



# Ungdomsförändring (UNGFÖR)

## Rapport 2

*En retrospektiv uppföljning med kliniskt fokus vid Magelungens  
Behandlingscenters HVB-institutioner*

*Kartläggning av utfall bland 17 ungdomar*

Ingemar Larsson  
Torgny Westlund  
David Clinton

2008

## Sammanfattning

Ungdomar som placeras på HVB-institutioner har komplexa och allvarliga psykiska och sociala problem. Forskning på dessa ungdomar har länge varit eftersatt. Denna studie beskriver utfall i en retrospektiv uppföljning av 17 ungdomar som behandlades på Magelungens Behandlingscenters (MBC) två HVB-institutioner i Farsta och Södermalm. Placeringarna pågick i genomsnitt 21 månader och uppföljningarna skedde i genomsnitt 44 månader efter avslutad vistelse.

Ungdomarna undersöktes med hjälp av både självskattningar (Bakgrundsformulär, YSR, KASAM, Livets stege och SASB) samt en klinisk intervju som fokuserade på förändring sedan inskrivning (CHAT). Vid inskrivning hade ungdomarna stora psykiska och sociala svårigheter. Vid uppföljningen var bilden dock positiv för det stora flertalet ungdomar. De bodde utanför institutioner, och de flesta försörjde sig på egen hand, antingen via arbete eller studier. Konsumtion av psykiatrisk vård efter tiden på MBC var övervägande låg. På självskattningsinstrumenten visade ungdomarna som grupp ett mönster som antingen var inom ramen för det normala eller nära inpå. Intervjuskattningarna tydde på stora positiva förändringar sedan inskrivningen. Det fanns dock flera ungdomar som visade en mer negativ bild än gruppen i sin helhet, och som hade en mer negativ uppfattning om MBC som institution. Studiens resultat diskuteras bland annat i termer av förändringsprocessen på institutionerna, kunskapsutveckling och betydelsen av att närmare integrera forskning och klinisk verksamhet på HVB-institutioner.

## Bakgrund

I en genomgång av forskning avseende HVB-institutioner för ungdomar visar Sallnäs (2000) att det finns stora kunskapsbrister. Forskningen på denna grupp har varit eftersatt under lång tid. Detta kan bero på flera olika anledningar, såsom brist på ekonomiska och vetenskapliga resurser, saknad av en tradition att systematiskt analysera behandlingsprocess och utfall vid HVB-institutioner, och inte minst de metodologiska utmaningarna som finns när man försöker mäta effekterna av mångfasetterade behandlingsmetoder som tillämpas i förhållande till en mycket heterogen patientgrupp över längre tid.

Ungdomar som placeras på HVB-institutioner har som regel komplexa och allvarliga psykiska och sociala problem. Barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten, de inblandade familjerna och ungdomarna själva har ofta upplevt en frustrerande lång historia av misslyckade placeringar och behandlingsinsatser. Att till slut bli inskriven på en HVB institution är en gedigen samhällsinsats. Kostnaden idag för en placering med dygnet runt vård är 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. Krav från uppdragsgivare att institutionerna kan kvalitetssäkra sina behandlingsinsatser är således självklart och naturliga.

När steget tas och ungdomen placeras på en HVB-institution är emellertid tanken om kvalitetssäkring av vård ofta avlägsen. De tidigare inblandade parter kan uppleva en desperat känsla av att alla tillbuds stående behandlingsalternativ har uttömts och enbart ett institutionsalternativ kvarstår som en möjlig utväg. När själva HVB-placeringen inleds är det ofta i förhållande till akuta, och ibland livshotande, behandlingsbehov där behandlingspersonalen arbetar mycket intensivt för att skapa en fungerande terapeutisk allians med ungdomen för att kunna möjliggöra behandling och utveckling.

Forskning och kvalitetssäkring på HVB-institutioner under sådana omständigheter är minst sagt en utmanande uppgift, men icke desto mindre nödvändig. I situationen som råder i förhållande till de akuta behandlingsbehoven blir dock forskningen lätt bortprioriterad. Systematisk insamling av information om ungdomens väg genom behandling, vad som sker efter vistelsen, samt reflektion kring denna information är trots allt nödvändig för att kunna generera kunskap om verksamma behandlingsfaktorer och för att ge personalen möjlighet att vidareutveckla sin behandlingskompetens. Vid Magelungens behandlingscenter (MBC) tas denna utmaning på allvar.

## Behandling vid Magelungens HVB-institutioner

Magelungens behandlingscenter är ett personalägt aktiebolag som bedriver behandling av tonåringar och unga vuxna med olika typer av psykiatriska eller sociala svårigheter. Formen för behandling varierar utifrån klientens och uppdragsgivarens särskilda behov. De två HVBinstitutionerna inom MBC erbjuder vård och behandling till ungdomar som bedöms ha allvarliga psykiska och/eller psykosociala svårigheter, men också ett nätverk/familj som inte kan tillgodose ungdomens utvecklingsbehov. Behandlingsmodellen består huvudsakligen av fem särskilda komponenter: boende, strukturerad miljöterapi, familje-/nätverksterapi, individualterapi samt skola.

Den strukturerade och schemalagda miljöterapi bedrivs utifrån salutogena tankegångar och kognitiva metoder. Miljöterapi är gruppfokuserad med individuellt formulerade målsättningar där ungdomens egna resurser förstärks och utvecklas. Ungdomen har möjlighet att lära sig att fungera i grupp, hantera känslor och upplevelser och hitta nya sätt att relatera till andra. Den strukturerade miljöterapi dagtid bedrivs inom en fast tidsstruktur med hög kontinuitet vad gäller innehåll och personal. Det miljöterapeutiska arbetet innebär också arbetsträning och möjlighet att utveckla kreativitet, lust och lekfullhet.

Familjeterapi har sin grund i systemteorin. Målsättningen är att vidga synen på "problemet", och att tillsammans med familjen hitta nya förklaringar som ger möjlighet att välja andra handlingsalternativ och hitta nya sätt att kommunicera och fungera tillsammans. Sammanhangen runt ungdomarna består ofta av fler personer än kärnfamiljen. Det kan vara fränskilda föräldrar med nya familjer, samt andra släktingar och personer som finns runt ungdomen och familjen. Detta innebär att den inskrivna ungdomen kan ha familje-/nätverksmöten med olika personkretsar.

Den individuella psykoterapi omfattar samtal en till tre gånger per vecka med en individualterapeut. Mötet mellan ungdom och terapeut i vardagen ger båda möjlighet att använda gemensamma erfarenheter. Individualterapi är ett utrymme för ungdomen att prata om och bearbeta angelägna problem och konflikter. Terapi kan också fungera som ett sätt att träna sig på att vara i relation med en annan människa, och därav få nya insikter och erfarenheter av sig själv. En ökad medvetenhet om hur man själv fungerar i möte med andra kan leda till frigörelse av resurser som skapar förutsättningar att fatta nya beslut. De teoretiska referensramarna för den individuella psykoterapi har sin grund i objektrelationsteori, självpsykologi, och kognitiv teori.

Skolan är en betydelsefull del av MBC:s behandlingsmodell och innebär en möjlighet för ungdomarna att fortsätta sin utbildning, och som även stimulerar den sociala utvecklingen. En viktig del av skolans arbete är att eleverna skall känna lust i sitt lärande samt att ta betyg i kärnämnen för att möjliggöra gymnasiestudier. Magelungen är idag en friskola och har elva heltidsanställda behöriga lärare som undervisar ungdomar inskrivna på Magelungens verksamheter. På behandlingshemmen ligger tonvikten på skola två-tre dagar per vecka. Undervisningen är individualiserad utifrån ungdomarnas olika förutsättningar och förmågor, vilka förändras under placeringen

Under den övriga tiden på institutionen finns personal tillgänglig för ungdomarna. Här ges utrymme både för gemensamma och individuella initiativ. En kväll varannan vecka är det "ungdomsgrupp", där ungdomarna tillsammans med gruppledarna kan ventilera ämnen som

berör dem gemensamt. Verksamheten förutsätter ett nära samarbete med familj och nätverk. Föräldrarna deltar periodvis i det miljöterapeutiska arbetet. Familjer och nätverk inbjuds till en gemensam öppet hus middag en söndag i månaden. Behandlingshemmen har helgstängt var fjärde helg. Då bor ungdomen hemma eller hos någon i sitt nätverk. En jourtelefon finns där personal kan nås av ungdom och familj.

## **Forskning vid Magelungens HVB-institutioner**

Behandlingsverksamheten inom MBC har under längre tid varit delaktig i flera utvärderings- och forskningsprojekt. Mellan 1992 och 1997 deltog MBC i Behandlingshemsprojektet vid Umeå universitet (Armelius, 2002). Efter projektet avslutats inleddes ett samarbete med professor Kjell Hansson vid Socialhögskolan i Lund. Samarbetet ledde fram till att MBC idag har en kvalificerad utvärdering på kvantitativ grund (Hansson, 2001; Hubinette, 2003) för de behandlingar som bedrivs. Idag bedrivs utvärdering kontinuerligt och helt i MBC:s egna regi. Ytterligare rapporter skrivs kontinuerligt. En rapport beskriver två HVB-institutioner, MBC Farsta och MBC Södermalm (Lindgren, 2006). En annan rapport beskriver MBC:s Stödboende (Lindgren, 2007), och under våren 2008 planeras en rapport kring en av MBC:s dagverksamheter. När det gäller mer kvalitativa undersökningar har två rapporter skrivits utanför MBC:s regi. År 2005 färdigställde två socionomstudenter från Socialhögskolan i Stockholm en intervjuserie där man undersökte hur utskrivna ungdomar från MBC såg på sin placering på någon av HVB institutionerna, Lidman-Evans och Vasiliauskaite (2005). Arbetet var ett försök att ge en mer subjektiv bild av hur det är att bli placerad på institution. Samma år undersöktes familjeterapin med tre familjer vid MBC Farsta (Aannestad, 2005).

Den hittillsvarande forskningen har utgjort en bra början genom att skapa traditioner och stimulera en metodologisk utveckling. De standardiserade instrumenten som använts möjliggör jämförelser mellan både normala och kliniska populationer. Det har dock funnits behov av att utvidga Magelungens forskningsverksamhet. Det var t.ex. angeläget att skaffa kunskaper om behandlingsutfall bland ungdomar som tidigare behandlats på MBC:s HBVinstitutioner, samt etablera rutiner som gör det möjligt att följa ungdomar under sina vistelser och efter avslutad behandling. Dessutom är det angeläget att närmare integrera forskningen i den kliniska verksamheten och stimulera ett reflektivt arbete kring Magelungens behandlingsmetoder bland berörda personal. Det var med utgång i dessa behov som det Ungdomsförändringsprojektet (UNGFÖR) lanserades. UNGFÖR är ett retrospektivt projekt som följer upp ungdomar som har genomgått behandling på MBC:s två HBVinstitutioner.

## **Syfte**

Denna delstudie har till syfte att kartlägga utfallet bland tidigare behandlade ungdomar som ingår i UNGFÖR. I synnerhet har studien försökt att belysa utfall i termer av: 1) sociodemografiska markörer och självbild, 2) förändring sedan inskrivning på MBC, och 3) subjektiv upplevelse av vistelsen på MBC.

## Metod

Design: UNGFÖR tillämpar en retrospektiv forskningsdesign för att följa upp ungdomar som har avslutat behandling vid två HVB institutioner: MBC Farsta och MBC Södermalm. Uppföljningsresultat från dessa ungdomar jämfördes när det var möjligt med ingångsdata som samlats in kring ungdomarna när de påbörjade sina behandlingar vid MBC. Behandlingsutfall vid uppföljning undersöktes både kvantitativt med enkäter och kvalitativt med intervjuer.

Deltagare: Ungdomar som varit inskrivna vid MBC Farsta och MBC Södermalm undersöktes. Inklusionskriterier var minst sex månaders vistelse på någon av institutionerna, inskriven tidigast 2001, och utskrivna vid tiden för undersökningen. Urval av ungdomarna skedde kronologiskt, d.v.s. den första ungdomen som skrevs in 2001 och varit inskriven minst sex månader kontaktades först, sedan den andre o.s.v. Utifrån dessa inklusionskriterier var målet att följa upp 20 ungdomar. Totalt 17 ungdomar intervjuades (MBC Södermalm: N = 11; MBC Farsta N = 6). Ungdomarna följdes upp från 20 – 60 månader efter avslutad behandling (M = 44,2 månader). Behandling på MBC:s HVB-institutioner hade pågått mellan 11 – 38 månader (M = 21,4). Könsfördelningen hos ungdomarna var 8 män och 9 kvinnor. Vid uppföljningen var ungdomarna mellan 18-24 år (M = 20 år och 9 månader).

### Instrument:

- CHAT (Change after treatment): en kvalitativ intervjubedömning av förändring efter behandling. Instrumentet grundar sig på den intervju- och skattningsmetod som har använts i CHAP (Sandell 2005), men har utvecklats och anpassats för behandlingseffekter som avser ungdomar som behandlas på HBV-institutioner (Westlund 2007). CHAP är skapad för att mäta förändring för vuxna individer som på egen hand har sökt psykoterapi och som generellt sett har en god förmåga att verbalt förmedla förändringar och egna upplevelser. Den målgrupp som placeras på MBC är yngre, tonåringar, och har en svår psykisk- och social problematik vilket inte sällan lett till en placering under tvångsliknande förhållanden. Skillnaden mellan CHAP och CHAT består dels av en bedömningsvariabel, Symptom, har delats upp till två variabler: Symptombild samt Symptomtolerans för att tydliggöra den positiva eller negativa utveckling som skett.

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 flexiblare 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, *Utoterapeutiska 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        |
| Stor positiv        | 0,75     |
| Måttlig positiv     | 0,5      |
| Liten positiv       | 0,25     |
| Ingen               | 0        |
| Liten negativ       | -0,25    |
| Måttlig negativ     | -0,5     |
| Stor negativ        | -0,75    |
| Mycket stor negativ | -1       |

- MUBoB: en kvantitativ självskattning av relevanta bakgrunds- och behandlingsvariabler. Formuläret innehåller bl.a. en skattning av ungdomarnas upplevelse av behandlingstillfredsställelse. Självskattningen grundas på ett formulär som använts vid behandling av anorexi och bulimi (Clinton, 1995), men som anpassats efter institutionsplacering av ungdomar på MBC (Larsson, m.fl., 2006).
- YSR (Youth Self Report): 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, Ångest/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.
- KASAM (Känsla av sammanhang): 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 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).

- SASB (Structural Analysis of Social Behaviour): 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.

Procedur: Prospektiva deltagare kontaktades först brevledes med information om projektet (bil. 1). Inom två veckor efter brevutskicket kontaktades ungdomarna per telefon för att undersöka deras intresse att delta i projektet. Deltagandet skedde helt på frivillig basis. Om en ungdom ville delta fastställdes tid för en intervju. För sitt deltagande gavs ett presentkort på 200 kr till SF bio. Projektenkäterna skickades till deltagande ungdomar som ombads att ta med dem till intervjun ifyllda. Om de inte hade gjort detta ombads de göra det i anslutning till intervjun. Om det inte heller var möjligt bads de posta formulären. Totalt har 34 ungdomar blivit tillfrågade om deltagande, 17 intervjuades, 7 svarade inte, 7 tackade nej, 3 kom inte till avtalade tider, vilket ger ett bortfall på 50 %.

För att kunna göra intervjuerna så objektiva som möjligt genomfördes intervjuerna av en projektmedarbetare som ungdomen inte tidigare hade träffat. I praktik betydde detta att I.L. som arbetade på MBC Farsta intervjuade ungdomar som hade behandlats vid MBC Södermalm, och T.L. 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 (samskattningen) 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.



## Resultat

### Hur ser ungdomarnas liv ut idag?

Ungdomarnas nuvarande liv dokumenteras i termer av att demografiska variabler som boende och sysselsättning redovisas, samt interpersonella variabler som självbild och nära relationer. Dessutom redovisas vårdinsatser efter MBC då det kan ge en indikation om ungdomarnas hjälpbehov efter avslutad behandling.

#### Demografiska variabler

Tabell 2 beskriver ungdomarnas livssituation idag. Totalt 12 ungdomar (71 % av de som följdes upp) arbetar eller studerar, och 9 stycken försörjer sig själva. Tolv procent är arbetslösa eller sjukskrivna vilket kan jämföras med 9,3 % som är den rådande normen för svenska ungdomar mellan 20-24 år enligt Statistiska centralbyrån (SCB, 2007). Enbart tre ungdomar får sin inkomst huvudsakligen genom socialbidrag eller sjukpenning. Vad gäller boende bor 53 % på egen hand eller med partner/barn. Av de tre ungdomar som uppger "annat" som sysselsättning är en person ledig efter att ha tagit studentexamen, en var föräldraledig, och den tredje studerade på gymnasienivå, men var sjukskriven för tillfället. När det gäller boende kan man ange flera svarsalternativ. En person anger boende som ensam och med sambo.

| Sysselsättning            | Boende |         | Försörjning                        |         |       |                      |    |      |
|---------------------------|--------|---------|------------------------------------|---------|-------|----------------------|----|------|
|                           | Antal  | Procent | Antal                              | Procent | Antal | Procent              |    |      |
| Arbete/<br>studier        | 12     | 71%     | Ensam                              | 6       | 33%   | Själv                | 9  | 65%  |
| Arbetslös/<br>sjukskriven | 2      | 12%     | Med make, sambo<br>eller egna barn | 5       | 28%   | Sjukpenning          | 1  | 7%   |
| Annat                     | 3      | 17%     | Med<br>ursprungsfamilj/<br>släkt   | 6       | 33%   | Socialbidrag         | 2  | 14%  |
|                           |        |         | Fosterfamilj                       | 1       | 6%    | Beroende av<br>andra | 2  | 14%  |
| Totalt                    | 17     | 100%    | Totalt                             | 18      | 100%  | Totalt               | 14 | 100% |

Efter avslutad behandling på MBC uppger 12 (86 %) av ungdomarna att de inte haft någon kontakt med den psykiatriska öppenvården och 11 (78 %) att de inte har haft kontakt med slutenvården (se Tabell 3). Även om liknande data avseende psykiatrisk vårdkonsumtion inte har samlats in vid tiden för påbörjad placering kan det noteras att många ungdomar som placeras på MBC har haft omfattande kontakt med psykiatri och socialtjänst innan placeringen.

---

**Tabell 3: Psykiatrisk vård efter MBC**

|                | Öppenvård |         | Slutenvård |         |
|----------------|-----------|---------|------------|---------|
|                | Antal     | Procent | Antal      | Procent |
| Ingen          | 12        | 86%     | 11         | 78%     |
| Mindre än 1 år | 1         | 7%      | 3          | 22%     |
| Mer än 1 år    | 1         | 7%      | 0          | 0%      |
| Totalt         | 14        | 100%    | 14         | 100%    |

---

#### Interpersonella relationer

Ungdomar som placeras på MBC är ofta ensamma och isolerade, utan relationer till jämnåriga. Mobbing är en erfarenhet många ungdomar på MBC delar. De relationer som finns vid tiden för placeringen är ofta av destruktiv karaktär. När ungdomarna följdes upp angav 11 (79%) att de har minst två eller flera nära relationer utanför familjen (se Tabell 4). Detta tyder på att flera, dock inte alla, ungdomar har ett meningsfullt socialt nätverk utanför familjen.

---

**Tabell 4: Antal nära vänner**

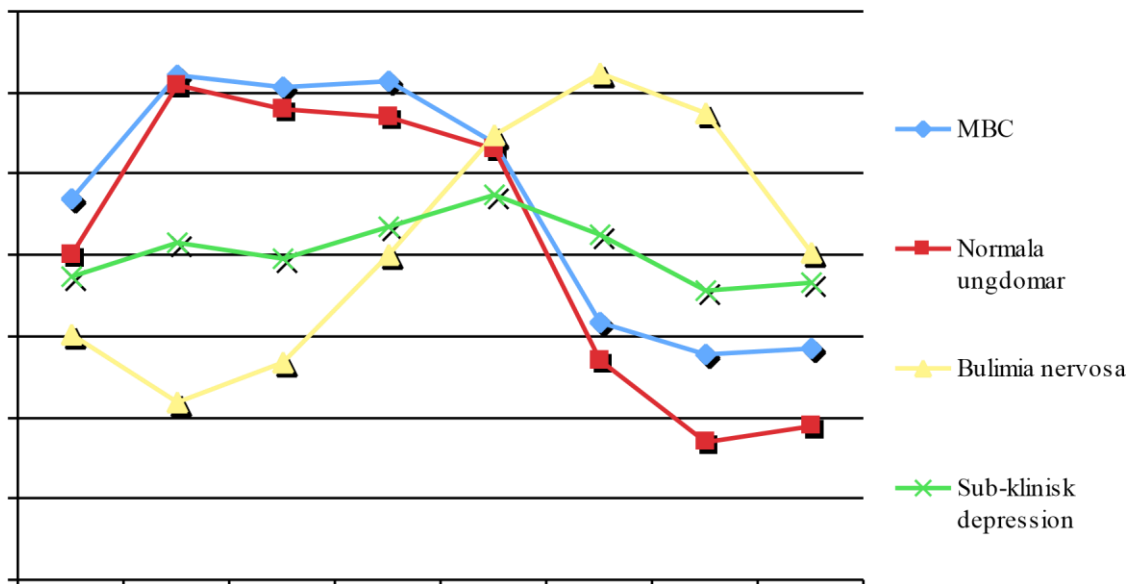
|                         | Antal | Procent |
|-------------------------|-------|---------|
| Inga vänner             | 1     | 7%      |
| En vän                  | 2     | 14%     |
| Två eller tre vänner    | 4     | 29%     |
| Fyra eller flera vänner | 7     | 50%     |
| Totalt                  | 14    | 100%    |

---

---

#### SASB

En jämförelse av MBC:s uppföljda ungdomar, normala ungdomar, unga kvinnor med bulimia nervosa och universitetsstudenter med sub-klinisk depression på SASB klustrar ges i Fig. 1.



De interpersonella profilerna i Fig. 1 antyder att den självbild som MBC ungdomarna visar vid uppföljning är påfallande likt profilerna som rapporteras av normala ungdomarna. MBC ungdomarna ligger visserligen högre än normala ungdomarna på självhat och självförsummelse, men ändå betydligt lägre på dessa klustrar jämfört med en psykiatrisk kontrollgrupp (bulimiker) och en subklinisk kontrollgrupp. Vad gäller de mera positiva aspekter av självbild som spontanitet, självacceptans, självkärlek och tendensen att ta hand om sig själv uppvisar MBC ungdomarna ett påfallande normalt mönster.

### Hur har ungdomarna förändrats?

För att mäta förändring sedan inskrivning på MBC användes dels jämförelser på enkäter (YSR, KASAM och Livets steg), och dels analys av uppföljningsintervjuerna enligt CHAT. YSR, KASAM och Livets steg har använts i MBC:s pågående forskning sedan flera år. Systematiska statistiska jämförelser mellan inskrivning och uppföljning på dessa instrument hindrades dock av att material från inskrivning på de 17 deltagande ungdomarna fanns på enbart 9 ungdomar. Vissa meningsfulla jämförelser kan dock göras på det tillgängliga materialet och genom analys av material som har rapporterats för kliniska och normala grupper av ungdomar.

#### Enkätjämförelser

I Tabell 5 redovisas genomsnitt (M) och standard avvikelse (SD) på YSR för tillgängliga MBC ungdomar vid inskrivning och uppföljning, samt för ungdomar inom slutna psykiatriska vård och en normal kontrollgrupp. Data visas för totala poäng på YSR, samt delskalorna internalisering och externalisering. Vid inskrivning låg MBC ungdomarna högre än både de kliniska och normala grupperna vad gäller totala poäng och internalisering. Vid uppföljning låg MBC

ungdomarna lägre, mellan den kliniska och den normala jämförelsegruppen i termer av totala poäng och lägre än båda grupper på internalisering. Externalisering bland MBC ungdomarna var lägre vid uppföljning än vid inskrivning, men förändringen var inte lika markant som på internalisering.

**Tabell 5: Jämförelser på YSR**

|                 | MBC                  |      |                       |      | Klin slutenv*       |      | Normalgrupp** |      |
|-----------------|----------------------|------|-----------------------|------|---------------------|------|---------------|------|
|                 | Inskrivning<br>(N=9) |      | Uppföljning<br>(N=16) |      | 12-18 år<br>(N=164) |      | 13-18 år      |      |
|                 | M                    | S.D. | M                     | S.D. | M                   | S.D. | M             | S.D. |
| Internalisering | 20,8                 | 10,8 | 9,4                   | 8,9  | 18,1                | 12,0 | 11,6          | 7,9  |
| Externalisering | 21,2                 | 14,7 | 17,2                  | 9,0  | 22,7                | 9,9  | 13,5          | 7,4  |
| Totala problem  | 69,8                 | 31,5 | 47,4                  | 27,9 | 54,7                | 24,5 | 41,0          | 21,0 |

\* Utredningsavdelning. Barnpsykiatri Lund.

\*\* Broberg et al. (2001).

I Tabell 6 redovisas jämförelser av skattningar av välbefinnande och känsla av sammanhang på KASAM. MBC ungdomarna rapporterade jämförelsevis låga känslor av sammanhang och välbefinnande vid inskrivning jämfört med andra grupper. Skattningar av sammanhang och välbefinnande var betydligt högre vid uppföljningen, men låg fortfarande under nivåerna som rapporterades av den normala jämförelsegruppen.

**Tabell 6: Jämförelser på KASAM**

|                | N=  | M     | SD   |
|----------------|-----|-------|------|
| Inskrivning    | 9   | 97,8  | 26,8 |
| Uppföljning    | 16  | 120,6 | 28,8 |
| Normalgrupp*   | 94  | 135,5 | 20,2 |
| Kliniskgrupp** | 144 | 120   | 27,7 |

\* Eriksson & Kronholm, (2001).

\*\* Hansson & Olsson, (2001).

Jämförelser av hur ungdomarna skattade sin övergripande livssituation redovisas i Tabell 7. Jämfört med läget vid inskrivningen skattade de uppföljda ungdomarna sin livssituation "just nu" (Steg 1) och "om ett år" (Steg 3) som högre än vid inskrivning. Skattningarna vid uppföljningen hade närmast sig jämförelsegruppens medelvärde och befann sig inom en standardavvikelse av gruppen. Hur ungdomarna upplevde sin livssituation idag och förhoppning om framtiden låg således inom den normala distributionen. Enbart när det gällde skattningar av sin livssituation "för ett år sedan" hade ingen större förändring rapporterats. Detta väcker frågan om de förbättringar som ungdomarna har upplevt i förhållande till sin livssituation gäller förändringar som har inträffat relativt nyligen.

---

**Tabell 7: Jämförelser på Livets steg**

---

|               | Inskrivning<br>(N=9) |      | Uppföljning<br>(N=16) |      | Normalgrupp 12-18<br>år (N=652) |      |
|---------------|----------------------|------|-----------------------|------|---------------------------------|------|
|               | M                    | S.D. | M                     | S.D. | M                               | S.D. |
| Livets steg 1 | 4,8                  | 2,6  | 6,1                   | 2,5  | 7,2                             | 1,7  |
| Livets steg 2 | 3,4                  | 2,7  | 3,9                   | 2,7  | 6,3                             | 1,9  |
| Livets steg 3 | 5,8                  | 3,8  | 7,1                   | 2    | 8,2                             | 1,3  |

---

#### Förändringar på individnivå

Eftersom antalet ungdomar i denna undersökning är lågt och det saknas data från inskrivning på flera variabler blir statistiska jämförelser av medelvärden vid inskrivning och uppföljning opålitliga. Meningsfulla jämförelser kan dock göras på individnivå.

Individuella förändringar (tabell 8-9) för ungdomarna undersöktes genom beräkning på om kliniskt signifikanta förändringar hade skett, och genom beräkning på klinisk status vid uppföljning. En förändring från T1 (inskrivning) till T2 (uppföljning) betraktades som kliniskt signifikant om ungdomen hade rört sig i positiv eller negativ riktning med mer än en standard avvikelse (SD), beräknad på den normala populationens värden. Klinisk status vid uppföljning (T2) betraktades som normal om ungdomen låg inom en standardavvikelse av normalpopulationens medelvärde, om värdet låg utanför denna spannvind betraktades status som patologisk.

**Tabell 8: Kliniskt signifikanta förändringar och status vid uppföljning på KASAM.**

|           | T1  | T2  | Signifikant förändring* | Status     |
|-----------|-----|-----|-------------------------|------------|
| Ungdom 1  | -   | 121 | -                       | Normal     |
| Ungdom 2  | 60  | 118 | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 3  | 109 | 107 | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 4  | -   | 135 | -                       | Normal     |
| Ungdom 5  | -   | 140 | -                       | Normal     |
| Ungdom 6  | 116 | 115 | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 7  | 136 | 72  | Ja**                    | Patologisk |
| Ungdom 8  | -   | 128 | -                       | Normal     |
| Ungdom 9  | 99  | 145 | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 10 | -   | 177 | -                       | Normal     |
| Ungdom 11 | -   | 153 | -                       | Normal     |
| Ungdom 12 | -   | 134 | -                       | Normal     |
| Ungdom 13 | 79  | 70  | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 14 | 73  | 81  | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 15 | 78  | -   | -                       | -          |
| Ungdom 16 | -   | 120 | -                       | Normal     |
| Ungdom 17 | 130 | 114 | Nej                     | Patologisk |

\* Normalgrupp: M=135,5 (SD 20,2), gränsvärde för normal status: 115.3.

\*\* Kliniskt signifikant förändring i negativ riktning (dvs. försämring)

**Tabell 9: Kliniskt signifikanta förändringar och status vid uppföljning på YSR (Total poäng).**

|           | T1  | T2  | Signifikant förändring* | Status     |
|-----------|-----|-----|-------------------------|------------|
| Ungdom 1  | -   | 51  | -                       | Normal     |
| Ungdom 2  | 121 | 51  | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 3  | 89  | 64  | Ja                      | Patologisk |
| Ungdom 4  | -   | 61  | -                       | Normal     |
| Ungdom 5  | -   | 14  | -                       | Normal     |
| Ungdom 6  | 83  | 57  | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 7  | 40  | 100 | Ja**                    | Patologisk |
| Ungdom 8  | -   | 56  | -                       | Normal     |
| Ungdom 9  | 39  | 9   | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 10 | -   | 4   | -                       | Normal     |
| Ungdom 11 | -   | 32  | -                       | Normal     |
| Ungdom 12 | -   | 30  | -                       | Normal     |
| Ungdom 13 | 96  | 99  | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 14 | 64  | 72  | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 15 | 73  | -   | -                       | -          |
| Ungdom 16 | -   | 36  | -                       | Normal     |
| Ungdom 17 | 23  | 22  | Nej                     | Normal     |

\* Normalgrupp M=41 (SD 21), gränsvärde för normal status: 62

\*\* Kliniskt signifikant förändring i negativ riktning (dvs. försämring)

**Tabell 10: Kliniskt signifikanta förändringar och status vid uppföljning Livets Stege ("Hur de har det just nu?").**

|           | T1  | T2 | Signifikant förändring* | Status     |
|-----------|-----|----|-------------------------|------------|
| Ungdom 1  | -   | 8  | -                       | Normal     |
| Ungdom 2  | 10  | 7  | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 3  | -   | 7  | -                       | Normal     |
| Ungdom 4  | -   | 9  | -                       | Normal     |
| Ungdom 5  | -   | 7  | -                       | Normal     |
| Ungdom 6  | 3.5 | 5  | Nej                     | Normal     |
| Ungdom 7  | 5   | 3  | Ja**                    | Patologisk |
| Ungdom 8  | -   | 2  | -                       | Patologisk |
| Ungdom 9  | 5   | 10 | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 10 |     | 9  | -                       | Normal     |
| Ungdom 11 |     | 8  | -                       | Normal     |
| Ungdom 12 | 3   | 3  | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 13 | 1   | 5  | Ja                      | Normal     |
| Ungdom 14 | 4   | 3  | Nej                     | Patologisk |
| Ungdom 15 | 5   | -  | -                       | -          |
| Ungdom 16 |     | 5  | -                       | Normal     |
| Ungdom 17 | 6   | 7  | Nej                     | Normal     |

\* Normalgrupp M=7,2 (SD 1,7), gränsvärde för normal status: 5,5 \*\* Kliniskt signifikant förändring i negativ riktning (dvs. försämring)

När det gäller förändringar på individnivå är majoriteten av ungdomarna vid uppföljningen inom den normala distributionen på YSR, Livets Stege och Kasam. Bland de ungdomar som det finns både ingångs- och uppföljningsdata uppvisar ca hälften av dessa en stor positiv förändring (dvs. +1 SD eller mer). Två har kliniskt signifikanta positiva förändringar på alla skattningar. Bilden är dock inte uteslutande positiv. En ungdom har kliniskt signifikanta negativa förändringar på alla instrumenten.

#### Uppföljningsintervjuer och förändring enligt CHAT

En sammanfattning av förändring enligt CHAT presenteras i Tabell II. Vid uppföljningsintervjuerna märks den största förändringen på Symptombild och den minsta förändringen på Grundproblematik. Liknande mönster, med större relativförändring i förhållande till Symptombild och mindre i förhållande till Grundproblematik har uppnåtts vid andra undersökningar som använt CHAP. Betydelsen av utomterapeutiska faktorer skattas relativt lågt på Symptombild, som tyder på att MBC har bidragit till mest förändring i förhållande till denna variabel. Skattningar av förändringar i Symptombild, Symptomtolerens och Adaptivförmåga ligger nära eller över 0,75, som tyder på en stor positiv förändring enligt instrumentet. Överlag skattas betydelsen av utomterapeutiska faktorer låga.

**Tabell 11: Förändring enligt CHAT (N=17)**

|                  | Förändring |      | Utomterapeutiska<br>Faktorer |           |      |      |
|------------------|------------|------|------------------------------|-----------|------|------|
|                  | min - max  | M    | S.D.                         | min - max | M    | S.D. |
|                  |            |      |                              |           |      |      |
| Symptombild      | 0,5 - 1,0  | 0,79 | 0,19                         | 0,0 - 0,9 | 0,28 | 0,19 |
| Symptomtolerans  | 0,4 - 1,0  | 0,72 | 0,16                         | 0,1 - 0,9 | 0,30 | 0,19 |
| Adaptiv förmåga  | 0,4 - 1,0  | 0,75 | 0,19                         | 0,1 - 0,9 | 0,34 | 0,19 |
| Insikt           | 0,2 - 1,0  | 0,66 | 0,23                         | 0,1 - 0,9 | 0,31 | 0,22 |
| Grundproblematik | 0,2 - 1,0  | 0,64 | 0,24                         | 0,1 - 0,9 | 0,34 | 0,20 |

### Hur har ungdomarna uppfattat vistelsen på Magelungen?

Flera av frågorna på uppföljningsformuläret MUBoB ger en uppfattning om hur ungdomarna uppfattade sin tid på MBC och hur de ser på betydelsen av olika behandlingskomponenter.

Överlag uttryckte ungdomarna en positiv uppfattning om sin tid på MBC. Fjorton av 16 ungdomar tyckte att de blev ganska väl eller mycket väl bemötta när de kom till MBC, och endast en ungdom upplevde sig inte väl bemött (Tabell 12). Elva av ungdomarna upplevde att personalen i viss mån eller i hög grad kunnat lyssna på och förstå, och endast två kände sig inte lyssnade på och förstådda (Tabell 13). Alla ungdomar utom två upplevde att de och personalen varit, i viss mån eller i hög grad, överrens om målen i behandlingen (Tabell 14). Då dessa ungdomar var i behandling fanns inte det tydliga målformulerandet som idag skapas genom användning av Barnets behov i centrum (BBiC), och inte heller de krav som uppdragsgivare idag ställer beträffande vård- och genomförandeplaner. Den nuvarande uppfattningen om MBC var antingen positiv eller mycket positiv bland 14 av 16 ungdomar, medan två stycken angav en negativ uppfattning (Tabell 15). Fjorton av 16 ungdomar uttryckte också förtroende för personalen antingen i hög grad eller viss mån (Tabell 13). Nio av 16 ungdomar tycker att behandlingens upplägg och innehåll har passat dem bra eller mycket bra (Tabell 16).

**Tabell 12: Upplevelsen av MBC inledningsvis.**

|                   | N  | Procent |
|-------------------|----|---------|
| Mycket väl bemött | 9  | 56,3    |
| Ganska väl bemött | 5  | 31,3    |
| Ingen åsikt       | 1  | 6,2     |
| Mindre väl bemött | 1  | 6,2     |
| Totalt            | 16 | 100     |



**Tabell 13: Har personalen kunnat lyssna på och förstå dig?**

|  | <u>N</u> | <u>Procent</u> |
|--|----------|----------------|
| Ja, i hög grad har de lyssnat och förstått       | 5        | 31,3           |
| Ja, i viss mån har de lyssnat och förstått       | 6        | 37,5           |
| Varken eller                                     | 3        | 18,8           |
| Nej, i viss mån har de inte lyssnat och förstått | 1        | 6,2            |
| Nej, i hög grad har de inte lyssnat och förstått | 1        | 6,2            |
| Totalt   | 16       | 100            |

**Tabell 14: Har du och din/a behandlare varit överens om målen i behandlingen?**

|                        | N  | Procent |
|------------------------|----|---------|
| Ja, i hög grad         | 4  | 25      |
| Ja, i viss mån         | 10 | 62,5    |
| Varken eller           | 2  | 12,5    |
| Nej, inte tillräckligt | 0  | 0       |
| Nej, inte alls         | 0  | 0       |
| Totalt                 | 16 | 100     |

**Tabell 15: Allmän uppfattning om MBC.**

|                | N  | Procent |
|----------------|----|---------|
| Mycket positiv | 8  | 50      |
| Positiv        | 6  | 37,5    |
| Ingen åsikt    | 0  | 0       |
| Negativ        | 2  | 12,5    |
| Mycket negativ | 0  | 0       |
| Totalt         | 16 | 100     |

**Tabell 16: Har du förtroende för personalen på MBC?**

|                        | N  | Procent |
|------------------------|----|---------|
| Ja, i hög grad         | 6  | 37,5    |
| Ja, i viss mån         | 8  | 50      |
| Varken eller           | 1  | 6,25    |
| Nej, inte tillräckligt | 1  | 6,25    |
| Nej, inte alls         | 0  | 0       |
| Totalt                 | 16 | 100     |

**Tabell 17: Hur tycker du att behandlingens upplägg och innehåll vid Magelungen har passat dig?**

|              | N= | Procent |
|--------------|----|---------|
| Mycket bra   | 4  | 25      |
| Bra          | 5  | 31,2    |
| Varken eller | 3  | 18,8    |
| Mindre bra   | 2  | 12,5    |
| Inte alls    | 2  | 12,5    |
|              | 16 | 100     |

#### Ungdomarnas uppfattning om särskilda behandlingskomponenter.

För att närmare kunna studera ungdomarnas upplevelser av MBC:s tre viktigaste behandlingsinslag (miljöterapi, familjeterapi och individualterapi) analyserades ungdomarnas uppfattningar i relation till behandlingens längd (dvs. om ungdomarna hade erfarenhet av behandlingskomponenten i fråga i mindre eller mer än ett år). Resultaten presenteras i Tabell 18. Nio av 14 ungdomar upplevde att de hade fått någon eller mycket hjälp av miljöterapi. Fem ungdomar upplevde att de blivit försämrade eller oförändrade av miljöterapi (en ungdom upplevde sig försämrad). Tio av 15 upplevde att de hade fått någon eller mycket hjälp av familjeterapi. Fem ungdomar upplevde att de blivit försämrade eller oförändrade av familjeterapi (en ungdom upplevde sig försämrad). Hälften av ungdomarna upplevde att de hade fått någon eller mycket hjälp av individualterapi. Sju ungdomar upplevde att de blivit försämrade eller oförändrade av individualterapi (varav en upplevde sig försämrad). Det som visade sig vara viktigt avseende individualterapi var att skattningar av denna behandlingsforms nyttighet var avhängig terapins längd. Detta visade sig vara statistiskt signifikant när chi-2 analys tillämpades. Liknande tendenser fanns beträffande de övriga två behandlingsformerna, fast dessa var ej statistiskt signifikanta. Detta antyder att behandling ofta kan behöva pågå i minst ett år för att ungdomen ska uppleva sig hjälpt, och att detta är av särskild betydelse i förhållande till individualterapi.

**Tabell 18: Upplevelser av miljö-, familje- och individualterapi i relation till behandlingslängd.**

|  | Terapiformens längd |               |
|--|---------------------|---------------|
|  | Mindre än ett år    | Mer än ett år |
| <b>Blev du hjälpt av miljöterapi på MBC?</b>       |                     |               |
| Försämrad/oförändrad                               | 4                   | 1             |
| Något/mycket                                       | 3                   | 6             |
| <b>Blev du hjälpt av familjeterapi på MBC?</b>     |                     |               |
| Försämrad/oförändrad                               | 3                   | 2             |
| Något/mycket                                       | 4                   | 6             |
| <b>Blev du hjälpt av individualterapi på MBC?*</b> |                     |               |
| Försämrad/oförändrad                               | 5                   | 2             |
| Något/mycket                                       | 0                   | 7             |

\*Chi-2 (Fischers exact test) = 7.8, p = .02.

Upplevelser av två andra behandlingskomponenter, medicinering och skolan, redovisas i Tabell 19. Fyra av 12 upplevde att de fått någon eller mycket hjälp av medicinering under sin tid på MBC, medan de övriga 8 ungdomarna upplevde sig oförändrade eller försämrade. Upplevelser av skolan var mer positiva, fast hälften av ungdomarna upplevde att de inte fått hjälp av detta inslag.

**Tabell 19: Upplevelser av medicinering och skola.**

|  | N |
|--|---|
| <b>Blev du hjälpt av medicinering på MBC? Nej,</b> |   |
| försämrad  | 2 |
| Nej, oförändrad                                    | 6 |
| Ja, något  | 3 |
| Ja, mycket   | 1 |
| <b>Blev du hjälpt av skola på MBC?</b>             |   |
| Nej, försämrad                                     | 1 |
| Nej, oförändrad                                    | 6 |
| Ja, något  | 4 |
| Ja, mycket   | 3 |

### Citat om Magelungen

Uppföljningsintervjuerna med ungdomarna genererade en mångfald av kvalitativ data avseende ungdomarnas upplevelser av Magelungen, behandling och inte minst deras

nuvarande livssituationer. Systematisk kvalitativ analys av detta material ligger dock utanför ramen av denna rapport, men det kan vara relevant att ge en inblick i denna mångfald med hjälp av några citat från ungdomarna som fångar viktiga aspekter av deras vistelser på behandlingshemmen.

Upplevelserna av individualterapi varierade markant. Framförallt inledningsvis uttryckte flera svårigheter med att använda sig av individualterapin på Magelungen:

*"Jag och min terapeut klickade inte riktigt. Jag gick i början."*

*"Jag bara satt där. Jag sa ingenting. Gick dit i början, var där några gånger."*

*"Jag var inte så mottaglig, jag ville inte."*

Med tiden kunde ungdomarna bättre förstå vad individualterapin kunde erbjuda, och när de såg tillbaka på denna behandlingsinslag var intrycken ofta positiva:

*"Terapin har hjälpt mig. Att få tala ut kändes bra. Hon var en förstående person."*

*"Skitbra, hon förstod vad jag menade."*

*"Han har hjälp mig väldigt väldigt mycket."*

Upplevelser av miljöterapi var över lag mera positiva, även om vissa ungdomar hade negativa erfarenheter, oftast inledningsvis. Kommentarererna gällde ofta betydelsen av deltagande i någonting praktiskt och socialt:

*"Miljöterapi funkade aldrig för mig. Jag blev uttråkad och rastlös. Det var sammanpressat. Det var så mycket som hände i de rummen."*

*"Att jag överhuvudtaget kom upp på morgonen och träffade lite folk."*

*"Bra. Jag blev bättre. Ett socialt sammanhang. Alla hade problem och jag var inte värsta outsidersn."*

*"I början hatade jag det, sen blev det kul och jag tyckte om det." "Man umgicks i grupp vare sig man ville det eller inte." Kommentarer om familjeterapi betonade ofta förändringar, eller brist på förändringar, i hur ungdomen kunde relatera till andra familjemedlemmar, och hur han eller hon kunde sätta gränser mot familjen:*

*"Jag kan sätta mina egna gränser och de [den övriga familjen] respekterar dessa gränser."*

*"Jag kan tycka i efterhand att de [familjeterapeuterna] borde ha gett upp lite snabbare och insett att det inte var en familj man skulle lappa ihop, kanske. Det kanske inte var det bästa, det kändes mer som en princip sak att man skulle ha familjeterapi och att man ska ha kontakt."*

*"Bra, jag vågade ta upp saker."*

*"Vi fick en väldigt fin kontakt tillsammans som fortfarande är kvar. Det var mycket som var undangömt som fick komma ut."*

Övergripande upplevelser av MBC betonade ofta betydelsen av att ungdomen fick tillfälle att bryta mönster, få perspektiv på sina svårigheter, åstadkomma förändringar:

*"Ett sätt att bryta allting."*

*"Förut blev alla små problem jättestora problem och då fick jag bryt. Det är inget problem längre. När det händer större saker så vet man att det är sånt som händer."*

*"Magelungen har gjort väldigt mycket för den jag är idag. Det är betydligt lättare att träffa nya människor idag."*

*”Innan jag kom till Magelungen var det blandat både inåt och utåt. Jag kunde slå till någon samtidigt som jag skadade mig själv, och det mesta av det beteendet är borta.”*

Det var inte alltid lätt för ungdomarna att sätta fingret på vad som var till hjälp eller vad som saknades under deras vistelser. Svaren som kom fram varierade, men ofta betonades betydelsen av relationerna med personalen:

*”Att bli tagen på allvar. Att bli bemött som en egen individ. Känner att man blir hörd och lyssnad på.”*

*”Jag hatar mig inte lika mycket idag, jag förtjänar bättre.”*

*”Det som hjälpte mig mest var nog att få träffa sunda vuxna.”*

*”Jag var nog lite för elak för Magelungen. Jag behövde nog någon som satte mig på plats kanske.”*

## Diskussion

Det övergripande syftet med UNGFÖR var att följa upp ungdomar som tidigare behandlats på Magelungens två HVB-hem. Det specifika syftet i denna delstudie var att kartlägga utfallet i termer av sociodemografiska markörer och självbild, förändring sedan inskrivning, samt subjektiva upplevelser av vistelsen på Magelungens. Vetenskapligt sett har denna undersökning flera brister som begränsar resultatens generaliserbarhet. Å ena sidan omfattar studien ett relativt litet antal personer och mätningar från inskrivningstillfället saknas på nästan hälften av dessa. Å andra sidan var målgruppen (minst sex månaders vistelse och inskrivning tidigast 2001) ingen stor grupp, beprövade instrument användes, och jämförelser gjordes med tidigare insamlat material från andra psykiatriska och normala ungdomsgrupper. Skattningar av CHAT intervjuerna har visserligen gjorts av medarbetare på MBC, vilket i sig utgör en bias, men faktumet att den som intervjuat ungdomen inte arbetade på samma institution där placeringen ägde rum har minskat denna bias. Forskningsstrategin styrktes också genom användning av triangulering, d.v.s. användning av informerade och blind skattning på uppföljningsintervjuerna samt självskattningar för att undersöka ungdomarnas förändring. Dessutom kunde projektet utveckla och fastställa en kliniskt relevant metodik för uppföljningar, som lägger en grund för integrering av uppföljningar i den reguljära verksamheten. Tillsammans med den fortlöpande insamlingen av data som nu sker på MBC:s HVB-institutioner kommer UNGFÖR att lägga en god grund för en fortsatt utveckling av kliniskt relevant forskning och kvalitetssäkring på MBC.

Frågor om bortfall och representativitet är alltid viktiga i uppföljningsstudier. Antalet deltagande ungdomar i denna studie är inte oförsumbar jämfört med liknande studier som har försökt att göra noggranna uppföljningar av denna patientgrupp. Bortfallsfrekvensen låg i linje med andra liknande undersökningar. Av dem som inte deltog i studien har flera av ungdomarna fått en eller flera tider som de inte kommit till. Flera av de intervjuade har också behövt få nya tider. Att bli intervjuad om sin behandlingstid och om hur man har det idag, att bli kontaktad av MBC var förknippat med ambivalenta känslor för flera av ungdomarna. Samtidigt var det tydligt att det var viktigt för ungdomarna att komma tills tals och berätta sina historier. Exempelvis en ungdom som uttryckte sig negativt till MBC och intervjuaren, blev så engagerad i uppföljningen att han efter intervjun cyklade hem för att hämta enkäterna som han glömt.

### Ungdomsförändring

UNGFÖR-projektet eftersträvar att ge en inblick i förändringsprocessen för ungdomar som behandlas på MBC:s två HVB-institutioner. Trots sina brister ger studien en god bild av hur det har gått för ungdomarna och hur de har upplevt sina vistelser. Vid inskrivning brottades ungdomarna med stora psykiska och sociala svårigheter. På YSR rapporterade ungdomarna mer problem än den psykiatriska jämförelsegruppen. Känslan av sammanhang (KASAM) var mindre än den kliniska jämförelsegruppen, och skattningar av den egna livssituationen (Livets steg) var avsevärt lägre än den normala jämförelsegruppen. Detta bekräftar den kliniska erfarenheten att de ungdomar som placeras på HVB-institutioner generellt sett brottas med stora psykosociala och psykiska problem, upplever relativt lite hopp, känner sig misslyckade, och har anammat destruktiva överlevnadsstrategier.

Med tanke på det svåra utgångsläget för dessa ungdomar är det intressant att bilden som träder fram vid uppföljningen är så pass positiv. Ungdomarna följdes upp i genomsnitt 44

månader (drygt 3½ år) efter en avslutad vistelse som var knappt två år för de flesta. Flertalet ungdomar klarar sig själva idag när det gäller försörjning. De har sysselsättning, arbete eller studerar. De bor utanför institutioner, på egen hand, med en partner eller tillsammans med sin ursprungsfamilj, och de har ett socialt nätverk. Konsumtion av psykiatrisk vård efter tiden på MBC var låg. Tolv av ungdomarna hade ingen erfarenhet av öppen psykiatrisk vård, och elva hade ingen erfarenhet av psykiatrisk slutenvård vid uppföljningen. Ur ett samhällskostnadsperspektiv är detta lovande. Det tyder på att placering på HVB-institutioner kan spara snarare än kosta samhället pengar. Denna slutsats måste dock betraktas som preliminär. Mer forskning med en större grupp placerade ungdomar som har följts under en längre period behövs innan fasta slutsatser kan dras.

Skattningar på CHAT tyder på att ungdomarna har genomgått vad som kan klassificeras som stora positiva förändringar, framförallt i förhållande till symptomtolog, symptomtolerans och adaptiv förmåga. Intervjuerna tyder också på att dessa förändringar till stor del beror på vistelsen på MBC. Självskattningarna ger en liknande bild. Enligt YSR har ungdomarna idag mindre problem än den kliniska fast mer än den normala jämförelsegruppen. I synnerhet ligger MBC ungdomarnas tendenser att internalisera sina problem på en relativt låg nivå. Samma trend avspeglas i SASB där ungdomarnas självbild visar mycket större likheter med normal än patologisk självbild. På individnivå faller majoriteten av ungdomarna inom den normala distributionen på YSR, Livets Stege och Kasam. Förbättringar i symptomtolog och tolerans, adaptiv förmåga, internalisering och självbild kan dels avspegla de omfattande psykiska svårigheter som ungdomarna brottades med när de kom till MBC, och dels avspegla de behandlingsinsatser som förekom under vistelsen på MBC. Målgruppen för dygnet runt behandlingen är huvudsakligen ungdomar med depressiv-, psykotisk- och ångestproblematik. Arbetet med miljö-, familje- och individualterapi eftersträvar en ökad förmåga att handskas med psykiska symptom och konflikter, bättre kommunikation och social förmåga, samt ökad affektmedvetenhet och bearbetning av inre konflikter.

Ungdomarna som följdes upp var över lag positiva eller mycket positiva till MBC. Däremot var de något mera ambivalenta till de enskilda behandlingsinsatserna. De flesta upplevde att de hade blivit hjälpt av miljö-, familje- eller individualterapi, men detta var ofta avhängig behandlingens längd. I synnerhet individualterapi förefaller behöva pågå i minst ett år för att ungdomen ska uppleva sig hjälpt. Resultaten stödjer Seligmans (1995) fynd att ju längre terapi pågår desto större positiv förändring sker hos patienten, och att positiv förändring ofta blir större även efter avslut om terapi har varit längre. När det gäller de ungdomar som behandlas på MBC:s HVB-institutioner kan det vara så att tid behövs för dessa ungdomar att känna förtroende för personalen och utveckla en fungerande arbetsallians som möjliggör delaktighet i behandling och förändring. Men närmare belysning av relationen mellan behandlingens längd och utfall måste vänta tills MBC:s databas omfattar mer material från både inskrivning och uppföljning.

Även om bilden som träder fram vid uppföljningen är övervägande positiv för de flesta ungdomar, fanns det flera ungdomar som visade en mer negativ bild. Två ungdomar, t.ex. hade en negativ allmän uppfattning om MBC och tyckte att behandlingsupplägget inte alls passade dem. En av ungdomarna hade inte tillräckligt förtroende för personalen. En av ungdomarna hade varit i kontakt med psykiatrisk öppenvård i mer än ett år efter avslutad behandling på MBC, medan tre hade haft kontakter med psykiatrisk slutenvård i mindre än ett år. Flera av ungdomarna upplevde att de blev försämrade eller var oförändrade av MBC:s

behandlingsinslag. För att kunna utveckla och förbättra behandlingen på MBC är det viktigt att närmare analysera dessa negativa reaktioner. Detta ligger dock utanför ramen för den nuvarande rapporten, men det skulle kunna ske genom kliniska fallfördjupningar där berörda personal diskuterar behandlingsprocesser hos ett antal ungdomar med positiva och negativa utfall.

Resultaten från denna undersökning understryker betydelsen av att systematiskt undersöka utfall vid behandling på HVB-hem för ungdomar. Den tyder också på att utfallet kan vara mer positivt än vad som ofta framställs, åtminstone vad gäller ungdomar med svåra psykiska problem. Sallnäs och Vinnerljung (2008) har nyligen i en register- och uppföljningsstudie undersökt hur 718 ungdomar som varit föremål för placering utanför hemmet (fosterhemsplacering, behandlingshem och låsta institutioner) har det vid 25 års ålder. Studien visar stora skillnader mellan ungdomar som blivit placerade p.g.a. beteendeproblem jämfört med ungdomar som placerades för "andra orsaker", dvs. förmodligen främst svåra psykiska problem. Resultat från vår studie och den som genomfördes av Sallnäs och Vinnerljung tyder på att det kan vara fördelaktigt för framtida studier att skilja mellan HVB-placeringar som gäller huvudsakligen svåra psykiska problem och antisociala beteenden.

Våra resultat är också i linje med det resonemang som Nilsson och Wadeskog (2008) utvecklar. De sätter HVB-placeringar i ett nationalekonomiskt perspektiv och diskuterar den samhällskostnad som det innebär med utanförskap såsom missbruk och psykisk sjukdom. De menar att stora ekonomiska och mänskliga vinster kan uppnås med tidiga insatser och långsiktighet. Rapporten visar att man kan mäta och värdera effekterna av framgångsrik behandling, men också vad det kostar att inte hjälpa. Som de uttrycker det i sin rapport: "Att fånga upp en ung människa på glid till en kostnad på 500 000 kr skulle på sikt bli en mycket lönsam affär som skulle kunna ge 40 miljoner eller mer tillbaka om det lyckas. Man behöver i stort sett bara lyckas en gång på hundra för att det ska löna sig." Sett ur ett sådant perspektiv är resultaten från MBC:s uppföljning mycket lovande. Placeringarna har visserligen varit relativt långa (knappt två år), men de mänskliga och samhällsekonomiska vinsterna av dessa satsningar kan ses som betydande.

## **Framtiden**

UNGFÖR väcker flera frågor inför framtiden. En väsentlig fråga är hur behandlingsutfallet kommer att se ut när MBC:s databas omfattar ett större antal ungdomar med både ingångs- och uppföljningsdata. Detta kommer att möjliggöra mera systematiska statistiska jämförelser med mätningar av effektstorlekar och signifikans. Beräkningar av s.k. "reliable change" (RCI) och klinisk signifikans (CS) kan möjliggöra meningsfulla kvantitativa uppskattningar av hur mycket ungdomarna har förändrats sedan inskrivning, och i vilken utsträckning ungdomarna har uppnått en normal funktionsnivå (Wise, 2004). En större och mer komplett databas kommer att också underlätta mer detaljerad analys av behandlingsfaktorer. Det kommer att bli viktigt att t.ex. närmare studera betydelsen av behandlingens längd för utfall, kartlägga subgrupper av ungdomar med särskilda behandlingsbehov, samt identifiera faktorer som främjar och förhindrar behandlingsprocessen. Men det finns även ytterligare uppgifter som berör det nuvarande materialet. Än så länge har forskningsgruppen inte haft möjlighet att titta närmare på intervjuerna, förutom CHAT-skattningen i sig. Dessa intervjuer innehåller dock ytterligare information om hur ungdomarna har uppfattat sina vistelser på MBC och vilka aspekter av behandlingen som varit betydelsefulla. Intervjuerna skulle kunna analyseras med



kvalitativa tekniker för att hitta olika teman i hur ungdomarna har upplevt tiden på MBC och vad som har varit verksamt.

Metodologiska satsningar behövs också inför framtiden. MUBoB-formuläret behöver utvecklas och förenklas. Men instrumentet bör också ligga till grund för ett inskrivningsformulär som underlättar jämförelser mellan inskrivning och uppföljning (särskilt med tyngdpunkt på sociodemografiska markörer, tidigare insatser och diagnostik). Det vore också viktigt både kliniskt och forskningsmässigt med ett bedömarbaserat komplement till självskattningsinstrumenten. GAF är ett sådant som bör tas i beaktande. ASQ är ett annat instrument som kan komma i fråga och som för närvarande håller på att normeras vid Umeå universitet. Integration av UNGFÖR:s metodik i MBC:s fortlöpande forskningssatsning kommer att också innebära en möjlighet att minimera bortfall när betydelsen av uppföljningsarbetet kan förankras hos både berörda personal och ungdomar på ett tidigt stadium.

Kanske den viktigaste frågan inför framtiden är hur UNGFÖR:s resultat kan omvandlas i förbättrat kliniskt arbete. Forskningsresultat från denna studie behöver diskuteras av berörd personal för att ge viktig feedback om betydelsen av personalens behandlingsarbete, för att stimulera tankar om behandlingsutveckling, och för att identifiera angelägna forskningsfrågor. Projektgruppens ambition är att presentera och diskutera denna studie med respektive institution. Förhoppningen är att detta kan skapa synergieffekter där hypoteser kring vad som är verksamt i behandling genereras, och att behandlingsarbete och forskning berikas i ett ömsesidigt utbyte. Förutom presentation och diskussion av materialet i stort vore det angeläget att titta närmare på ett antal individer i kliniska fallfördjupningar. Ett antal "lyckade" och "misslyckade" fall skulle kunna väljas ut och undersökas närmare med hjälp av den berörda personalen för att bättre förstå behandlingsprocessen. Det finns många möjligheter. Genom integration av systematisk forskning och klinisk erfarenhet blir det möjligt att erövra nya kunskaper, stimulera kompetensutveckling och bemöta utmaningen att bättre hjälpa ungdomarna.

## Referenser

- Aannestad, B. (2005). Familjesamtal på institution – möte med möjligheter? Psykoterapeutexamensuppsats. Psykoterapisällskapet, Stockholm.
- Achenbach, T.M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington,VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Andrews, F. & Withey, S. (1974). Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Antonovsky, A. (1991). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.
- Armelius, B-Å., Fransson, P., Henningsson, M., Hemphälä, M. & Sundbom, E. (2002). En 5årsstudie av patienter och personal vid Magelungen 1992-1997. Slutrapport nr 20 från Behandlingshemsprojektet, Umeå universitet.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behaviour. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Clinton, D., Norring, C. & Eriksson, B. (1995). BoB. Frågeformulär om Bakgrund och Behandling vid Anorexi/Bulemi. SUFSA. Stockholm.
- Eriksson, M. & Kronholm, M. (2001). Gymnasieelevers känsla av sammanhang – Samband mellan KASAM och hälsopåverkande faktorer. (Sense of Coherence among High School Students – Association between SOC and Health). Examensarbete. Pedagogiska Institutionen. Umeå universitet.
- Hansson, K., m.fl (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Bokförlaget Gothia.
- Hansson, K. & Olsson, M. (2001). KASAM – ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi*, 3, 238-255.
- Hubinette, M., Lindgren, T. & Westlund, T. (2003). *Behandlingsresultat av dag- och dygnetrunt behandling för ungdomar med allvarliga psykiska problem*. Slutrapport. Stockholm: MBC AB.
- Larsson I., Westlund, T. & Clinton, D. (2006). MUBoB. Magelungens uppföljning av Bakgrund och Behandling. Stockholm: MBC AB.
- Lidman-Evans, J. & Vasiliauskaitė D. (2005). *Vad ungdomar tycker*. Stockholm: Socialhögskolan.
- Lindgren T. (2006). *Delrapport 1: MBC Farsta och MBC Södermalm*. Stockholm: MBC AB.
- Lindgren T. (2007). *Delrapport 2: Behandlingsresultat på MBC Stödboende*. Stockholm: MBC AB.
- Lorr, M., & Strack, S. (1999). A study of Benjamin's eight-facet structural analysis of social behavior (SASB) model. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 207-215.
- Nilsson, I. & Wadeskog, A. (2008). *Det är bättre att stämma i bäcken än i ån*. Institute for Socio-ecological Economics (SEE) och Skandia Försäkringsbolag.
- Sallnäs, M. (2000). *Barnavårdens institutioner – framväxt, ideologi och struktur*. Rapport i socialt arbete nr 96 – 2000. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan.

- Sandell, R., Grebo, U., Härdelin, S. & Lauthers, B. (2005). En metod att bedöma förändringar efter psykoterapi: CHAP. Rapporter från Psykoterapi institutet, nr 28, Stockholm.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, December 1995.
- Vinnerljung, B. & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: a follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child and Family Social Work*, 13, 144-145.
- Westlund, T., Larsson, I. & Clinton, D. (2007). CHAT. Förändring efter behandling på Mageluns behandlingscenter. Stockholm: MBC AB.
- Wiklund, I., Gorkin, L., Pawitan, E., Schron, E., Schoenberger, J., Jared. L.L. & Schumaker, S. (1992). Methods for assessing quality of life in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *Quality of Life Research* 1, 187-201.
- Wise, E.A. (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change and Recommendations for Future Directions. *Journal of Personality Assessment*, 82, 50-59.