



MAGELUNGEN

## Ungdomsförändring (UNGFÖR)

### Rapport 1

*Ungdomsförändring (UNGFÖR)*

*Utveckling av vetenskaplig och kliniskt relevant metodik för forskning och kvalitetssäkring vid Magelungens Behandlingscenters HVB-institutioner:*

*Processbeskrivning och analys*

Ingemar Larsson  
Torgny Westlund  
David Clinton

2008

## Sammanfattning

Systematisk forskning och kvalitetssäkring vid HVB-institutioner för ungdomar behövs för att kunna skapa kunskap om behandlingsprocesser, och för att säkerställa behandlingsmål och utfall. Till detta ändamål behövs mätmetoder för insamling av relevant information om ungdomens tillstånd innan och efter en placering, samt information som kan beskriva viktiga aspekter av behandlingsprocessen. Den nuvarande rapporten beskriver utveckling av ett metodbatteri som syftar till att belysa utfall på två HVB-hem för ungdomar i termer av: 1) sociodemografiska markörer och självbild, 2) förändring sedan inskrivning, och 3) subjektiva upplevelser av vistelsen. Rapporten beskriver processen som resulterade i ett metodbatteri som grundades på både självskattningar (Bakgrundsformulär, YSR, KASAM, Livets steg och SASB) samt en klinisk intervju som fokuserade på förändring sedan inskrivning (CHAT). Styrkor och svagheter med batteriet diskuteras. Arbetet med batteriet har haft betydelse för framväxande av en forskningskultur på de berörda institutionerna och lägger en grund för mer kliniskt nära satsningar på forskning och kvalitetssäkring. Inför framtiden blir det dels viktigt att integrera resultat från metodbatteriet i kliniskt relevant återföring till berörda vårdpersonal, dels viktigt att fortsätta utveckling av batteriet så det kan bli användbart i ett bredare sammanhang.

## Bakgrund

Systematisk forskning och kvalitetssäkring vid HVB-institutioner för ungdomar är både en utmaning och en nödvändighet. Det behövs för att kunna skapa kunskaper om behandlingsprocesser, och för att säkerställa behandlingsmål och utfall. Forskning ger personalen möjlighet till kompetensutveckling, och kan användas för att belysa frågor som ställs av uppdragsgivare. För beställarna blir kvalitetssäkring en nödvändighet med tanke på vårdformens ekonomiska kostnader. Dygnet runt vård för en ungdom kostar idag c:a 3200 kr/dygn, som motsvarar c:a 1.2 miljoner kr/år. De som finansierar sådana insatser är klart angelägna om att erhålla vård av hög kvalitet som leder till positivt utfall.

Forskning och kvalitetssäkring på dygnet runt vård för ungdomar är emellertid mycket eftersatt. Forskare inom fältet som Sallnäs (2000) betonar de stora kunskapsbristerna som finns om utfall bland ungdomar på HVB-institutioner. Hindren mot forskning och kvalitetssäkring är många. En institutions organisation, ledning och personal utmanas på olika sätt. I verksamheternas vardag blir det lätt att bortprioritera forskningen. Fokus är snarare på behandling och hur personal kan bemöta och handskas med de akuta utmaningar som uppstår. Även när det finns ett tydligt behov och intresse av att kartlägga och reflektera över utfall och behandlingsprocess på en institution kan det finnas andra hinder som brister i ekonomiska och vetenskapliga resurser, men inte minst saknad av relevanta metoder och tillvägagångssätt.

De metodologiska utmaningarna är många när man försöker mäta effekterna av mångfasetterade behandlingsinsatser som tillämpas i förhållande till en mycket heterogen grupp av ungdomar över längre tid i en klinisk vardag. I sådana sammanhang behövs mätmetoder för insamling av relevant information om ungdomens tillstånd innan och efter en placering, samt information som kan beskriva viktiga aspekter av behandlingsprocessen. Metoderna och insamlingsprocedurerna måste också kunna anpassas till den rådande behandlingskulturen, och vara kliniskt relevanta om fynden ska kunna återkopplas och integreras i behandlingsarbetet.

Magelungens Behandlingscenter (MBC) har tidigare deltagit i utvärderingsprojekt med kliniskt fokus, och detta har hjälpt att skapa metodologiska förutsättningar för forskning och kvalitetssäkring i egen regi. Mellan 1992 och 1997 deltog MBC i Behandlingshemsprojektet vid Umeå universitet (Armeliuss, 2002). Efter projektet avslutats inleddes ett samarbete med professor Kjell Hansson vid Socialhögskolan i Lund. Samarbetet ledde till utveckling av ett kvantitativt metodbatteri som kunde användas vid MBC:s HVB-hem (Hansson, 2001; Hubinette, 2003). Andra rapporter har beskrivit de två HVB-institutionerna i Farsta och Södermalm (Lindgren, 2006), samt MBC:s stödboende (Lindgren, 2007). Kvalitativa undersökningar har undersökt hur utskrivna ungdomar från MBC såg på sina placeringar (Lidman-Evans och Vasiliauskaite, 2005). Samma år undersöktes familjeterapin systematiskt med tre familjer vid MBC Farsta (Aannestad, 2005).

Dessa satsningar har skapat en bas för fortsatt metodologisk utveckling för forskning och kvalitetssäkring. Det har dock funnits behov av att bredda och utvidga metoderna som används i MBC:s forskningsverksamhet. I synnerhet har det varit angeläget att hitta både kvantitativa och kvalitativa metoder som gör det möjligt att följa ungdomar under sina vistelser och efter avslutad behandling, metoder som grundar sig på enkätsvar och intervjukattning, samt metoder som lättare kan integreras i den kliniska verksamheten. På så vis kan ett reflektivt arbete kring MBC:s behandlingsmetoder stimuleras bland berörda personal.

För att kunna utveckla metodiken för forsknings- och kvalitetssäkringsarbetet vid MBC:s HVB-institutioner och genomföra en uppföljning av tidigare behandlade ungdomar inrättades en projektgrupp bestående av Ingemar Larsson (individualterapeut och forskningsansvarig vid MBC–Farsta), Torgny Westlund (familjeterapeut och forskningsansvarig vid MBC–Södermalm, samt David Clinton (docent vid Karolinska institutet och handledare för projektet). Projektet kom att heta Ungdomsförändring (UNGFÖR) och omfattade en retrospektiv uppföljning av ungdomar som hade genomgått behandling på MBC:s två HBV-institutioner. Denna rapport redogör för UNGFÖR:s metodologiska utveckling och gruppens arbete med framtagandet av en vetenskaplig och kliniskt relevant uppföljningsmetodik att användas inom MBC:s HVB-institutioner. Rapporten beskriver utvecklingen av ett metodbatteri i en serie av sex steg från en inledande analys av tidigare satsningar till implementering av batteriet i en uppföljningsstudie (UNGFÖR). Den andra rapporten i denna rapportserie tar upp resultat från UNGFÖR-projektet.

# Steg i utveckling av UNGFÖR:s metodbatteri

## Steg 1: Analys av MBC:s tidigare satsningar på forskning

MBC:s tidigare satsning på systematisk datainsamling omfattade fem frågeformulär: Youth Self Report (YSR, Achenbach, 1991), Känslan av sammanhang (KASAM, Antonovsky, 1991), Livets steg (Andrews & Withey, 1974), samt Frågor om Familjemedlemmar och Jag Tycker Jag Är. Data på dessa instrument samlades in i samband med in- och utskrivning från HVBinstitutionerna. Eftersom dessa formulär redan var etablerade på MBC och ingångsdata fanns på flera av ungdomarna som var aktuella för UNGFÖR:s uppföljningsarbete var det självklart viktigt att använda dessa mått för att kunna möjliggöra jämförelser vid ingång och uppföljning.

Enbart användning av dessa tre instrument bedömdes dock vara otillräckligt för att uppfylla UNGFÖR:s syften. Det var nödvändigt att komplettera dessa metoder med deskriptiv information om ungdomarnas nuvarande livssituation, i synnerhet data om arbete, studier, ekonomisk försörjning, relationer, behandling efter vistelsen på MBC och konsumtion av sjukvård. Det ansågs också vara viktigt att inkludera mått på behandlingstillfredsställelse, personlighet, och skattningar av förändring sedan inskrivning.

Förutom data som samlades in med hjälp av enkäter behövdes intervjubaserade metoder som kunde skapa data av mer kvalitativ karaktär och därmed komplettera bilden av ungdomarna vid uppföljningarna. Det resonerades att användning av intervjuskattningar tillsammans med enkäter kunde öka studiens objektivitet då samstämmigheten i olika informationskällor kunde undersökas i förhållande till varandra (s.k. triangulering). Om olika enkäter och intervjuskattningar tydde på samma bild av förändring skulle detta kunna styrka slutsatser om förändring. Detta bedömdes vara ett viktigt element i UNGFÖR och ett sätt att försöka handskas med problemen rörande bias när en institution genomför en egen utvärdering av sin verksamhet och försöker bedöma förändringar så objektivt som möjligt. Intervjuer skulle också behövas för att generera material på individnivå som kunde vara av betydelse för diskussion och fördjupning på de olika institutionerna.

De forskningsmetoder som tidigare hade använts vid MBC tillät ingen uppskattning av betydelsen av utomterapeutiska faktorer för utfall. Det krävdes en metod som kunde användas för att skatta i vilken utsträckning uppmätta förändringar berodde på terapeutiska faktorer i samband med vistelsen och i vilken utsträckning dessa förändringar berodde på andra faktorer som inte hade att göra med vistelsen på MBC, som t.ex. förändringar i ungdomens livssituation, mognad, kärleksrelationer eller behandlingsinsatser från annat håll.

## Steg 2: Formulering av målen och organisation av uppföljningen

Formulering av målen för UNGFÖR och fastställande av projektets organisation gjordes i samband med MBCs centrala ledning och verksamhetsansvariga för de två berörda behandlingshemmen. De tillfällen när projektgruppen träffade ledningen kunde olika idéer kring

projektet diskuteras och en plattform med nödvändiga organisatoriska beslut för projektet kunde skapas.

Målen med UNGFÖR kom att formuleras som att belysa utfall på de två HVB-hemmen i termer av: 1) sociodemografiska markörer och självbild, 2) förändring sedan inskrivning på MBC, och 3) subjektiv upplevelse av vistelsen på MBC. De metodologiska målen för projektet var dels att hitta befintliga eller konstruera nya mätmetoder för att uppfylla dessa syften, dels att utveckla ett sätt att generera kliniskt relevant data och som skulle kunna användas på HVB-institutionerna för att stimulera kritiskt reflekterande kring utfall och behandlingsprocesser. Det var dessutom viktigt att metoderna skulle generera data som var relevant för uppdragsgivare, att de inte skulle vara för krävande att använda och implementera, samt att de skulle visa en hög grad av vetenskaplighet. Till sist ville projektgruppen även undersöka möjligheterna att utveckla ett metodbatteri som skulle kunna fungera för forskning och kvalitetssäkring utanför UNGFÖR och inom MBC i sin helhet.

Organisation av UNGFÖRs satsningar gjordes i form av en projektgrupp bestående av en forskningsansvarige från varje HVB-institution, Ingemar Larsson (Farsta) och Torgny Westlund (Södermalm). Dessa fick handledning av docent David Clinton i regelbundna möten ca. 1 – 2 gånger per månad under projekttiden. Projektgruppen träffade MBC:s ledningsgrupp (VD, vice-VD, tidigare forskningsansvarige för MBC, och enhetscheferna för berörda HVB-institutioner) ca 1 – 2 gånger per termin för att avrapportera fortskridande av projektet och för att kunna diskutera och förankra idéer om projektet. Både handledning och de återkommande träffarna med ledningsgruppen var av stor betydelse för utveckling och genomförandet av UNGFÖR.

### **Steg 3: Kompetensutveckling**

För att kunna uppnå UNGFÖRs mål och utveckla en kliniskt och vetenskapligt relevant metodologi var det nödvändigt att utveckla och höja kompetens. MBC har visserligen erfarenhet av forskningsarbete inom institutionen och i samarbete med andra aktörer, men detta har huvudsakligen varit begränsat till handhavande av de tidigare använda enkäterna och deltagande i forskningsprojekt som har organiserats från annat håll. Det finns medarbetare som har goda forskningskunskaper som har införskaffats i grundutbildningar som psykologutbildningen och socionomutbildningen. Det har emellertid saknats en person som haft formell forskarutbildning.

Handledning var därför viktigt för att öka den vetenskapliga kompetensen bland MBC:s två medarbetare inom projektgruppen och göra det möjligt att komma igång med uppföljningsarbetet. Ytterligare kompetensutveckling skedde i samarbete med forskningsgruppen på Stockholms läns landstings Psykoterapiinstitut (PI). Tack vare dessa kontakter var det möjligt att erhålla nödvändig utbildning i intervjumetodik. Detta gällde i synnerhet träning i användning av Change After Psychotherapy (CHAP) utvecklad på Psykoterapiinstitutet (Sandell 2005).

#### **Steg 4: Utveckling av metodbatteriet**

Utveckling av metodbatteriet skedde under drygt ett år mellan mars 2006 och juni 2007. Arbetet skedde inom projektgruppen och med hjälp av de kontakter som utvecklades på PI. Projektgruppen träffades för handledning ca 1-2 gånger per månad under denna period, och uppskattningsvis hälften av tiden användes för arbetet med metodbatteriet. Resten av handledningstiden användes till frågor beträffande design av UNGFÖR, organisation och förankring av arbetet, hur eventuella resultat kunde återföras till berörda institutioner samt olika aspekter av skrivarbetet.

Metodbatteriets utveckling skedde också i regelbundna träffar mellan de två forskningsansvarige medarbetare från MBC (dvs. IL och TW). Dessa träffar erbjöd möjligheter att diskutera en rad olika frågor, såsom definitioner och mätning av variabler, utveckling av intervjukattningar, praktiska arrangemang runt projektet och återkoppling till verksamheterna. Under genomförandet av UNGFÖR utvecklades dessa regelbundna träffar till en inneboende del av skattningsarbetet vid uppföljningsintervjuerna (dvs. när CHAT intervjuerna skulle samskattas, se nedan). Att god interbedömarreliabilitet kunde uppvisas i CHAT intervjuerna berodde till stor del på återkommande möten, diskussioner och rutiner som ägde rum under projektets tidiga stadium.

#### **Steg 5: Fastställandet av metodbatteriet**

Metodbatteriet som fastställdes för UNGFÖR omfattade både kvalitativa intervjubaserade instrument och kvantitativa självskattningsinstrument.

##### Kvalitativa intervjubaserade instrument:

- **Change After Treatment (CHAT):** en kvalitativ intervjubedömning av förändring efter behandling. Instrumentet grundar sig i Change After Psychotherapy (CHAP; Sandell, 2005), en intervju- och skattningsmetod för bedömning av behandlingseffekter hos vuxna patienter i psykoterapi. CHAP är skapad för att mäta förändring hos individer som på egen hand har sökt psykoterapi och som generellt sett har en god förmåga att verbalt förmedla förändringar och egna upplevelser. CHAT anpassades för bedömning av behandlingseffekter hos ungdomar på HBV-institutioner. Denna grupp av tonåringar har oftast en svår psykisk- och social problematik, och kan ha en betydligt mer begränsad förmåga att uttrycka sig verbalt. Skillnaden mellan CHAP och CHAT består dels av frågor och en intervjustil som är anpassad till målgruppen, dels förändringar i bedömningsvariabel Symptom. Detta har delats upp till två variabler: Symptombild och Symptomtolerans, som definieras nedan.

CHAT består av 5 variabler. *Symptombild:* alla slag av tämligen avgränsade beteenden och upplevelser som uppträder i olika situationer och förorsakar ungdomen eller personer i hans/hennes omgivning lidande, bekymmer eller begränsningar.

*Symptomtolerans:* ungdomens subjektiva upplevelse av i vilken utsträckning han/hon besvärar av sina symptom. *Adaptiv förmåga:* ungdomens förmåga att hantera situationer där symptomet fått honom/henne att fungera inadekvat, d.v.s. ”kritiska

situationer”; t.ex. ungdomen kan söka sig till nya relationer eller nya sammanhang där han/hon tar för sig på ett annat sätt än tidigare, kan övervinna tidigare rädslor, förändra sin livsstil på ett mer adaptivt sätt, osv. *Självinsikt*: ungdomens förmåga att förstå sin problematik, dess bakgrund och mening. Detta kan innebära en större tolerans för sina svårigheter, att tolerera olika sidor hos sig själv, eller ungdomens förmåga att se sin egen del i konflikter och vara självkritisk i positiv anda snarare än anklagande. *Grundproblematik*: ungdomens förmåga att byta ut ängsligt stela försvar och etablera mer flexibla inre strukturer och försvar, som präglas av öppenhet och inre rörlighet. Detta kan te sig t.ex. i flexibla attityd gentemot föräldrar och närstående. Alla CHAT variabler skattas på en 9-gradig skala från -1 (Mycket stor negativ förändring) till +1 (Mycket stor positiv förändring), se tabell 1. Ytterligare en variabel, *Utomterapeutiska faktorer*, används för att mäta hur pass stor del av en eventuell förändring kan bero på faktorer som ligger utanför behandlingen. Här finns en mängd omständigheter som kan ha betydelse för förändringarna såsom medicin, förälskelse, annan behandling, förändring av bostadssituation, m.m. Variabeln skattas från 0 (All förändring beror på behandlingen) till 1 (All förändring beror på faktorer som står utanför behandlingen).

Förändring	Skalsteg
Mycket stor positiv	1,00
Stor positiv	0,75
Måttlig positiv	0,50
Liten positiv	0,25
Ingen	0,00
Liten negativ	-0,25
Måttlig negativ	-0,50
Stor negativ	-0,75
Mycket stor negativ	-1,00

#### Kvantitativa självskattningsinstrument:

- Magelungens Uppföljning av Bakgrund och Behandling (MUBoB): en självskattning av bakgrunds- och behandlingsvariabler berörande nuvarande sociala situation, ursprungsfamilj, tidigare och nuvarande behandling. Formuläret innehåller också en skattning av ungdomarnas upplevelse av behandlingstillfredsställelse. Självskattningen grundas på ett formulär som använts vid behandling av anorexi och bulimi (Clinton, m.fl., 1995), men som anpassats efter institutionsplacering av ungdomar på MBC (Larsson, m.fl., 2006).
- Youth Self Report (YSR): mäter ungdomens bedömning av sina egna beteendeproblem. Måttet har 112 frågor med skalsteg från 0-2 där högre värden är lika med mer problem (Achenbach, 1991). YSR är uppdelat i ett antal delskalor (Tillbakadragen, Somatiska problem, Ängest/Depression, Sociala problem, Tankeproblem, Uppmärksamhetsproblem, Kriminellt beteende och Aggressivt beteende) samt en



huvudskala (Totala problem, som består av delskalorna tillsammans). Dessutom finns två gruppsskalor Internalisering (som består av delskalorna: Tillbakadragen, Somatiska problem samt Ångest/Depression) och Externalisering (som består av delskalorna: Kriminellt beteende och Aggressivt beteende). I denna studie används gruppsskalorna Internalisering och Externalisering, samt huvudskalan Totala problem.

- Känsla av sammanhang (KASAM): mäter välbefinnande. Det vill säga hur begriplig, hanterbar och meningsfull tillvaron är. Måttet består av 29 frågor med skalsteg 1-9 där höga värden innebär en hög känsla av välbefinnande (Antonovsky, 1991; Hansson & Olsson, 2001).
- Livets steg: Ungdomens skattning av sin övergripande livssituation. Livets steg består av 3 frågor; På vilket steg i livet står du just nu (1), på vilket steg i livet stod du för ett år sen (2), samt på vilket steg tror du att du kommer att stå på om ytterligare ett år (3)? Dessa frågor besvaras på en skala 1-10 där tio står för bästa tänkbara liv (Andrews & Withey, 1974; Wiklund et al., 1992).
- Structural Analysis of Social Behaviour (SASB): mäter individens självbild (Benjamin, 1974.; Benjamin, 1996.; Lorr, 1999). Formuläret består av 36 påståenden om sig själv, några positivt riktade och andra negativt. På en skala mellan 0 (stämmer inte alls) -100 (stämmer helt), bestrider eller bekräftar ungdomen påståendet. SASB är indelad i åtta klustrar av självbild:

## **Steg 6: Implementering av metodbatteriet i en uppföljningsstudie**

Metodbatteriet implementerades i en retrospektiv uppföljningsstudie av 17 ungdomar som tidigare genomgått behandling på MBC:s två HVB-hem (Larsson, Westlund & Clinton, 2008). I studien kontaktades ungdomar som hade tidigare behandlats på MBC först brevledes med information om projektet. Inom två veckor efter brevutskicket kontaktades ungdomarna per telefon för att undersöka deras intresse att delta i projektet. Om en ungdom ville delta fastställdes tid för en intervju. För sitt deltagande erhöles ungdomarna ett presentkort på 200 kr till SF bio. Projektenkäterna skickades till de deltagande ungdomarna som ombads att ta med dem till intervjun ifyllda. Om de inte hade fyllt i dessa ombads de göra det i anslutning till intervjun. Om detta inte heller var möjligt bads de posta formulären. Totalt blev 34 ungdomar tillfrågade om deltagande; 17 intervjuades, 7 kunde inte nås trots upprepade försök, 7 tackade nej till deltagande, och 3 kom inte till avtalade tider.

För att kunna göra intervjuerna så objektiva som möjligt genomfördes dessa av en projektmedarbetare som ungdomen inte tidigare hade träffat. I praktik betydde detta att medarbetaren som arbetade på MBC Farsta intervjuade ungdomar som hade behandlats vid MBC Södermalm, medan medarbetaren som arbetade på MBC Södermalm intervjuade ungdomar som hade behandlats vid MBC Farsta. CHAT intervjuaren hade ingen förhandsinformation kring ungdomen och anledningen till placeringen. Intervjuerna bandinspelades och skattades i tre steg: först av intervjuaren som var blind till bakgrundsinformation om ungdomen och placeringen (blind skattning), sedan av projektmedarbetaren från den berörda institutionen (informerad skattning), och sist av båda medarbetare utifrån intervjun och förhandsinformationen (samskattning) för att komma

fram till en gemensam skattning av ungdomen. I en pilotfas av projektet undersöktes 2 ungdomar från varje enhet för att kunna utveckla och förfina forskningsmetodiken inför uppföljningen. Redovisning av resultat finns i rapporten av Larsson, Westlund & Clinton (2008).

## Diskussion

Framtagandet av UNGFÖRs forskningsbatteri har haft flera implikationer. Förutom själva metodbatteriet har arbetet haft betydelse för framväxande av en forskningskultur som har potential att sträcka sig bortom UNGFÖR-projektet och lägga en grund för mer kliniskt nära satsningar på forskning och kvalitetssäkring vid MBC i sin helhet.

Själva metodbatteriet med dess kvantitativa enkäter och dess kvalitativa intervju har både sina styrkor och svagheter. Utveckling och införandet av bakgrunds- och behandlingsskattningar i MUBoB utgör en väsentlig styrka i metodbatteriet som genererar data om variabler som tidigare saknades och som är av särskild relevans för uppdragsgivare, såsom hur ungdomen klarar sig ur ett socioekonomiskt perspektiv, konsumtion av vård, socialt nätverk, m.m. Utveckling och införandet av CHAT intervjun var minst lika betydelsefull. Detta instrument underlättar att ungdomens berättelse träder fram med egna ord. Det ger också viktig information om förändringar som har skett sedan inskrivning, dels genom att ungdomens egen subjektiva berättelse belyses, dels genom möjligheten att göra systematiska skattningar av betydelsen av faktorer som bidrog till förändring men som låg utanför behandlingen. Integrering av SASB i batteriet innebär att kliniskt relevanta aspekter av ungdomarnas självbild kan undersökas med hjälp av ett fåtal frågor. Eftersom det finns relativt mycket normdata kring SASB blir det möjligt att göra meningsfulla jämförelser med andra grupper.

En annan styrka med UNGFÖRs metodbatteri är dess användning av både kvantitativa och kvalitativa instrument. Genom samling av data från flera källor blir det lättare att forma en helhetsbedömning av förändringsprocessen. Detta är av särskild vikt när man eftersträvar forskning och kvalitetssäkring vid den egna enheten. Användning av självskattningar, samt intervjukskattningar som görs av både "informerade" och "ej informerade" bedömare (dvs. bedömare som har eller inte har kunskap om den tidigare placeringen), bidrar till att öka objektiviteten i analysarbetet genom s.k. triangulering. Detta medför att informationskällor från tre håll används för att fastställa slutsatser om en given ungdom.

I UNGFÖR görs intervjukskattningarna av två medarbetare från MBC. Detta kan visserligen ses som en nackdel, någonting som ökar risken för godtyckliga bedömningar, men forskning och kvalitetssäkring på den egna verksamheten medför alltid sådana risker. Användning av utomstående bedömare skulle bidra till att öka objektiviteten, men sådana åtgärder kan bli svåra att genomföra av praktiska skäl. Det väsentliga är att använda praktiskt genomförbara procedurer som begränsar subjektiv godtycklighet så mycket som möjligt, och som samtidigt tydliggör dessa subjektiva inslag för att lättare kunna diskutera och värdera dem. Genom bevarande av intervjumaterial från CHAT blir det dessutom möjligt att vid ett senare tillfälle anlita en utomstående bedömare som kan göra egna skattningar av materialet och därmed öka objektiviteten.

Svagheterna med UNGFÖRs metodbatteriet gäller främst lämpligheten av YSR och KASAM för uppföljning och utvärdering av ungdomar på HVB-hem. De svenska normerna för YSR visar relativt hög psykometrisk spridning. Detta gör att kliniska och normala jämförelsegrupper överlappar i stor utsträckning. Det blir dessutom svårare att avgöra om uppmätta positiva förändringar avspeglar en pålitlig rörelse mot normalitet. Tillsammans med YSRs stora omfattning (112 frågor), finns det skäl att fundera på att byta ut YSR mot ett annat instrument som fokuserar på psykiatrisk symptomatologi med färre frågor. KASAM föreföll vara för stabilt och inte tillräckligt känsligt för förändringar. En aspekt av CHAT som har både för- och nackdelar är att instrumentet genererar mycket intervjudata. Det krävs därför en del tid för att analysera intervjuerna så att materialet kan komma till sin rätta.

En annan svaghet med UNGFÖR var att uppföljningsintervjuerna inte var en integrerad del av vistelsens planering på MBC. Om verksamheterna hade lagt en grund för dessa uppföljningar innan placeringarna avslutades kunde personalen ha förklarat betydelsen av dessa för ungdomarna. Om planering för uppföljningarna hade integrerats i verksamheten kunde personalen ha förklarat att uppföljningar är viktiga för att kunna säkerställa vården, hjälpa behandlingshemmen utveckla sin kompetens, och undersöka om ungdomen är i fortsatt behov av vård. Genom planering för uppföljningar under vistelsen är det sannolikt att flera ungdomar skulle delta i forskningen och att sampelstorleken skulle bli mer representativ. Det var genomgående intervjuernas intryck att det var viktigt att träffa ungdomarna för en personlig intervju snarare än att lita på en telefonintervju. Materialet var rikare och kunde tillhandahållas på ett mer vetenskapligt sätt när CHAT intervjuerna kunde genomföras. Det skulle givetvis ha varit lättare att utföra uppföljningar med hjälp av telefonintervjuer, men ungdomarnas berättelser skulle förmodligen inte ha kommit fram lika tydligt.

Arbetet med UNGFÖR har omfattat mer än bara framtagande av ett metodbatteri och genomförande av ett forskningsprojekt. Det har även omfattat en utvecklingsprocess för både medarbetare och institutionen MBC i sin helhet, där kunskaper, kompetens och erfarenheter kring forskning har byggts upp steg för steg. Utifrån denna process finns det flera lärdomar att beakta inför framtida satsningar på forskning och kvalitetssäkring.

En av dessa lärdomar är betydelsen av de tidigare erfarenheterna av forskning som har samlats på MBC. UNGFÖR är inte MBCs första satsning på forskning. Institutionen har deltagit i utanförkommande forskningsprojekt tidigare, och vid tidpunkten för UNGFÖRs genomförande pågick systematisk insamling av ungdomar vid in- och utskrivning från HVBhemmen. Tillvaratagande av erfarenheterna kring dessa satsningar var av stor vikt för planering av uppföljningsintervjuerna, granskning av de tidigare använda enkäterna och handhavande av praktiska problem kring implementering av projektet.

För att kunna genomföra UNGFÖR var en del praktiska arrangemang av stor betydelse. Det var väsentligt för forskarna att kunna avsätta tid för sina uppgifter. Detta gällde inte enbart ledningens sanktionerade arbetstid utan också vad som skulle kunna betraktas som personligt sanktionerad arbetstid. Båda forskare i UNGFÖR var knutna till de deltagande HVB-hemmen, och var engagerade i sina kliniska arbetsuppgifter. Det dagliga behandlingsarbetet krävde ofta olika former av ingripanden, ställningstaganden och diskussioner med övrig personal på institutionerna. Det var således lätt att bli indragen i kliniskt arbete när tid skulle avsättas till forskning. För att kunna hantera dessa rollkonflikter och fokusera på forskningen var det ofta nödvändigt att bedriva forskningsarbetet vid en annan plats än den egna institutionen. Likaså

var det viktigt att ha tillgång till ett arbetsrum på den egna institutionen för forskningsarbete. Tillgång till avskildhet gjorde det lättare att fokusera tankar, koncentrera på forskningsuppgifterna och betydde att man inte lika lätt blev indragen i akuta händelser under den tid man skulle ägna åt forskningsarbete. Sådana praktiska arrangemang gjorde det lättare att hålla isär konkurrerande roller som behandlare och forskare. Ramarna som skapades runt projektet bidrog också till detta ändamål. Tydliga uppdrag från MBCs ledning, sanktioner från de närmaste cheferna, ekonomiska resurser och tillgång till handledning var alla av betydelse.

UNGFÖR har inneburit en process där klinikern har blivit forskaren. Detta har utgjort en utmaning som har betytt att de inblandade medarbetarna har fått kliva in i nya roller när de har ägnat sig åt forskningen för att sedan kliva tillbaka in i sina bekanta kliniska roller. Detta har haft både för- och nackdelar. Å ena sidan var det tack vare gedigna kliniska erfarenheter som det blev lättare att rekrytera och intervjua ungdomarna, å andra sidan blev det svårare med analysarbetet och rapportskrivning. För att kunna handskas med utmaningar inom projektet var handledning av stor betydelse.

Handledning har tillfört kompetens i design och genomförande av forskning samt dataanalys och rapportskrivning. Den har också hjälpt medarbetarna att arbeta in sig i forskarrollen. De specifika handledningsbehoven har dock varierat under projekttiden. Det har därför varit nödvändigt med flexibilitet så handledningen kunde anpassas till de olika behoven som gällde vid olika tidpunkter. I början behövdes ofta förekommande och regelbundna träffar för att planera projektet, diskutera rollfördelning och uppgifter, granska olika forskningsmetoder, m.m. Dessa möten behövde inte vara länge, men senare under implementeringsperioden behövdes längre träffar, fast inte lika ofta förekommande. Den längre tiden möjliggjorde nödvändiga djupare diskussioner kring svårigheter som dök upp med implementeringsarbetet, såsom rekrytering av ungdomar, intervjuförfarandet, m.m.

Inför framtiden finns det flera utmaningar. En väsentlig del av UNGFÖR har bestått av ambitionen att åstadkomma kliniskt relevant återföring. Detta är nödvändigt för att satsningar på forskning blir relevant för övrig personal inom MBC. Under år 2009 planeras särskilda tillfällen för återföring till vårdpersonalen, och arbete pågår med utformning av en särskild modell för att genomföra och reflektera kring återföring från projektet. Hoppet är att detta också ska kunna leda till ett effektivare behandlingsarbete på MBC:s HVB-hem och även stimulera utveckling bland berörd personal.

Framtida satsningar på forskning kan dra nytta av lärdomar från UNGFÖR i utveckling av ett forskningsupplägg som kan vara användbart för kvalitetssäkringsarbetet vid MBC i sin helhet. Det kommer att vara viktigt att utveckla ett metodbatteri som tillåter bättre systematiska jämförelser mellan uppnått resultat på MBC och andra kliniska och icke-kliniska grupper. Till detta ändamål kan det bli klokt att använda mätmetoder som tillåter uträkning av klinisk signifikans (CS) och den s.k. "reliable change index" (RCI). Sådana inslag kan göra det lättare att upprätta "benchmarks" i utvärderingsarbetet, och skulle göra det lättare att uppskatta om uppnådde förändringar under en vistelse på MBC är att betrakta som pålitliga och meningsfulla resultat. Andra viktiga inslag i framtida forskningssatsningar inkluderar mer systematisk användning av materialet från CHAT-intervjuerna i form av kvalitativa forskningsrapporter och satsningar på användning av utomstående skattare i dessa intervjuer för att öka objektiviteten.

## Referenser

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Armeliu, B-Å., Fransson, P., Henningson, M., Hemphälä, M. & Sundbom, E. (2002). *En 5årsstudie av patienter och personal vid Magelungen 1992-1997*. Slutrapport nr 20 från Behandlingshemsprojektet. Umeå universitet. Umeå.
- Barker, C., Pistrang, N., Elliot, R.(2002) *Research methods in clinical psychology*. John Wiley & Sons Inc.
- Clinton, D., Norring, C. & Eriksson, B. (1995). *BoB. Frågeformulär om Bakgrund och Behandling vid Anorexi/Bulemi*. SUFSA. Stockholm
- Hansson, K., m.fl (2001). *Familjebehandling på goda grunder*. En forskningsbaserad översikt. Bokförlaget Gothia.
- Hubinette, M., Lindgren, T. & Westlund, T. (2003). *Behandlingsresultat av dag- och dygnet-runt behandling för ungdomar med allvarliga psykiska problem*. Slutrapport. MBC AB, Stockholm.
- Larsson, I., Westlund, T. & Clinton, D. (2008). *Ungdomsförändring (UNGFÖR): En retrospektiv uppföljning med kliniskt fokus vid Magelungens Behandlingscenters HVBinstitutioner: Kartläggning av utfall bland 17 ungdomar*. MBC AB, Stockholm.
- Lidman-Evans, J. & Vasiliauskaite D. (2005). *Vad ungdomar tycker*. Socialhögskolan. Stockholm.
- Wedin, L, Sandell, R. (2004) *Psykologiska undersökningsmetoder – en introduktion*. Studentlitteratur, Lund
- Sandell, R., Grebo, U., Härdelin, S. & Lauthers, B. (2005). *En metod att bedöma förändringar efter psykoterapi: CHAP*. Rapporter från PI, nr 28