

MultifunC

**Multifunksjonell behandling i
Institusjon og Nærmiljø**

**RETNINGSLINJER
FOR
KVALITETSSIKRING**

Behandlingsintegritet

I de senere årene er en stor mengde informasjon samlet omkring risikofaktorer for alvorlige atferdsvansker og ungdomskriminalitet. Forskning har også identifisert programmer som kan modifisere disse faktorene. Identifisering av effektive programmer er imidlertid bare det første trinn for å redusere atferdsvansker. Implementering av effektive programmer har liten sannsynlighet for å resultere i reduserte atferdsvansker dersom det ikke gis oppmerksomhet til implementeringen av programmene, og i hvilken grad programmet gjennomføres som planlagt.

Forskning støtter at vellykket implementering ikke garanteres kun ved beslutning om å gjennomføre forskningsbaserte programmer. Mange forskningsbaserte programmer er implementert i forskjellige settinger med varierte resultater. Implementering med høy kvalitet av et mindre lovende program kan faktisk være mer effektivt enn implementering av de mest lovende programmer med lav implementeringskvalitet.

Mange hevder at implementering av en programkomponent er bedre enn ingenting. Dette kan være en feilaktig antagelse, siden vi ofte ikke kjenner til hvilke komponenter ved et program som kan være mest ansvarlig for reduksjoner i atferdsvansker. Programmer må implementeres med ”fidelity” til den opprinnelige modellen for å inkludere mekanismer som gjør modellen effektiv.

Definisjon av Fidelity

Konseptet implementeringsfidelity, noen ganger kalt ”adherence” eller ”integritet”, er en bestemmelse av hvor godt et program er implementert sammenlignet med opprinnelig program design. Definisjonen er ofte graden av samsvar mellom de utviklerdefinerte elementer ved et program (manualer og retningslinjer), og dets virkelige implementering i en gitt organisasjon eller samfunnssetting. Det er fem primære komponenter som undersøkes når program fidelity vurderes.

1. Adherence refererer til hvorvidt et program eller intervensjon utføres slik som det var utformet eller beskrevet, med alle kjernekomponenter inkludert til den riktige populasjonen, personalet er hensiktsmessig trent/opplært, de riktige protokollene, teknikkene og materiale benyttes, og i omgivelser eller kontekster som er beskrevet.

2. Exposure kan inkludere enhver av de følgende: antall sesjoner som implementeres, lengde på hver sesjon, eller frekvens programteknikkene ble implementert.
3. Kvalitet ved Programutførelse er måten personalet utfører programmet på (f.eks. ferdigheter i bruk av teknikker eller metoder som inkluderes i programmet, entusiasme, holdninger, osv.).
4. Deltager-responsivitet er graden deltagerne er engasjert av og involvert i aktiviteter og innhold i programmet.
5. Program differensiering identifiserer de unike trekk ved forskjellige komponenter eller programmer som er reliabelt differensiert fra hverandre.

Hvorfor fidelity?

Selv om konseptet implementeringsfidelity ikke er nytt, er måter for å operasjonalisere eller måle fidelity relativt nytt. Fidelity måles ved gjennomføring av en prosessevaluering.

Forsikring om at behandlingstilbydere forstår og implementerer kjernekomponenter og doseringer som er nødvendige for vellykket behandling er en alvorlig utfordring for programutviklere og utførere. Etter som programmer viser seg effektive og implementeres i naturlige settinger utenfor kontroll og under mindre gunstige forhold, er risikoen for modifisering av nøkkelkomponenter ved programmet økende. Dette blir særlig problematisk ettersom programmer starter med spredning bredt og hvor programutvikleren ikke lengre har oversikt eller teknisk støtte. Avhengig av hvilke modifiseringer som gjøres, kan programmet bli mindre effektivt i å oppnå ønskede resultater. Jo mindre involvert programutvikler og forsker er i utforming, planlegging og utføring av intervensjonen, jo mindre effektstørrelser oppnås på atferdsmessige resultater.

Modifiseringer kan foretas av noen praktikere med full kunnskap om programmet som en del av tilpasning av programmet til lokale forhold. I andre tilfeller kan modifiseringer foretas fordi utførerne ikke har tilstrekkelig forståelse for programmet og dets underliggende årsaksmekanismer. Selv med detaljerte manualer og retningslinjer kan implementering svekkes i forhold til opprinnelig plan.

Det er klar støtte i forskning for at implementeringsfidelity er viktig. De fleste undersøkelser viser at jo nærmere en intervensjon gjennomføres i samsvar med opprinnelig design, jo større effekter i form av atferdsforandringer. Disse funn støtter behovet for å forstå og dokumentere årsaker til dårlig implementering og forbedre betingelser som kan fasilitere en implementering av høy kvalitet.

Høy implementeringskvalitet er mer sannsynlig når kjernekomponenter i programmet er definert på forhånd og deretter systematisk monitorert/registrert for å sikre samsvar. Instrumenter for måling av fidelity, utviklet av programutvikler eller av finansierende instans i samarbeid med programutvikler, bør benyttes for å gi feedback til implementeringsutøverne.

Fordi implementeringskvalitet er relatert til programmets effektivitet, er det viktig å identifisere og forstå faktorer som medvirker til høy kvalitet ved programimplementering. Nøkkelen til å forstå hvordan vellykket forskning kan oversettes til vellykket praksis ligger i en forståelse av hvordan programmer kan implementeres slik at kvaliteten opprettholdes og de programmessige forhold og mål som var planlagt fra programutviklere oppnås.

Utfordringer ved implementering:

Oppdagelse av ”hva som virker” er ikke tilstrekkelig til å etablere behandlingseffektivitet. Etter at behandlingsprogrammer er utviklet, kommer utfordringen med implementering av programmet på en tilfredsstillende måte. Et dårlig implementert program kan resultere i dårlige resultater like så mye som et dårlig utformet program. Blue Print programmene har konkludert med at visse trinn er kritiske for vellykket programimplementering.

Organisatoriske faktorer:

Organisatoriske faktorer fremstår som de mest vanlig dokumenterte faktorene som bestemmer vellykket implementering. Slike faktorer er struktur, historie, filosofiske tradisjoner, økonomi, og stabilitet ved organisasjoner som er involverte. Organisasjoner bør være fleksible, effektive og konfliktfrie i problemløsning. I tillegg bør det være klare autoritetslinjer for å løse problemer på en effektiv måte. Dette er regnet som en viktig faktor. I løpet av tidlig implementeringsfase finner mange programmer det vanskelig men nødvendig å fullføre en rekke oppgaver inkludert ansettelser av personale, opplæring, skaffe seg juridiske tillatelser, etablere administrative systemer, osv. Slike oppgaver vanskeliggjøres når store organisasjoner er involvert i implementeringen.

En annen viktig organisatorisk faktor er tilstedeværelse av administrativ støtte for implementeringen. Denne støtten må være vedvarende under hele implementeringsprosessen. Fire ingredienser bidrar til å gjøre administrativ støtte viktig. Disse er resurser, ledelse, makt, og kommunikasjon. Nye programmer har behov for betydelige resurser inkludert personaltid, penger og materiale.

Kvalitetssikring av MultifunC

Multifunksjonell Behandling i Institusjon og Nærmiljø (MultifunC) kvalitetssikres gjennom følgende systemer:

- Styringsdokumenter og retningslinjer for MultifunC
- Felles opplæringsprogram for personalet
- Oppfølging fra kvalitetssikringsteam

Det er utviklet egne styringsdokumenter for behandlingsmodellen som helhet og for enkelte deler av modellen. Styringsdokumenter for tiltaket inkluderer følgende dokumenter:

- Generelt om behandlingstiltaket og modellen
- Retningslinjer for Utredning
- Retningslinjer for Miljøarbeid
- Retningslinjer for Pedagogisk arbeid
- Retningslinjer for Familiearbeid og oppfølging
- Retningslinjer for Kvalitetssikring
- Retningslinjer for Forsterkningssystemer
- Lover og forskrifter

Behandling og utføring av spesifikke komponenter baseres på egne manualer/dokumenter og opplæring innen de respektive komponentene:

- Manual/skriftlige beskrivelser av Terapeutisk Mestring av Vold (TMV)
- Manual/skriftlige beskrivelser av Motiverende Intervju
- Manualer for Aggression Replacement Training (ART)

Felles ståsted i personalgruppen sikres gjennom felles opplæring i behandlingsmodellen. Samtlige personale i de ulike team har opplæring i behandlingsmodellen som helhet og i de ulike prinsipper denne baseres på.

I tillegg har samtlige av personalet opplæring i følgende spesifikke komponenter:

- Motiverende Intervju (MI)
- Aggression Replacement Training (ART)
- Terapeutisk Mestring av vold (TMV)
- MST's analysesirkel

Familieteamet har en spesifikk opplæring på følgende områder:

- Grunnleggende behandlingsprinsipper fra PMT
- Grunnleggende behandlingsprinsipper basert på MST

For de av tiltakene som ikke har lyktes i å rekruttere egen PMT-terapeut i familieteamet gis fortløpende veiledning fra godkjent terapeut. Veileder vil motta veiledning fra Atferdssenteret.

Familieteamet vil kunne motta bistand på MST-prinsipper ved behov fra Atferdssenteret.

Det vil bli inngått egen avtale om veiledning/oppfølging fra Høgskolen i Rogaland på ART.

Den grunnleggende opplæringen i modellen som helhet inkluderer teoretisk grunnlag og sammenhenger mellom de ulike komponentene i modellen. Det forventes at samtlige ansatte er i stand til å formulere teoretisk grunnlag for modellen, sentrale prinsipper i modellen, og sammenhenger mellom de ulike komponentene.

Opplæringen fokuserer på forståelse av grunnlaget for modellen og de ulike komponentene, på sammenhenger mellom disse, på praktisk gjennomføring, og på betydning av felles ståsted

overfor ungdommene i behandlingsprosessen. Personalgruppen mottar prosessveiledning fra erfaren organisasjonspsykolog med jevne mellomrom.

I tillegg vil praktisk gjennomføring av behandlingen kvalitetssikres gjennom oppfølging fra eget sentralt oppfølgingsteam. Etablering av et slikt kvalitetssikringsteam vurderes som like viktig del av behandlingsmodellen som de andre teamene i modellen. Kvalitetssikringsteamet har ansvar for kontrollere og korrigere avvik fra de styrende prinsipper i modellen for alle de fem norske tiltakene. Teamet vil utvikle egne registreringssystemer for kontroll av hvilken behandling ungdommene og deres familier i virkeligheten mottar. Formål med teamet er å sikre at avvik fra planlagt behandling korrigeres, og teamet vil dermed ha en veiledende funksjon i tillegg til registrerende. Tilbakemeldinger til teamet gis gjennom systematiske registreringer av behandlingen, og tilbakemeldinger pr. telefon, skriftlig, og ved direkte besøk på institusjonen til de ulike team.

Behandlingsintegritet i MultifunC

Kvalitetssikringen fokuserer på modellen som helhet og på de enkelte komponenter. Sentralt er målgruppevurdering og opprettholdelse av fokus på forandring av risikofaktorer, men også de ulike komponentene i modellen og kvalitet ved gjennomføring av disse.

Behandlingsintegritet sikres både gjennom fokus på sentrale komponenter og prinsipper, sikring av at disse gjennomføres i virkeligheten, og at de gjennomføres ut fra den kvalitet som kreves. Dvs. at ungdom og familier mottar den behandling som forskningsgrunlaget peker på er sentralt for å lykkes i forandring av alvorlige atferdsvansker hos ungdom.

Det er av avgjørende betydning å avklare hvilke faktorer, prinsipper eller komponenter som er sentrale i behandlingsmodellen. Det er disse som må kontrolleres og som det må sikres gjennomføres i virkeligheten.

De fem primære komponentene som undersøkes ved vurdering av program fidelity (Adherence, Exposure, Kvalitet, Deltager-responsivitet, og Program differensiering) stiller ulike krav til gjennomføring.

Adherence referer til om programmet gjennomføres i samsvar med beskrivelser og i praksis inkluderer de ulike komponentene inkludert til den riktige målgruppe, at personalet har mottatt hensiktsmessig opplæring, etc. For kvalitetssikring av MultifunC medfører dette at man må definere klart hvilke områder som skal undersøkes og hvordan disse skal undersøkes. For å kontrollere sentrale prinsipper og komponenter må tre spørsmål besvares:

- Hvilke prinsipper er de mest sentrale (kjernekomponenter)?
- Hvordan kan disse konkretiseres/operasjonaliseres?
- Hvordan registrere/måle prinsippene?

Enkelte områder er klart mer sentrale enn andre. Blant viktige områder er:

- Om den riktige målgruppen utvelges basert på de retningslinjene som inkluderes i modellen for målgruppevurdering. Tar MultifunC imot ungdommer med høyt risikonivå?
- Holdes fokus for forandringsarbeid (dynamiske risikofaktorer ved ungdom, skole, familie og relasjoner til jevnaldrende). Denne er vesentlig og inkluderer både forandringsarbeid direkte rettet mot ungdommene, anstrengelser for å redusere kontakt med avvikende jevnaldrende og øke kontakt med normalfungerende, forandring av familiefungering, og bedring av skolefungering.
- Brukes de ”riktige” metodene (ART, tegnøkonomi, PMT, og MST)
- Hensiktsmessig motiveringsarbeid (MI)
- Involveres klientene (ungdom og familier) i behandlingen?
- Mottar klientene integrert oppfølging etter utflytting fra institusjon?
- Tas det hensyn til responsivitetsfaktorer i behandlingen?

I MultifunC er enkelte prinsipper eller komponenter klart mer sentrale enn andre. Disse må derfor kontrolleres i forhold til at de inkluderes i realiteten.

Den andre komponenten, Exposure, referer til hvorvidt riktig antall sesjoner/mengde på ulike komponenter tilbys ungdom og familie, og i hensiktsmessig frekvens. Dette handler for eksempel om å kontrollere ikke bare om ungdommene mottar trening i ART, men i hvilket omfang de mottar slik trening. Når det gjelder dose/omfang av viktige komponenter, f.eks.

ART-trening, må det først defineres hva som er riktig dose, og deretter etablere systemer for registrering og kontroll. For de ulike sentrale delene av MultifunC må det beskrives hva som er tilfredsstillende omfang og frekvens, og etablering av systemer for registrering av disse.

Den tredje komponenten, Kvalitet, handler om hvor godt de ulike delene utføres. Det er ikke tilstrekkelig å tilby ungdommene trening i sosiale ferdigheter gjennom ART-trening, dersom ART ikke utøves på en bra måte. Det må altså i tillegg kontrolleres hvorvidt de enkelte komponenter i praksis gjennomføres med tilstrekkelig god kvalitet og frekvens/omfang. For vurderinger av kvalitet ved flere av delene i MultifunC kreves særskilt kompetanse på de ulike områdene. Kvalitetsvurdering av noen av disse vil derfor bli utført i samarbeid med instanser som har særskilt kompetanse på disse områdene. Eksempelvis vil det være samarbeid me Høgskolen i Rogaland for ART-vurering, Atferdssenteret for PMT og MST vurdering, osv.

Den fjerde komponenten, Deltager-responsivitet, referer til graden deltagerne er engasjert av og involvert i aktiviteter og innhold i programmet. Med dette menes grad av deltagelse, engasjement og fullføring av programmet. Her må det utvikles egne definisjoner/operasjonaliseringer, og instrumenter for kartlegging. Definisjoner som må gjøres er hva som er tilfredsstillende fullføring og hvordan måle aktiv deltagelse i programmet (for eksempel deltatt i ART-grupper, osv.).

Siste komponent, prgramdifferensiering, handler om å identifisere ulike unike trekk ved forskjellige komponenter som er reliabelt differensiert fra hverandre.

Selv om en vesentlig del av Kvalitetssikringsteamets oppgaver vil være å utvikle systemer for kontroll av behandlingen, og gjennomføre slik kontroll, vil en like viktig del av teamets oppgaver handle om veiledning og bistand for korrigerende avvik som fremkommer. MultifunC er et program i utvikling og det vil derfor ta noe tid før kvalitetssikringssystemet er på plass.

Kvalitetssikringsteamets oppgaver vil også være å stå ansvarlige for eventuelle justeringer av programmet dersom dette ansees nødvendig. Ved oppdagelse av avvik som ikke lar seg korrigerer gjennom veiledning eller innhenting av særskilt kompetanse (f.eks. faglig påfyll fra Atferdssenteret til familieteamet), skal det undersøkes hvorvidt dette er et problemområde for

de andre tiltakene i MultifunC. Dersom det også på disse er problematisk å utføre praksis i samsvar med retningslinjene, skal Kvalitetsteamet stå for vurderinger av justeringer i retningslinjene som så vil føre til forandring av praksis ved alle tiltakene. I disse vurderingene skal informasjon og vurderinger fra praktikere i MultifunC innhentes og benyttes. Det er ikke anledning til forandring av retningslinjer kun for enkelte av tiltakene.

Oppgaver for Kvalitetssikringsteamet:

Kvalitetssikringsteamet er et team under etablering. Dette medfører at det er nødvendig at teamet bruker noe tid på å sette seg inn både i grunnlaget for MultifunC, i Retningslinjer for MultifunC, og i temaet behandlingsintegritet før de ulike systemene utvikles og etableres.

- Sette seg inn i forskningsgrunnlaget for MultifunC

Kvalitetssikringsteamet skal sette seg inn i boken "Behandling av ungdom i institusjoner – Hva sier forskningen?". Denne forskningsgjennomgangen er grunnlaget for behandlingsmodellen og Retningslinjer er utviklet på grunnlag av denne. Personalet i teamet må derfor oppnå en forståelse for de ulike prinsipper og sammenhenger som modellen baseres på, og forstå hvordan disse henger sammen. Det er en fordel dersom teamet i tillegg utdyper sin kunnskap på de ulike områdene gjennom lesing av forskningslitteratur på ulike underområder i forskningsrapporten.

- Sette seg inn i prinsipper for MultifunC.

Teamet må sette seg godt inn i de Retningslinjene som foreligger for MultifunC. Det er disse som er styrende for praksis i MultifunC, og disse skal danne utgangspunkt for utvikling av behandlingsintegritets-systemer.

- Settes seg inn i litteratur og prinsipper for behandlingsintegritet eller fidelity
- Bidra til operasjonalisering av komponenter/prinsipper som skal kontrolleres i MultifunC, og utvikling av instrumenter/redskaper for kontroll av behandlingsintegritet i MultifunC

- Gjennomføre kvalitetssikring i MultifunC
- Bistå med veiledning og korrigerende avvik i MultifunC
- Bidra til eventuelle justeringer i behandlingsmodellen MultifunC (videreutvikling av modellen).

Hovedoppgaven for teamet i fremtiden vil være registrering av hvilken behandling som faktisk gjennomføres, veiledning og korrigerende avvik fra grunnleggende prinsipper og komponenter i MultifunC, og bistand til videreutvikling av behandlingsmodellen.

Dersom avvik oppdages skal institusjonen kontaktes for nærmere avtaler om videre fremgangsmåte. Fortrinnsvis skal korrigerende forsøk løst via telefonkontakt. Avvik over tid skal resultere i direkte kontakt med det aktuelle teamet i form av besøk på institusjonen. Besøket skal ha som formål å avklare hva som forårsaker avvik og hva som hindrer gjennomføring av prinsipper/komponenter i modellen. Dersom løsninger ikke avdekkes, skal det undersøkes hvordan den aktuelle komponenten fungerer i de andre tiltakene. Hvis disse ikke fungerer tilfredsstillende skal det gjennomføres en analyse av hvilke hindringer som finnes. Analysen kan resultere i tiltak rettet mot hindringer eller mot forandringer/justeringer i Retningslinjer. Hvis de aktuelle komponentene i de andre tiltakene fungerer tilfredsstillende, fortsetter prosessen med avklaring av hindringer i den aktuelle institusjonen. Ved avdekking av behov for faglig påfyll, skal Kvalitetssikringsteamet veilede fram til forandring eller bidra til at eksterne aktuelle instanser kan gi nødvendig påfyll. Eksempelvis kan Atferdssenteret inkluderes for å gi påfyll til familieteamet vedrørende MST-prinsipper. Etter gjennomført påfyll skal Kvalitetssikringsteamet følge opp i forhold til videre utvikling og bistå det aktuelle teamet/institusjonen.

Foreløbig notat/utkast

20.09.05

Tore Andreassen

Sentrale komponenter i MultifunC

Riktig målgruppe:

Målgruppe for MultifunC er ungdommer med alvorlige atferdsproblemer og høyt risikonivå.

Behandlingsmål:

Sentrale behandlingsmål i MultifunC er forandring av dynamiske risikofaktorer ved ungdom, relasjoner til jevnaldrende, skole og familie. Det kan fokuseres på andre behov, men skal være klar overvekt av fokus på dynamiske risikofaktorer.

Det skal utvikles behandlingsplaner rettet mot dynamiske risikofaktorer innen de ulike områdene. Målsettinger i behandlingsplaner skal omgjøres til ukentlige delmål i hvert av teamene.

Struktur:

MultifunC er inndelt i to hoveddeler; Institusjonsopphold og Oppfølging i hjemmemiljøet.

Institusjonsoppholdet er inndelt i tre hovedfaser (Inntaksfase, Behandlingsfase og Overføringsfase). Hver fase har ulikt innhold og fokus. Inntaksfasen fokuserer på tilpasning til institusjonens daglige rutiner, på kartlegging, og på utvikling av behandlingsplaner. Fasen skal inkludere Informasjonsmøte med ungdommen, Fellesmøte I (mandat for kartlegging) og Fellesmøte II (felles forståelse av målsetting). Behandlingsfasen fokuserer på målrettet forandringsarbeid rettet mot dynamiske risikofaktorer og mot tilpasningsatferd. Overføringsfasen fokuserer på forberedelser til utflytting fra institusjonen.

Forsterkningssystemet er inndelt i fem ulike nivåer som medfører økende grad av involvering og medbestemmelse fra ungdommen.

Behandlingsplaner skal evalueres ukentlig under institusjonsoppholdet og i oppfølgingsperioden.

Behandlingsmiljø:

Sentrale områder er balanse mellom kontroll og autonomi, og mellom struktur og støtte.

Dette innebærer at MultifunC skal ha kontroll og oversikt over ungdommenes atferd. Regler skal være tydelige og forståelige. Samtidig skal ungdommene involveres i alt som berører dem selv gjennom at de får informasjon og at de får anledning til å gi uttrykk for sine meninger. De skal ha medbestemmelse på områder som ikke er relatert til atferdsvanskene eller alder og modenhet.

Behandlingsmiljøet skal ha en klar struktur gjennom at det skal finnes konkrete ukeplaner og dagplaner som viser tidspunkter og innhold i dagen. Dette medvirker til forutsigbarhet og struktur. Ungdommene skal involveres i planlegging av aktiviteter i helger og "ikke skjematag" tid.

Behandlingsmetoder:

Metoder som benyttes i MultifunC skal være følgende:

- Forsterkningssystemer (tegnøkonomi og atferdskontrakter)
- Aggression Replacement Training (ART)
- Prinsipper fra PMT og MST rettet mot foreldrearbeid

Spørsmål som bør besvares

Utredning:

Er målgruppevurdering basert på vurdering av inkluderings- og ekskluderingskriterier og risikovurdering ved hjelp av YLS/CMI?

Er individuelle responsivitetstaktorer undersøkt og tatt hensyn til?

Er det utviklet behandlingsplaner som inkluderer overordnet målsetting i samsvar med grunnlag for plassering og målsettinger for hvert risikoområde?

Struktur:

Finnes det dags- og ukeplaner som beskriver generelle aktiviteter og individuelle aktiviteter synlig tilgjengelig for ungdom og personale?

Ungdom:

Generelt:

Gis ungdommen informasjon om MultifunC og om forventninger?

Involveres ungdommen i forhold som berører ungdommen selv?

Gis ungdommen anledning til å uttrykke egne meninger på områder som berører han selv?

Gis ungdommen medbestemmelse på områder som ikke begrenses av formålet med plasseringen?

Er regler og forventninger til atferd tydelig formulert og forklart overfor ungdommen?

Påpekes ønsket og uønsket atferd umiddelbart i institusjonens dagligmiljø?

Stoppes uakseptabel atferd (trusler, vold, etc.) hver gang den fremstår?

Skjer det en gradvis overgang til stadig mer medbestemmelse for ungdommen?

Har personalet oversikt over ungdommens aktiviteter utenfor institusjonen?

Planlegges intervensjoner og aktiviteter i samsvar med Retningslinjer for Miljøarbeid (problemanalyse, planlegging av intervensjon, problematisering, gjennomføring, evaluering)?

Benyttes prinsipper fra MI i samtaler med ungdommen omkring ungdommens forandingsområder?

Inntaksfasen:

Er det gjennomført informasjonsmøte med ungdommen ved inntak?

Er forsterkningssystemet (Nivå I) iverksatt fra andre dag i institusjonen?

Gis forsterkninger på daglig basis?

Gjennomføres Fellesmøte I og II i samsvar med Retningslinjer?

Gjennomføres utdypende kartlegging av behandlingsbehov og av responsivitetstfaktorer?

Behandlingsfasen:

Foreligger det behandlingsplaner rettet mot dynamiske risikofaktorer i hvert av teamene?

Er ukentlige delmål i samsvar med behandlingsplaner (dynamiske risikofaktorer)?

Gjennomføres ukentlige evaluerings- og planleggingsmøter?

Følges ukentlige delmål opp gjennom samtaler med ungdommen?

Gjennomføres forsterkningssystemet Nivå II-IV i samsvar med Retningslinjer for forsterkningssystemer?

Tilbys ungdommen trening i sosiale ferdigheter (ART) fortløpende?

Tas det hensyn til individuelle responsivitetstfaktorer?

Inkluderes planlegging og gjennomføring av aktiviteter i prososiale miljøer utenfor institusjonen i ukentlige behandlingsplaner?

Planlegges og gjennomføres permisjoner sammen med ungdommen i samsvar med Retningslinjer for miljøarbeid?

Overføringsfasen:

Foreligger det ukeplaner rettet mot utflyttingskriterier?

Gjennomføres standardisert vurdering før utflytting?

Skole:

Gjennomføres kartlegging av skolefungering i Inntaksfasen?

Foretas en vurdering av fremtidig skoletilbud til ungdommen basert på Retningslinjer for Pedagogisk arbeid?

Planlegges skolefungering i samsvar med Retningslinjer for Pedagogisk arbeid?

Følges skolefungering opp i samsvar med Retningslinjer for Pedagogisk arbeid?

Finnes det eget forsterkningssystem rettet mot fungering i skolesituasjon?

Familie:

Involveres foreldre i drøfting av behandlingsbehov?

Gis foreldre informasjon om MultifunC?

Holdes foreldre informert om ungdommens utvikling?

Tilbys foreldre trening i kommunikasjon og grensesetting med egen ungdom jfr. Retningslinjer for familiearbeid?

Planlegges og gjennomføres permisjoner sammen med foreldrene?

Planlegges og forberedes hjemflytting sammen med foreldrene i samsvar med Retningslinjer?

Er intervensjoner og planlegging basert på problemanalyse?

Fokuserer oppfølgingsarbeidet både på foreldre, ungdom, skole og relasjoner til jevnaldrende?

Finnes det ukentlige planer for oppfølgingsarbeidet?

Vektlegger oppfølgingsarbeidet anstrengelser for å gjøre foreldrene i stand til å mestre foreldrerollen?

Avslutning av MultifunC:

Baseres beslutning om avslutning av MultifunC på vurdering av måloppnåelse og vurdering av risikonivå?

Er behov for videre støtte til familien fra andre instanser vurdert og ivaretatt?

Kontroll av behandlingsintegritet i MultifunC

Tre forhold som skal undersøkes:

- Tilstedeværelse av sentrale komponenter
- Tilstrekkelig kvalitet ved de sentrale komponentene
- Tilstrekkelig dosering/omfang av de sentrale komponentene

Del I Sentrale komponenter i MultifunC:

Tema/komponent	Operasjonalisering	Målemetode
Riktig målgruppe:	Inkluderingskriterier Risikovurdering (YLS/CMI)	

Obligatoriske møter:

Inntaksfasen

- Informasjonsmøte
- Fellesmøte I
- Fellesmøte II
- Ukentlige planleggings- og evalueringsmøter

Behandlingsfasen

- Ukeevalueringer
- Månedsevalueringer

Overføringsfasen

- Ukeevalueringer
- Månedsevalueringer

Oppfølgingsfasen

- Ukeevalueringer

Struktur:

- Finnes det ukeplaner som er tilgjengelige for personalet og ungdommene?

Involvering/medbestemmelse og kontroll

- Påpekes ønsket og uønsket atferd umiddelbart og hver gang?
- Stoppes uakseptabel atferd umiddelbart og hver gang?
- Kontrolleres/monitoreres ungdommens aktiviteter utenfor institusjonen?
- Involveres ungdommene i eget behandlingsarbeid?
- Gis ungdommene anledning til å uttrykke egne meninger?

Kontakt med samfunnet/ Jevnaldrende

- Inkludert i behandlingsplaner?
- Plan for gjennomføring?

Behandlingsplaner

- Overordnede mål i samsvar med plasseringsgrunnlag
- Målsettinger i samsvar med YLS/CMI
- Ukentlige mål i samsvar med YLS/CMI
- Grad av konkretisering av mål

Behandlingsmetoder:

- ART
- Forsterkningssystemer
- Bruk av spesifikke trinn (problematisering) før iverksetting av intervensjon

Skole/Arbeid

- Kartlegging
- Vurdering
- Mål (lang/kort)
- Forsterkning
- Samarbeid skole

Familiearbeid

- Informasjon
- Involvering
- Opplæring/trening
- Planlegging og evaluering av permisjoner
- Oppfølging i hjemmemiljøet

Personalatferd

- Påpeker positiv atferd umiddelbart
- Påpeker negativ atferd umiddelbart