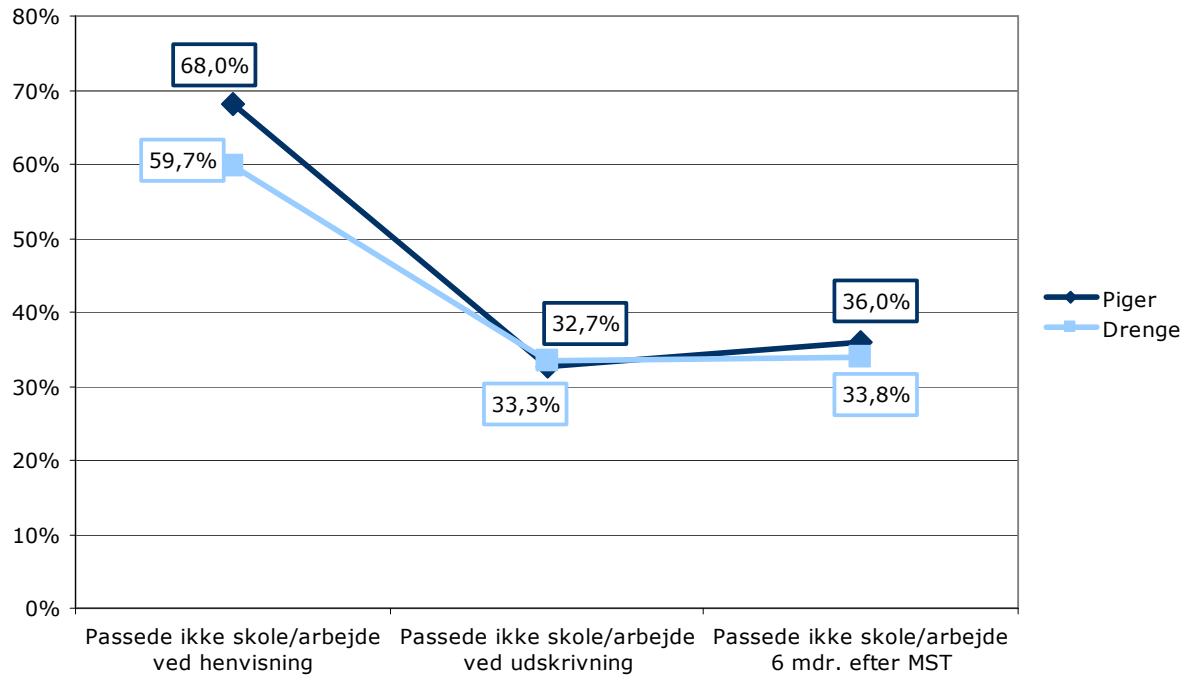
Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 221, 217, 194, 83 (Del 1) og 127, 124, 124 (Del 2).

Figur 5.1 ovenfor sammenholder resultaterne i Del 1 og 2. Det ses, at de samlede resultater er ganske parallelle i de to grupper. De unge fra Del 2 har dog en lidt mindre andel i problemgruppen ved henvisningen og en marginalt større andel i problemgruppen ved opfølgningen. Resultaterne var således samlet set marginalt dårligere i forbindelse med Del 2: En reduktion i andelen på knapt 45 % sammenholdt med godt 53 % i Del 1.

5.1.1 Skole/arbejde og køn

Opdeles resultaterne i forbindelse med Del 2 på køn (Figur 5.2) ses ikke de store forskelle. Pigerne starter dog med en større andel i problemgruppen, men ved udskrivning og opfølgning er der kun helt marginale kønsforskelle på andelene. Resultaterne i forhold til at reducere andelen i problemgruppen var altså alt andet lige bedre i forhold til pigerne.

Figur 5.2: Udvikling i andel af unge som ikke passede skole/arbejde over tid (køn) (Del 2)

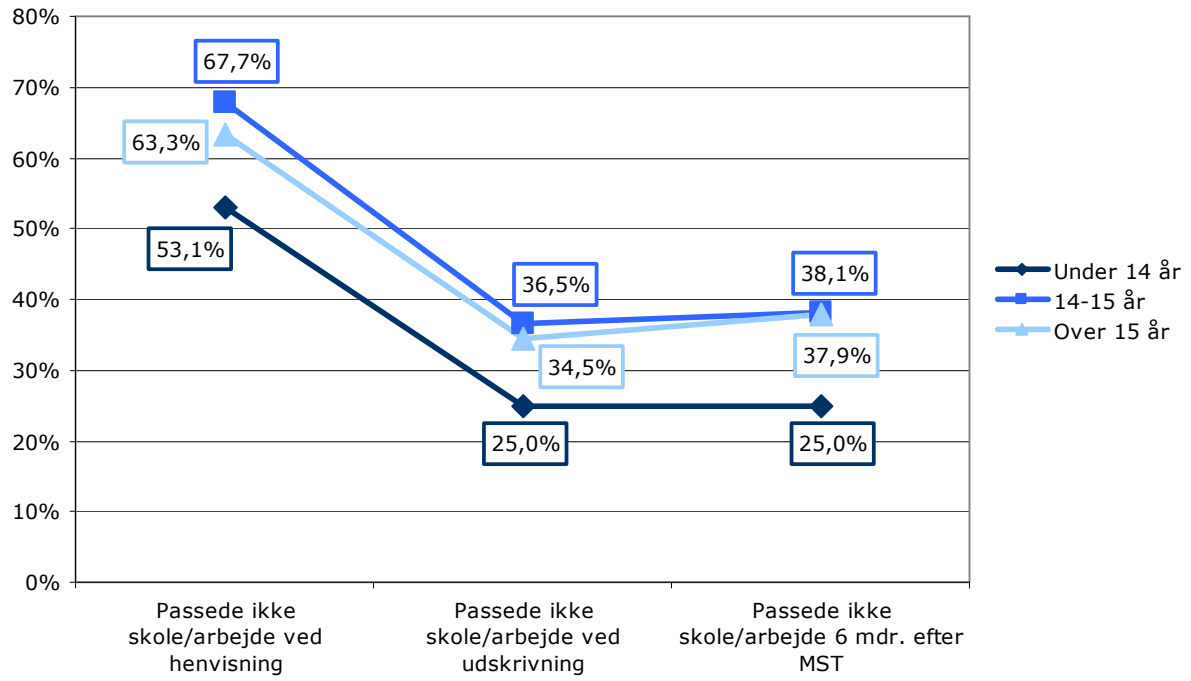


Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 50, 49, 50 (Piger) og 77, 75, 74 (Drenge).

5.1.2 Skole/arbejde og alder

Figur 5.3 nedenfor viser data for Del 2 opdelt på aldersgrupper, og kurveforløbene er næsten parallelle om end let forskudte, idet den yngste aldersgruppe har en mindre andel i problemgruppen ved alle målinger. Det er samtidig i denne aldersgruppe, at reduktionen i andelen af unge i problemgruppen er størst (knapt 53 %), mens der var en lidt mindre reduktion af andelene i problemgruppen for den mellemste (knapt 44 %) og ældste aldersgruppe (40 %), hvor udgangspunktet altså også var højere.

Figur 5.3: Udvikling i andel af unge som ikke passede skole/arbejde over tid (aldersgruppe) (Del 2)



Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de tre kurver regnet fra venstre: 32, 32, 32 (Under 14 år); 65, 63, 63 (14-15 år) og 30, 29, 29 (Over 15 år).

5.1.3 Resultater på individniveau

I de ovenstående figurer præsenteres resultatdata for hele undersøgelsesgruppen med henblik på at give et overblik over de opnåede behandlingsresultater på gruppeniveau: Hvor godt har MST samlet set virket på det pågældende område? Det har dog også interesse at se på udviklingen på individniveau, da det er af betydning for den fremtidige tilrettelæggelse af MST-arbejdet og evt. efterfølgende indsats i kommunerne, om de unge med problemer ved opfølgningen også havde det *før* MST-henvisningen, eller om der skete stor udskiftning i problemgruppen på hvert enkelt område. Udtrykt med andre ord: Er det de samme unge, som har problemer både før og efter MST-forløbet, eller kommer der mange nye til? Generelt gælder det for opgørelserne på individniveau i dette og de følgende afsnit, at en stor andel gengangere i problemgruppen ved opfølgningen peger på vigtigheden af under og efter MST-forløbet at have et særligt fokus på unge, der havde det pågældende problem op til henvisningen. Derimod tyder en stor andel nytilkomne i problemgrupperne på, at andre faktorer skal tages i betragtning, når indsatsen under og efter MST-forløbet skal prioriteres.

I forhold til skole/arbejde (Tabel 5.1) viser der sig det mønster, at andelen med "Forværring" var på knapt 10 % (nytilgang til problemgruppen), mens der var sket en "Forbedring" i næsten 39 % af tilfældene (unge der forlod problemgruppen mellem de to målinger). 25 % af de unge var i problemgruppen både før og efter MST-forløbet ("Ingen forbedring"). Der var med andre ord næsten 35 % af de unge (43 unge i alt), som befandt sig i problemgruppen ved opfølgningen seks måneder efter udskrivningen. Heraf var en forholdsvis stor andel – godt 60 % – gengangere sammenlignet med situationen ved henvisningen.

Tabel 5.1: Udvikling i forhold til skole/arbejde før og efter MST-forløbet opgjort på individniveau

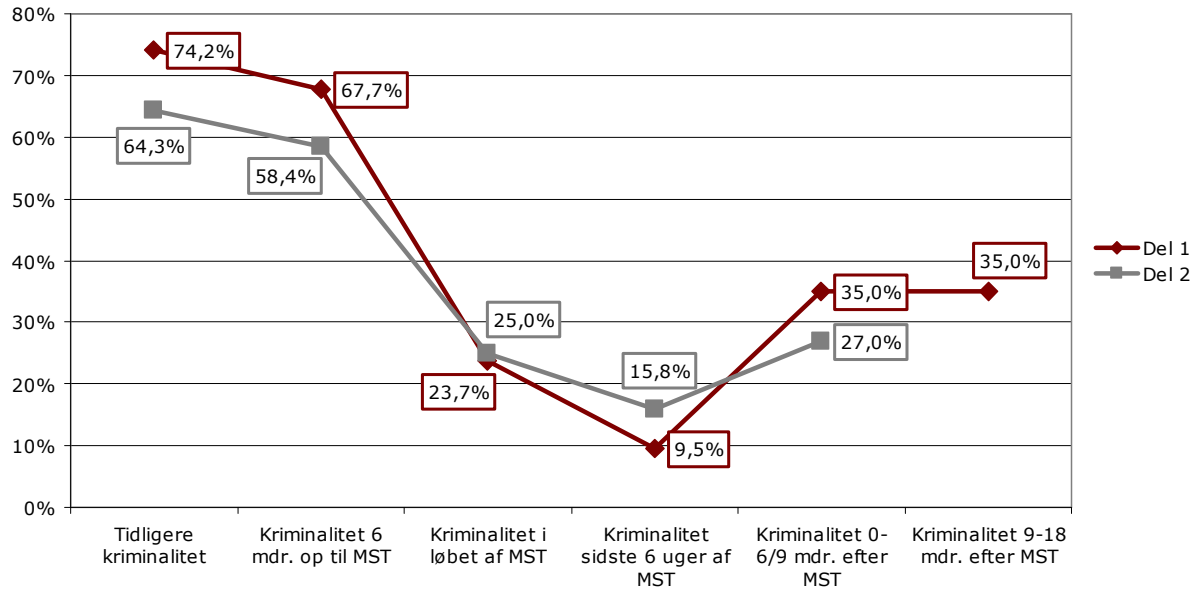
Udvikling	Antal	Procent
Forværring (ophørt med at passe skoletilbud/arbejde)	12	9,7 %
Ingen forbedr. (passer stadig ikke skoletilbud/arbejde)	31	25,0 %
Ingen forværr. (passer stadig skoletilbud/arbejde)	33	26,6 %
Forbedring (begyndt at passe skoletilbud/arbejde)	48	38,7 %

Note: Baseret på situationen ved MST-henvisningen sammenholdt med situationen 6 mdr. efter MST-udskrivningen.

5.2 Kriminalitet

I Figur 5.4 nedenfor ses hvor stor en andel af de unge i den samlede undersøgelsesgruppe, som havde problemadfærd på dette område før, under og efter MST-forløbet. Det fremgår, at lidt færre havde begået kriminalitet de seks måneder op til MST-henvisningen såvel som i perioden 0-6/9 mdr. efter udskrivningen i undersøgelsesgruppen til Del 2 sammenlignet med Del 1. I begge grupper lykkedes det at omtrent halvere andelen af unge i problemgruppen mellem disse to målinger: Knapt en halvering i Del 1, godt en halvering i Del 2.

Figur 5.4: Udvikling i andel af unge med kriminalitet over tid (Del 1 og 2)



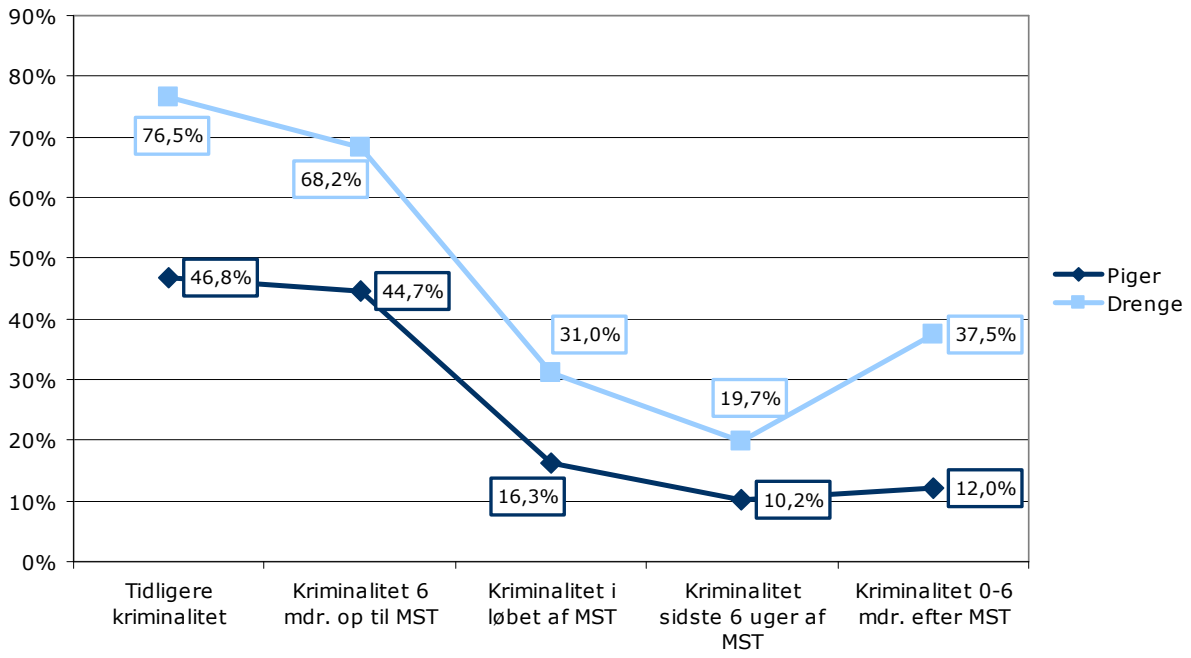
Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 213, 201, 207, 201, 200, 81 (Del 1) og 115, 113, 120, 120, 122 (Del 2).

5.2.1 Kriminalitet og køn

Figur 5.5 fokuserer på Del 2 og viser udviklingen i problemgruppen opdelt på køn. Det ses, at drengene generelt havde betydeligt større andele i problemgruppen både før og efter MST-forløbet. Sammenlignes situationen de sidste seks måneder op til henvisningen med perioden 0-6 måneder efter MST-udskrivningen var reduktionen i andelen af piger

med problemer (godt 70 %) betydeligt større end den tilsvarende reduktion for drengene (45 %).

Figur 5.5: Udvikling i andel af unge med kriminalitet over tid (køn) (Del 2)

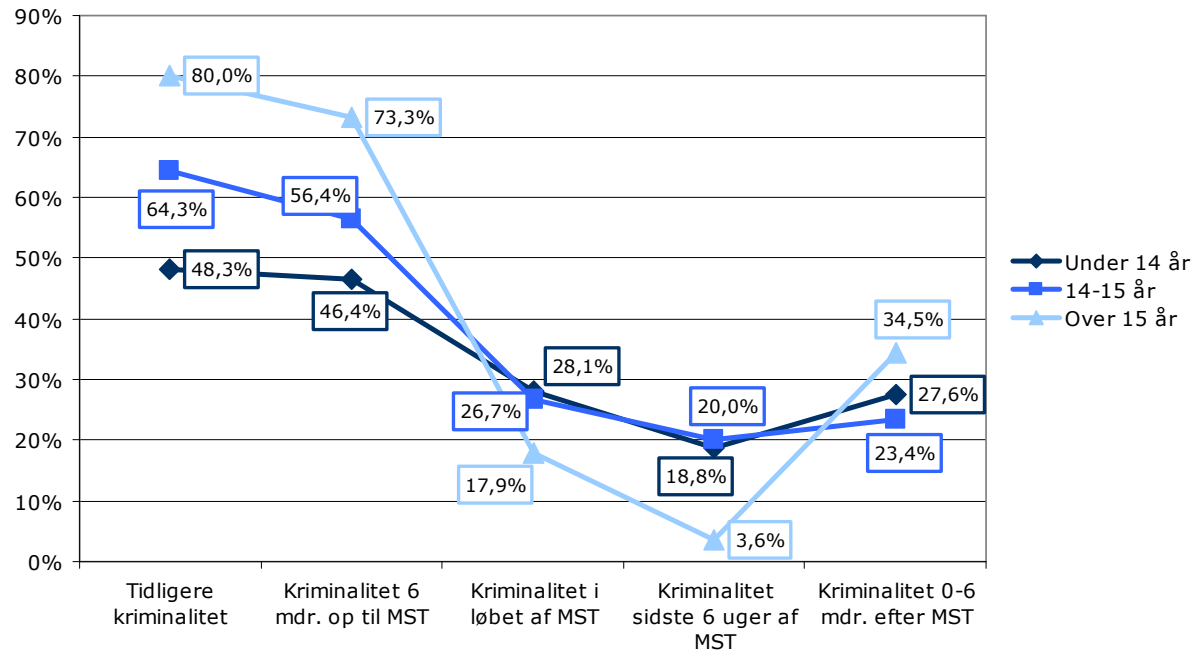


Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 47, 47, 49, 49, 50 (Piger) og 68, 66, 71, 71, 72 (Drenge).

5.2.2 Kriminalitet og alder

Figur 5.6 viser data for Del 2 opdelt på tre alderskategorier, og der viser sig også her betydelige forskelle. Den ældste aldersgruppe har den største andel i problemgruppen både før og efter MST-forløbet, men skiller sig samtidig ud med mindre kriminalitet undervejs i MST-forløbet. Foretager man den samme før/efter-sammenligning, som i de foregående afsnit, finder man den største reduktion i gruppen af 14-15-årige (59 %), for de unge over 15 år blev andelen i problemgruppen ca. halveret, mens gruppen under 14 år kun havde en reduktion på godt 40 %.

Figur 5.6: Udvikling i andel af unge med kriminalitet over tid (aldersgrupper) (Del 2)



Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de tre kurver regnet fra venstre: 29, 28, 32, 32, 29 (Under 14 år); 56, 55, 60, 60, 64 (14-15 år) og 30, 30, 28, 28, 29 (Over 15 år).

5.2.3 Arten af den begåede kriminalitet

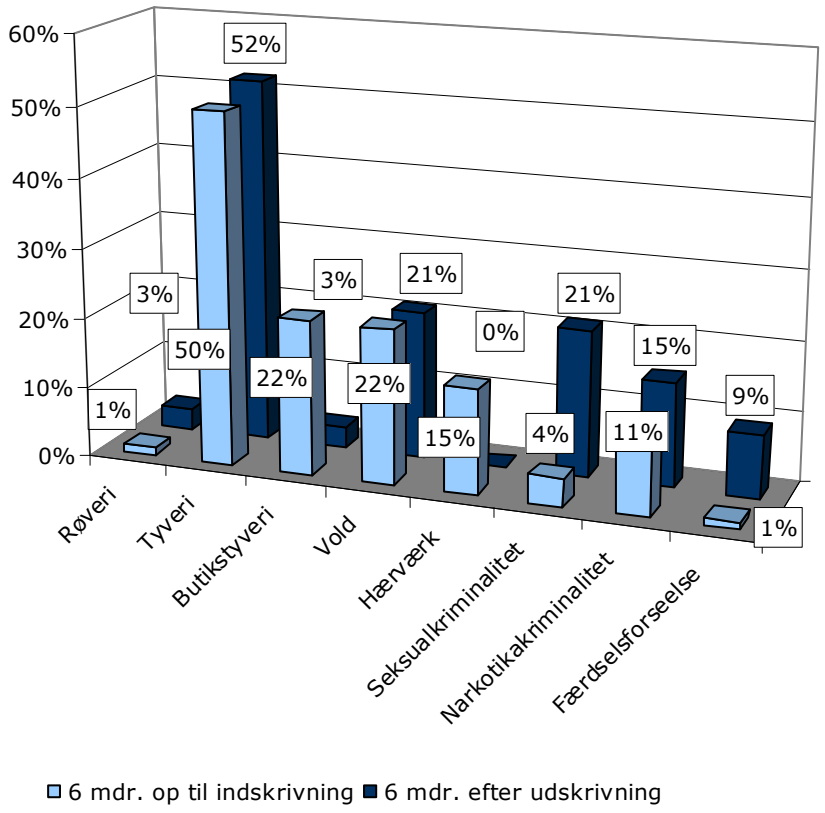
Det har naturligvis også interesse at undersøge udviklingen i arten af den begåede kriminalitet. I Tabel 5.2 ses fordelingen på forskellige kriminalitetskategorier før og efter MST-forløbet (nogle unge havde begået mere end én type kriminalitet).

Tabel 5.2: Arten af den begåede kriminalitet før og efter MST-forløbet (Del 2)

	6 mdr. op til indskrivning		**Unge i alt**	**6 mdr. efter udskrivning**		**Unge i alt**
Røveri	1	(1 %)	72	1	(3 %)	33
Butikstyveri	16	(22 %)	72	1	(3 %)	33
Andet tyveri	36	(50 %)	72	17	(52 %)	33
Vold	16	(22 %)	72	7	(21 %)	33
Hærværk	11	(15 %)	72	0	(0 %)	33
Seksualkriminalitet	3	(4 %)	72	7	(21 %)	33
Narkotikakriminalitet	8	(11 %)	72	5	(15 %)	33
Færdselsforseelse	1	(1 %)	72	3	(9 %)	33

Af den grafiske præsentation i Figur 5.7 nedenfor ses, at der både er elementer af kontinuitet og forandring. Andelene, der havde begået tyveri og vold, var således stort set uændrede. Til gengæld var der markant færre med butikstyveri og hærværk, mens andelen med røveri, seksualkriminalitet, narkotikakriminalitet og alvorligere færdselsforseelser steg.

Figur 5.7: Arten af den begåede kriminalitet før og efter MST-forløbet (Del 2)



Samlet er det formentlig berettiget at sige, at de unge i problemgruppen i perioden efter MST-udskrivningen havde et lidt alvorligere kriminalitetsmønster end den større gruppe af unge med kriminalitet i det halve år op til henvisningen.

5.2.4 Resultater på individniveau

En sidste vinkel på data vedrørende kriminalitet gives i Tabel 5.3, hvor resultaterne er opgjort på individniveau. Det fremgår, at den mest markante bevægelse gik *ud* af problemgruppen (37 % i "Forbedring"), mens 7,4 % bevægede sig *ind* i problemgruppen. Problemgruppen ved opfølgningen var således sammensat næste identisk med hensyn til skoleproblemer og kriminalitet: godt 70 % var på begge områder gengangere sammenlignet med situationen ved eller op til henvisningen. I godt 20 % af sagerne skete der ingen forbedring.

Tabel 5.3: Udvikling i kriminalitet før og efter MST-forløbet opgjort på individniveau

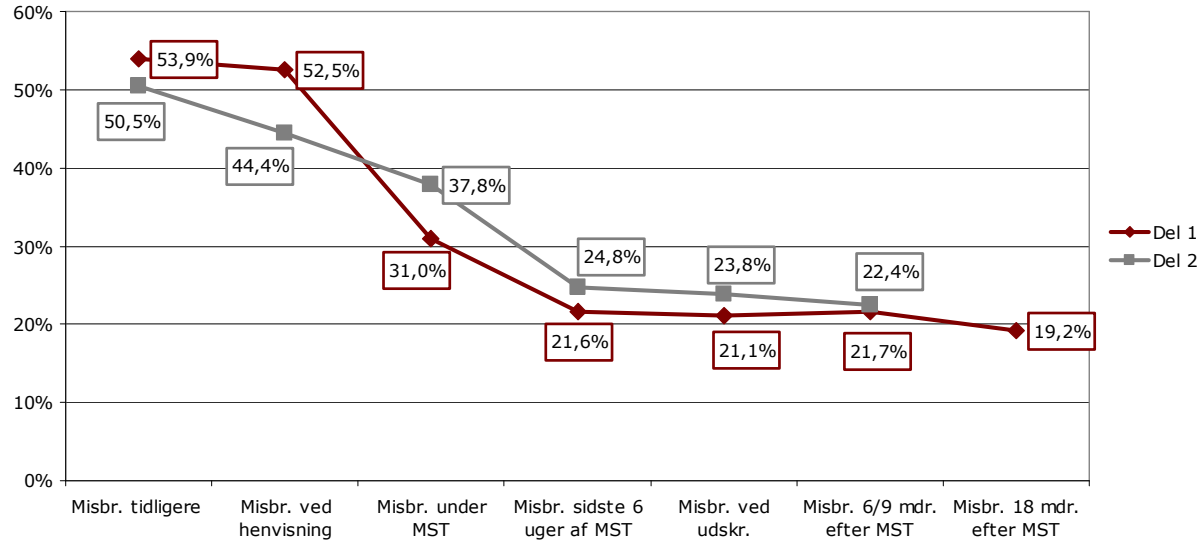
Udvikling	Antal	Procent
Forværring (begyndt på kriminalitet)	8	7,4 %
Ingen forbedring (begået kriminalitet igen)	22	20,4 %
Ingen forværring (fortsat ikke begået kriminalitet)	38	35,2 %
Forbedring (ophørt med kriminalitet)	40	37,0 %

Note: Baseret på kriminalitet begået i løbet af det halve år op til MST-henvisningen sammenholdt med perioden 0-6 mdr. efter MST-udskrivningen.

5.3 Misbrug af rusmidler

Af kurverne vedrørende andelen af unge med misbrug af rusmidler fremgår, at resultaterne i Del 2 er lidt dårligere end i Del 1 (Figur 5.8). En mindre andel i Del 2 havde misbrug før henvisningen, mens en tilsvarende eller større andel havde misbrug under og efter MST-forløbet. I begge grupper opnåedes dog mindst en halvering af andelen af unge i problemgruppen i en sammenligning mellem situationen på henvisningstidspunktet og på tidspunktet for opfølgningen 6/9 måneder efter udskrivningen.

Figur 5.8: Udvikling i andel af unge med misbrug over tid (Del 1 og 2)



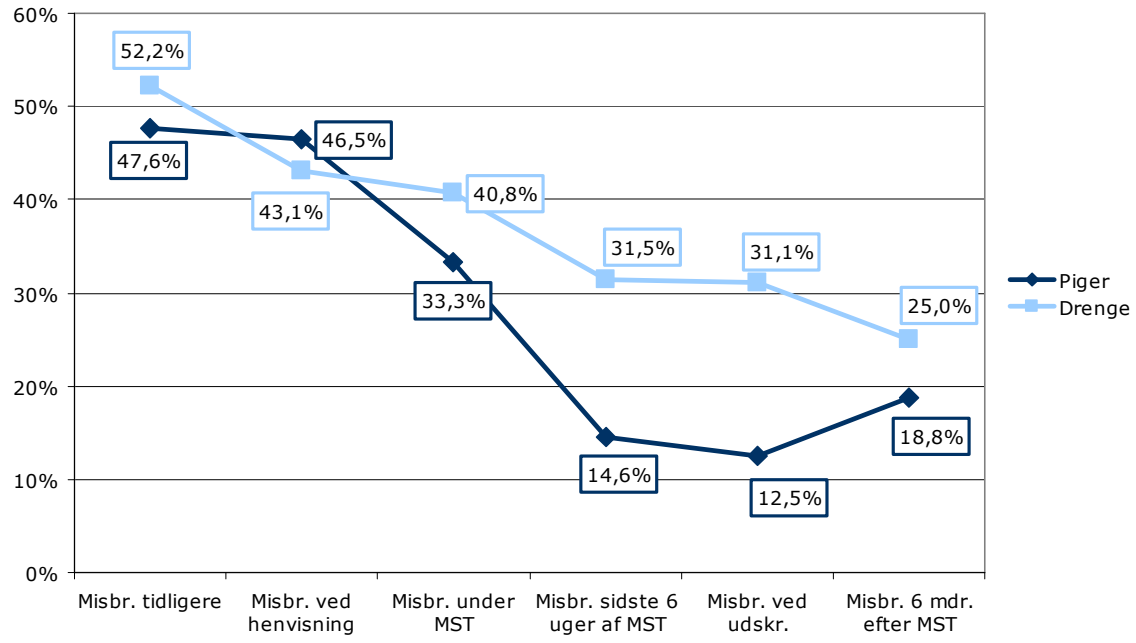
Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 219, 217, 203, 204, 204, 184, 74 (Del 1) og 109, 110, 108, 119, 121, 122 (Del 2).

5.3.1 Misbrug og køn

Efter samme mønster som ovenfor præsenteres data for Del 2 fra forskellige vinkler – først opdelt på køn (Figur 5.9). Også i forhold til misbrug viser der sig betydelig kønsforskel. Drenge og piger har omtrent de samme andele i problemgruppen før henvisningen, men andelene af piger i problemgruppen falder markant hurtigere i løbet af MST-forløbet, end tilfældet er med drengene. Ved opfølgningen stiger andelen af piger i problemgruppen til gengæld, mens drengenes tilsvarende andel falder. Facit er dog i en sammenlig-

ning mellem henvisnings- og opfølgningstidspunkterne, at andelen af piger i problemgruppen er reduceret knapt 60 %, mens det tilsvarende tal for drengene er ca. 40 %.

Figur 5.9: Udvikling i andel af unge med misbrug over tid (køn) (Del 2)

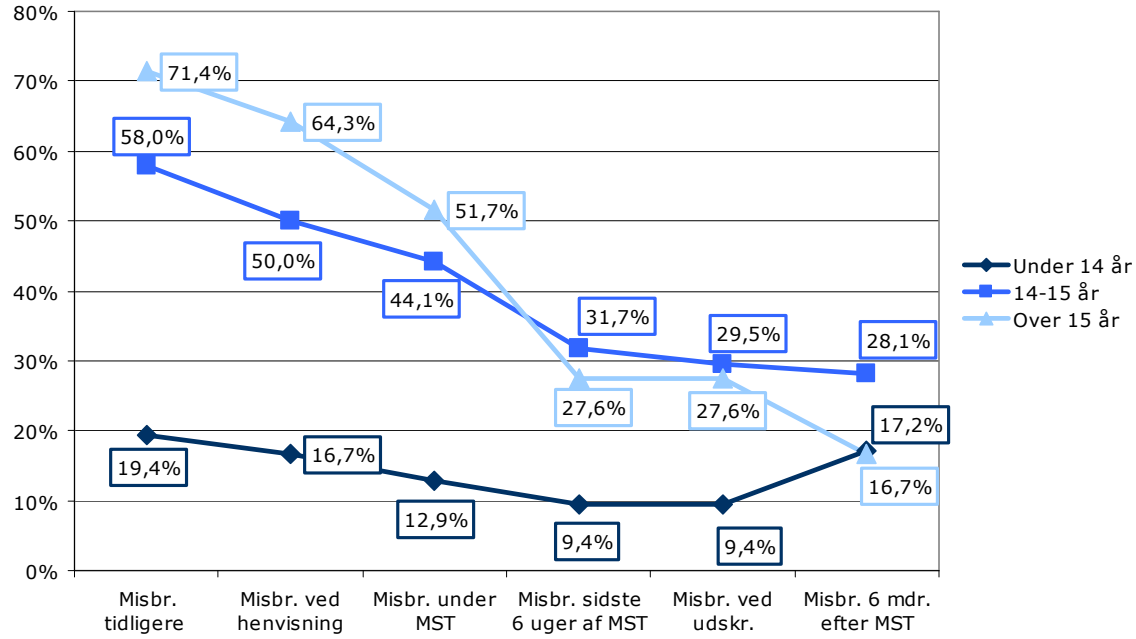


Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 42, 43, 48, 48, 48, 48 (Piger) og 67, 65, 71, 73, 74, 68 (Drenge).

5.3.2 Misbrug og alder

Opgjort på alder (Figur 5.10) viser der sig også klare forskelle. Gruppen over 15 år starter med størst andel i problemgruppen, men slutter med at have den mindste andel.

Figur 5.10: Udvikling i andel af unge med misbrug over tid (aldersgrupper) (Del 2)



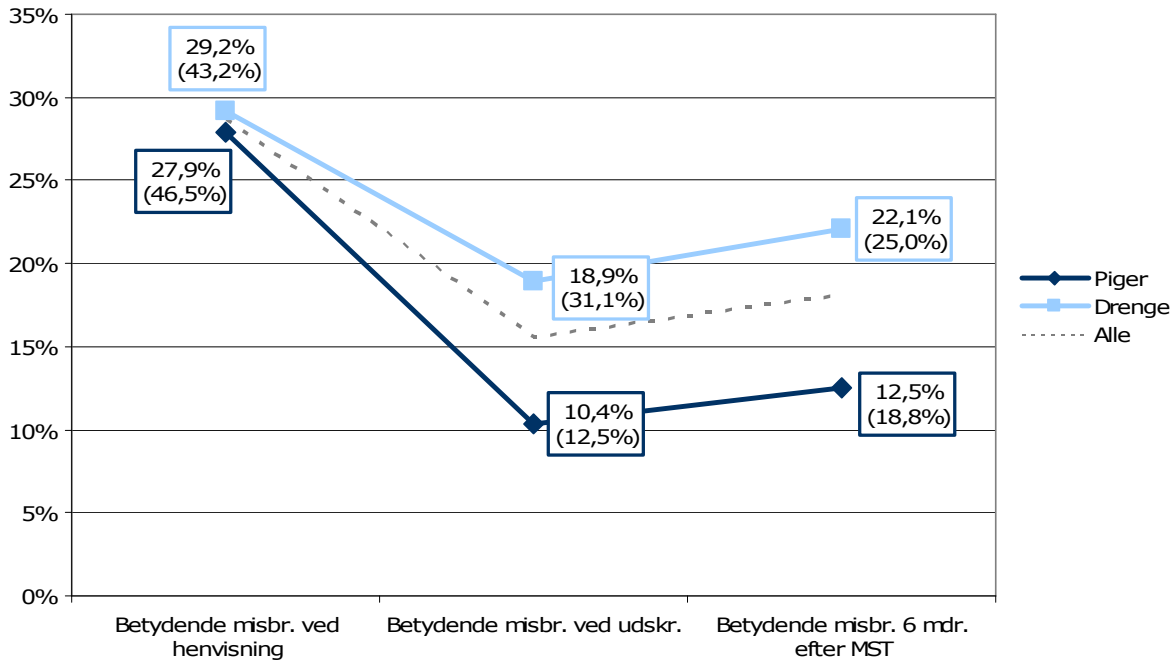
Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de tre kurver regnet fra venstre: 31, 30, 31, 32, 32, 29 (Under 14 år); 50, 50, 59, 60, 61, 57 (14-15 år) og 28, 28, 29, 29, 29, 29 (Over 15 år).

Til sammenligning har gruppen under 14 år en marginalt *større* andel i problemgruppen på opfølgningstidspunktet end ved henvisningen. For den ældste gruppe skete der en reduktion i andelen i problemgruppen på 74 % mellem henvisning og opfølgning; for de 14-15-åriges vedkommende var reduktionen på knapt 44 %; mens der altså var en lille stigning i problemandelen for gruppen under 14 år (3 %).

5.3.3 Betydningen af misbruget

I forbindelse med dataindsamlingens tre målinger spurgtes også til familierådgivernes øjeblikkelige vurdering af et evt. misbrugs betydning for den unges samlede situation. Svarene er efterfølgende kodet som en dikotom variabel, hvor der skelnes mellem betydende og ikke-betydende misbrug.

Figur 5.11: Udvikling i andel af unge med betydende misbrug over tid (køn) (Del 2)



Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 43, 48, 48 (Piger) og 65, 74, 68 (Drenge). Tallene i parentes angiver hvor stor en andel af de unge, som i alt havde et misbrug på de tre måletidspunkter.

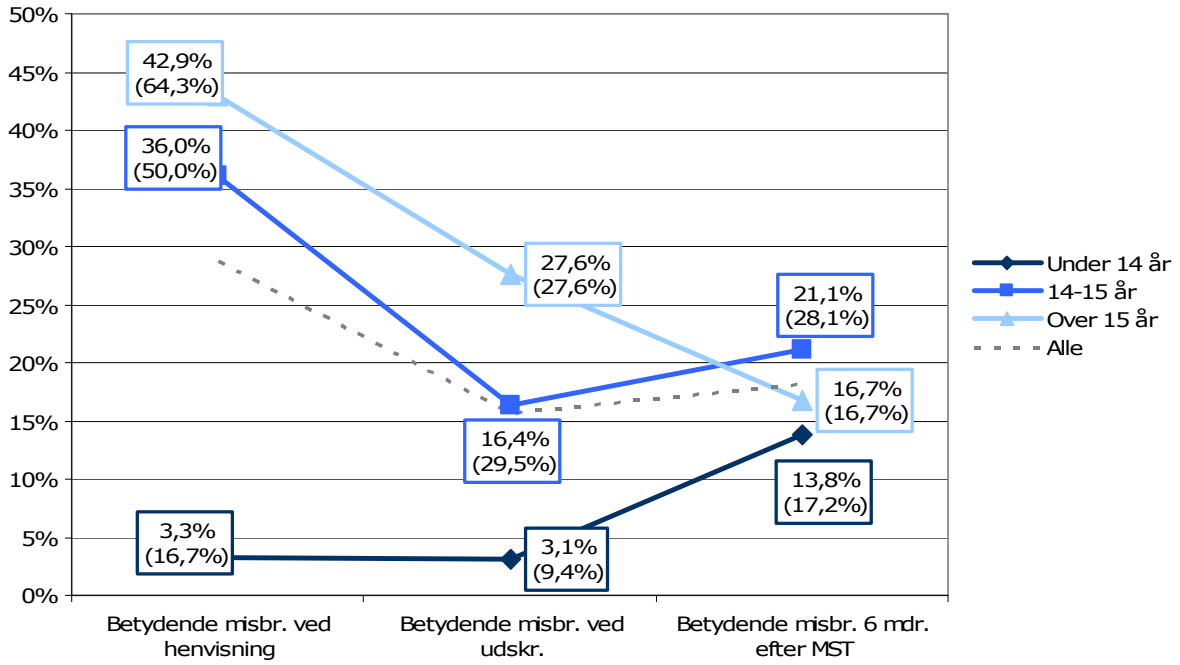
Figur 5.11 og Tabel 5.4 viser resultaterne opdelt på køn. Af Figur 5.11 fremgår, at de to køns andele med betydende misbrug lå tæt ved henvisningen, men at andelen med betydende misbrug var næsten dobbelt så stor blandt drengene ved udskrivning og opfølgning. Tabel 5.4 sammenholder andelen med betydende misbrug med hele gruppen af misbrugende unge på de tre måletidspunkter, og det ses, at en forholdsvis stor andel af de unge med misbrug, blev vurderet til at have et betydende misbrug ved alle måletidspunkter (mellem 60 % og knapt 90 %). For pigernes vedkommende steg denne andel markant ved udskrivningen sammenlignet med henvisningen (fra 60 % til godt 83 %) for så at falde igen ved opfølgningen (66,5 %). Drengenes udvikling var modsat et fald ved udskrivningen efterfulgt af en markant stigning til 88,4 % ved opfølgningen.

Tabel 5.4: Andel af de misbrugende unge, hvor misbruget vurderedes at være betydende (køn)

	Piger	**Drenge**
Ved henvisning	60,0 %	67,6 %
Ved udskrivning	83,2 %	60,8 %
Ved opfølgning	66,5 %	88,4 %

I Figur 5.12 og Tabel 5.5 er data i stedet opdelt på aldersgrupper, hvor det mest iøjnefaldende mønster for det første er, at alle de unge i den ældste gruppe, som havde misbrug ved udskrivning og opfølgning, også vurderedes at have et *betydende* misbrug. For det andet skete der over tid en markant stigning i andelen af unge fra den yngste gruppe, som havde et betydende misbrug.

Figur 5.12: Udvikling i andel af unge med betydende misbrug over tid (aldersgrupper)



Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de tre kurver regnet fra venstre: 30, 32, 29 (Under 14 år); 50, 61, 57 (14-15 år) og 28, 29, 30 (Over 15 år). Tallene i parentes angiver hvor stor en andel af de unge, som i alt havde et misbrug på de tre måletidspunkter.

Tabel 5.5: Andel af misbrugende unge, hvor misbruget vurderedes at være betydende (aldersgr.)

	Under 14 år	14-15 år	Over 15 år
Andel med betydende misbrug ved henvisning	19,8 %	72,0 %	66,7 %
Andel med betydende misbrug ved udskrivning	33,0 %	55,6 %	100 %
Andel med betydende misbrug ved opfølgning	80,2 %	75,1 %	100 %

5.3.4 Resultater på individniveau

Opgjort på individniveau (Tabel 5.6) ses det, at bevægelserne minder om de tilsvarende tal på kriminalitetsområdet med flest, der bevægede sig ud af problemgruppen. Dog var der en lidt større andel i gruppen med "Forværring" og ca. ti procentpoint færre i andelen med "Forbedring". Andelen, der forblev i problemgruppen, var til gengæld fem procentpoint mindre. Der var således en lidt større andel "nytilkomne" i problemgruppen sammenlignet med situationen før MST-henvisningen (knapt 35 %), end det var tilfældet på de to foregående måleområder (afsnit 5.1 og 5.2).

Tabel 5.6: Udvikling i misbrug før og efter MST-forløbet opgjort på individniveau (Del 2)

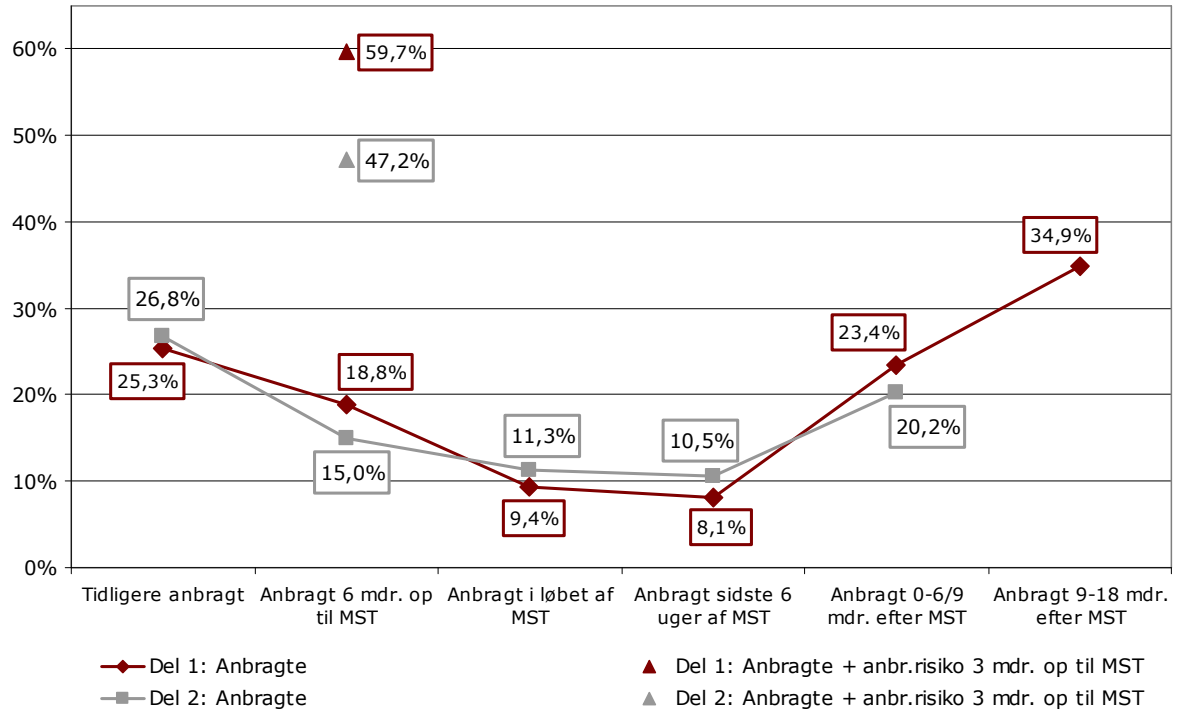
Udvikling	Antal	Procent
Forværring (nyt misbrug)	8	8,2 %
Ingen forbedring (stadig misbrug eller misbrug igen)	15	15,3 %
Ingen forværring (stadig intet misbrug)	48	49,0 %
Forbedring (ophørt med misbrug)	27	27,6 %

Note: Baseret på misbrug ved MST-henvisningen sammenholdt med situationen 6 mdr. efter MST-udskrivningen.

5.4 Døgnanbringelse

Det fjerde og sidste fokusområde – døgnanbringelsesområdet – er betydeligt vanskeligere end de øvrige at håndtere i en resultatevalueringssammenhæng, og giver af forskellige årsager et mindre sikkert grundlag for at vurdere MST-indsatsen (se afsnit 5.4.4 nedenfor for en uddybning). Figur 5.13 belyser problemstillingen fra to vinkler. De to kurver viser hvor stor en andel af de unge, som faktisk var døgnanbragt i løbet af de forskellige perioder, undersøgelsens målinger dækker. Alle døgnanbringelser medregnes uanset varighed. Den umiddelbare baseline bliver dermed andelen med døgnanbringelse i løbet af det halve år op til MST-henvisningen. Videre er der imidlertid tilføjet en markering af hvilken andel af de unge, som var anbragt i løbet af de seks måneder op til henvisningen *og/eller* var i konkret anbringelsesrisiko de sidste tre måneder op til henvisningen (operationaliseringen af denne variabel er forklaret nærmere i noten til Tabel 3.9 ovenfor).

Figur 5.13: Udvikling i andel unge i døgnanbringelse (eller anbringelsesrisiko) over tid (Del 1 og 2)



Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 225, 223, 223, 223, 209 (Del 1) og 127, 127, 124, 124, 124 (Del 2). For angivelser inkl. anbringelsesrisiko: 231 (Del 1) og 127 (Del 2).

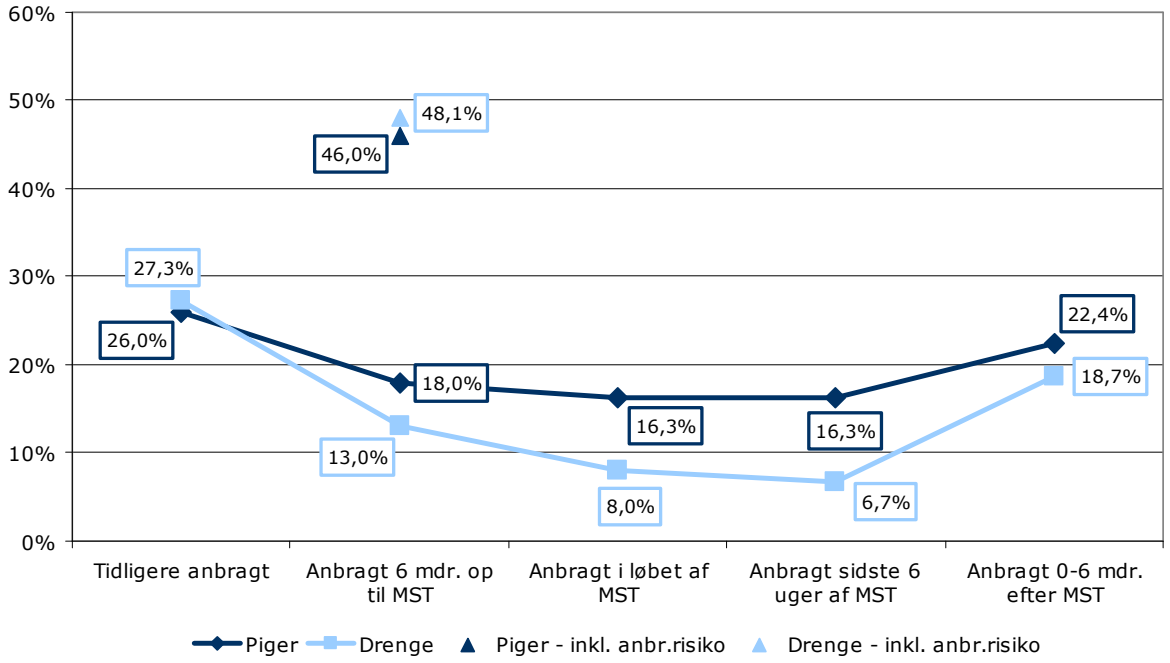
Telefoninterviewene med familierådgiverne viste, at MST ofte benyttes som alternativ til døgnanbringelse, og at mange af de MST-henviste unge med stor sandsynlighed ville være blevet døgnanbragt, hvis ikke MST havde fandtes. Dette understreger relevansen af at tage højde for, hvorvidt den unge var i akut risiko for anbringelse på henvisningstidspunktet. Det er således denne alternative – men heller ikke uproblematiske – baseline, der i det følgende fokuseres på i sammenligningen mellem situationen op til henvisningen og ved opfølgningen. Samlet vurderes den sammensatte baseline at give den bedste approksimering af andelen af unge i problemgruppen op til henvisningen.

I forhold til andelen med døgnanbringelse i løbet af opvæksten er andelene næsten lige store i Del 1 og 2. Andelen af anbragte i det halve år op til henvisningen var lidt mindre i Del 2, og en betydeligt mindre andel af de unge i Del 2 var i problemgruppen på det sammensatte baseline-mål. Lidt større andele havde derimod døgnanbringelser undervejs i MST-forløbet i Del 2. Ved opfølgningen lå Del 2 igen under Del 1. Op imod en fjerdedel af de unge blev således anbragt i løbet af første opfølgningsperiode i Del 1. I Del 2 var den tilsvarende andel godt en femtedel. Set i forhold til den sammensatte baseline giver resultatet ved opfølgningsmålingen et fald i andelen i problemgruppen på knapt 61 % i Del 1 og godt 57 % i Del 2.

5.4.1 Døgnanbringelse og køn

Opgjort på køn viser det sig, at drenge og piger lå tæt både hvad angår andelen med tidligere anbringelse og andelen i problemgruppen på det sammensatte baseline-mål. På alle andre målinger lå pigerne til gengæld forholdsvis klart over drengene – mest udtalt hvad angår anbringelser under MST-forløbet, mindre klart ved opfølgningsmålingen. En sammenligning mellem andelene i problemgruppen ved sammensat baseline og opfølgning viser, at faldet i andelen med problemer var godt 51 % for pigernes vedkommende og ca. 61 % for drengene.

Figur 5.14: Andel unge i døgnanbringelse (eller anbringelsesrisiko) over tid (køn) (Del 2)

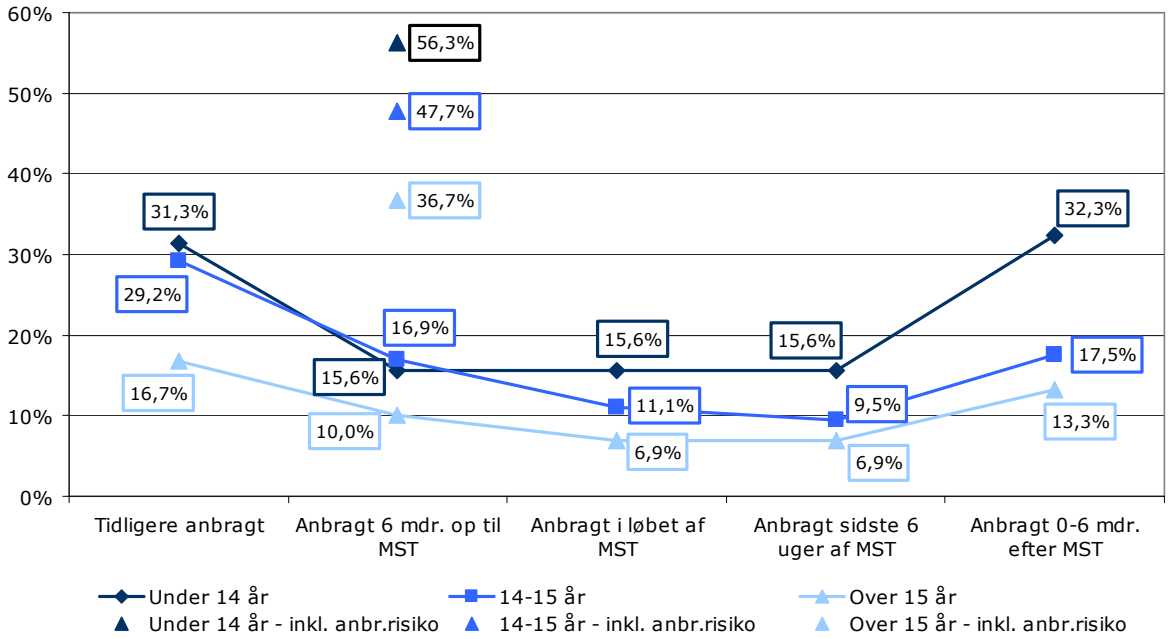


Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de to kurver regnet fra venstre: 50, 50, 49, 49, 49 (Piger) og 77, 77, 75, 75, 75 (Drenge). For angivelser inkl. anbringelsesrisiko: 50 (Piger) og 77 (Drenge).

5.4.2 Døgnanbringelse og alder

Fordelt på de tre alderskategorier viser Figur 5.16 flere forskelle mellem grupperne. Hvad angår faktiske anbringelser før MST-henvisningen ligger den ældste gruppe klart under de to øvrige, mens de tre grupper har markant forskellige andele i problemgruppen på det sammensatte baseline-mål, flest i den yngste gruppe, færrest i den ældste.

Figur 5.15: Andel unge i døgnanbr. (eller anbringelsesrisiko) over tid (aldersgrupper) (Del 2)



Note: Antal valide svar ved hvert målepunkt på de tre kurver regnet fra venstre: 32, 32, 32, 32, 31 (Under 14 år); 65, 65, 63, 63, 63 (14-15 år) og 30, 30, 29, 29, 30 (Over 15 år). For angivelser inkl. anbringelsesrisiko: 32 (Under 14 år), 65 (14-15 år) og 30 (Over 15 år).

Ser man derimod på udviklingen under og efter MST-forløbet ligger andelene i de to ældste gruppe stort set parallelt – om end med lidt større andele i gruppen af 14-15-årige. Den yngste gruppe skiller sig til gengæld ud med en klart højere andel anbragte i opfølgningsperioden end de to øvrige grupper. Sammenholder man sammensat baseline med opfølgning styrkes formodningen om, at angivelsen af anbringelsesrisiko op til henvisningen har betydelig gyldighed, idet den yngste gruppe, som havde den største andel i anbringelsesrisiko, også have den klart største andel med efterfølgende faktisk anbringelse. I afsnit 5.4.3 nedenfor undersøges dette nærmere på individniveau.

5.4.3 Resultater på individniveau

Opgjort på individniveau (Tabel 5.7) viser det sig faktisk, at en større andel af de unge med problemer ved opfølgningsmålingen var nye i problemgruppen, end det var tilfældet på de tre øvrige måleområder. 44 % af de unge med anbringelse i løbet af opfølgningsperioden havde ikke problemer ved den sammensatte baseline-måling (anbringelse eller anbringelsesrisiko op til MST-henvisningen). Den tilsvarende andel af "nytilkomne" i problemgruppen for de øvrige områder var 28 % (skole/arbejde), 26,6 % (kriminalitet) og 34,9 % (misbrug). Der er med andre ord på anbringelsesområdet en større andel af de unge med problemer *efter* MST-udskrivningen, som ikke tidligere har haft problemer på det pågældende område.

Tabel 5.7: Udvikling i døgnanbringelse før og efter MST-forløbet opgjort på individniveau (Del 2)

Udvikling	**Antal**	**Procent**
Forværring (ikke anbragt/i risiko før, men anbragt efter MST)	11	8,9 %
Ingen forbedring (anbragt/i risiko før og anbragt efter MST)	14	11,3 %
Ingen forværring (hverken anbragt/i risiko før eller anbragt efter MST)	54	43,5 %
Forbedring (anbragt/i risiko før, men ikke anbragt efter MST)	45	36,3 %

Note: Baseret på døgnanbringelse de sidste seks mdr. op til MST-henvisningen og/eller konkret anbringelsesrisiko de sidste tre mdr. sammenholdt med døgnanbringelse 0-6 mdr. efter MST-udskrivningen.

5.4.4 Metodemæssige forbehold

Oplysningerne om faktiske anbringelser vurderes at være yderst pålidelige, da de omkostningstunge anbringelsesbeslutninger normalt altid behandles og dokumenteres grundigt i forvaltningerne, hvorfor denne type oplysninger er sikker paratviden for rådgiverne. Men som nævnt ovenfor skal der tages et betydeligt metodisk forbehold over for det resultatevalueringsmæssige datagrundlag i dette afsnit. Det har flere forskellige årsager.

For det første er der generelt tale om et uhåndterligt evalueringsområde, idet man vanskeligt kommer uden om at operere med en kontrafaktisk præmis. Som påpeget i indledningen til afsnit 5.4 *ville* en del af de unge uden tidligere anbringelse ved henvisningen med stor sandsynlighed være blevet døgnanbragt, hvis ikke MST havde fandtes, og det vil således indiskutabelt indebære en undervurdering af behandlingsresultaterne at benytte faktiske anbringelser op til henvisningen som baseline. Omvendt er det ikke muligt at sige med nogen sikkerhed, hvor mange af de unge med anbringelsesrisiko, som ville være endt med at blive anbragt *uden* en MST-behandling. Formentlig ville ikke alle være

blevet det, og den sammensatte baseline indebærer derfor formentlig i et eller andet omfang en overvurdering af behandlingsresultaterne.

For det andet muliggør datasættet ikke symmetri mellem baseline- og opfølgningsmålingerne, idet der ikke foreligger oplysninger om en evt. anbringelsesrisiko de sidste tre måneder op til opfølgningsmålingen. Alt andet lige åbner dette en mulighed for, at resultatevalueringen overvurderer, hvor mange af de unge som er bragt ud af/holdt ude af problemgruppen frem mod opfølgningen. Dette understreges af, at en større andel af de unge var anbragt i løbet af anden opfølgningsperiode (9-18 måneder efter MST-udskrivningen) sammenlignet med første periode (0-9 måneder efter MST) i forbindelse med Del 1 (se Figur 5.13). Telefoninterview i forbindelse med opfølgningen gav generelt ikke det indtryk, at denne faktor er tungtvejende, men denne vurdering er i sagens natur behæftet med usikkerhed.

Et sidste forbehold går på målingerne til Del 1. En del af de omfattede MST-forløb var som bekendt allerede i gang, da dataindsamlingen startede, og kilden til angivelse af den unges anbringelsesrisiko op til henvisningen var derfor MST-teamene, da det ikke var forsvarligt at bede familierådgiverne – som har langt flere sager end MST-medarbejderne – om at besvare spørgsmålet tilbageskuende. Ud over det problematiske i at indhente besvarelser på denne vis, er der også en risiko for bias i besvarelserne da MST-medarbejderne kunne tænkes at lade deres besvarelser farve af ønsket om, at MST-indsatsen kommer til at fremstå i et godt evalueringsmæssigt lys.

Konkluderende kan man sige, at flere forhold taler for, at resultaterne i et vist omfang overvurderes af undersøgelsens data, måske især udtalt i forhold til Del 1 – der er blot ikke et oplagt bud på en tilfredsstillende løsning af dette problem med de foreliggende data.

5.5 Samlet behandlingsresultat

Som det skete med baselinedata kan også resultatmålene kombineres i et additivt indeks, der giver en sammenvejning af resultaterne på de fire fokusområder i en simpel "resultatscore" for situationen seks måneder efter MST-udskrivningen. Indekset er konstrueret ved at sammenholde data for problemområderne før og efter MST-henvisningen:

1. **Skole/arbejde:** *"Uden skoletilbud/arbejde i mindst 20 timer pr. uge eller fravær fra skole/arbejde på ugentlig basis i perioden umiddelbart op til MST-henvisningen?"* (ja/nej) sammenholdt med *"Uden skoletilbud/arbejde i mindst 20 timer pr. uge eller fravær fra skole/arbejde på ugentlig basis i perioden umiddelbart op til opfølgningen efter seks måneder?"* (ja/nej)
2. **Kriminalitet:** *"Kriminel adfærd i løbet af de sidste seks måneder op til MST-henvisningen?"* (ja/nej) sammenholdt med *"Kriminel adfærd i løbet af de seks måneder efter MST-udskrivningen?"* (ja/nej)
3. **Misbrug:** *"Betydende misbrug af rusmidler i perioden umiddelbart op til MST-henvisningen?"* (ja/nej) sammenholdt med *"Betydende misbrug af rusmidler i perioden umiddelbart op til opfølgningen efter seks måneder?"* (ja/nej)
4. **Døgnanbringelse:** *"Døgnanbringelse i løbet af de sidste seks måneder op til MST-henvisningen og/eller i anbringelsesrisiko de sidste tre måneder op til MST-henvisningen?"* (ja/nej) sammenholdt med *"Døgnanbringelse i løbet af de seks måneder efter MST-udskrivningen?"* (ja/nej)

For hvert område justeres indekset efter følgende nøgle:

- "Ja" ved baseline-målingen efterfulgt af "nej" ved opfølgningen = plus ét point
- "Nej" ved baseline-målingen efterfulgt af "ja" ved opfølgningen = minus ét point
- Samme svar ved både baseline- og opfølgningsmålingerne = uændret pointtal

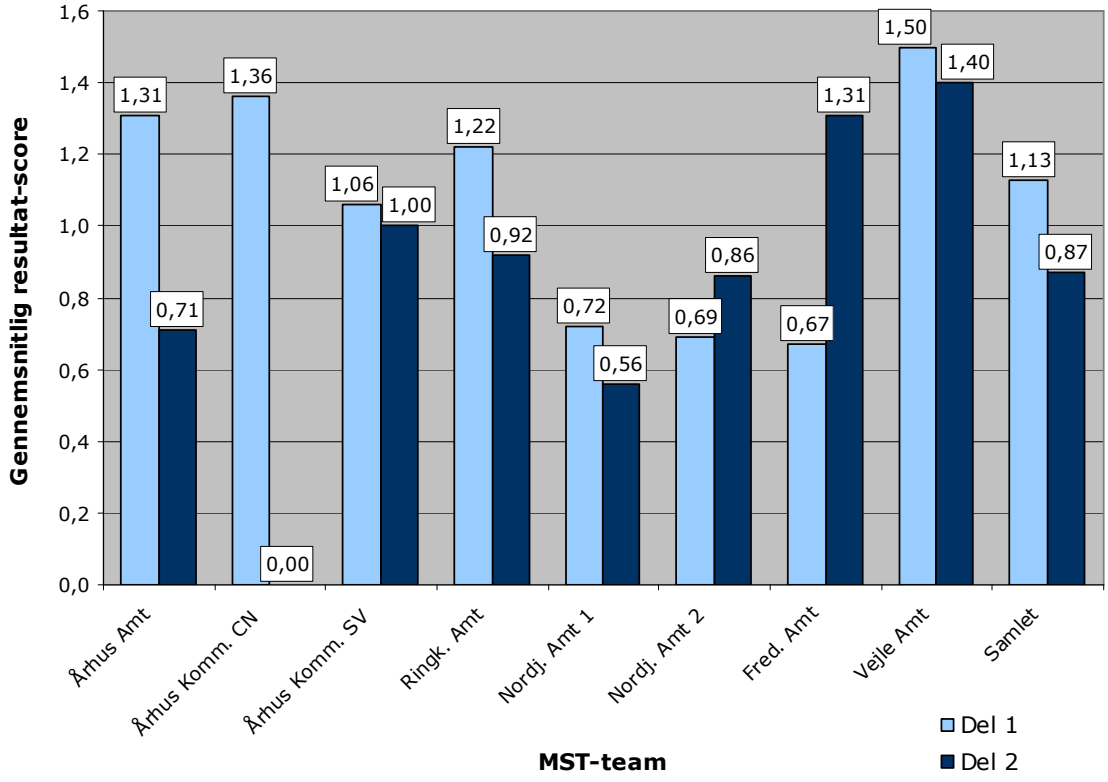
Resultatet er et indeks med ni trin, som går fra -4 til +4 point. Minus fire dækker over et behandlingsresultat, hvor den unge går fra at have en problemscore på nul ved henvisningen til at have en problemscore på fire ved opfølgningen, mens plus fire dækker den modsatte udvikling. Resultatscoren er betragtet som valid, hvis der er valide data på mindst tre af de fire problemområder. Det accepteres således, at ét af problemområderne falder ud på grund af "Ved ikke"-svar eller manglende data ved en af målingerne.

5.5.1 Resultater på teamniveau

I dette afsnit belyses de gennemsnitlige resultat-scorer, samlet og på teamniveau. Der skal dog gøres det vigtige forbehold, at der naturligvis knytter sig betydelig usikkerhed til de enkelte teams resultater i Del 2 på grund af det lille antal sager fra de fleste team. De vil ikke være rimeligt at drage faste konklusioner vedrørende de enkelte teams resultater ud fra disse data. I betragtning af at den samlede undersøgelse omfatter over 350 MST-forløb – et stort tal i en dansk socialfaglig evalueringssammenhæng – giver data dog et ganske godt billede af teamresultaterne samlet set.

Figur 5.16 sammenligner de gennemsnitlige resultatscorer for Del 1 og 2. Samlet set var der tale om et fald fra 1,13 point til 0,87 point. I Del 2 lykkedes det med andre ord at reducere problemantallet med knapt ét problem pr. forløb – og lige godt ét problem i Del 1. Sammenholdes dette med den samlede gennemsnitlige problemscore ved henvisningen (1,89 point) indebærer resultatscoren for Del 2 en reduktion i de unges gennemsnitlige problemantal på 46 %.

Figur 5.16: Gennemsnitlige resultatscorer



Note: Antal valide målinger: 192 (Del 1) og 116 (Del 2).

På teamniveau er der stor spredning. Seks ud af otte team havde faldende scorer: I fire team var de forholdsvis beskedne, mens MST Århus Amt og især MST Århus Kommune Centrum-Nord havde markante fald. Omvendt næsten fordobledes MST Frederiksborg Amts score, mens MST Nordjyllands Amt 2 havde en mindre stigning.

I Tabel 5.8 vises de enkelte teams afvigelser fra Del 2-gennemsnittet i point og i procent. MST Frederiksborg Amt og MST Vejle Amt skiller sig ud fra de øvrige med scorer henholdsvis 50 % og 60 % over gennemsnittet. I den modsatte retning er det MST Nordjyllands Amt 1 og især MST Århus Kommune Centrum-Nord, som skiller sig ud.

I kolonnen yderst til højre ses de tilsvarende afvigelser i forbindelse med Del 1, og man bemærker i den forbindelse, at næsten alle team placerer sig ganske forskelligt i forhold til gennemsnittet i de to delundersøgelser. Kun MST Nordjyllands Amt 1 placerer sig nogenlunde identisk i forhold til gennemsnittet i Del 1 og 2.

Tabel 5.8: Resultatscorer på teamniveau i Del 2: Afvigelser fra gennemsnit i point og procent

MST-team	Gennemsnitlig resultat-score	Afvigelse fra gennemsnittet i point	Afvigelse fra gennemsnittet i procent	(Afvigelse - Del 1)
Vejle Amt	1,40	0,53	60,9%	32,7%
Fred. Amt	1,31	0,44	50,6%	-41,3%
Århus Kommune Syd-Vest	1,00	0,13	14,9%	-6,2%
Ringk. Amt	0,92	0,05	5,7%	28,0%
Samlet	**0,87**	**0,00**	**0,0%**	**0,0%**
Nordj. Amt 2	0,86	-0,01	-1,1%	-69,3%
Århus Amt	0,71	-0,16	-18,4%	4,0%
Nordj. Amt 1	0,56	-0,31	-35,6%	-30,7%
Århus Komm. Centrum-Nord	0,00	-0,87	-100,0%	22,7%

I Tabel 5.9 til 5.16 nedenfor vises de fire måleområders respektive bidrag til teamets resultatscore. For hvert enkelt område angives de unges fordeling på individniveau på de fire kategorier "Forværring", "Ingen forbedring", "Ingen forværring" og "Forbedring" alt efter resultatet af sammenligningen mellem baseline og opfølgning på det pågældende område. Forløbene i førstnævnte kategori bidrager negativt til resultatscoren, sidstnævnte kategori bidrager positivt, mens de resterende har neutral virkning. I det følgende knyttes nogle få kommentarer til fortolkningen af hver enkelt tabel. Det skal dog igen understreges, at det lille antal sager betyder, at fordelingerne på teamniveau skal fortolkes med varsomhed.

I MST Århus Amts få sager (Tabel 5.9) er det primært skole/arbejde og kriminalitet, der samlet trækker resultatscoren i positiv retning. Bedømt på dette grundlag havde indsatsen ikke virkning i forhold til misbrugsproblemer. Også på anbringelsesområdet er billedet umiddelbart særlig positivt.

Tabel 5.9: MST Århus Amts resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	14,3 %	14,3 %	14,3 %	57,1 %
Kriminalitet	0,0 %	20,0 %	40,0 %	40,0 %
Betydende misbrug	0,0 %	33,3 %	66,6 %	0,0 %
Døgnanbringelse	14,3 %	28,6 %	42,9 %	14,3 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 7, 5, 6 og 7.

Tabel 5.10 viser, at kriminalitets- og anbringelsesområderne bidrog positiv til MST Århus Kommune Centrum-Nords resultatscore, men ikke markant. Især i forhold til skole/arbejde var der en stor andel unge, som havde problemer ved opfølgningen. Andelen der påbegyndte et misbrug var større end den gruppe, det lykkedes at få ud af misbrug.

Tabel 5.10: MST Århus Kommune Centrum-Nords resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	23,1 %	38,5 %	23,1 %	15,4 %
Kriminalitet	9,1 %	27,3 %	45,5 %	18,2 %
Betydende misbrug	18,2 %	9,1 %	63,3 %	9,1 %
Døgnanbringelse	15,4 %	15,4 %	38,5 %	30,8 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 13, 11, 11 og 13.

I Århus Kommunes andet team (Tabel 5.11) bidrog alle områder for en nettobetragtning derimod positivt til resultatscoren – især gælder dette for skole/arbejde og anbringelsesområdet. I forhold til sidstnævnte kom der ikke nye unge i problemgruppen. På kriminalitetsområdet havde man ved opfølgningen den mindste samlede andel i problemgruppen ("Forværring" + "Ingen forbedring") af alle team. Mindre positivt var det, at en andel på 35-39 % var gengangere i problemgrupperne på skole/arbejde i begge Århus Kommunes teams.

Tabel 5.11: MST Århus Kommune Syd-Vests resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	8,7 %	34,8 %	13,0 %	43,5 %
Kriminalitet	8,7 %	4,3 %	52,2 %	34,8 %
Betydende misbrug	14,3 %	0,0 %	57,1 %	28,6 %
Døgnanbringelse	0,0 %	8,0 %	56,0 %	36,0 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 23, 21, 21 og 25.

Også for MST Ringkjøbing Amt (Tabel 5.12) bidrager alle områderne positivt. Her var der dog henholdsvis 29 % og 36 % i problemgruppen for skole/arbejde og kriminalitet ved opfølgningen. Sammenlignet med de fleste øvrige team er resultaterne i forhold til misbrug positive (lille samlet andel i problemgruppen ved opfølgningen).

Tabel 5.12: MST Ringkjøbing Amts resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	3,6 %	25,0 %	35,7 %	35,7 %
Kriminalitet	9,1 %	27,3 %	13,6 %	50,0 %
Betydende misbrug	9,5 %	4,8 %	61,9 %	23,8 %
Døgnanbringelse	14,3 %	7,1 %	42,9 %	35,7 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 28, 22, 21 og 28.

I MST Nordjyllands Amt 1 (Tabel 5.13) gav skole/arbejde og anbringelsesområdet det største positive bidrag til resultatscoren. I forhold til kriminalitet var det positive nettobidrag beskedent, og den samlede andel i problemgruppen var på over 37 % ved opfølgningen. På misbrugsområdet var andelen med nyt misbrug lige så stor som andelen, der forlod problemgruppen.

Tabel 5.13: MST Nordjylland Amt 1's resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	5,9 %	23,5 %	35,3 %	35,3 %
Kriminalitet	18,8 %	18,8 %	31,3 %	31,3 %
Betydende misbrug	14,3 %	14,3 %	57,1 %	14,3 %
Døgnanbringelse	6,3 %	12,5 %	56,3 %	25,0 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 17, 16, 14 og 16.

Tabel 5.14 viser, at de få omfattede forløb i MST Nordjyllands Amt 2 især havde en positiv udvikling på kriminalitetsområdet, der også – sammen med anbringelsesområdet, hvor teamet havde den største andel i "Forbedring" af alle team – gav det primære positive bidrag til resultatscoren. I forhold til skole/arbejde bemærker man, at 38 % gik igen i problemgruppen ved begge målinger. Misbrugsområdet bidrog negativt til resultatscoren.

Tabel 5.14: MST Nordjylland Amt 2's resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	0,0 %	37,5 %	50,0 %	12,5 %
Kriminalitet	0,0 %	16,7 %	33,3 %	50,0 %
Betydende misbrug	20,0 %	0,0 %	80,0 %	0,0 %
Døgnanbringelse	12,5 %	12,5 %	12,5 %	62,5 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 8, 6, 5 og 8.

MST Frederiksborg Amt (Tabel 5.15) havde markant positive nettobidrag fra kriminalitet og anbringelsesområdet, hvor der ikke kom nye unge i problemgrupperne, og hvor 80-90 % af de unge var ude af problemgruppen ved opfølgningen. Tæt fulgt af MST Århus Kommune Syd-Vest havde man de bedste resultater på anbringelsesområdet. I forhold til skole/arbejde var billedet mere blandet: Næsten 50 % kom ud af problemgruppen, men en del nye kom til, og i alt havde over 35 % problemer. Heller ikke her var resultaterne i forhold til misbrug entydigt positive.

Tabel 5.15: MST Frederiksborg Amts resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	23,5 %	11,8 %	17,6 %	47,1 %
Kriminalitet	0,0 %	18,8 %	37,5 %	43,8 %
Betydende misbrug	15,4 %	0,0 %	53,8 %	30,8 %
Døgnanbringelse	0,0 %	6,7 %	46,7 %	46,7 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 17, 16, 13 og 15.

Tabel 5.16 viser MST Vejle Amts ganske sammensatte resultater. På den ene side er det bemærkelsesværdigt, at der ikke kom nye unge i problemgrupperne på tre ud af fire områder, ligesom det springer i øjnene, at teamets resultater i forhold til misbrug er markant bedre end alle øvrige team – alle unge var ude af betydende misbrug ved opfølgningen (bemærk dog, at der var stort bortfald på dette måleområde – se note). På negativsiden tæller, at 44,4 % (4 unge) stadig befandt sig i problemgruppen i forhold til kriminalitet ved opfølgningen. Også i forhold til anbringelser var den samlede problemandel forholdsvis stor.

Tabel 5.16: MST Vejle Amts resultatscore opdelt på måleområder (Del 2)

Område	Forværring	Ingen forbedring	Ingen forværring	Forbedring
Skole/arbejde	0,0 %	9,1 %	27,3 %	63,6 %
Kriminalitet	0,0 %	44,4 %	33,3 %	22,2 %
Betydende misbrug	0,0 %	0,0 %	57,1 %	42,9 %
Døgnanbringelse	16,7 %	16,7 %	25,0 %	41,7 %

Note: Antal valide målinger på de fire områder: 11, 9, 7 og 12.

En anden relevant måde at anskue teamenes resultater på er at sammenholde problemscorer med resultatscorer: I hvor høj grad lykkes det at reducere de unges score på problemindekset mellem baseline- og opfølgningsmålingerne? Det enkelte teams resultatscore skal naturligvis bl.a. bedømmes i lyset af, hvor mange områder deres unge havde problemer på ved henvisningen. Procentangivelserne yderst i Tabel 5.17 nedenfor viser således, hvor stor en procentdel resultatscoren (nettoreduktionen i problemscoren mellem baseline- og opfølgningsmålingerne) udgør af problemantallet ved henvisningen.

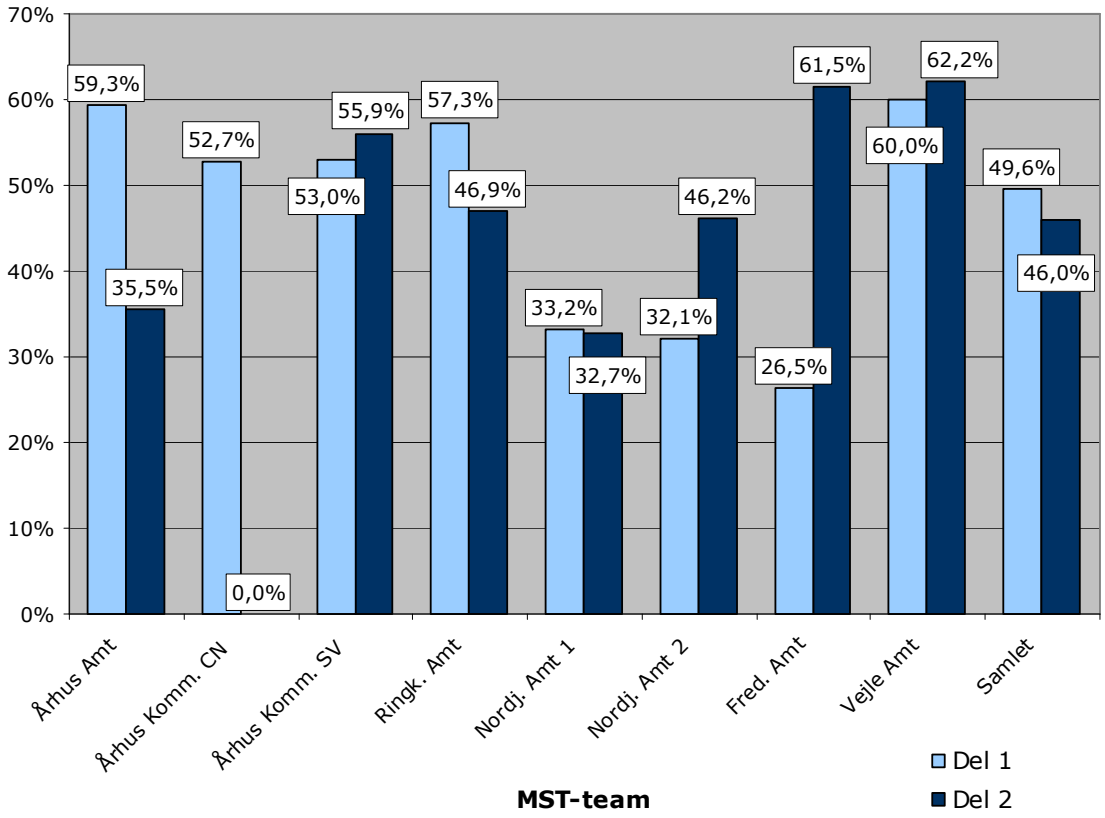
Tabel 5.17: Resultatscore sammenholdt med problemscore (problemreduktion)

MST-team	Gennemsnitlig problemscore Del 2	Gennemsnitlig resultatscore Del 2	Reduktion i procent Del 2
Århus Amt	2	0,71	35,5%
Århus Kommune Centrum-Nord	1,54	0	0,0%
Århus Kommune Syd-Vest	1,79	1	55,9%
Ringkjøbing Amt	1,96	0,92	46,9%
Nordjyllands Amt 1	1,71	0,56	32,7%
Nordjyllands Amt 2	1,86	0,86	46,2%
Frederiksborg Amt	2,13	1,31	61,5%
Vejle Amt	2,25	1,4	62,2%
Samlet	**1,89**	**0,87**	**46,0%**

Tager man forskellene i teamenes gennemsnitlige problemscorer i betragtning, ser man en delvis udligning af resultaterne, idet flere team med relativt lave problemscorer også havde forholdsmæssigt lavere resultatscorer – de havde groft sagt færre problemer at fjerne. MST Århus Kommune ligger således relativt tættere på MST Frederiksborg Amt hvad angår procentvis reduktion af problemantallet. MST Ringkjøbing Amt og Nordjyllands Amt 2 ligger tæt på gennemsnittet (46 %), som det også var tilfældet i forhold til resultatscorerne. MST Århus Kommune Centrum-Nord skiller sig dog i sagens natur markant ud fra de øvrige.

I Figur 5.18 sammenholdes de gennemsnitlige reduktioner i problemscorerne for Del 1 og 2. Del 2 var noget tættere på resultaterne fra Del 1 målt på denne måde (46 % mod knapt 50 %, svarende til godt 7 % mindre i Del 2), end tilfældet var på resultatscorerne (0,87 point mod 1,13 point, svarende til 23 % mindre). Sammenlignes resultaterne på teamniveau ser man bl.a., at MST Vejle Amt og MST Århus Kommune Syd-Vest havde en procentvis større reduktion i problemantallet i Del 2 sammenlignet med Del 1, selv om deres rå resultatscorer var lavere i Del 2 end Del 1.

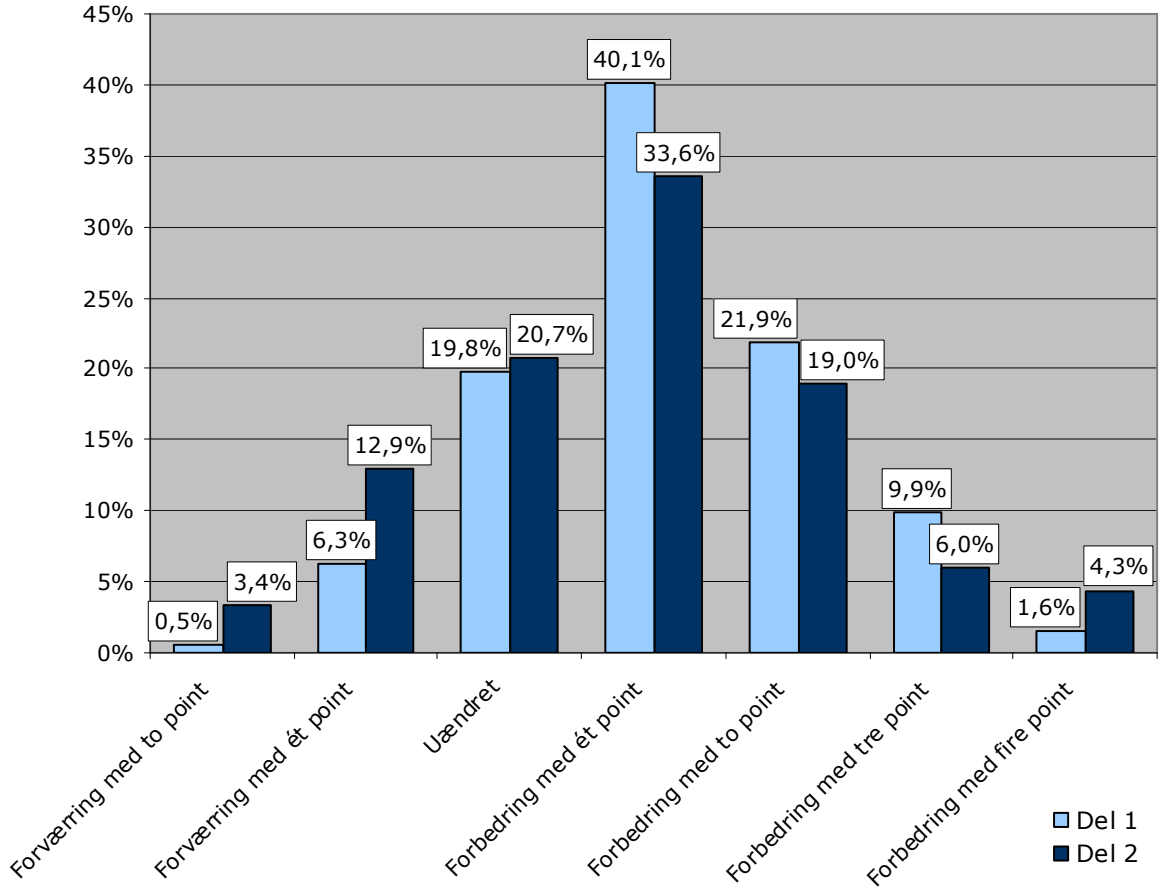
Figur 5.18: Resultatscorer sammenholdt med problemscorer (problemreduktion i procent)



5.5.2 Resultater på individniveau

Afslutningsvis viser Figur 5.17 hvordan resultatscorerne på individniveau samlet fordeler sig på intervallet -2 point (en sag, hvor den unge havde 2 problemer flere ved opfølgningen end ved henvisningen) til +4 point (en sag hvor det er lykkedes at fjerne problemer på alle fire områder). Det ses, at den primære forskel på Del 1 og 2 er, at der var en betydeligt større andel i kategorierne -2 og -1 point i Del 2 og tilsvarende en lidt mindre andel i kategorierne +1, +2 og +3 point. Bemærk dog, at der samlet set ikke var stor forskel på andelen i intervallet +2 til +4 point (33,4 % i Del 1 mod 29,3 % i Del 2).

Figur 5.17: Fordeling af resultat-scorer på individniveau (i procent)



Note: Antal valide målinger: 192 (Del 1) og 116 (Del 2).

5.6 Opsamling

De centrale resultater fra dette kapitel præsenteres nedenfor.

- **Skole/arbejde:** I en sammenligning mellem henvisningsmålingen og opfølgningsmålingen skete der en reduktion af andelen af unge i problemgruppen (passede ikke skoletilbud/arbejde) på 45 %, et mindre fald sammenholdt med det tilsvarende resultat i Del 1 (en reduktion på 53 %). Resultaterne i Del 2 var lidt bedre for piger end for drenge. En fjerdedel af de unge var i problemgruppen både ved henvisning og opfølgning.
- **Kriminalitet:** I forbindelse med Del 2 lykkedes det på dette område at opnå en lidt større reduktion i andelen af unge i problemgruppen sammenlignet med Del 1 (godt en halvering sammenlignet med knapt en halvering). Igen var Del 2-resultaterne bedre for piger end for drenge. De unge i problemgruppen i løbet af opfølgningsperioden havde formentlig samlet set et lidt alvorligere kriminalitetsmønster end de unge med kriminalitet i det halve år op til henvisningen. Ca. 20 % af de unge var i problemgruppen både ved henvisning og opfølgning.
- **Misbrug:** Del 2-resultaterne var her en reduktion i andelen af unge i problemgruppen på knapt 50 % sammenholdt med en reduktion på knapt 59 % i Del 1. Der opnåedes i Del 2 en større reduktion for pigerne end for drengene både hvad angår betydende misbrug og misbrug i det hele taget. Der var forholdsmæssigt en større andel nytilkomne i problemgruppen sammenlignet med de to foregående områder.

- **Døgnanbringelse:** I forhold til en baseline, der kombinerer faktisk døgnanbringelse med konkret anbringelsesrisiko i perioden op til MST-henvisningen, sås et fald i andelen i problemgruppen på godt 57 % sammenholdt med knapt 61 % i Del 1. Omkring 20 % af de unge blev dog døgnanbragt i løbet af perioden 0-6 måneder efter MST-afslutningen. Resultaterne var her bedre for drenge end for i piger. Der viste sig hér den største andel "nytilkomne" i problemgruppen sammenlignet med de tre foregående områder. Det skal bemærkes, at evalueringsgrundlaget på dette område er behæftet større usikkerhed, end tilfældet er på de tre øvrige områder (se afsnit 5.4.4).
- **Samlet:** Der skete et fald i de opnåede gennemsnitlige resultatscorer (dvs. de unges problemantal ved opfølgningen minus problemantallet ved henvisningen) fra 1,13 point i Del 1 til 0,87 point i Del 2, svarende til et fald på ca. 23 %. Sammenholdes disse resultater imidlertid med de respektive gennemsnitlige problemscorer op til henvisningen (hvor undersøgelsesgruppen i Del 2 også ligger lavere end gruppen i Del 1), viser det sig, at det gennemsnitlige problemantal blev reduceret med 46 % i Del 2 sammenholdt med knapt 50 % i Del 1 – et mere beskedent fald på 8 %.

6 BEHANDLINGSRESULTATER: STANDARDISEREDE INSTRUMENTER

Undersøgelsen benytter standardiserede måleinstrumenter med sigte på forskellige "bløndere" måleområder. Betegnelsen standardiseret instrument dækker over spørgsmålssæt med tilhørende vejledninger, analyseretningslinjer m.m., som normalt er udviklet og testet i en forskningsmæssig sammenhæng, og som anvendes internationalt i oversatte udgaver. Fordelen ved standardisering er især, at man alt andet lige opnår bedre gyldighed og pålidelighed i målingerne sammenlignet med en situation, hvor man nyudvikler et spørgsmålssæt til lejligheden (et ikke-standardiseret instrument). Videre vil man kunne opnå mulighed for at sammenligne resultaterne med andre undersøgelser, der har benyttet de samme instrumenter. I takt med at systematisk evalueringsarbejde vinder frem på det sociale område i Danmark vil der være store fordele forbundet med brug af standardiserede instrumenter – især hvor der er udviklet danske populationsstandarder (dvs. repræsentative, empirisk funderede angivelser af, hvordan hele befolkningen i aldersklassen scorer på det pågældende instrument). Sidstnævnte er tilfældet med ét af de instrumenter, som anvendes i denne sammenhæng.

Undersøgelsen gør brug af fire måleinstrumenter (for en uddybning, se afsnit 2.1): For det første blev en medarbejder fra den unges skole eller arbejdsplads spurgt til vedkommendes oplevelse af den unges adfærd og almene psykiske befindende med afsæt i instrumentet Teacher Report Form (TRF). Den unge og én omsorgsperson besvarede for det andet spørgsmål om deres oplevelse af familiefunktionen med afsæt i instrumentet Family. Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV). De samme omsorgspersoners oplevelse af eget forældreskab måltes med Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA). Instrumentet Social Competence with Peers Questionnaire (SCPQ) anvendtes for det fjerde til at måle den unges relationer til jævnaldrende. Her blev både de unge, deres omsorgspersoner og lærere m.m. spurgt.

6.1 Signifikans og estimeret effekt

I det følgende beskrives resultaterne af de respektive instrumentmålinger fra forskellige vinkler, herunder signifikans af de observerede forskelle mellem baseline- og opfølgningsmålingerne samt estimerede effektstørrelser. Spørgsmålet er for det første, hvad sandsynligheden er for, at de observerede forskelle kunne være fremkommet ved en tilfældighed ved udvælgelsen af stikprøven (undersøgelsesgruppen). Og i forlængelse heraf, om forskellene kan formodes at have praktisk betydning for de unges livssituation.

I de følgende afsnit refereres resultaterne af t-tests for afhængige stikprøver (dvs. hvor målinger gennemføres flere gange for den samme undersøgelsesgruppe) til at signifikansteste forskellene på de observerede gennemsnit.

Data tillader ikke en vurdering af egentlig klinisk signifikans eller effektstørrelse på grund af fraværet af en kontrolgruppe, ligesom der skal tages højde for, at det forholdsvis beskedne antal omfattede sager fordrer en forsigtig fortolkning. En beregning af en estimeret effektstørrelse kan dog give en *indikation* af den praktiske betydning af de observerede forskelle. Det kan ske efter nedenstående formel:[17]

[17] Se J. Cohen (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum. Også P. Hinton (2004): *Statistics Explained*, London: Routledge. For at lette fortolkningen af *d*-værdien forbindes $Score_1$ med baseline-målingen, hvis man håber at se en *reduktion* i scoren ved opfølgningen og med opfølgningsmålingen, hvis en *stigning* i scoren er den ønskede udvikling. På den måde er *d*-værdien altid et positivt tal, hvis en udvikling i den ønskede retning er indtruffet.

$$\frac{\text{Score}_1 - \text{Score}_2}{\sqrt{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2}} = d$$

Hvor Score_1 og Score_2 er de to gennemsnit, som sammenlignes (baseline- og opfølgningsmålingerne); σ_1 og σ_2 er standardafvigelserne for de respektive målinger; og *d* betegner den estimerede effektstørrelse (kaldet Cohen's *d*). Resultatet af beregningerne kan fortolkes i henhold til denne nøgle:[18]

	$d < 0{,}2$	= **Ingen eller lille effekt**
$0{,}2 \leq$	$d < 0{,}5$	= **Lille til moderat effekt**
$0{,}5 \leq$	$d < 0{,}8$	= **Moderat til stor effekt**
	$d > 0{,}8$	= **Stor effekt**

6.2 Alment psykisk befindende – Teacher Report Form

I hvert enkelt tilfælde er en medarbejder fra den unges skole (eller arbejdsplads i et enkelt tilfælde, hvor den unge ikke havde et skoletilbud) blevet bedt om at besvare et skriftligt spørgeskema ved hver målingsrunde. Skemaet består primært af de 118 spørgsmål, som indgår i det standardiserede måleinstrument Teacher Report Form (TRF) med sigte på unge i aldersgruppen 6-16 år. Spørgsmålene dækker en lang række adfærds- og sindstilstandsmæssige områder og bruges verden over til psykologisk og psykiatrisk udredning, forskning m.m. TRF har den fordel, at instrumentet er valideret og bredt anvendt, internationalt og i Danmark, og der eksisterer derfor troværdige og anvendelige danske populationsstandarder for drenge og piger.[19]

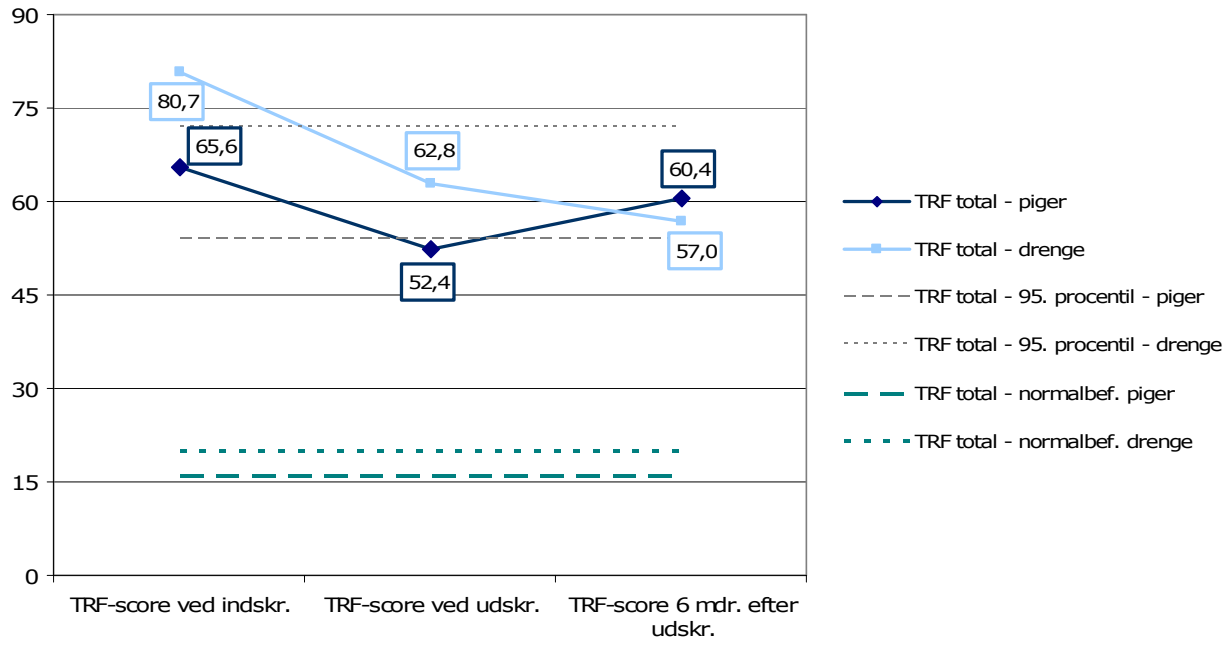
Figur 6.1 nedenfor viser de MST-henviste unges samlede gennemsnitsscorer på TRF opdelt på køn (en samlet TRF-score ligger i intervallet 0-236 point, hvor en lav score er ønskværdig). En første iagttagelse er, at resultaterne generelt ligger langt over gennemsnittet for aldersgruppen i normalbefolkningen (som er på 16,1 point for piger, 20 point for drenge). I forbindelse med henvisningen lå både drenge og piger således klart over scoren for den 95. procentil (72 point for drenge, 54 point for piger – markeret med de stiplede linjer i figuren). De scorede med andre ord på niveau med eller over de 5 % af populationen med den højeste samlede TRF-problemscore.

Drengenes udvikling var betydeligt mere positiv end pigernes. Pigernes gennemsnitsscore faldt ganske vist fra 65,6 point ved henvisningen til 52,4 point ved udskrivningen (lige under værdien for den 95. procentil). Men ved opfølgningen var gennemsnitsscoren på 60,4 point – over den 95. procentil og kun fem point under udgangspunktet (en forbedring på 7,9 %). Drengenes gennemsnitsscore faldt derimod ved begge målinger, og endte klart under 95. procentil til et absolut niveau under pigernes – dog stadig klart over gennemsnittet i normalbefolkningen (en forbedring på 29,4 % sammenlignet med baseline-målingen).

Det skal bemærkes, at bortfaldsanalysen tydede på, at de indsamlede data *under*vurderede resultaterne, forstået på den måde, at man muligvis ville have set en mere positiv udvikling, hvis der havde foreligget data om alle 128 MST-forløb (se Appendiks A).

[18] M. Kazi (2003): *Realist Evaluation in Practice*, London.
[19] Se N. Bilenberg (1999): *The Child Behavior Checklist and related material: standardization and validation in Danish population based and clinically based samples*, Acta Psychiatrica Scandinavia, nr. 398, årg. 100 – Supplementum.

Figur 6.1: Samlet score på Teacher Report Form (TRF) over tid

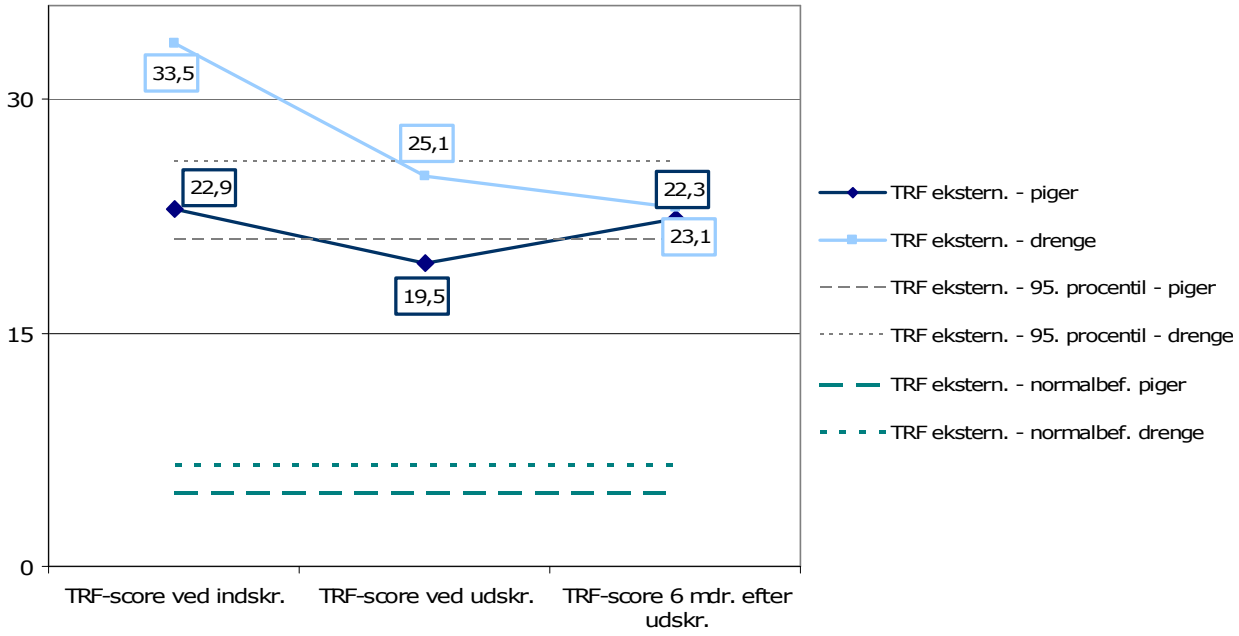


Note: Scorerne i Figur 6.1 til 6.3 baserer sig på henholdsvis 81 (49 drenge, 32 piger), 65 (40, 25) og 67 målinger (42, 25) på de tre målepunkter regnet fra venstre. Scorer i intervallet 0-236 point. Lav score er ønskværdig.

6.2.1 TRF-subskala: Eksternalisering

TRF har to subskalaer med sigte på afdækning af henholdsvis et eksternaliseret og et internaliseret problemmønster (baseret på henholdsvis 34 og 35 af TRF-instrumentets 118 spørgsmål, med scorer i intervallerne 0-68 point og 0-70 point, lav score ønskværdig). De to subskalaer måler i hvor høj grad, den unges evt. problemer ytrer sig i et udadvendt eller indadvendt mønster (eller evt. begge dele). Figur 6.2 viser resultaterne på eksternaliserings-subskalaen, hvor mønsteret ligger tæt på udviklingen i den samlede TRF-score. Begge køn havde scorer over grænseværdien for den 95. procentil ved henvisningen (denne var på 21 point for piger, 26 point for drenge) – drengene lå faktisk tæt på grænsen for den 98. procentil (35 point) på dette måletidspunkt. Drengenes gennemsnitsscore faldt ved både udskrivnings- og opfølgningsmålingerne, og endte klart under den 95. procentil i populationen (en forbedring på 31 %). Pigernes gennemsnitsscore faldt under denne grænse ved udskrivningen, men var ved opfølgningen næsten vendt tilbage til udgangspunktet (scoren faldt 2,6 %).

Figur 6.2: Score på TRF's eksternaliserings-subskala over tid



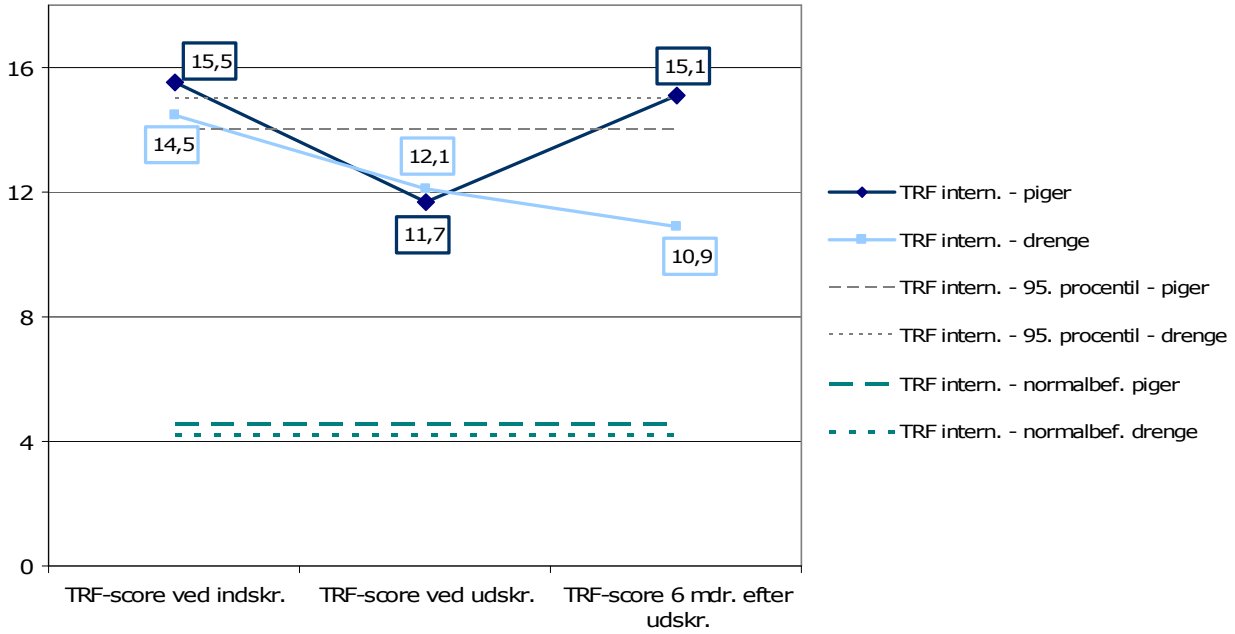
Note: Scorer i intervallet 0-68 point. Lav score er ønskværdig.

Også i forhold til TRF-eksternalisering pegede bortfaldsanalysen på en mulig undervurdering af behandlingsresultaterne.

6.2.2 TRF-subskala: Internalisering

For internaliserings-subskalaen (Figur 6.3) gælder, at de to køn ved henvisningen scorede på hver sin side af værdien for den 95. procentil (14 point for piger, 15 point for drenge).

Figur 6.3: Score på TRF's internaliserings-subskala over tid



Note: Scorer i intervallet 0-70 point. Lav score er ønskværdig.

Drengene lå med en gennemsnitsscore på 14,5 point lige under grænseværdien, mens pigernes score på 15,5 point lå over grænsen. Begge køn var dog langt fra grænsen for den 98. procentil på 23 point for piger og 26 point for drenge.

Udviklingen over tid var for pigernes vedkommende tæt på mønsteret i Figur 6.2, idet der ses et fald ned under værdien for den 95. procentil ved udskrivningsmålingen, men ved opfølgningen var scoren næsten tilbage ved udgangspunktet (et fald i problemscoren på 2,6 %). Drenge havde også her et fald ved begge målinger (en samlet forbedring på 24,8 %).

6.2.3 TRF-data: Signifikans og estimerede effektstørrelser

I Tabel 6.1 gengives resultaterne af en statistisk signifikanstest baseret for forskellen mellem henvisnings- og opfølgningsmålingerne. Det fremgår, at de små observerede forskelle i pigernes gennemsnitsscorer er langt fra at være statistisk signifikante. Derimod gælder det, at forskellene i drengenes scorer på det samlede mål såvel som eksternaliserings-subskalaen er højsignifikante (p = 0,001). Der er med andre ord under 0,1 procents sandsynlighed for at få de observerede resultater ved en tilfældighed. På internaliserings-subskalaen er forskellen insignifikant.

Tabel 6.1: Signifikanstest på de observerede TRF-forskelle (indskr. sammenlignet med opfølgning)

	Forskel på gennemsnit piger	**Signifikans-niveau piger**	**Forskel på gennemsnit drenge**	**Signifikans-niveau drenge**
TRF total	1,000	p = 0,911	-23,214	p = 0,001
TRF eksternalisering	1,080	p = 0,751	-10,690	p = 0,001
TRF internalisering	1,000	p = 0,740	-2,952	p = 0,114

Note: Baseret på de 25 (piger) og 42 (drenge) forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. Lav score er ønskværdig.

Som man måtte forvente, viser den beregnede *d*-værdi (Tabel 6.2), at der ikke er belæg for at tale om en behandlingseffekt i forhold til pigerne. At estimatet er et negativt tal er udtryk for, at beregningerne kun inddrager de 25 sager, hvor der er målinger for en pige ved både henvisningen og opfølgningen, hvorved de marginalt positive udviklinger (i betydningen reducerede TRF-scorer) i Figur 6.1, 6.2 og 6.3 bortfalder (jf. note til Figur 6.1 og Tabel 6.2).

Tabel 6.2: TRF: Estimerede effektstørrelser - piger

	Gennemsnits-score ved ind-skrivning	**Standard-afvigelse baseline**	**Gennemsnits-score ved op-følgning**	**Standard-afvigelse opfølgning**	**Cohen's *d***
TRF total	59,44	37,439	60,44	38,369	-0,03
TRF ekstern.	21,20	15,168	22,28	16,957	-0,07
TRF intern.	14,08	9,543	15,08	11,489	-0,09

Note: Baseret på de 25 forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. Lav score er ønskværdig.

I forhold til udviklingen i drengenes TRF-scorer (Tabel 6.3) ses derimod effektstørrelser i kategorien "moderat til stor effekt" for det samlede mål (*d* = 0,66) og eksternaliseringsmålet (0,63) og "lille til moderat effekt" for internaliseringsmålet (0,36). Man kan i dette lys have en foreløbig formodning om, at de observerede forskelle i drengenes sco-

rer på især de to førstnævnte mål har praktisk betydning for de unges livssituation, og ikke bare rent statistisk relevans.

Tabel 6.3: TRF: Estimerede effektstørrelser - drenge

	Gennemsnits-score ved ind-skrivning	Standard-afvigelse baseline	Gennemsnits-score ved op-følgning	Standard-afvigelse opfølgning	Cohen's *d*
TRF total	80,17	36,690	56,95	33,654	0,66
TRF ekstern.	33,74	18,029	23,05	15,925	0,63
TRF intern.	13,86	7,550	10,90	8,990	0,36

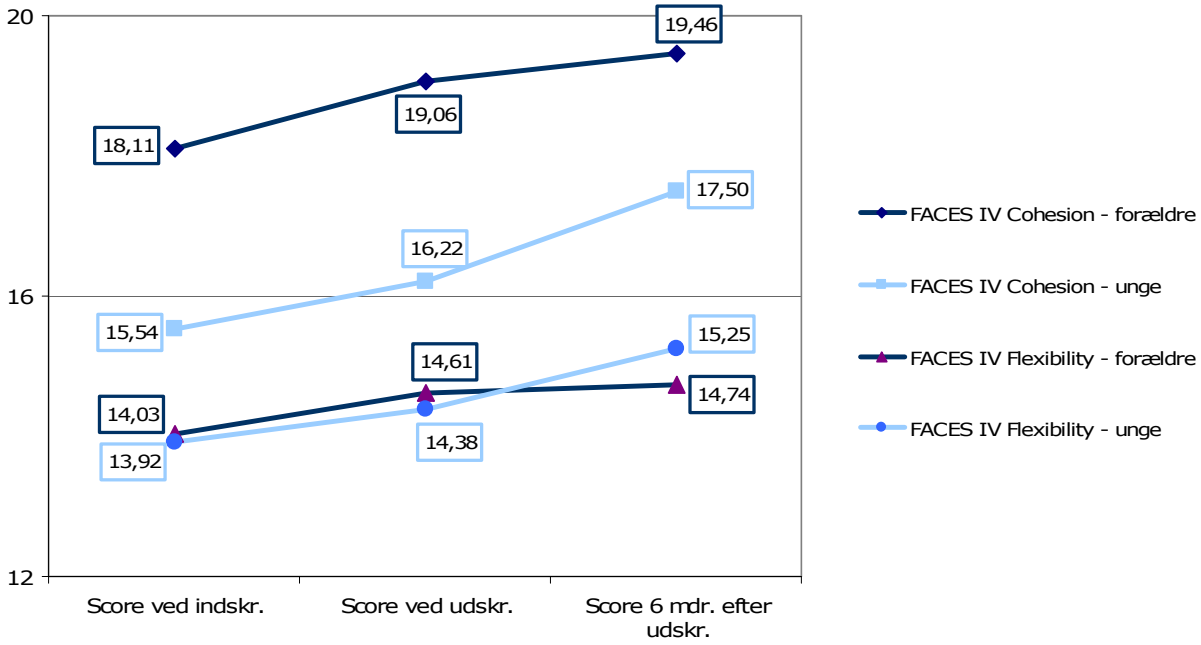
Note: Baseret på de 42 forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. Lav score er ønskværdig.

6.3 Familiefunktion – FACES IV

Som et resultat af den hidtil yderst beskedne brug af standardiserede målesystemer i dansk socialforskning, er de øvrige anvendte instrumenter ikke valideret i Danmark, og resultaterne kan derfor ikke sammenholdes med populationsstandarder. I stedet må fokus være på udviklingen over tid i besvarelserne. Ses der den ønskede positive udvikling? Og hvor stærk er den i givet fald?

Instrumentet Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV, som blev besvaret af de unge og deres forældre, måler familiemedlemmernes oplevelse og vurdering af familiens funktionsmåde (regelbrug, nærhed, kommunikation m.m.).[20] Instrumentet omfatter 62 spørgsmål og er opdelt i otte subskalaer med sigte på forskellige dimensioner af familiefunktionen; på fire af skalaerne er en høj score ønskværdig (mærket med "*"), mens det modsatte er tilfældet på de fire øvrige.

Figur 6.4: Score på FACES IV Cohesion og Flexibility* over tid*



Note: Scorerne i Figur 6.4 til 6.7 baserer sig på henholdsvis 91, 85 og 83 (forældre) samt 67, 50 og 44 (unge) målinger på de tre målepunkter regnet fra venstre. Scorer i intervallet 0-28 point. Høj score er ønskværdig.

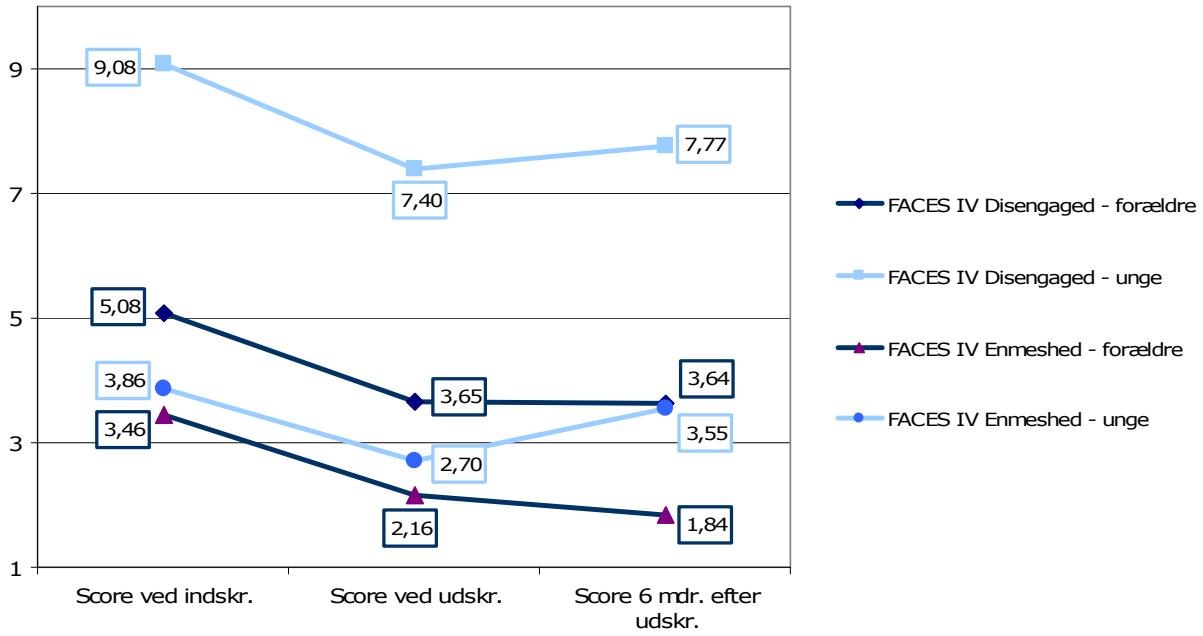
[20] Se www.facesiv.com.

Figur 6.4 viser resultaterne på "Cohesion" (familiens sammenhængskraft) og "Flexibility" (familiens fleksibilitet). Begge skalaer omfatter syv spørgsmål, og resulterer i en score i intervallet 0-28 point, hvor en høj score er ønskværdig. Forældrene vurderer i gennemsnit familiens sammenhængskraft lidt mere positivt end de unge på alle måletidspunkter. Begge kurver har dog en stort set parallel, moderat positiv hældning. De unge har således en relativt større forbedring af scoren over tid (12,6 % mod 7,5 %). I forhold til vurderingen af familiens fleksibilitet ligger de to respondentgrupper meget tæt, om end de unge også her har en lidt mere positiv, om end beskeden udvikling mellem udskrivnings- og opfølgningsmålingerne (en forbedring på 9,6 % mod 5,1 %).

Bortfaldsanalysen viste en formentlig overvurdering af resultaterne på de unges besvarelse af FACES Cohesion, mens deres besvarelser af FACES Flexibility muligvis giver en undervurdering. For forældrenes vedkommende peger analysen i retning af en overvurdering af resultaterne på Flexibility.

Resultaterne på skalaerne "Disengaged" (manglende involvering og deltagelse i øvrige familiemedlemmers liv) og "Enmeshed" (usundt sammenvævede samlivsformer) fremgår af Figur 6.5. Som ovenfor indgår syv spørgsmål, men her er en lav score ønskværdig. Det ses, at de unge vurderer familielivet markant mere negativt end deres forældre på Disengaged. For begge grupper ses et mønster, hvor der sker et fald mellem ind- og udskrivningsmålingerne, men også stagnation mellem udskrivnings- og opfølgningsmålingerne (forbedringer: 14,4 % for de unge og 28,1 % for forældrene). De unges mere negative vurdering skiller sig relativt mere tydeligt ud fra deres forældres ved opfølgningen sammenlignet med indskrivningen. På Enmeshed er de unge også mere negative end deres forældre, men her er forskellen betydeligt mindre i absolutte termer ved de to første målinger. Ved opfølgningen skiller de unge sig dog, relativt set, markant ud fra deres forældre, og der er stort set ikke sket et fald mellem indskrivnings- og opfølgningsmålingerne (8 % mod en forbedring på 46,8 % hos forældrene).

Figur 6.5: Score på FACES IV Disengaged og Enmeshed over tid

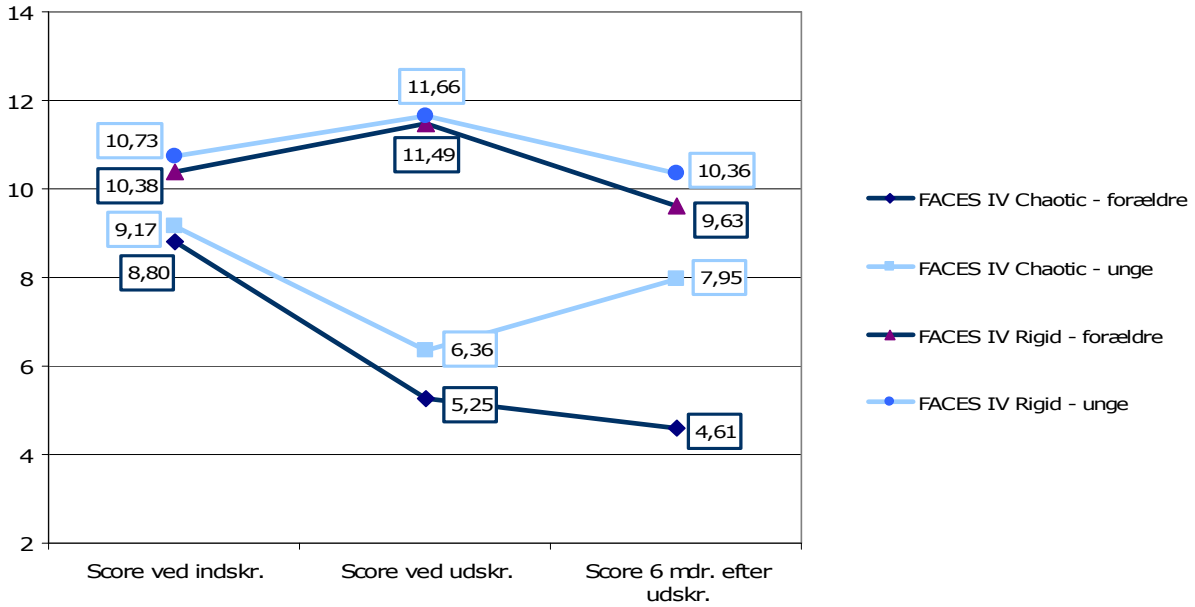


Note: Scorer i intervallet 0-28 point. Lav score er ønskværdig.

Bortfaldsanalysen pegede på en mulig *under*vurdering af resultaterne ud fra de unges besvarelser af FACES Disengaged. Til gengæld var der tegn på, at besvarelserne på Enmeshed overvurderer behandlingsresultaterne.

Figur 6.6 viser "Chaotic" (oplevelse af kaos, manglende evne til organisering) og "Rigid" (stivhed i samlivsformer), som ligeledes scores i intervallet 0-28 point, med en lav score som ønskværdig. Forældrene har et forholdsvis markant fald mellem første og sidste måling på Chaotic (47,5 %), mens en stor del af det tidligere fald i de unges score her bortfalder med opfølgningsmålingen (en forbedring på 13,3 %). De to svargrupper går således fra at vurdere familiefunktionen nogenlunde ens ved de to første målinger (de unge er dog lidt mere negative) til at have markant afvigende vurderinger. Hverken forældre eller unge har en tydelig positiv udvikling i Rigid over tid (en forbedring på henholdsvis 7,2 % og 3,4 %). Også her havde de unge det mest negative syn på familielivet, om end forskellene generelt er beskedne.

Figur 6.6: Score på FACES IV Chaotic og Rigid over tid



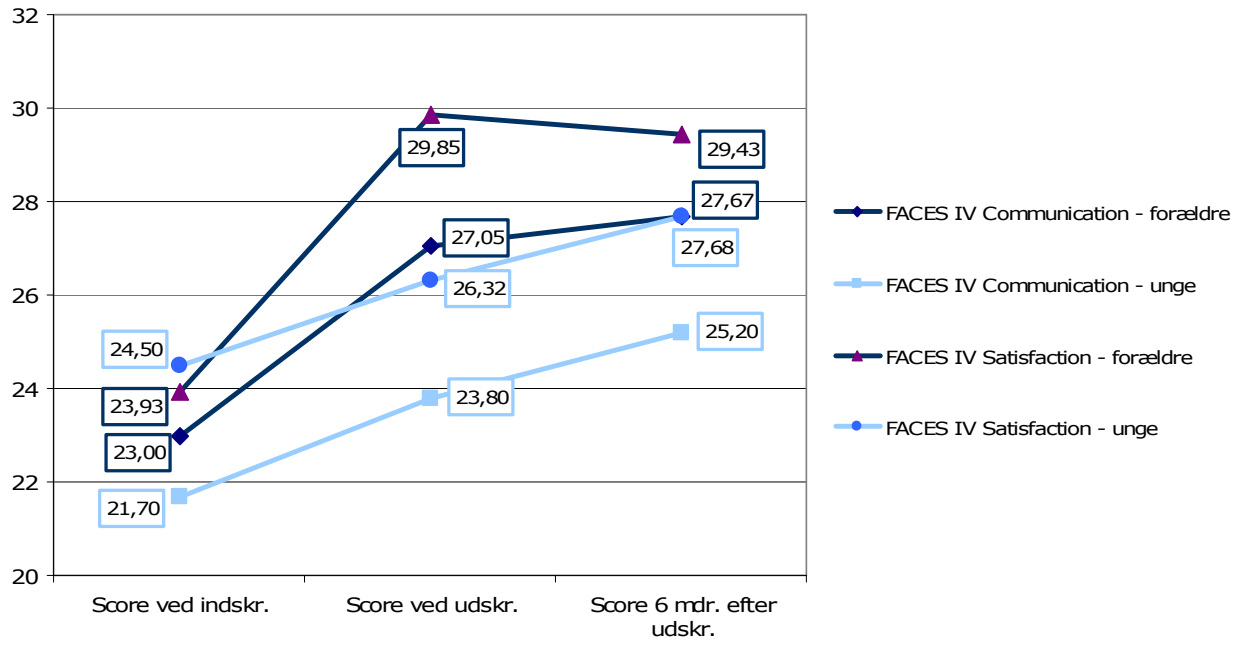
Note: Scorer i intervallet 0-28 point. Lav score er ønskværdig.

Det skal tages i betragtning, at en reliabilitetstest viste, at de unges besvarelser på Chaotic og forældrenes besvarelser på Rigid ikke havde tilfredsstillende reliabilitet. Der var med andre ord problemer med den danske version af de to skalaer (se Appendiks B), og der knytter sig derfor forbehold til resultaterne på disse to målinger. Bortfaldsanalysen antydede en undervurdering af resultaterne på basis af de unges besvarelser af FACES Chaotic.

Skalaerne "Communication" (familiens kommunikationsformer) og "Satisfaction" (overordnet tilfredshed med familiens omgangsformer) tæller begge ti spørgsmål og scores i intervallet 0-40 point med en høj score som ønskværdig (Figur 6.7). Forældrene er også her generelt mest positive, men målingerne er parallelle i den forstand, at kurverne over de unges besvarelser har stort set den samme hældning på begge subskalaer med den mest positive angivelse på Satisfaction (forbedring på Communication: 16,1 %, forbedring på Satisfaction: 13 %). Ligeledes følger begge forældrenes besvarelser af subskalaerne et mønster, hvor der sker en tydelig positiv udvikling mellem ind- og udskrivningsmålingerne, efterfulgt af en udfladning ved opfølgningen (forbedring på Communi-

cation: 20,3 %, forbedring på Satisfaction: 23 %). Virkningen har således muligvis været knyttet tættere til selve MST-forløbet for forældrenes vedkommende end for de unge.

Figur 6.7: Score på FACES IV Communication og Satisfaction* over tid*



Note: Scorer i intervallet 0-40 point. Høj score er ønskværdig.

Bortfaldsanalysen pegede på en tendens til overvurdering af resultaterne ud fra de unges besvarelser af Communication – og muligvis det modsatte i forhold til Satisfaction.

6.3.1 FACES IV-data: Signifikans og estimerede effektstørrelser

Som det er fremgået, er de unges besvarelser ikke præget af markante positive udviklinger, og dette understreges af p-værdierne i Tabel 6.4. Kun tre af de observerede forskelle er signifikante på et 0,05-niveau, og det er kun Communication, som er klart signifikant. For forældrene er billedet, som kurverne generelt indikerer, mere positivt; seks ud af otte forskelle er signifikante, heraf fem højsignifikante.

Tabel 6.4: Signifikanstest på de observerede FACES IV-forskelle

	Forskel på gennemsnit forældre	**Signifikans-niveau forældre**	**Forskel på gennemsnit unge**	**Signifikans-niveau unge**
FACES IV Cohesion*	1,542	p = 0,010	1,818	p = 0,021
FACES IV Flexibility*	0,861	p = 0,076	0,932	p = 0,256
FACES IV Disengaged	-1,747	p < 0,000	-1,273	p = 0,156
FACES IV Enmeshed	-1,723	p < 0,000	-0,386	p = 0,537
FACES IV Chaotic	-4,422	p < 0,000	-1,136	p = 0,072
FACES IV Rigid	-0,819	p = 0,106	-0,795	p = 0,378
FACES IV Communication*	5,217	p < 0,000	3,727	p = 0,001
FACES IV Satisfaction*	5,928	p < 0,000	3,000	p = 0,032

*Note: Baseret på de 83 (forældre) og 44 (unge) forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. På subskalaer mærket * er en høj score ønskværdig.*

Omsat til estimerede effektstørrelser viser Tabel 6.6, at den estimerede effekt var tæt på eller over grænsen til kategorien "stor effekt" på tre subskalaer (Chaotic, Communication og Satisfaction), mens fire ud af de resterende fem forskelle lå i kategorien "lille til moderat effekt", flere i den nedre ende af intervallet. Resultaterne antyder således, at forældrene især oplever en forbedring i familiens evne til at kommunikere om og overskue egne forhold (Chaotic, Communication) – samt en øget tilfredshed med familiens praksisformer (Satisfaction). Mens familiens samlivsformer målt på et mere abstrakt og komplekst niveau i forældrenes øjne ikke forbedres tydeligt (Cohesion, Flexibility, Rigid).

Tabel 6.5: FACES IV: Estimerede effektstørrelser - forældre

	Gennemsnits-score ved indskrivning	**Standard-afvigelse baseline**	**Gennemsnits-score ved opfølgning**	**Standard-afvigelse opfølgning**	**Cohen's *d***
FACES IV Cohesion*	17,92	5,131	19,46	5,008	0,30
FACES IV Flexibility*	13,88	4,252	14,74	4,111	0,21
FACES IV Disengaged	5,39	4,617	3,64	3,441	0,43
FACES IV Enmeshed	3,57	3,839	1,84	3,183	0,49
FACES IV Chaotic	9,04	5,724	4,61	4,406	0,87
FACES IV Rigid	10,45	4,272	9,63	4,276	0,19
FACES IV Communication*	22,46	7,494	27,67	7,094	0,71
FACES IV Satisfaction*	23,51	7,767	29,43	7,727	0,76

*Note: Baseret på de 83 forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. På subskalaer mærket * er en høj score ønskværdig.*

For de unge er billedet i tråd med kurverne i Figur 6.4 til 6.7: De estimerede effektstørrelser er beskedne, og kun forskellen på Communication når lige akkurat over grænsen til kategorien "moderat til stor effekt". Tre af forskellene er i kategorien "lille effekt".

Tabel 6.6: FACES IV: Estimerede effektstørrelser - unge

	Gennemsnits-score ved indskrivning	**Standard-afvigelse baseline**	**Gennemsnits-score ved opfølgning**	**Standard-afvigelse opfølgning**	**Cohen's *d***
FACES IV Cohesion*	15,68	5,897	17,50	5,651	0,32
FACES IV Flexibility*	14,32	5,882	15,25	6,236	0,15
FACES IV Disengaged	9,05	5,011	7,77	5,269	0,25
FACES IV Enmeshed	3,93	4,002	3,55	4,095	0,09
FACES IV Chaotic	9,09	4,749	7,95	4,620	0,24
FACES IV Rigid	11,16	5,767	10,36	5,831	0,14
FACES IV Communication*	21,48	7,654	25,20	7,229	0,50
FACES IV Satisfaction*	24,68	8,260	27,68	8,463	0,36

*Note: Baseret på de 44 forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. På subskalaer mærket * er en høj score ønskværdig.*

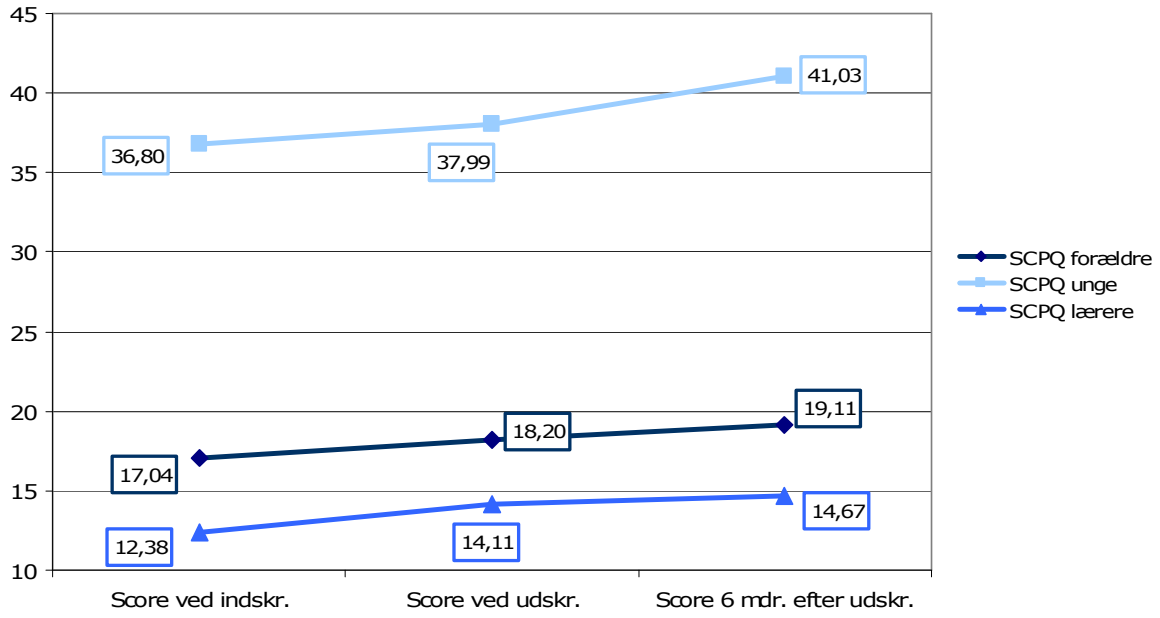
6.4 Relationer til jævnaldrende – SCPQ

Social Competence with Peers Questionnaire-instrumentet er en subskala udvalgt af et mere omfattende system,[21] og sigter på den unges forhold til og samvær med jævnald-

[21] S. Spence (1995): *Social Skills Training. Enhancing Social Competence with Children and Adolescents*, London: nferNelson.

rende kammerater. Identiske sæt på ni spørgsmål blev besvaret af de unges forældre og lærere (scorer i intervallet 0-36 point), mens et andet sæt på 19 spørgsmål indgik i telefoninterview med de unge (score i intervallet 0-76 point). For alle tre gælder det, at en høj score er ønskværdig.

Figur 6.8: Score på SCPQ over tid



Note: Baserer sig på henholdsvis 91, 85 og 83 (forældre) 66, 50 og 43 (unge) og 78, 62 og 61(lærere) målinger på de tre målepunkter regnet fra venstre. Ungebesvarelsernes skala går fra 0-76, de to øvrige skalaer går fra 0-36. En høj score er ønskværdig.

Figur 6.8 viser, at alle tre sæt besvarelser har en nogenlunde parallel udvikling – der er en beskeden positiv hældning på de tre kurver (forbedringer over tid i henholdsvis unge, forældre og læreres besvarelser: 11,5 %, 12,1 % og 18,5 %). Lærerne vurderer i gennemsnit de unges sociale samværsformer lidt mere negativt end de unges forældre. Fokuserer man kun på de ni spørgsmål i de unges besvarelser, som går igen næsten uændret i besvarelserne fra forældre og lærere, ses det, at de unge i gennemsnit scorede 21,1 point, 21,0 point og 22,9 point ved de tre målinger. De unge vurderede således generelt deres egne jævnaldrende-relationer mere positivt end begge de øvrige respondentgrupper ud fra de samme spørgsmål, men udviklingen over tid var sammenlignelig om end lidt mindre gunstig (forbedring 8,5 %).

Ifølge bortfaldsanalysen indebærer de indsamlede besvarelser af SCPQ fra såvel de unge som deres forældre muligvis en overvurdering af behandlingsresultaterne. Mest tydeligt dog i forhold til forældrenes besvarelser.

6.4.1 SCPQ-data: Signifikans og estimerede effektstørrelser

Af Tabel 6.7 fremgår det, at forskellene på såvel de unges som deres forældres scorer er højsignifikante (forskellene på lærerbesvarelserne er desuden tæt på at være signifikante) trods de beskedne hældninger på kurverne i Figur 6.8. Dette hænger sammen med, at især de unges besvarelser har en forholdsvis lille spredning (variationskoefficient ved baseline: 0,23; ved opfølgning: 0,15). Videre påvirkes to af de tre baselines i nedadgående retning sammenlignet med de data, der ligger til grund for kurverne i Figur 6.8, af

det bortfald af indskrivningsmålinger, som sker som resultat af manglende matchende opfølgningsmålinger.

Tabel 6.7: Signifikanstest på de observerede SCPQ-forskelle

	Forskel på gennemsnit	Signifikans-niveau
SCPQ forældre	2,437	p < 0,000
SCPQ unge	4,772	p < 0,000
SCPQ lærere	1,983	p = 0,061

Note: Baseret på de 82 (forældre), 60 (lærere) og 43 (unge) forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. Høj score er ønskværdig.

Omsat i estimerede effektstørrelser falder forskellene på de unges besvarelser i den nedre del af kategorien "moderat til stor effekt" (Tabel 6.8), mens de to øvrige forskelle placerer sig i kategorien "lille til moderat effekt" et stykke fra grænsen til det næste niveau. Man kan med andre ord konstatere, at alle svarpersoners besvarelser indebærer en forbedring i vurderingen af de unges jævnaldrende-relationer, men det er kun de unges egen vurdering, der ses en betydelig estimeret effekt. I alle tre kurveforløb er den positive udvikling ikke snævert knyttet til selve MST-indsatsen, idet der skete forbedringer mellem udskrivning og opfølgning – dette gælder især for de unges besvarelser.

Tabel 6.8: SCPQ: Estimerede effektstørrelser

	Gennemsnits-score ved ind-skrivning	Standard-afvigelse baseline	Gennemsnits-score ved opfølgning	Standard-afvigelse opfølgning	Cohen's *d*
SCPQ forældre	16,67	6,800	19,11	7,043	0,35
SCPQ unge	36,26	8,161	41,03	6,119	0,66
SCPQ lærere	12,58	6,713	14,57	6,808	0,29

Note: Baseret på de henholdsvis 82 (forældre), 60 (lærere) og 43 (unge) forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. Høj score er ønskværdig.

6.5 Forældreskab – SIPA

Undersøgelsens sidste instrument er ligeledes et udvalg af et større instrument ("Parent Domain" af det samlede Stress Index for Parents of Adolescents-system).[22] Det omfatter 34 spørgsmål, som er besvaret i skriftlig form af de unges forældre, og måler svarpersonens oplevelse af eget forældreskab (mestring, indflydelse på forholdet til en evt. partner m.m.). SIPA-udvalget er opdelt i fire subskalaer: "Life restrictions" (følelse af begrænsninger som følge af forældreskabet, 10 spørgsmål, scores i intervallet 10-50 point), "Relationship with partner" (indflydelse på forholdet til en evt. partner, 9 spørgsmål, 9-45 point), "Social alienation" (følelse af social isolation, 7 spørgsmål, 7-35 point) og "Incompetence/guilt" (følelse af utilstrækkelighed og skyld, 8 spørgsmål, 8-40 point). For alle fire subskalaer gælder, at en lav score er ønskværdig.

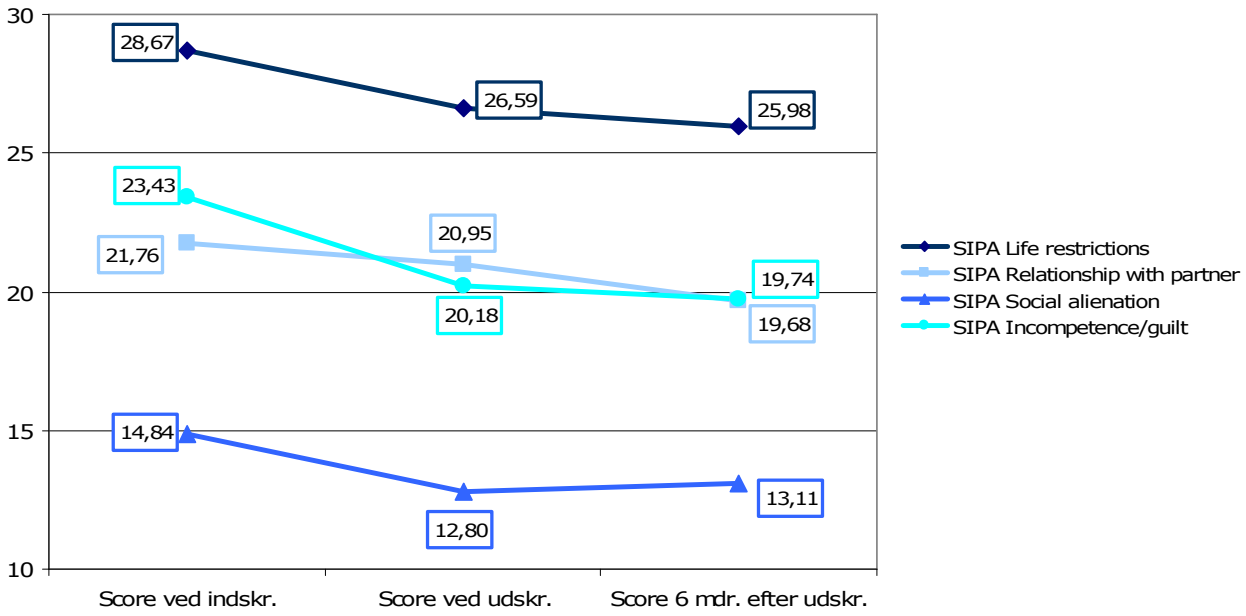
Det ses af Figur 6.9, at det forholdsmæssigt største fald i problemscoren på de to måletidspunkter skete i forhold til Social alienation og Incompetence/guilt (henholdsvis 11,7 % og 15,7 %), men der var også mindre fald over tid på de to øvrige subskalaer (9,4 % på Life restrictions og 9,6 % på Relationship with partner). På tre ud af fire subskalaer

[22] P. Sheras, R. Abidin og T. Konold (1998): *Stress index for Parents of Adolescents: Professional Manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

var der fald i problemscoren ved begge resultatmålinger (den positive udvikling fortsatte med andre ord efter udskrivningen).

Bortfaldsanalysen pegede i retning af at besvarelserne på SIPA Life restrictions gav en overvurdering af behandlingsresultaterne. I forhold til SIPA Relationship with partner var det modsatte muligvis tilfældet.

Figur 6.9: Score på SIPA-subskalaer over tid



Note: Baserer sig på henholdsvis 67, 44 og 47 målinger på de tre målepunkter regnet fra venstre. Lav score er ønskværdig.

6.5.1 SIPA-data: Signifikans og effektstørrelser

Forskellene viser sig statistisk signifikante på alle fire subskalaer for de 47 sager, hvor der er data ved begge målinger (Tabel 6.9). I forhold til Social alienation og Incompetence/guilt er forskellene højsignifikante.

Tabel 6.9: Signifikanstest på de observerede SIPA-forskelle

	Forskel på gennemsnit	**Signifikans-niveau**
SIPA Life restrictions	-2,426	p = 0,043
SIPA Relationship with partner	-2,128	p = 0,028
SIPA Social alienation	-1,574	p = 0,001
SIPA Incompetence/guilt	-3,809	p < 0,000

Note: Baseret på de 47 forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. Lav score er ønskværdig.

Tabel 6.10 viser, at forskellen på incompetence/guilt er tæt på grænsen til kategorien "stor effekt", men de tre øvrige subskalaer ligger i kategorien "lille til moderat effekt", to endda tæt på grænsen til "ingen eller lille effekt". Samlet tyder resultaterne altså på, at MST-indsatsen hjælper forældrene godt i forhold til oplevelse af mestring (Incompetence/guilt), og til dels i forhold til social isolation (Social alienation), hvorimod MST tilsyneladende ikke har haft tydelig positiv virkning i forhold til forældreskabet fra en bre-

dere betragtning (især Life restrictions, Relationship with partner). MST-indsatsen synes med andre ord at have god effekt i forhold til at styrke forældrene i deres konkrete rolle som opdragere, hvorimod virkningen i forhold til deres bredere livssituation er beskeden.

Tabel 6.10: SIPA: Estimerede effektstørrelser

	Gennemsnits-score ved ind-skrivning	Standard-afvigelse baseline	Gennemsnits-score ved opfølgning	Standard-afvigelse opfølgning	Cohen's *d*
SIPA Life restrictions	28,40	9,091	25,98	8,588	0,27
SIPA Relationship with partner	21,81	8,474	19,68	7,684	0,25
SIPA Social alienation	14,68	4,060	13,11	4,012	0,39
SIPA Incompetence/guilt	23,55	5,107	19,74	5,554	0,75

Note: Baseret på de 47 forløb, hvor der er målinger på begge de to måletidspunkter. Lav score er ønskværdig.

6.6 Opsamling

De vigtigste resultater i dette kapitel præsenteres i det følgende.

- På **Teacher Report Form** (besvaret af de unges lærere eller lignende), der måler svarpersonens oplevelse af den unges almene psykiske befindende, var resultaterne i forhold til drengene markant bedre end i forhold til pigerne. Både på den samlede skala og på instrumentets eksternaliserings- og internaliseringssubskalaer faldt drengenes scorer 25-30 % mellem baseline- og opfølgningsmålingerne. Pigerne havde på alle tre mål et fald på niveau med drengenes mellem baseline- og udskrivningsmålingen, men gik næsten tilbage til udgangspunktet ved opfølgningen (fald i intervallet 2,5-8 %). Pigernes lå således ved opfølgningen over niveauet for den 95. procentil i normalbefolkningen på alle tre skalaer, mens drengene på alle mål havde pæn afstand til denne grænse. Både drenge og piger lå dog klart over gennemsnittet i normalbefolkningen ved opfølgningen. Den estimerede effektstørrelse var "moderat til stor" på det samlede mål og eksternaliseringsmålet, og "lille til moderat" på internaliseringsmålet. Der sås ingen effekt i forhold til pigerne.
- **Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV**, der måler familiefunktionen, er opdelt i otte subskalaer (besvaret af de unge og en forælder). Samlet set var forældrene for det første mere positive i deres vurdering af familielivet end de unge ved næsten alle målinger. For det andet var der en mere positiv udvikling i forældrenes end i de unges besvarelser over tid, om end der var stor forskel på de estimerede effektstørrelser på tværs af subskalaerne. Forældrenes scorer forbedredes med 23,2 % i gennemsnit; de unges med 11,3 %. Der var tale om forbedringer på alle mål for begge grupper af svarpersoner, men hos forældrene var det især vurderingen af familiens evne til organisering og kommunikation samt graden af tilfredshed med familiens samlivsformer, der udviklede sig positivt ("moderat til stor" henholdsvis "stor" effekt). Hos de unge sås de mest positive resultater i forhold til familiens interne kommunikation ("moderat til stor" effekt) og generel tilfredshed med familielivet/-funktionen ("lille til moderat" effekt).
- Instrumentet **Social Competence with Peers Questionnaire** er en subskala udvalgt af det samlede SCPQ-instrument (besvaret af unge, forældre og lærere). Fokus er på oplevelsen af den unges samvær med jævnaldrende kammerater. I absolutte termer vurderede de unge deres egne jævnaldrende-relationer mere positivt end de to øvrige grupper; især lærerne havde en mere negativ vurdering ved alle målepunkter. Udviklingen over tid var til gengæld nogenlunde parallel: Der sås moderate forbedringer i scoren mellem baseline- og opfølgningsmålinger-

ne på 11,5 % (unge), 12,1 % (forældre) og 18,5 % (lærere). De unges besvarelser gav en estimeret effektstørrelse i kategorien "moderat til stor", mens de to øvrige viste en "lille til moderat" effekt.

- Spørgsmålsudvalget fra **Stress Index for Parents of Adolescents**, der måler svarpersonens oplevelse af eget forældreskab, er opdelt i fire subskalaer (besvaret af de unges forældre). På alle fire instrumenter var der en nogenlunde sammenlignelig, forholdsvis beskeden forbedring i scoren over tid på 10-15 % (i gennemsnit 11,9 %). Klart mest positiv var udviklingen på Incompetence/guilt (følelse af mestring i forhold til forældrerollen): 15,7 % og en "moderat til stor" estimeret effekt; mindst positiv var Relationship with partner (indflydelse på forholdet til en evt. partner): 9,6 % forbedring og en "lille til moderat" estimeret effekt. På tre ud af fire subskalaer var der små fald mellem begge målinger – den positive udvikling fortsatte med andre ord efter udskrivningen.
- Samlet viste sammenligninger mellem baseline- og opfølgningsmålingerne forbedringer på samtlige (del-)instrumenter, men forbedringernes omfang var yderst varierende (i intervallet fra 2,6 % til 47,6 %). Gennemsnitsforbedringen på alle målinger, hvor de unge svarede, var 11,3 %. De tilsvarende tal for besvarelserne fra forældre og lærere var henholdsvis 18,9 % og 16,7 %.

7 ANALYSE AF BEHANDLINGSRESULTATERNE

I de to foregående kapitler blev de faktiske behandlingsresultater beskrevet fra forskellige synsvinkler og med forskellige midler. Et spørgsmål, som dernæst naturligt melder sig på denne baggrund, er: Hvad ligger bag de observerede resultater? Eller mere præcist: Hvad synes at spille den største rolle i forhold til at forklare variationen i behandlingsresultaterne? Formålet med dette kapitel er at give et bud på hvilke sammenhænge, der kan afdækkes mellem en række uafhængige eller mellemkommende variabler (baggrundsoplysninger, oplysninger om behandlingsforløbene, osv.) og de centrale afhængige variabler:

- Passer skoletilbud/arbejde 6 måneder efter MST-udskrivningen (ja/nej)
- Begået kriminalitet i perioden 0-6 måneder efter MST-udskrivningen (ja/nej)
- Misbrug af rusmidler i perioden 0-6 måneder efter MST-udskrivningen (ja/nej)
- Døgnanbringelse i perioden 0-6 måneder efter MST-udskrivningen (ja/nej)
- Score på samlet resultatindeks ved opfølgningen efter seks måneder (-4 til +4)
- "Change scores"[23] på de fire standardiserede instrumenter

Dette kapitel baserer sig på resultaterne af en række multiple regressionsanalyser med sigte på de forskellige resultatmål.[24] Formålet med brugen af dette statistiske redskab er at udpege de faktorer, som har signifikant sammenhæng med og forklaringskraft i forhold til undersøgelsens centrale afhængige variabler med kontrol for andre relevante faktorer. Ofte vil selv ganske store forskelle på procentfordelinger og gennemsnit mindskes eller forsvinde helt når andre variabler holdes konstante i analysen.

Der er specificeret logistiske regressionsmodeller med sigte på de fire fokusområder i den del af undersøgelsen, der baserer sig på data fra familierådgiverne (skole/arbejde, kriminalitet, misbrug og døgnanbringelse). I hvert af disse tilfælde er den afhængige variabel ja/nej-svaret på det pågældende problemområde ved opfølgningen. Videre er der gennemført en multipel lineær regressionsanalyse med sigte på resultatscoren i den enkelte sag. Afslutningsvis ses også på sammenhængen mellem udviklingen i de sekundære resultatmål (scorer på de standardiserede instrumenter) og de primære resultatmål.

7.1 Skole eller arbejde

I den første regressionsanalyse afdækkes, hvilke af datasættets variabler, der havde statistisk holdbar sammenhæng med svaret på spørgsmålet om, hvorvidt den unge passede et skoletilbud eller arbejde ved opfølgningen seks måneder efter MST-udskrivningen.

Tabel 7.1 viser for det første antallet af cases inkluderet i analysen. Er der et ikke-validt svar (f.eks. "Ved ikke") på bare én af variablerne, udgår den pågældende case af regressionsanalysen. Gengivet er også Nagelkerkes R^2, som er et tilnærmet mål for modellens forudsigelseskraft i forhold til den afhængige variabel (den kan betegnes som et "pseudo-R^2-mål"). Størrelsen kan antage værdier fra 0 til 1, hvor 0 indebærer, at modellen ikke kan bidrage til at forudsige variation på den afhængige variabel. Man kan dog ikke fortolke denne R^2-værdi som identisk med R^2-opgivelser i lineære regressionsanalyser (forklaret varians), idet Nagelkerkes R^2 almindeligvis vurderes at være mindre stabil på tværs af analyser og datasæt. Den giver dog en indikation af modellens styrke, og en værdi på

[23] Dvs. forskellen mellem baseline- og opfølgningsscorerne på det pågældende instrument.
[24] For en nærmere præsentation af fremgangsmåden i forbindelse med regressionsanalyserne, se kapitel 8 og Appendiks C i den første delrapport fra MST-evalueringen.

0,456 tyder alt andet lige på en forholdsvis stærk sammenhæng mellem modellens uafhængige variabler og den afhængige variabel (til sammenligning gav den samme analyse i Del 1, som det fremgår af tabellen, en R^2-værdi på 0,274).

Tabel 7.1: Logistisk regressionsmodel (afhængig variabel: Passede skoletilbud/arbejde 6 mdr. efter MST-udskrivningen)

Variabler i modellen

			95 %-konfidensinterval for Exp(B)	
	Signifikans-niveau (p)	**Exp(B)**	**Nedre grænse**	**Øvre grænse**
1. Betydende misbrug ved udskrivning	0,042	0,126	0,017	0,932
2. Regelmæssig skulkning ved udskrivning	0,012	0,212	0,063	0,715
3. Familietype (samlet)	0,086			
Familietype B	0,036	0,044	0,002	0,819
Familietype C	0,147	0,122	0,007	2,092
Familietype D	0,029	0,031	0,001	0,702
4. Højeste uddannelsesniv. i hjemmet = lav	0,033	0,232	0,061	0,887
5. Varighed af MST-behandlingen i dage	0,029	0,985	0,972	0,998
6. Vejlederuddannelse = psykolog	0,018	0,233	0,070	0,778
Inkluderede cases i analysen (N):				**92**
Nagelkerke R^2 for modellen:				**0,456 (0,274)**

Note: Tallet i parentes er R^2-værdien for den tilsvarende model i Del 1.

Den vigtigste del af tabellen er signifikansmål og parameterestimater for hver af de fire uafhængige variabler. Signifikansniveauet (p-værdi) angiver med hvilken sikkerhed, man kan sige, at den pågældende uafhængige variabel faktisk er forbundet med den afhængige variabel. Man sætter normalt et krav om, at sammenhængen skal være holdbar med 95 % sikkerhed (en p-værdi på 0,05), og i henhold til dette kriterium ses det, at fem ud af seks variabler i modellen er signifikante med kontrol for det øvrige variabelsæt i den første model. Ingen kan dog betegnes som højsignifikante ($p<0,01$).

Kategorivariablen Familietype (se afsnit 3.1.1) er samlet set ikke signifikant, men bidrager alligevel som kontrolvariabel i til modellens forklaringskraft i tilstrækkelig grad til, at søgeproceduren i SPSS fastholder variablen i modellen. Forskellene mellem referenceværdien (Familietype A) og værdierne Familietype B og D er således signifikante.[25] Det betyder, at der var signifikant forskel på den unges chance for at passe skole/arbejde ved opfølgningen i de sager, hvor den unge kom fra en familie af type B og D sammenlignet med unge fra familier af type A. Dette falder generelt i tråd med to resultater fra Del 1: Unge fra familier af type A havde generelt en mere positiv resultatscore end de øvrige, *og* der var desuden tegn på, at unge fra familier af type B – overraskende nok – havde en mindre positiv opfølgningsstatus end f.eks. unge fra Familietype C. Sidstnævnte forhold afspejler sig i, at forskellen på Familietype A og C *ikke* var signifikant i modellen.

Parameter-estimaterne Exp(B) viser, hvor meget værdien på hver enkelt uafhængig variabel *alt andet lige* påvirker chancen for at have værdien 1 (for "ja") på den afhængige variabel – i dette tilfælde for, at den unge passede skoletilbud/arbejde ved opfølgningen. Svares der f.eks. "ja" til, at den unge havde et betydende misbrug ved udskrivningen (variabel 1), mindskes chancen for, at den unge passede skoletilbud/arbejde på måle-

[25] Ved inddragelse af kategorivariabler i logistiske regressionsanalyser i SPSS vælges én af variablens trin som reference i sammenligningerne med de øvrige trin – i dette tilfælde Familietype A.

tidspunktet alt andet lige med den faktor, Exp(B)-parameteren angiver (hér: 0,126, svarende til en reduktion af udsigten til et gunstigt udfald ved opfølgningen på godt 87 %).

Til slut opgives grænseværdierne for det valgte 95 %-konfidensinterval for hver enkelt variabels parameterestimat. I henhold til de statistiske grundregler er der 95 procents sandsynlighed for, at de faktiske populationsværdier ligger inden for de opstillede grænseværdier. Det ses, at der knytter sig betydelig usikkerhed til parameterestimatet for variabel 1 (og, vil det fremgå, for variablerne i alle modellerne). Den nedre grænse går således ved en parameterværdi på 0,017 (svarende til, at chancen for, at den unge passer skoletilbud/arbejde ved opfølgningen, skal ganges med faktor 0,017, hvis der var betydende misbrug ved udskrivningen – og således reduceres ganske markant). Omvendt er intervallets øvre grænse tæt på 1 (0,932) svarende til, at chancen for, at den unge passer skole/arbejde kun reduceres forholdsvis ubetydeligt (med knapt syv procent) som resultat af et ja-svar på den uafhængige variabel. De brede konfidensintervaller i modellerne er et udtryk for, at analyserne gennemføres på basis af et, i en statistisk forstand, beskedent antal cases. Man skal således på grund af denne usikkerhed fortolke parameterestimaterne i denne og de følgende modeller med varsomhed.

For de øvrige variabler gælder det, at regelmæssig skulkning ved udskrivning estimeres til at indebære en reduktion af chancen for et gunstigt udfald med knapt 80 % (der ganges med faktoren 0,212). Også lavt uddannelsesniveau i hjemmet (højeste afsluttede uddannelse hos en forælder i hjemmet = ingen uddannelse eller folkeskole) estimeres til at give en reduktion på over 70 %. Estimatet for variablen Behandlingsvarighed viser, at et længere forløb alt andet lige giver en reduceret udsigt til et gunstigt resultat – der er med andre ord tilsyneladende en tendens til, at behandlingerne i visse tilfælde er blevet fortsat med ringe udsigt til en gunstig effekt på dette område. At variablen Psykologuddannelse hos vejleder er inkluderet kan næppe tages til indtægt for, at denne uddannelsesbaggrund i sig selv giver et dårligere resultat. Dette skyldes, at det lille antal vejledere i datasættet naturligvis skaber stor usikkerhed omkring, hvilken *selvstændig* rolle vejledernes uddannelsesbaggrund spiller. Dog antydes det, at der ikke umiddelbart er belæg for at sige, at vejlederrollen forudsætter psykologbaggrund, da resultaterne fra teams med vejledere med anden baggrund alt andet lige ikke har dårligere resultater på dette område, altså snarere tværtimod.

7.2 Kriminalitet

Modellen med sigte på kriminalitet i perioden 0-6 måneder efter udskrivningen gav en ganske høj R^2-værdi på 0,598 – igen en betydeligt højere værdi end i den tilsvarende model i Del 1 (Tabel 7.2). Alle inkluderede variabler undtagen Køn var signifikante eller højsignifikante.

Ja-svar til Misbrug ved udskrivningen og Skoletilbud tidligere afbrudt før tid (variabel 3 og 4) bidrager især til modellen med mindst en tredobling af risikoen for efterfølgende kriminalitet (se nedre grænse for konfidensintervallerne). Parameterestimaterne for Alvorlige psykiske problemer hos voksne i familien og Tidligere døgnanbringelse (variabel 5 og 6) viser godt en femdobling af risikoen for et ugunstigt resultat på den afhængige variabel. Her er den nedre grænse for konfidensintervallet 1,155 og 1,193, svarende til en forøgelse af risikoen med henholdsvis 15,5 % og 19,3 %. Et ja-svar på den første variabel (Anbringelsesrisiko sidste seks uger af MST-forløbet) giver alt andet lige også en forøget risiko for efterfølgende kriminalitet. Variablen køn (dvs. hvilken betydning, det har at gå op fra kodeværdi 1 for dreng til kodeværdi 2 for pige) er som sagt langt fra selvstændigt at bidrage signifikant, men er fastholdt som kontrolvariabel. Der er med

andre ord ikke sikkert grundlag for at betragte køn som en forklaringsfaktor (dvs. hankøn som selvstændig risikofaktor).

Tabel 7.2: Logistisk regressionsmodel (afhængig variabel: Begået kriminalitet i løbet af perioden 0-6 måneder efter MST-udskrivningen)

Variabler i modellen

			95 %-konfidensinterval for Exp(B)	
	Signifikans-niveau	**Exp(B)**	**Nedre grænse**	**Øvre grænse**
1. I anbringelsesrisiko sidste 6 uger af MST-behandl.	0,018	10,863	1,500	78,678
2. Køn = pige	0,117	0,271	0,053	1,389
3. Misbrug ved udskrivningen	0,001	17,384	3,210	94,154
4. Skoletilbud afbrudt tidligere	0,001	18,804	3,276	107,948
5. Alvorlige psyk. probl. i hjemmet under opvæksten	0,032	5,168	1,155	23,127
6. Døgnanbragt tidligere	0,029	5,714	1,193	27,376
Inkluderede cases i analysen (N):				**89**
Nagelkerke R^2 for modellen:				**0,598 (0,414)**

Note: Tallet i parentes er R^2-værdien for den tilsvarende model i Del 1.

7.3 Misbrug af rusmidler

Tabel 7.3 viser, at modellen med sigte på misbrug af rusmidler i løbet af opfølgningsperioden gav en R^2 tæt på det tilsvarende resultat i Del 1 (den laveste modelstyrke i Del 2). Tre og af fem inkluderede variabler var signifikante (én højsignifikant).

Tabel 7.3: Logistisk regressionsmodel (afhængig variabel: Misbrug i løbet af perioden 0-6 måneder efter MST-udskrivningen)

Variabler i modellen

			95 %-konfidensinterval for Exp(B)	
	Signifikans-niveau (P)	**Exp(B)**	**Nedre grænse**	**Øvre grænse**
1. Instrumental Outcomes Met (binær rekodning)	0,084	0,313	0,084	1,168
2. Misbrug tidligere	0,000	15,742	3,665	67,612
3. Familietype = A	0,014	0,052	0,005	0,549
4. Unges alder i år	0,046	0,611	0,377	0,991
5. Passede skole/arbejde ved udskrivning	0,066	0,290	0,078	1,083
Inkluderede cases i analysen (N):				**91**
Nagelkerke R^2 for modellen:				**0,461 (0,427)**

Note: Tallet i parentes er R^2-værdien for den tilsvarende model i Del 1.

Unge med tidligere misbrug havde ifølge modellen næsten 16 gange større risiko for at have misbrug i opfølgningsperioden (nedre grænse for estimatet var mere end en tredobling). Den unges problemhistorik spillede således alt andet lige en større rolle på dette område end i de to foregående modeller med sigte på skole- og kriminalitetsproblemer. Det ses videre, at unge fra familier af type A havde mindst 45 % mindre risiko for et ugunstigt opfølgningsresultat end gennemsnittet af de øvrige familietyper (øvre grænse for estimatet på variabel 3). Variablen Unges alder i år giver et parameterestimat på 0,611 – for hvert år den unge var ældre ved første MST-møde hos familien, reduceres risikoen for efterfølgende misbrug med knapt 40 %. Den nærsignifikante variabel Passede skoletilbud/arbejde ved udskrivningen antyder en sammenhæng med efterfølgende misbrug (faktor 0,29), men den er altså kun statistisk sikker på et 0,66-niveau. Den an-

givne målopfyldelsesgrad (Instrumental Outcomes Met - IOM) er i denne sammenhæng rekodet til to værdier (0 = ikke fuld målopfyldelse, 1 = fuld målopfyldelse) og indgår som en insignifikant kontrolvariabel. Der antydes dog den forventede sammenhæng mellem variablerne: Reduceret risiko for et ugunstigt opfølgningsresultat i sagen med mindre end 100 % angivet målopfyldelse. Det er i denne forbindelse værd at bemærke, at IOM har generelt markant lavere forklaringskraft i Del 2 sammenlignet med Del 1. Den indgår således kun i den ovenstående model, mens den kom med i samtlige modeller i Del 1.

7.3.1 Betydende misbrug af rusmidler

Det er nærliggende at sammenholde den ovenstående model med en analyse med sigte på *betydende* misbrug ved opfølgningen efter seks måneder (Tabel 7.4). Det er selvfølgelig ikke mindst alvorligere misbrugsproblemer, som har interesse i en evaluerings-sammenhæng. Modellen har en næsten lige så høj forklaringskraft, men består af andre variabler, hvilket tyder på, at der er forskel på baggrunden for de unges efterfølgende misbrug bredt betragtet, henholdsvis mere alvorligt misbrug.

Tabel 7.4: Logistisk regressionsmodel (afhængig variabel: Betydende misbrug 6 måneder efter MST-udskrivningen)

Variabler i modellen

			95 %-konfidensinterval for Exp(B)	
	Signifikans-niveau (P)	**Exp(B)**	**Nedre grænse**	**Øvre grænse**
1. Misbrug under MST-forløbet	0,006	27,044	2,576	283,871
2. Højeste forsørgelsesgrundlag i hjemmet (rekodet)	0,097	6,006	0,722	49,979
3. Familietype B	0,028	11,494	1,309	100,936
4. Bopæl uden for hjemmet tidligere	0,042	0,058	0,004	0,906
5. Døgnanbragt sidste seks mdr. før henvisning	0,021	12,370	1,465	104,451
6. Betydende misbrug ved henvisning	0,038	7,704	1,121	52,935
7. Betydende misbrug ved udskrivning	0,039	0,112	0,014	0,895
Inkluderede cases i analysen (N):				**90**
Nagelkerke R^2 for modellen:				**0,502**

Note: Denne analyse gennemførtes ikke i forbindelse med Del 1.

Med en enkelt undtagelse er alle syv led i modellen signifikante, variabel 1 er højsignifikant. I denne model er det misbrugsadfærd (herunder især betydende misbrug) op til og under MST-forløbet (og ikke som ovenfor tidligere misbrug), som inkluderes i modellen (variabel 1, 6 og 7). Igen underbygges det også i denne sammenhæng (variabel 3), at unge fra familier af type B har dårligere udsigter på flere af de udvalgte evalueringsområder end gennemsnittet af de øvrige tre typer (som det var tilfældet i Del 1). Den ikke-signifikante kontrolvariabel (Højeste forsørgelsesgrundlag) giver et fingerpeg om, at unge fra familier, hvor højeste forsørgelsesgrundlag var en overførselsindkomst, muligvis havde større risiko for betydende misbrug ved opfølgningen. Variabel 4 og 5 viser, at den unges bopælsforhold også spillede ind. Unge med døgnanbringelse i løbet af de sidste seks måneder op til henvisningen havde mindst 46 % forøget risiko for et ugunstigt resultat, mens unge med anden bopæl uden for hjemmet i løbet af opvæksten før MST-forløbet havde mindst 10 % reduceret risiko for betydende misbrug ved opfølgningen. Dette hænger formentlig sammen med, at en betydelig del af de unge, som havde haft bopæl uden for hjemmet før MST-henvisningen (f.eks. på eget værelse eller på efterskole), var ganske selvstændige og modne.

7.4 Døgnanbringelse

Den logistiske regressionsmodel med sigte på døgnanbringelse i løbet af opfølgningsperioden havde en R^2 på 0,421, en lavere værdi end den tilsvarende model i Del 1. Tre ud af fire variabler var signifikante, mens Unges alder i år (variabel 1) var inkluderet som kontrolvariabel uden et signifikant selvstændigt bidrag til forudsigelseskraften.

Tabel 7.5: Logistisk regressionsmodel (afhængig variabel: Døgnanbringelse i løbet af perioden 0-6 måneder efter MST-udskrivningen)

Variabler i modellen

			95 %-konfidensinterval for Exp(B)	
	Signifikans-niveau (P)	**Exp(B)**	**Nedre grænse**	**Øvre grænse**
1. Unges alder i år	0,085	0,622	0,363	1,067
2. Anbragt tidligere	0,032	5,047	1,148	22,196
3. I anbringelsesrisiko sidste seks uger af MST	0,001	14,252	3,028	67,082
4. Misbrug ved udskrivning	0,020	6,696	1,349	33,247
Inkluderede cases i analysen (N):				**90**
Nagelkerke R^2 for modellen:				**0,421 (0,52)**

Note: Tallet i parentes er R^2-værdien for den tilsvarende model i Del 1.

Unge med tidligere døgnanbringelse havde ifølge estimatet fem gange så stor risiko for også at blive anbragt efterfølgende (nedre grænse for estimatet var en forøgelse af risikoen på knapt 15 %). Variablen I anbringelsesrisiko sidste seks uger af MST-forløbet (variabel 3) var højsignifikant, og den nedre grænse for estimatet var en tredobling af risikoen for efterfølgende døgnanbringelse. Der er således tegn på, at mange af de efterfølgende anbringelser allerede var under opsejling i slutfasen af MST-forløbet. At Misbrug ved udskrivningen (variabel 4) og er inkluderet tyder på en sammenhæng mellem et uløst misbrugsproblem ved udskrivningen (som ikke nødvendigvis vurderes som alvorligt på udskrivningstidspunktet – variablen *Betydende* misbrug ved udskrivning er f.eks. ikke inkluderet i modellen) og forøget risiko for efterfølgende anbringelse. Den nedre grænse for estimatet er en risikoforøgelse på 35 %.

7.5 Samlet behandlingsresultat

Som det er fremgået, er det en række ganske forskelligartede sæt af faktorer, som gav forøget henholdsvis reduceret udsigt til et gunstigt udfald på de fire måleområder hver for sig. Afslutningsvis er der derfor gennemført en multipel lineær regressionsanalyse, hvor den afhængige variabel er den samlede resultatscore. Formålet er at udpege de faktorer, som samlet set trak behandlingsresultatet i positiv henholdsvis negativ retning med kontrol for tredjevariabler.

Tabel 7.6 viser en R^2-værdi justeret for antallet af variabler på 0,352 (marginalt under værdien i den tilsvarende model i Del 1). I modsætning til Nagelkerkes R^2 kan dette mål oversættes til forklaret varians, og modellen kan således forudsige 35,2 % af variationen på den afhængige variabel. I de fleste samfundsvidenskabelige sammenhænge betragtes dette som en ganske god forklaringskraft.

Signifikansmålene for variablerne fortolkes på samme måde som i de foregående analyser. Én af de seks inkluderede variabler var ikke signifikant i sig selv (Tidligere døgnanbringelse). Der *kan* ligge en sammenhæng mellem værdien på denne variabel på den ene side (ja-svar = reduceret forventet resultatscore) og de samlede behandlingsresultater ved opfølgningen på den anden, men estimatet er behæftet med usikkerhed (der er 8 %

chance for at forskellen er udtryk for en tilfældighed). To af de fem øvrige variabler er signifikante, og de resterende tre er højsignifikante.

Tabel 7.6 Lineær regressionsmodel (afhængig variabel: Score på resultatindeks ved opfølgningen 6 mdr. efter MST-udskrivningen)

Variabler i modellen

	Signifikans-niveau	**Ikke-standardiserede koefficienter (B)**	**Standardiserede koefficienter (Beta**
1. I anbringelsesrisiko sidste 3 mdr. før MST	0,000	1,233	0,422
2. Familietype A	0,015	0,774	0,211
3. Tidligere døgnanbringelse	0,080	-0,528	-0,157
4. Den unges alder i år	0,022	0,214	0,205
5. Tidligere begået kriminalitet	0,005	0,768	0,260
6. Misbrug ved udskrivning fra MST	0,008	-0,801	-0,248
Inkluderede cases i analysen (N):			**101**
Justeret R^2 for modellen			**0,352 (0,359)**

Note: Tallet i parentes er R^2-værdien for den tilsvarende model i Del 1.

Parameterestimaterne fortolkes anderledes end estimaterne i de foregående tabeller. De ikke-standardiserede hældningskoefficienter (B) estimerer, hvor meget den afhængige variabel alt andet lige ændres, når man bevæger sig ét trin op på hver enkelt af de uafhængige variabler. Tabellen viser, at unge, der var i anbringelsesrisiko ved henvisningen, fik reduceret deres problemomfang ved opfølgningen betydeligt mere end unge uden anbringelsesrisiko. I datasættet havde førstnævnte gruppe en resultatscore på 1,38 point mod 0,47 point i den anden gruppe. Ikke langt fra B-estimatet som siger, at anbringelsesrisiko *alt andet lige* indebærer en forøgelse af resultatscoren med 1,23 point. Fortolkningen må være, at det i mange af de forholdsvis tunge sager, hvor anbringelse var på tale op til henvisningen, er lykkedes at reducere problemomfanget mere på tværs af de fire områder, sammenlignet med de sager, hvor der ikke var anbringelsesrisiko op til henvisningen.

Det at komme fra en familie af type A (sammenlignet med de tre øvrige familiekategorier under ét) estimeres til at give en gevinst på 0,774 point på resultatindekset med kontrol for tredjevariabler. Havde den unge tidligere været døgnanbragt viser estimatet til gengæld en reduktion i resultatscoren på -0,528 point (variabel 3). En tilsvarende negativ sammenhæng gælder for variabel 6 (Misbrug ved udskrivning), hvor der estimeres en reduktion i resultatscoren på -0,801 point (ja-svar giver en højere numerisk kodeværdi på variablen). For de to sidste variabler i modellen estimeres en positiv sammenhæng med resultatscoren: For hvert år den unge var ældre ved første besøg øges estimatet for resultatscoren med 0,214 point, mens Tidligere kriminalitet hos den unge (variabel 5) gav en forøgelse af resultatscoren på 0,768 point. I det sidstnævnte tilfælde må det formodes, at baggrunden for denne umiddelbart overraskende positive sammenhæng er parallel med årsagen til den positive sammenhæng mellem anbringelsesrisiko op til henvisningen og resultatscoren: I sager med et højt problemniveau (og formentlig ofte en høj problembevidsthed) opnås en større reduktion i problemantallet.

Værdierne i den sidste kolonne, de standardiserede koefficienter (Beta), kompenserer for de forskellige enhedsopdelinger af de uafhængige variabler, og giver derfor mulighed for at sammenligne variablernes respektive bidrag til modellens forklaringskraft. Det ses, at det største bidrag kommer fra variabel 1, der har en Beta-koefficient på 0,422, mens variabel 2, 4, 5 og 6 fulgte efter med koefficienter på ±0,2-0,26.

7.6 Standardiserede instrumenter

Som nævnt i kapitel 2 er de sekundære resultatmål (baseret på de standardiserede instrumenter) inkluderet i undersøgelsesdesignet ud fra en betragtning om, at forbedringer i de unge og deres familiers situation på de enkelte områder for det første i sig selv er værdifulde for de unges videre livsudsigter. For det andet er der også taget udgangspunkt i en antagelse om, at forbedringer på de sekundære mål vil påvirke udviklingen på de primære resultatmål i positiv retning. Det var således nærliggende at undersøge om denne sammenhæng er gældende med kontrol for tredjevariabler.

På grund af det store bortfald på disse målinger var der dog ikke basis for at inkludere de sekundære resultatmål i regressionsanalyserne, da antallet af inkluderede cases i analyserne ville blive så lavt, at analyseresultaterne ville være behæftet med alt for stor usikkerhed. Det er dog muligt at få et fingerpeg om, i hvor høj grad der sås den forventede sammenhæng mellem udviklingen i de sekundære og primære resultatmål ved at undersøge hvilken udvikling, som sås i scorerne på de forskellige sekundære mål i grupper med forskellige samlede resultatscorer.

I Tabel 7.7 nedenfor er den gruppe af forløb, hvor der foreligger instrumentdata, opdelt i to undergrupper: En gruppe med negativ eller neutral resultatscore på de primære mål (resultatscore i intervallet -4 til 0 point) og en gruppe med positive resultatscorer (i intervallet +1 til +4 point). For hver af disse grupper er nedenfor opgivet de gennemsnitlige "change scores" – dvs. opfølgningsmålingen minus baselinemålingen – på de anvendte instrumenter (TRF, FACES, SCPQ og SIPA). Hvis antagelsen om, at en gunstig udvikling på de sekundære mål underbygger en positiv udvikling på de primære mål, er korrekt, må det forventes, at gruppen af forløb med en positiv resultatscore (primære mål) også har haft en mere gunstig udvikling på de sekundære mål end gruppen med neutrale eller negative resultatscorer.

Ser man først på den yderste højre kolonne, hvor der er opgivet p-værdier for signifikanstest på de observerede forskelle, fremgår det, at der kun i ét tilfælde var tale om en signifikant forskel ved et 0,05-signifikansniveau. Det gælder de unges besvarelser af FACES-subskalaen Flexibility, hvor forløbene med neutrale/negative resultatscorer havde en "change score" på -1,13 point – altså en oplevelse af en *forværret* familiefunktion med hensyn til fleksibilitet – mens gruppen med positive resultatscorer havde en positiv "change score" på 2,36 point i gennemsnit – en forbedring af familiefunktionen. I 14 ud af de 26 målinger var p-værdierne dog over 0,5. Antagelsen om en generel sammenhæng mellem en gunstig udvikling på de sekundære mål og positive resultater på de primære mål underbygges altså ikke umiddelbart.

Ser man på de enkelte change scores viser der sig forskelle på tværs af informanttyperne. På lærernes TRF-besvarelser var forskellene i overensstemmelse med den underliggende tese på alle tre TRF-skalaer: Der var gunstigere change scores på de sekundære mål i gruppen med positive resultater på de primære mål – men forskellene var altså ikke store nok til at være signifikante. På forældrenes FACES-besvarelser tegner sig et mere uklart billede. På halvdelen af de otte mål gik resultaterne direkte imod det forventede, og på alle mål var forskellene under alle omstændigheder små. For de unges vedkommende sås de forventede forskelle på alle otte FACES-mål, om end de var beskedne i absolutte termer. For SCPQ-målet ses den forventede udvikling på forældrenes og de unges besvarelser, hvorimod gennemsnittene af lærernes besvarelser gik imod det forventede. Med hensyn til forældrenes SIPA-besvarelser ses det samme billede som på forældrenes besvarelser af FACES-instrumentet: I halvdelen af tilfældene går resultater-

ne *imod* det forventede: I gruppen med neutrale/negative resultatscorer er der en gunstigere udvikling på de sekundære mål sammenlignet med gruppen med positive resultatscorer. På alle fire subskalaer er forskellene under alle omstændigheder forholdsvis ubetydelige.

Tabel 7.7 Sammenhæng mellem udviklingen i primære og sekundære resultatmål

	"Change scores" på instrumenter i forløb med negativ/neutral resultatscore	**"Change scores" på instrumenter i forløb med positiv resultatscore**	**Signifikans**
TRF Samlet score (lærer)	-6,12	-14,97	0,433
TRF Eksternalisering (lærer)	-3,96	-5,11	0,801
TRF Internalisering (lærer)	1,58	-2,46	0,232
FACES Chaotic (forældre)	-5,07	-4,35	0,594
FACES Cohesion (forældre)*	2,21	1,49	0,552
FACES Disengaged (forældre)	-1,93	-1,92	0,992
FACES Enmeshed (forældre)	-1,29	-2,08	0,349
FACES Communication (forældre)*	4,39	5,90	0,358
FACES Satisfaction (forældre)*	6,46	6,20	0,891
FACES Flexibility (forældre)*	0,64	1,05	0,707
FACES Rigid (forældre)	-0,18	-1,16	0,347
FACES Chaotic (unge)	-2,06	-0,84	0,340
FACES Cohesion (unge)*	0,44	2,96	0,104
FACES Disengaged (unge)	-1,56	-1,52	0,983
FACES Enmeshed (unge)	-0,38	0,24	0,616
FACES Communication (unge)*	1,75	5,40	0,111
FACES Satisfaction (unge)*	-0,06	1,68	0,522
FACES Flexibility (unge)*	-1,13	2,36	0,048
FACES Rigid (unge)	-1,00	0,20	0,531
SCPQ (forældre)*	1,45	2,98	0,271
SCPQ (lærer)*	2,12	0,73	0,534
SCPQ (unge)*	2,76	6,27	0,134
SIPA Incompetence/Guilt (forældre)	-3,35	-3,93	0,718
SIPA Life Restrictions (forældre)	-2,82	-2,56	0,918
SIPA Relationship with Partner (forældre)	-1,94	-2,41	0,819
SIPA Social Alienation (forældre)	-2,24	-1,37	0,329

*Note: "Change score" = opfølgningsmåling minus baselinemåling. På instrumenter mærket med * er en høj (øget) score (og dermed en positiv change score) ønskværdig.*

Samlet må det konkluderes – om end med forbehold for den manglende kontrol for tredjevariabler – at data ikke umiddelbart giver støtte til antagelsen om, at en gunstig udvikling på de områder, som belyses med de anvendte instrumentmål, generelt understøtter en gunstig udvikling på de fire primære resultatmål. Dette gælder især udtalt for besvarelserne fra de unges forældre.

7.7 Opsamling

Tabel 7.8 nedenfor giver en oversigt over sammensætningen af regressionsanalyserne gennemført i forbindelse med den samlede resultatevaluering af MST. For hver af de afhængige variabler (primære resultatmål) er de inkluderede variabler opregnet med angivelse af retningen af sammenhængen.

Tabel 7.8: Oversigt over regressionsmodellerne i Del 1 og 2

Afhængige variabler	Regressionsmodeller Del 1	Regressionsmodeller Del 2
Passede skole/arbejde 6/9 mdr. efter MST	Familietype = B (-), Anbringelsesrisiko op til henvisning (-), Anden bopæl uden for hjemmet 0-6 mdr. før MST (+), Passede skole/arbejde ved udskr. (+), Målopfyldelse (IOM) (+), Udskr. = planmæssig (+), Target score på TAM-mål 3 = opfyldt (+)	Betydende misbrug ved udskrivning (-), Regelmæssig skulkning ved udskrivning (-), Familietype = A (+), Højeste uddannelsesniv. i hjemmet = lav (-), Behandlingsvarighed (-), Vejlederuddannelse = psykolog (-)
Begået kriminalitet 0-6/9 mdr. efter MST	Familietype = D (+), Kriminalitet tidligere (+), Score på problemindeks (-), Målopfyldelse (IOM) (-), Target score på TAM-mål 1 = opfyldt (+), Behandlingsvarighed (+), Terapeut = socialrådgiver (+)	Anbringelsesrisiko sidste 6 uger af MST (+), Køn = pige (-), Misbrug ved udskrivningen (+), Skoletilbud afbrudt tidligere (+), Alvorlige psyk. probl. i hjemmet under opvæksten (+), Døgnanbragt tidligere (+)
Misbrug 0-6/9 mdr. efter MST	Misbrug tidligere (+), Skoletilbud ved MST-henvisningen (-), Misbrug under MST (+), Målopfyldelse (IOM) (-)	Målopfyldelse (IOM) = 100 % (-), Misbrug tidligere (+), Familietype = A (-), Unges alder i år (-), Passede skole/arbejde ved udskrivning (-)
Døgnanbringelse 0-6/9 mdr. efter MST	Døgnanbragt under MST (+), Skoletilbud ved udskrivning (+), Målopfyldelse (IOM) (-), Team = Nordj. Amt 1	Unges alder i år (-), Anbragt tidligere (+), I anbringelsesrisiko sidste 6 uger af MST (+), Misbrug ved udskr. (+)
Resultatscore 6/9 mdr. efter MST	Familietype = A (+), Passede skole/arbejde ved udskrivning (+), Kriminalitet sidste 6 uger af MST (-), Score på problemindeks (+), Målopfyldelse (IOM) = 100 % (+), Terapeut = socialrådgiver (-)	Anbringelsesrisiko sidste 3 mdr. før MST (+), Familietype = A (+), Døgnanbringelse tidligere (-), Unges alder i år (+), Kriminalitet tidligere (+), Misbrug ved udskr. (-)

Note: (+) = positiv sammenhæng med afhængig variabel, (-) = negativ sammenhæng med afhængig variabel.

Tabellen giver anledning til en række iagttagelser:

- I både Del 1 og 2 viste der sig en klar tendens til, at der generelt opnåedes bedre behandlingsresultater i forhold til unge fra familier af den bedst stillede type A end i forhold til de øvrige tre typer under ét. En yderligere, måske overraskende iagttagelse er således, at der ikke er tegn på, at resultaterne generelt er bedre i familier af type B end i familier af type D og især C.
- De øvrige familiebaggrundsvariabler slog kun ud i beskedent omfang. I Del 2 gav lav uddannelse hos forældrene dog reduceret sandsynlighed for, at den unge passede skole/arbejde ved opfølgningen.
- I Del 1 var der en tendens til, at resultaterne var mindre gunstige i forhold til den yngste aldersgruppe, men variablen kom dog ikke med i nogen af regressionsmodellerne. I Del 2 slår aldersfaktoren imidlertid ud: Jo ældre den unge er ved første MST-møde, jo bedre resultater – dette gælder især i forhold til misbrugs- og anbringelsesområderne.
- I Del 1 var der en tendens til, at især skolerelaterede forklarende variabler med sigte på den unges situation kom med i modellerne. I Del 2 gælder dette i højere grad for misbrugsrelaterede variabler. Misbrug ved udskrivning havde således en negativ sammenhæng med de afhængige variabler på tre af de fire fokusområder. Unge med misbrug ved udskrivningen havde derfor også dårligere udsigt til et gunstigt samlet behandlingsresultat.
- I Del 1 var MST-teamenes angivne målopfyldelsesgrad (IOM) med i samtlige modeller, og MST-medarbejdernes selvevaluering ved udskrivningen havde således god forudsigelseskraft i forhold til status ved opfølgningen. Dette er kun i ringe grad tilfældet i Del 2. Angivelserne af målopfyldelse var således, i denne henseende, mindre udsagnskraftige i forhold til den videre udvikling i forbindelse med disse forløb.

- Analyserne gav generelt ikke stærkt belæg for at sige, at MST-medarbejdernes uddannelsesbaggrund eller omfanget af deres MST-erfaring spillede ind i forhold til behandlingsresultaterne. Tendensen til at terapeuter med socialrådgiverbaggrund havde mindre gode resultater i Del 1 gik ikke igen i Del 2. Samtidig sås heller ikke den forventede sammenhæng mellem TAM-/TAM-R-resultaterne og behandlingsudfaldet. I Del 1 var der endog et eksempel på en positiv sammenhæng mellem TAM-scoren og risikoen for efterfølgende kriminalitet. I Del 2 var TAM-R-variablen desuden ganske tæt på at komme med i en af modellerne med en negativ sammenhæng med et *gunstigt* behandlingsudfald.
- Data giver ikke umiddelbart støtte til antagelsen om, at en gunstig udvikling på de områder, som belyses med de anvendte standardiserede instrumentmål (sekundære resultatmål), generelt understøtter en gunstig udvikling på de fire primære resultatmål. Dette viste sig især for besvarelserne fra de unges forældre. Der gælder dog det, næppe tungtvejende forbehold, at data ikke muliggjorde en kontrol for tredjevariabler på dette område.

8 EVALUERINGSMÆSSIGE KONKLUSIONER

Formålet med dette kapitel er at foretage en opsamlende vurdering af de fremlagte behandlingsresultater og øvrige data fra et evalueringsmæssigt synspunkt. Der tages afsæt i de tre evalueringsspørgsmål opstillet i afsnit 2.3. Først vurderes de umiddelbare og mere langsigtede behandlingsresultater med sigte på de primære og sekundære resultatmål. Dernæst belyses betydningen af selve behandlingsforløbet ud fra data om metodeefterlevelse, terapeutbaggrund, osv. Til slut diskuteres det kort, om data indikerer et behov for justeringer i visitationspraksis.

8.1 Behandlingsresultater: Data fra familierådgiverne

I dette afsnit rettes fokus mod udviklingen over tid i andelene af de unge, som var berørt af de fire problemtyper over tid (Tabel 8.1).[26] Kolonne 1 i tabellen viser således baselines på undersøgelsens fire problemområder. I forhold til skole/arbejde angiver baseline andelen af unge, som i ugerne op til MST-henvisningen enten ikke havde skole/lønnet arbejde i mindst 20 timer pr. uge, eller som havde et ubegrundet fravær fra skole/arbejde på ugentlig basis. På kriminalitetsområdet angiver baseline hvor stor en andel af de unge, der havde begået kriminalitet i løbet af de sidste seks måneder op til MST-henvisningen. På misbrugsområdet vises andelen af unge med misbrugsadfærd i ugerne op til MST-henvisningen. På døgnanbringelsesområdet udgøres baseline til slut af andelen af unge med faktisk anbringelse i samme periode eller med konkret anbringelsesrisiko de sidste tre måneder op til henvisningen.

Tabel 8.1: Udviklingen i forhold til undersøgelsens primære resultatmål

	Andel i problemgruppen ved/op til henvisningen	Andel i problemgruppen ved/op til udskrivning	Andel i problemgruppen ved/op til opfølgningen (6/9 mdr.)	Forandring i andelen i problemgruppen (mellem baseline og opfølgning)
Skole/arbejde				
Del 1	70,1 %	31,8 %	32,5 %	-53,6 %
Del 2	63,0 %	33,1 %	34,7 %	-44,9 %
Kriminalitet				
Del 1	67,7 %	9,5 %	35,0 %	-48,3 %
Del 2	58,4 %	15,8 %	27,0 %	-53,8 %
Misbrug				
Del 1	52,5 %	21,1 %	21,7 %	-58,7 %
Del 2	44,4 %	23,8 %	22,4 %	-49,5 %
Døgnanbringelse				
Del 1	59,7 %	8,1 %	23,4 %	-60,8 %
Del 2	47,2 %	11,3 %	20,2 %	-57,2 %

Note: Tabellen baserer sig på oversigterne på de enkelte områder i kapitel 5.

Kolonne 2 angiver data for situationen i ugerne op til MST-udskrivningen, mens kolonne 3 viser andelene med det pågældende problem i opfølgningsperioden 0-6/9 måneder efter MST-udskrivningen. På misbrugs- og skole-/arbejdsområdet tager sammenligningen dog udgangspunkt i data for situationen i ugerne op til opfølgningstidspunktet. Den sidste

[26] Fokus er primært på den første opfølgningsmåling fra Del 1, da anden opfølgning kun kunne nå at omfatte godt en tredjedel af de 231 unge pga. den tidsmæssige ramme for dataindsamlingen.

kolonne viser forandringen i andelen i problemgrupperne i en sammenligning mellem baseline- og opfølgningsmålingerne.

Man ser for det første, at der har været forholdsvis klare fald i andelene i problemgrupperne mellem baseline- og opfølgningsmåling i begge delundersøgelser og på tværs af måleområderne (i intervallet 45-60 %). På kriminalitetsområdet ses det største fald i Del 2, men ellers er forbedringerne størst i Del 1; mest tydeligt i forhold til misbrug og skole/arbejde.

Videre tyder resultaterne alt andet lige på, at MST-indsatsen har spillet en vigtig rolle i forhold til de opnåede mere langsigtede resultater, da udskrivningsstatus med en enkelt ubetydelig undtagelse er mere positiv end opfølgningsstatus på alle områder. I forhold til misbrug og skole/arbejde sker der kun en marginal forværring mellem udskrivnings- og opfølgningsmålingerne, mens der i mere betydeligt omfang skete tilbagefald til kriminalitet og efterfølgende døgnanbringelse.

I det følgende analyseres resultaterne mere indgående på tværs af de to delundersøgelser.

8.1.1 Evalueringsområde: Skole/arbejde

Omfanget af reduktionen i andelen af unge i denne problemgruppe i begge delundersøgelser (henholdsvis 54,6 % og 47,5 %) sandsynliggør, at MST har gjort en forskel i et stort antal sager. Der var dog fortsat godt 30 % af de unge, som ikke passede et skoletilbud/arbejde ved udskrivningen, hvor de i gennemsnit var knapt 15½ år. At andelen af unge med problemer på området stort set ikke var steget ved første opfølgning er et opmuntrende tegn på, at de opnåede resultater har god holdbarhed. Det skal dog nævnes, at anden opfølgning i Del 1 viste en stigning i andelen med problemer, hvilket kvalificerer dette billede (se delrapport 1).

Data fra Del 1 og 2 tegner generelt det mønster, at en stor gruppe unge (50-55 %) vinder fodfæste i uddannelsessystemet i løbet af og efter MST-forløbet, mens 7-10 % passer et arbejde. Mere problematisk er der godt 15 %, der har et skoletilbud, men med omfattende fravær; mens restgruppen (20-25 %) hverken har skoletilbud eller arbejde. Videre er det værd at bemærke, at 70-80 % af de unge med problemer ved opfølgningen også havde det ved indskrivningen; der er således mange gengangere i problemgruppen over tid i både Del 1 og 2.

Konklusionen er på den ene side, at MST-indsatsen *har* vist sig virkningsfuld på dette område i et stort antal sager. På den anden side står såvel MST-teamene som de henvisende kommuner med en stor udfordring i forhold til at nå den ikke ubetydelige gruppe med problemer både før og efter MST-forløbet. På det foreliggende grundlag kan resultaterne ikke siges at være fuldt ud tilfredsstillende. Det skal dog i den forbindelse nævnes, at den norske MST-evaluering viste, at omkring halvdelen af de 75 unge, som var omfattet af målingen to år efter henvisningen, passede et uddannelsestilbud på regelmæssig basis.[27] Der er således ikke umiddelbart tegn på, at de danske resultater i forhold til målgruppen er dårligere end de norske.

[27] Resultaterne af den norske MST-evaluering præsenteres i T. Ogden og K. Amlund Hagen (2006): "Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake", i *Child and Adolescent Mental Health*, årg. 11, nr. 3, s. 142-149. T. Ogden og C. Halliday-Boykins (2004): "Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US", i *Child and Adolescent Mental Health*, årg. 9, nr. 2, s. 77-83.

8.1.2 Evalueringsområde: Kriminalitet

De umiddelbare behandlingsresultater på kriminalitetsområdet er meget positive – i Del 1 et fald på 86 % sammenholdt med andelen af unge i problemgruppen op til henvisningen, i Del 2 et fald på 73 %. Disse data afspejler dog adfærden inden for to meget uens tidsrum (de seks måneder op til MST-henvisningen, henholdsvis de sidste seks uger af MST-forløbet), og det er derfor positivt at kunne konstatere, at faldet i andelen af unge i problemgruppen ved opfølgningen ligger omkring 50 % i begge delundersøgelser. Der er altså en stor gruppe 15-17-årige unge, som bringes tilsyneladende varigt ud af kriminalitetsadfærden.

På individniveau er situationen sammenlignelig med skole-/arbejdsområdet: Den overvejende del af de unge med problemer efter MST-behandlingen havde det også før henvisningen. Henholdsvis 86 % og 73,4 % af de unge i Del 1 og 2 med kriminalitet i opfølgningsperioden havde det også op til henvisningen. Det er især hér, der ligger et potentiale for yderligere styrkelse af arbejdet med kriminalitetsproblemer. Den norske opfølgningsundersøgelse er baseret på et selvrapporteringsinstrument med sigte på antisocial adfærd (herunder kriminalitet), og rummer ikke umiddelbart sammenlignelige data, men det er dog værd at bemærke, at MST-gruppens gennemsnitsscore på selvrapporteringsinstrumentet blev ca. halveret mellem henvisnings- og opfølgningsmålingerne, mens kontrolgruppens score blev reduceret med ca. en tredjedel.

Resultaterne sættes i perspektiv af, at de aldersopdelte kriminalitetsfrekvenser i den danske befolkning som helhed har et brat stigende forløb indtil det tyvende år og først derefter er jævnt aftagende. Kriminalitetsrisikoen er med andre ord generelt stigende over tid for unge indtil denne aldersgrænse.[28] Videre skal det nævnes, at den eksisterende forskning på området viser, at der såvel nationalt som internationalt er ganske få eksempler på veldokumenterede, virkningsfulde specialpræventive indsatser over for målgruppen.[29] I dette lys må man samlet sige, at resultaterne er meget tilfredsstillende.

8.1.3 Evalueringsområde: Misbrug af rusmidler

Resultaterne på misbrugsområdet – målt på faldet i andelen i problemgruppen – er i Del 1 bedre end resultaterne i forhold til kriminalitetsproblemer, hvorimod de i den samme sammenligning ligger noget dårligere i Del 2.

Faldet i andelen af unge med misbrugsproblemer mellem baseline- og udskrivningsmålingerne på 46,4 % (Del 2) og især 59,8 % (Del 1) er ganske tilfredsstillende. Op til henvisningen havde 53 % (Del 1) og 44 % (Del 2) af de unge en form for misbrug; ved udskrivningen var den samme andel på godt tyve procent. Men også opfølgningsresultaterne må bedømmes som tilfredsstillende: Faldet i andelen af unge i problemgruppen var på 58,7 % i Del 1 og 49,5 % i Del 2. Det skal desuden bemærkes, at andelen i problemgruppen faldt yderligere en smule ved anden opfølgning i Del 1 (efter 18 måneder), hvilket umiddelbart underbygger, at MST-resultaterne på misbrugsområdet er varige.

Der findes så vidt vides ikke pålidelig, selvstændig statistik for misbrugsadfærd i MST-aldersgruppen,[30] men den seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed viste, at henholdsvis 25 % og 8 % af alle mænd i alderen 16-

[28] H. Stevens (2005): *Kriminalitet og uddannelsesforløb – En longitudinel undersøgelse af fødselsårgangen 1970*, København: Juridisk Forskningsenhed, Justitsministeriet.
[29] B. Kyvsgaard (2006): *Hvad virker – hvad virker ikke? Kundskabsbaseret kriminalpolitik og praksis*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
[30] L. Vind og K. Finke (2006): *Ambulante behandlingstilbud til unge under 18 år med misbrugsproblemer*, Århus: Center for Rusmiddelforskning.

24 år i 2005 angav at havde brugt hash eller andre illegale stoffer inden for det seneste år, mens de tilsvarende andele for kvinder var 18 % og 3 %.[31] Man skal således vurdere andelen med fortsat misbrugsadfærd (som defineres ganske inklusivt i denne sammenhæng – jf. afsnit 2.2) i lyset af den ganske udbredte stofbrug i befolkningen som helhed. Afrapporteringen fra den norske opfølgningsundersøgelse opgiver ikke data vedrørende misbrugsforhold. Samlet må resultaterne vurderes som tilfredsstilende.

8.1.4 Evalueringsområde: Døgnanbringelse

På dette område findes der ikke en baseline for de unges problemer op til MST-henvisningen med samme præcision som på de øvrige problemområder. Man skal således være opmærksom på, at den i Tabel 8.1 anvendte baseline, der indregner unge med enten faktisk anbringelse eller angivet konkret anbringelsesrisiko op til henvisningen, sandsynligvis til en vis grad overvurderer resultaterne (se afsnit 5.4.4). Ikke mindst er der formentlig en del af de unge med angivet anbringelsesrisiko op til MST-henvisningen, som ikke ville være blevet anbragt efterfølgende uden MST-indsatsen.

I betragtning af at forventningen til MST blandt andet er, at programmet skal virke anbringelsesforbyggende (se www.mst-danmark.dk), er det under alle omstændigheder mindre tilfredsstillende at konstatere, at der i Del 1 skete døgnanbringelse efter afslutningen af MST-forløbet i henholdsvis 23,4 % og 34,9 % af de sager, hvor der var valide data, i løbet af de to opfølgningsperioder (svarende til 49 og 30 unge),[32] mens 20,2 % blev døgnanbragt i løbet af opfølgningsperioden i Del 2 (25 unge). På individniveau adskiller Del 1 og 2 sig fra hinanden derved, at en større andel af de unge i problemgruppen ved opfølgningen ikke var i problemgruppen ved henvisningen i Del 1 (77,2 % mod 44,1 %). Der var med andre ord en større andel "nytilkomne" i opfølgnings-problemgruppen i Del 1.

Data for anbringelsesområdet understreger, at arbejdet med efterværn bør stå centralt i den videre udvikling af MST-indsatsen i Danmark såvel som i samspillet med de henvisende forvaltninger. Opgavens vanskelighed skal dog ikke undervurderes. I forbindelse med den norske opfølgningsundersøgelse to år efter henvisningen havde 28 % af de unge i MST-gruppen og 48 % af de unge i kontrolgruppen (der modtog det "sædvanlige kommunale tilbud" til målgruppen) været anbragt uden for hjemmet inden for de seneste seks måneder. De danske MST-resultater er således umiddelbart nogenlunde på linje med de norske MST-resultater – og betydeligt bedre end resultaterne i den norske kontrolgruppe.

8.2 Behandlingsresultater: Standardiserede instrumenter

I forbindelse med Del 2 er data fra familierådgiverne vedrørende undersøgelsens primære resultatmål blevet suppleret med besvarelser fra de unge samt deres forældre og lærere m.m. vedrørende en række sekundære resultatmål – den unges almene psykiske befindende, familiefunktionen, oplevet forældreskab, m.m. Det er antaget, at en gunstig udvikling på de sekundære mål er ønskværdige i sig selv, men undersøgelsesdesignet indebærer desuden en antagelse om, at forbedringer på de sekundære mål, som mellemkommende variabler, vil have en gunstig indvirkning på udviklingen på de primære resultatmål.

[31] O. Ekholm m. fl. (2005): *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*, København: Statens Institut for Folkesundhed.
[32] Det skal dog nævnes, at bortfaldsanalysen i Delrapport 1 peger på, at data fra anden opfølgning (der på grund af bortfald kun omfatter 87 af de 231 sager) sandsynligvis i et vist omfang indebærer en undervurdering af behandlingsresultaterne sammenlignet med en situation uden bortfald.

Tabel 8.2 viser udviklingen på de forskellige områder mellem baseline-målingen og udskrivnings- henholdsvis opfølgningsmålingen. Teacher Report Form (TRF) blev besvaret af de unges lærere, og måler den unges almene psykiske befindende; Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES) besvaredes af de unge og deres forældre, og måler oplevet familiefunktion; Social Competence with Peers Questionnaire (SCPQ) blev besvaret af de unge samt deres forældre og lærere, og måler den unges jævnaldrende-relationer; sluttelig besvaredes Stress Index for Parents of Adolescents (SIPA) af de unges forældre, og måler oplevet forældreskab.

Tabel 8.2: Udviklingen i forhold til undersøgelsens sekundære resultatmål

	Forandring i problemscore (mellem baseline og udskrivning)	**Forandring i problemscore (mellem baseline og opfølgning)**
Teacher Report Form		
Samlet score	21,4 %	22,1 %
Subskala: Eksternalisering	21,9 %	22,4 %
Subskala: Internalisering	19,9 %	16,3 %
Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV		
Unge (gennemsnit af otte subskalaer)	11,9 %	11,3 %
Forældre (gennemsnit af otte subskalaer)	18,4 %	23,2 %
Social Competence with Peers Questionnaire (subskala)		
Unge	2,3 %	11,5 %
Forældre	6,8 %	12,1 %
Lærere	14,0 %	18,5 %
Stress index for Parents of Adolescents (Parent Domain)		
Gennemsnit af fire subskalaer	9,6 %	11,9 %

Note: Tabellen baserer sig på oversigterne på de enkelte områder i kapitel 6. Positive procenttal angiver forbedringer i sammenligning med baseline-målingerne.

Der var generelt tale om forbedringer på alle mål, og med to undtagelser forbedredes de respektive scorer både mellem baseline og udskrivning og mellem udskrivning og opfølgning. Den positive udvikling fortsatte med andre ord efter MST-afslutningen. Omvendt er der ikke tale om markante forbedringer – på flere områder er de tværtimod beskedne. Beregning af estimerede effektstørrelse viser, at der i en del tilfælde var tale om moderate til store behandlingseffekter – dette gælder både besvarelser fra de unge, deres forældre og lærere – men data viste dog også ubetydelige effekter på en række områder.

De mest positive resultater ses i forhold til den samlede score på TRF og dennes eksternaliserings-subskala samt på forældrenes FACES-besvarelser. For TRF-resultaterne gælder det dog, at der var markant bedre resultater i forhold til drengene end i forhold til pigerne. Dette er overraskende i lyset af, at der i Del 2 på de *primære* resultatmål generelt sås en bedre udvikling i forløb, hvor den unge var en pige.

I forhold til SCPQ viste især de unges og deres forældres besvarelser en meget beskeden positiv udvikling mellem henvisning og udskrivning. Der var en vis positiv udvikling også frem mod opfølgningen, men der synes ikke at være belæg for at sige, at MST har gjort en betydelig forskel her. For forældrenes SIPA-besvarelser og FACES-data fra de unge gælder det, at der sås en beskeden forbedring ved udskrivningen på omkring 10 %, mens der kun var små ændringer mellem udskrivnings- og opfølgningsmålingerne.

Nedenfor uddybes resultaterne i forhold til de enkelte resultatmål.

8.2.1 Evalueringsområde: Den unges almene psykiske befindende (TRF)

Man må her som sagt skelne mellem resultaterne i forhold til piger og drenge. For pigernes vedkommende var der kun tale om yderst beskedne forbedringer i sammenligningen mellem baseline og opfølgning. Forbedringerne ved udskrivningen – som var stort set på niveau med drengenes – viste sig ikke holdbare. Det lykkedes derimod at reducere drengenes problemscore fra et niveau klart over den 95. procentil til et niveau klart under denne grænse – dette gælder alle tre mål. Videre fortsatte forbedringerne efter MST-afslutningen. Effektstørrelsen estimeredes til at være "moderat til stor". Alt i alt tilfredsstillende resultater. Man skal dog være opmærksom på, at begge grupper ved opfølgningen fortsat lå klart over deres køns gennemsnit i aldersgruppen som helhed.

8.2.2 Evalueringsområde: Familiefunktion (FACES)

Forældrenes besvarelser af FACES viste forholdsvis tydelige forbedringer ved både udskrivning og opfølgning. Forbedringerne samlede sig om subskalaer med sigte på organisering og klarhed i relationerne samt generel tilfredshed og kommunikationsevne. I tre tilfælde lå effektestimatet omkring grænsen til "stor effekt". Der synes at være grundlag for at konkludere, at forældrene i tilfredsstillende grad har oplevet en forbedring i familiens funktionsevne som resultat, om end der altså er områder, hvor der ikke skete tydelige forbedringer (især på familiens sammenhængskraft, tilpasningsevne og beslutningstagning). De unges besvarelser viste forbedringer, om end mindre tydelige, generelt såvel som på de enkelte mål. Kun på kommunikationsskalaen kom den estimerede effekt akkurat op i kategorien "moderat til stor effekt". Da bortfaldsanalysen konkluderer, at de indsamlede FACES-data fra de unge formentlig samlet set overvurderer den positive udvikling i de unges oplevelse af familiefunktionen, må resultaterne samlet vurderes som kun delvist tilfredsstillende ud fra de unges besvarelser.

8.2.3 Evalueringsområde: Den unges relationer til jævnaldrende (SCPQ)

Der sås her kun meget beskedne forbedringer frem mod udskrivningen på unge- og forældre-besvarelserne, mens de umiddelbare forbedringer i lærerbesvarelserne var tydeligere. Der var lidt klarere forbedringer på både de unges og forældrenes besvarelser ved opfølgningen, men selv om effektestimatet for de unges opfølgningsbesvarelser kommer op i kategorien "moderat til stor effekt", kan der på grund af de små forbedringer ved udskrivningen rejses tvivl om, i hvor høj grad forbedringerne skyldes MST-indsatsen. For både lærere og forældre er effektestimatet i den nedre ende af kategorien "lille til moderat effekt" og MST kan ikke samlet siges at have forbedret de unges jævnaldrende-relationer i tilfredsstillende omfang.

8.2.4 Evalueringsområde: Forældreskab (SIPA)

Billedet er her sammensat, idet der umiddelbart skete forholdsvis beskedne fald i problemscorerne ved udskrivningen og igen ved opfølgningen, og der er da heller ikke basis for at sige, at forældrenes oplevelse af eget forældreskab generelt blev forbedret markant. Bl.a. på grund af den lille spredning i besvarelserne estimeredes ikke desto mindre en effektstørrelse i den øverste ende af kategorien "moderat til stor effekt" i forhold til subskalaen Incompetence/guilt, og der er således tegn på, at forældrenes oplevelse af mestring i forhold til den konkrete opdragerrolle forbedredes mærkbart. Omvendt var effektestimaterne i forhold til de øvrige, mere bredt orienterede subskalaer væsentligt mere beskedne. Vurderingen af, om der opnåedes tilfredsstillende resultater i forhold til

forældreskab, afhænger dermed i høj grad af, hvilke af disse to iagttagelser, man vægter tungest.

8.3 Betydningen af behandlingsforløbet

MST-programmet indebærer et udbygget kvalitetssikrings- og selvevalueringssystem, og det har naturligvis interesse at undersøge, hvorvidt data underbygger relevansen af disse tiltag.

8.3.1 Evalueringsområde: Kvalitetssikring af metodeefterlevelse (TAM/TAM-R)

Det er hensigten, at metodeefterlevelsen i MST-regi skal sikres via såkaldte TAM-interview med en forælder hver 4. uge igennem hele forløbet. I betragtning af den vanskelige situation i mange af MST-familierne i perioden op til og under MST-forløbet må det umiddelbart betegnes som nogenlunde tilfredsstillende, at der er lykkedes MST Danmark at gennemføre godt 3,11 TAM-interview i gennemsnit pr. sag i Del 1 og 3,29 i Del 2 (ud af maksimalt 5,4 mulige i Del 1 og 5 mulige i Del 2, hvor forløbene var lidt kortere i gennemsnit).

Det skal dog nævnes, at gennemsnittet dækker over betydelig dataspredning, og der var således et stort antal af de danske sager, hvor der kun gennemførtes ét eller to interview, mens der i en del andre sager gennemførtes helt op til otte interview – i 12 ud af 128 sager i Del 2 var der faktisk gennemført flere interview, end der er lagt op til i TAM-retningslinjerne. Variationen i antallet af gennemførte interview blev ganske vist formindsket mellem Del 1 og 2, men styringen af TAM-dataindsamlingen kan fortsat forbedres. Det vil således være ønskværdigt, om gennemsnittet i fremtiden kan løftes samtidig med at spredningen i data reduceres.

Ser man på de opnåede TAM-resultater er det utilfredsstillende, at de danske MST-terapeuter i betydeligt omfang ikke har levet op til den opstillede target-score på 0,61 point. Resultaterne er dog bedre i Del 2 sammenlignet med Del 1, idet target blev nået i 41,5 % af sagerne i Del 2 mod 24,6 % i Del 1, men i den videre udvikling af MST-arbejdet i Danmark ligger der fortsat en udfordring i at løfte de gennemsnitlige TAM-resultater. Det skal nævnes, at der i foråret 2006 indførtes en ny TAM-beregningsmetode, som det var forventningen ville styrke TAM-resultaternes evne til at sikre metodeefterlevelse – og gunstige behandlingsresultater.

Så meget desto mere alvorligt for vurderingen af TAM-kvalitetssikringen er det måske derfor, at regressionsanalyserne på basis af de to datasæt generelt ikke viser en statistisk sammenhæng mellem TAM-scorerne (beregnet efter den nye model) og de opnåede behandlingsresultater på de primære måleområder. Terapeuter med høje TAM-scorer opnåede med andre ikke tilsvarende bedre behandlingsresultater – eller vice versa – med kontrol for tredjevariabler. De danske resultater skaber dermed tvivl om, hvorvidt de forhold, TAM-instrumentet måler, faktisk har indflydelse på det terapeutiske resultat. I første delrapport havde et TAM-faktormål sågar en *positiv* sammenhæng med kriminalitetsfrekvensen ved første opfølgningsmåling, ligesom en TAM-variabel på samme vis var tæt på at komme med i en af regressionsanalyserne i Del 1.

Det er muligvis for tidligt at konkludere endeligt vedrørende TAM-instrumentets relevans og anvendelighed i en dansk kontekst, så længe terapeuternes TAM-resultater i over halvdelen af tilfældene ligger under target-score, da dette kan have indflydelse på sam-

menhængen med behandlingsresultaterne.[33] I forbindelse med den norske MST-undersøgelse viste der sig således den forventede sammenhæng mellem TAM-scorerne og resultatmål. Disse data er dog ikke offentliggjort. I den store canadiske undersøgelse fra 2002 var en sådan sammenhæng ikke til stede.[34]

8.3.2 Evalueringsområde: Selvevaluering, m.m.

Ved afslutningen af et MST-forløb opgiver MST-teamet oplysninger vedrørende udskrivningsbaggrunden ("Case Progress Review") og målopfyldelsesgraden ("Instrumental Outcomes Met", IOM).

Angivelserne vedrørende udskrivningsbaggrunden viste sig i alt væsentligt hverken at have forklaringskraft i forhold til behandlingsresultaterne i Del 1 eller 2. Der var en del mindre vellykkede forløb (dvs. med lav resultatscore på de primære mål), hvor sagen lukkedes planmæssigt efter gensidig overenskomst med forældre/omsorgspersoner. Disse data har således primært intern anvendelighed.

IOM-angivelsen havde god og bred forklaringskraft i forhold til de langsigtede behandlingsresultater i Del 1. MST-medarbejdernes vurdering af målopfyldelsesgraden viste sig i disse sager at have høj forklaringskraft i forhold til opfølgningsdata i disse sager. Denne sammenhæng var dog kun til stede i beskedent omfang i Del 2, og der er muligvis et behov for nærmere at undersøge baggrunden for denne forskel. Det er oplagt en stor styrke, hvis MST-teamene er i stand til at give kommunerne pålidelige angivelser af målopfyldelsesgraden af hensyn til planlægningen af en evt. efterfølgende indsats i familierne.

8.3.3 Evalueringsområde: Øvrige aspekter

Som supplement til de to foregående underafsnit skal betydningen af behandlingens varighed og MST-medarbejdernes uddannelsesbaggrund/erfaring vurderes. Generelt viste der sig ikke en sikker sammenhæng mellem behandlingsvarighed og behandlingsresultat. Der var dog tegn på, at forløb uden udsigt til et vellykket udfald i en del tilfælde fortsættes uhensigtsmæssigt længe (i Del 1 med fokus på kriminalitet; i Del 2 i forhold til skole/arbejde-problemer).

MST-medarbejdernes praktiske MST-erfaring ved henvisningen havde ikke sikker sammenhæng med behandlingsresultaterne i hverken Del 1 eller 2, hvilket tyder på, at nyrekrutterede MST-terapeuter og -vejledere kan opnå behandlingsresultater på niveau med mere erfarne kolleger.

I Del 1 viste det sig, at sager, hvor terapeuten havde socialrådgiverbaggrund, var kendetegnet af signifikant dårligere samlede behandlingsresultater. Variablens signifikansniveau og bidrag til regressionsmodellen var dog forholdsvis beskedent, og da variablen ikke kom i spil i analyserne i Del 1 er der ikke basis for at konkludere, at socialrådgiveruddannelsen er et systematisk dårligere afsæt for arbejdet som MST-terapeut. Eller at f.eks. psykologbaggrund giver et bedre afsæt for MST-arbejdet end andre, mindre teoretisk funderede uddannelsesretninger.

[33] Kommunikation med MST Services Inc., november 2006.
[34] A. Leschied og A. Cunningham (2002): *Seeking Effective Interventions for Serious Young Offenders*, London, Canada: London Family Court Clinic.

8.4 Vurdering af visitationspraksis

Baggrundsoplysningerne om de unge og deres familier viser, at der er en overrepræsentation af unge fra socialt udsatte familier i gruppen af MST-henviste. Dog mere udtalt i Del 1 end i Del 2. Endvidere viser data, at der både henvises unge med både få og mange problemer til MST. Kønsfordelingen var 3/5 drenge og 2/5 piger, og aldersmæssigt var der repræsenteret en del unge i alle årgangene mellem 12 og 17 år. Her skal det kort vurderes, om de dokumenterede behandlingsresultater giver anledning til at justere dette henvisningsmønster fremover.

8.4.1 Evalueringsområde: Familierne

Data fra især Del 1 viser, at særligt udsatte familier (familietype D) i det store hele profiterer af MST-indsatsen på samme niveau som to af de tre andre familietyper (eneste undtagelse er de bedst stillede familier af type A), og der er derfor ikke på det foreliggende grundlag anledning til f.eks. at henvise færre unge med denne type familiebaggrund til MST fremover. Ligeledes viste det sig, at mere specifikke faktorer som forældrenes uddannelsesbaggrund, arbejdsmarkedsstatus, indkomst, m.m. heller ikke havde statistisk sikker indflydelse på behandlingsudsigterne. Heller ikke sprogvariablen slog ud, når der kontrolleredes for tredjevariabler, og der er derfor ikke umiddelbart baggrund for f.eks. at henvise færre unge fra fremmedsprogede familier. Sammensætningen af undersøgelsesgruppen i Del 2 tyder dog på, at kommunerne er blevet mere tilbageholdende med at henvise netop fremmedsprogede og udsatte familier til MST.

8.4.2 Evalueringsområde: De unge

Det viste sig, at unge med mange problemer profiterer mindst lige så meget af MST som unge med få problemer. Muligvis har de endda et bedre udbytte end de unge med f.eks. ét problem, men de foreliggende data giver ikke mulighed for at afdække dette spørgsmål fyldestgørende. Det står dog klart, at data ikke peger i retning af, at der bør henvises færre unge med mange problemer fremover. Der var i Del 1 helt minimal forskel på drenge og pigers udbytte af MST-indsatsen, mens kønsvariablen spillede en større rolle i Del 2. Det skete dog ikke på en entydig måde: Pigerne havde generelt bedre resultater på de primære resultatmål, mens resultaterne på det sekundære TRF-mål var klart bedre for drengenes vedkommende. Data giver dermed ikke et sikkert grundlag for at henvise flere unge af et bestemt køn.

Data fra Del 1 gav ikke tydeligt grundlag for at sige, at der er en systematisk sammenhæng mellem alder ved henvisningen og behandlingsresultatet. Resultaterne i forhold til de yngste MST-henviste (12 år og derunder) antydede dog, at de yngste unge profiterer relativt mindre af MST-tilbudet end de ældre aldersgrupper. Dette mønster trådte tydeligere frem i Del 2, hvor aldersvariablen var med i adskillige regressionsmodeller. Der viste sig en forholdsvis entydig positiv sammenhæng mellem den unges alder og det samlede behandlingsresultat på de primære resultatmål. Der er således grundlag for at anbefale en særligt nøje vurdering af grundlaget for at henvise den yngste gruppe – unge i alderen 12-13 år og derunder – til MST. Omvendt er der tegn på, at den ældste gruppe, 16 år og derover, især profiterer af MST-indsatsen.

8.5 Sammenfatning

Undersøgelsens vigtigste konklusioner er:

- Resultaterne i forhold til de unges skole-/arbejdssituation var alt i alt tilfredsstillende, idet det lykkedes at opnå en 40-50 % reduktion i andelen af unge med

problemer (manglende skoletilbud/arbejde eller omfattende ubegrundet fravær) sammenlignet med baseline. De danske resultater var umiddelbart nogenlunde sammenlignelige med resultaterne i forbindelse med den norske opfølgningsundersøgelse. Der var dog stadig en stor gruppe unge, ca. en fjerdedel, som hverken passede et skoletilbud før eller efter MST-forløbet.

- Resultaterne på kriminalitetsområdet var klart tilfredsstillende: Omkring en halvering af andelen af unge med problemer mellem henvisnings- og opfølgningsmålingerne på et område, hvor der generelt er langt imellem eksemplerne på virkningsfulde indsatser. De norske data er ikke direkte sammenlignelige, men tyder umiddelbart på, at de danske resultater ligger på niveau med de norske.
- De terapeutiske resultater i forhold til misbrugsproblemer var tilfredsstillende, om end lidt mindre udtalt i Del 2 end i Del 1. Der opnåedes en reduktion af andelen af unge i problemgruppen på godt 50-60 % ved opfølgningerne.
- Behandlingsresultaterne i forhold til at forhindre efterfølgende døgnanbringelse uden for hjemmet var mindre tilfredsstillende, idet mellem en fjerdedel og en tredjedel af de unge blev døgnanbragt på et tidspunkt i løbet af undersøgelsens opfølgningsperioder. De danske resultater var dog på niveau med MST-resultaterne i forbindelse med det norske MST-lodtrækningsforsøg ved opfølgningen to år efter henvisningen, og bedre end resultaterne af den "sædvanlige indsats", som den norske kontrolgruppe modtog.
- Med hensyn til skolernes vurdering af de unges almene psykiske befindende viser data en klar kønsforskel. For pigernes vedkommende var der kun tale om yderst beskedne forbedringer i sammenligningen mellem baseline og opfølgning. Forbedringerne ved udskrivningen – som var stort set på niveau med drengenes – viste sig ikke holdbare. Det lykkedes derimod at reducere drengenes problemscore markant. Begge grupper lå dog ved opfølgningen fortsat klart over deres køns gennemsnit i aldersgruppen som helhed.
- Forældrenes vurdering af familiefunktionen viste forholdsvis tydelige forbedringer over tid. Forbedringerne gjaldt især organisering og klarhed i relationerne samt tilfredshed med familiens interne samspil og kommunikationsevne. De unges besvarelser viste visse forbedringer, generelt såvel som på de enkelte mål, men de var mindre tydelige, og resultaterne kan ikke vurderes som fuldt ud tilfredsstillende.
- Der sås kun meget beskedne forbedringer i de unges relationer til jævnaldrende frem mod udskrivningen på unge- og forældre-besvarelserne, mens de umiddelbare forbedringer i lærerbesvarelserne var tydeligere (fra et dårligere udgangspunkt). Der var lidt klarere forbedringer på både de unges og forældrenes besvarelser ved opfølgningen. På grund af de små forbedringer ved udskrivningen kan der rejses tvivl om, i hvor høj grad forbedringerne skyldes MST-indsatsen, og MST kan ikke samlet siges at have forbedret de unges jævnaldrende-relationer i tilfredsstillende omfang.
- Billedet i forhold til oplevet forældreskab var blandet. Der estimeredes en betydelig behandlingseffekt i forhold til forældrenes oplevelse af mestring i den konkrete opdragerrolle. Omvendt var effektestimaterne i forhold til de øvrige, mere bredt orienterede subskalaer væsentligt mere beskedne. Vurderingen af, om der opnåedes tilfredsstillende resultater i forhold til forældreskab, afhænger dermed i høj grad af, hvilke af disse to iagttagelser, man vægter tungest.

- Imod forventningen viste der sig ikke umiddelbart en tydelig sammenhæng mellem gunstig udvikling på primære henholdsvis sekundære resultatmål, men data giver ikke et sikkert grundlag for at konkludere skarpt i forhold til dette spørgsmål.
- Antallet af gennemførte kvalitetssikrende TAM-R-interview var nogenlunde tilfredsstillende, med en mindre forbedring i Del 2 sammenlignet med Del 1, men der viste sig et behov for en yderligere styrkelse af dette arbejde.
- Terapeuternes TAM-R-scorer var ikke tilfredsstillende, idet target-scoren ikke blev nået i over halvdelen af forløbene i Del 2. Der var dog tydelig fremgang mellem Del 1 og 2.
- Der viste sig generelt ikke den ventede sammenhæng mellem TAM-R-scorerne og de efterfølgende behandlingsresultater. Dette må vurderes som utilfredsstillende i betragtning af den nøglerolle, TAM-R-kvalitetssikring spiller i MST-konceptet og de betydelige ressourcer, der investeres i dataindsamlingen.
- MST-medarbejdernes opgivelser af målopfyldelsesgraden i den enkelte sag ("Instrumental Outcomes Met") havde tydelig sammenhæng med behandlingsresultatet i Del 1. I Del 2 var denne sammenhæng markant svagere.
- Variation i den praktiske MST-erfaring hos vejledere og terapeuter var ikke en udslagsgivende faktor i forhold til behandlingsresultaterne, ligesom uddannelsesbaggrund samlet set ikke havde tydelig sammenhæng med resultaterne.
- Data tyder på, at den omlægning af henvisningspraksis i retning af færre fremmedssprogede, udsatte familier, som synes at være sket (mellem Del 1 og 2), kan være uhensigtsmæssig. Særligt udsatte familier og unge med mange problemer profiterer stort set af MST-tilbudet på niveau med hovedparten af de øvrige kategorier af familier og unge. Til gengæld peger analyserne på, at især den yngste gruppe unge (12 år og derunder) har ringere udbytte af MST end de øvrige aldersgrupper.

APPENDIKS A: BORTFALDSANALYSE

Dataindsamlinger til evalueringsundersøgelser på det sociale område berøres normalt altid af et vist bortfald i form af, at der ikke kan skaffes data vedrørende et større eller mindre antal af de cases, man som udgangspunkt havde sat sig for at følge. I kraft af bortfaldet opstår to grupper ("stikprøver") udvalgt på hvert sit grundlag: I de cases, hvor det lykkedes at indsamle data, er udvælgelsen sket i henhold til undersøgelsesdesignet. I de bortfaldsramte cases er der derimod i en vis forstand sket "selvudvælgelse", i og med at bortfaldet skyldes faktorer uden for evaluators kontrol. Et sådant bortfald truer især pålideligheden af datagrundlaget, hvis det fordeles skævt, således at de cases, der ikke kan skaffes data om, adskiller sig systematisk fra de cases, man faktisk får indsamlet data om. Denne fejlkilde kan i forbindelse med en resultatevaluering lede til, at man fejlvurderer de opnåede resultater, og man bør derfor så vidt muligt altid undersøge, om bortfaldet skaber alvorlige problemer i det konkrete tilfælde.

Som det fremgik af afsnit 2.1.2 var bortfaldet i forbindelse med telefoninterview med familierådgiverne yderst beskedent – henholdsvis 127, 124 og 127 af 128 mulige interview gennemførtes på de tre måletidspunkter. I denne bortfaldsanalyse fokuseres derfor på bortfaldet af cases i forbindelse med opfølgningsmålingen hos familierne og på de unges skoler m.m., da det er her, det betydende bortfald er sket.

Bortfaldets karakter

De stort set komplette data fra rådgiverne gør det muligt at undersøge, om der er signifikante forskelle på sammensætningen af bortfaldsgruppen sammenlignet med de forløb, hvor der faktisk kunne indsamles data. Signifikanstest på forskellene mellem de to grupper på datasættets gennemsnit og procentfordelinger ved opfølgningen seks måneder efter MST-afslutningen viste, at der var en række forskelle, som var signifikante ved det gængse 0,05-signifikansniveau – svarende til, at der er 5 % chance (eller derunder) for at få de pågældende forskelle som resultat af en statistisk tilfældighed. På disse områder var det med andre ord med stor sandsynlighed en systematisk skævhed i bortfaldet.

For besvarelserne med de unge og deres forældre viser det sig, at MST-forløbene i bortfaldsgruppen havde en lavere andel med fuld angivet målopfyldelse ved afslutningen af MST-behandlingen samt færre med angivet planmæssig udskrivningsbaggrund. Færre i bortfaldsgruppen boede med begge forældre, mens flere boede med en enlig forælder. Færre af de unge i bortfaldsgruppen kom fra familier med forholdsvis høj husstandsindkomst (over 500.000 kr.), ligesom færre kom fra familier, som samlet set kunne beskrives som ikke-belastede og med gode ressourcer (for en nærmere præsentation af undersøgelsens familietypologi, se kapitel 3). Samlet set må det konkluderes, at de unge, hvis forløb i denne sammenhæng er i bortfaldsgruppen, kom fra mere vanskeligt stillede familier end den gruppe, der foreligger data for på de sekundære mål. Der var derimod ikke forskelle på de unges problemhistorik og henvisningsbaggrund i de to grupper som var i nærheden af at være signifikante. Forskellene på MST-teamenes angivne målopfyldelsesgrad og udskrivningsbaggrund tyder umiddelbart på, at der samlet set var tale om mindre vellykkede MST-forløb i bortfaldsgruppen. I den forbindelse skal det dog nævnes, at regressionsanalyserne i kapitel 7 viser en overraskende beskeden sammenhæng mellem disse mål og de faktiske behandlingsresultater ved opfølgningen.

I forhold til dataindsamlingen hos de unges lærere m.m. var der kun tydelige forskelle på to områder. Der var, logisk nok, signifikant flere i bortfaldsgruppen, som havde et regel-

mæssigt ubegrundet fravær op til henvisningen. Denne gruppe havde desuden en signifikant lavere andel med angivet fuld målopfyldelse. I forhold til denne del af dataindsamlingen, var der til gengæld ikke signifikante eller nærsignifikante forskelle med hensyn til den familiemæssige baggrund eller på de øvrige variabler med sigte på den unges baggrund.

Betydningen af bortfaldet

I forbindelse med en bortfaldsanalyse kan regressionsanalyser eller lignende tjene til at afdække, om de variabler, der er konstateret skævt bortfald på har systematisk sammenhæng med scorerne på de pågældende resultatmål med kontrol for tredjevariabler. I denne sammenhæng er antallet af cases dog ikke stort nok til, at dette er en farbar vej – analyseresultaterne ville blive behæftet med for stor usikkerhed.

Man kan dog alligevel få et fingerpeg om, hvorvidt og hvordan eventuelle skævheder i bortfaldet kan have haft indflydelse på de observerede gennemsnitlige "change scores" (dvs. opfølgningsmåling minus baseline-måling for hvert instrument) – enten i form af en over- eller undervurdering af de opnåede behandlingsresultater. Dette kan ske ved at teste om variation på de variabler, hvor der var skævhed i bortfaldet, havde umiddelbar sammenhæng med variationen i de faktisk observerede change scores. Er der som et tænkt eksempel en overrepræsentation af forløb med værdien "Ikke-planmæssig udskrivning" i bortfaldsgruppen; og viser det sig samtidig, at de faktisk observerede change scores på et givet instrumentmål (f.eks. SCPQ for de unge i de sager, hvor der ikke skete bortfald) i gennemsnit er mindre gunstige i forløb med ikke-planmæssig angivet udskrivningsbaggrund, vil formodningen være, at de indsamlede data overvurderer behandlingsresultaterne i hele undersøgelsesgruppen (det vil i dette tilfælde sige alle de 128 forløb i bruttoundersøgelsesgruppen). Man må med andre ord formode, at den gennemsnitlige change score på det pågældende instrument ville have været mindre gunstig, i en situation uden bortfald, da der så fald ville have været en større samlet andel sager med ikke-planmæssig udskrivning.

På grund af det i en statistisk forstand lille antal cases er resultaterne af denne type bortfaldsanalyse behæftet med betydelig usikkerhed, men de giver alligevel alt andet lige et bedre afsæt for fortolke de indsamlede data mest muligt retvisende.

Det muligvis betydningsfulde bortfald i interviewdata fra familierne samler sig, som det vil fremgå, især om de unges FACES-besvarelser. På grund af det store bortfald i denne gruppe er en del af de forskelle på change scores, som nævnes nedenfor, ikke signifikante på et 0,05-niveau, men da de faktiske gennemsnit i alle tilfælde er tydeligt forskellige er også nærsignifikante forskelle taget i betragtning. Disse forskelle indikerer, at den variabel, der er fundet systematisk bortfald på, muligvis har sammenhæng med variationen i de faktisk observerede change scores.

Besvarelser fra de unge

Overrepræsentationen af unge fra familier med forholdsvis høj indkomst i den gruppe, der er data for, peger i retning af en overvurdering af resultaterne på FACES-instrumentets Cohesion-subskala (p = 0,076). Hvorimod underrepræsentationen af unge fra familier med en enlig forælder kan have ført til en *under*vurdering af resultaterne på FACES Flexibility (p-værdien var dog på 0,13).

Den større andel med 100 % angivet målopfyldelse sammenlignet med bortfaldsgruppen antyder overraskende nok en *under*vurdering af resultaterne på FACES Disengaged (p =

0,109). I forløb, hvor der ikke skete fuld målopfyldelse, var der med andre ord *bedre* resultater på Disengaged end i forløb med 100 % angivet målopfyldelse. På FACES Enmeshed peger både underrepræsentationen af unge med enlige forældre (p = 0,035) og overrepræsentationen af unge fra familier af type A på en overvurdering af resultaterne (p = 0,054).

En overrepræsentation af forløb med planmæssig udskrivning peger, mod det forventede, på en *under*vurdering af resultaterne på FACES Chaotic (p = 0,071). Altså igen et tegn på en svag sammenhæng mellem MST-teamenes selvevaluering og undersøgelsens forskellige resultatmål.

På begge de to sidste FACES-subskalaer spillede det ind, at der var en overrepræsentation af forløb, hvor den unge boede med begge forældre. På Communication i form af en formodet overvurdering (p = 0,047); på Satisfaction i form af en mulig *under*vurdering (0,092).

I forhold til det sidste instrument besvaret af de unge – SCPQ – betyder en overrepræsentation af forløb med planmæssig udskrivning muligvis en overvurdering af resultaterne (p-værdien var dog oppe på 0,13).

Besvarelser fra de unges forældre

I forhold til forældrenes FACES-besvarelser var der kun tegn på betydende skævheder ét sted: Overrepræsentationen af forløb fra familier med forholdsvis høj indkomst peger i retning af en overvurdering på FACES Flexibility (p = 0,034).

For forældrenes besvarelser af SCPQ peger en overrepræsentation af unge fra familier med høj husstandsindkomst i retning af en overvurdering (p = 0,054). Videre betyder den større andel unge fra familier af type A muligvis også en overvurdering (p = 0,11).

På to af de fire SIPA-subskalaer var der til slut også nogle muligvis betydende forskelle. Den større andel forløb med planmæssig udskrivning peger på en overvurdering af resultaterne på SIPA Life restrictions (p = 0,064). Omvendt indebærer den større andel forløb, hvor den unge boede med begge forældre, muligvis en *under*vurdering af SIPA Relationship with partner (p-værdien var dog oppe på 0,151). Den gunstige udvikling på denne subskala vedrørende forældreskabets indvirkning på omsorgspersonens evt. parforhold, var altså tilsyneladende klarere i familier, hvor de biologiske forældre ikke boede sammen.

Besvarelser fra de unges lærere m.m.

Overrepræsentationen af forløb, hvor den unge ikke havde regelmæssige ubegrundede forsømmelser fra skolen, peger muligvis i retning af en *under*vurdering på såvel TRF samlet (p = 0,1) som TRF eksternalisering (p = 0,098). Der var med andre ord bedre resultater på TRF i denne type sager, end i forløb, hvor den unge *ikke* havde regelmæssigt fravær ved henvisningen. Videre pegede også den større andel sager med fuld angivet målopfyldelse i retning af en *under*vurdering på TRF samlet (p = 0,091). Også her bekræftes altså den overraskende svage sammenhæng mellem MST-teamenes selvevalueringsdata (målopfyldelse og udskrivningsbaggrund) og undersøgelsens forskellige resultatmål.

APPENDIKS B: INSTRUMENTVALIDITET OG -RELIABILITET

En vigtig begrundelse for at anvende standardiserede måleinstrumenter er muligheden for at sammenligne på tværs af danske og udenlandske undersøgelser, der har anvendt samme instrument. Der er dog også andre fordele ved standardisering.

For det første er der typisk investeret mange ressourcer i udviklingen af gængse standardinstrumenter med henblik på at opnå god validitet i forhold til de faktorer, man ønsker at måle. Ideelt set bør et internationalt udviklet instrument dog også valideres i en dansk kontekst, men dette er en tidskrævende og omkostningstung proces. I lyset af den hidtil meget beskedne danske brug af systematisk evalueringsmetodik på det sociale område, er det ikke overraskende, at der kun findes få relevante validerede instrumenter på dansk. I forbindelse med denne undersøgelse anvendes et af dem – Teacher Report Form (se Tabel 2.1 ovenfor) – men de tre øvrige anvendte instrumenter er oversat til dansk i forbindelse med denne undersøgelse. Oversættelsen fra engelsk er foretaget af fagpsykologer med forskerbaggrund, men validiteten af disse målinger kan altså ikke tages for givet.

En yderligere fordel ved standardisering er, at sandsynligheden i princippet øges for, at instrumentet pålideligt måler, det man ønsker, sammenlignet med en situation, hvor der udvikles et nyt, ikke-standardiseret spørgsmålssæt. Et instrument har høj intern reliabilitet, hvis svarene på de spørgsmål, som indgår i skalaer eller subskalaer, indbyrdes har en høj grad af korrelation. Svares der inkonsistent, dvs. at der hos samme respondent ses både høje og lave svarværdier på spørgsmål inden for samme skala, vil formodningen være, at instrumentet rummer en multidimensional problematik inden for en éndimensional systematik – hvorved pålideligheden naturligvis svækkes.

Intern reliabilitet kan måles med en statistisk testværdi kaldet Cronbach's Alpha. Alpha kan antage en værdi i intervallet mellem -∞ og +1. Som tommelfingerregel vurderes reliabiliteten at være tilfredsstillende, hvis Cronbach's Alpha er på 0,7 eller derover.

De anvendte skalaer viste generelt pæn reliabilitet. Alpha lå på 0,87 eller derover for alle TRF-besvarelser fra de unges lærere m.m. Der var dog også pæne Alpha-værdier for mange af de øvrige målinger. Besvarelserne af SCPQ med sigte den unges jævnaldrenderelationer lå på 0,9 eller derover for forældre og lærere, mens de unges besvarelser gav værdier omkring 0,7. På familiefunktionsinstrumentet FACES IV gav skalaerne "Communication" og "Satisfaction", som måler henholdsvis familiens evne til at kommunikere konstruktivt og den overordnede tilfredshed med samlivet i familien, Alpha-værdier på 0,86 eller derover for både de unge og deres forældre. For instrumentets resterende seks subskalaer lå besvarelserne fra de unge generelt lige over 0,7. Eneste betydende undtagelse var subskalaen "Chaotic", som fokuserer på, hvor godt familiemedlemmerne formår at organisere deres samliv – her var Alpha kun på godt 0,5, hvorfor resultaterne på denne subskala skal fortolkes med varsomhed. For forældrene var resultaterne i en del tilfælde lige under 0,7, men med en enkelt undtagelse var afvigelsen fra tærskelværdien marginal. På subskalaen "Rigid", som fokuserer på, hvor stift regler bruges i familien, lå Alpha således lige under 0,6, hvorfor der også her skal tages et forbehold. På den sidste skala, forældreskabsinstrumentet SIPA, var Alpha-værdierne med en enkelt undtagelse på 0,78 eller derover (subskalaen "Social Alienation" havde ved baselinemåling en Alpha-værdi på 0,68).

Samlet må man konkludere, at målingerne efter omstændighederne viser tilfredsstillende intern reliabilitet målt med Cronbach's Alpha. Der knytter sig forbehold til enkelte subskalaer, men problemerne er samlet set forholdsvis ubetydelige.