



MAGELUNGEN

Målgruppsbeskrivning

Rapport 5

*Kartläggning av 139 ungdomar som placerats på Magelungens
Behandlingshem, Resursboende och Dagverksamheter år
2009-2012.*

Johan Strömbeck
Ingemar Oldenvi
David Clinton

2014

Sammanfattning

Resultat från tidigare uppföljningar av behandlingsutfall vid Magelungen är övervägande positiva, men urvalen är små och bortfallen stora. Denna rapport är en del av ett pågående utvärderingsprojekt och syftar till att ge en bild av de ungdomar som påbörjar behandling på Magelungens dagverksamhet, behandlingshem och resursboende. Standardiserade självskattningsinstrument fylls i av ungdom och förälder och kompletteras med frågor om bakgrund och behandling. Resultatet visar att Magelungens ungdomar (n=139) skiljer sig mot normalgrupp. Ungdomar på behandlingshemmen har mer tidigare erfarenhet av psykiatri, medan de på dagverksamheten har mer erfarenhet av insatser från skolan. Ungdomarna på behandlingshemmen har i jämförelse med de andra enhetstyperna en mer negativ självbild, sämre framtidstro, samt uppger att de har mer svårigheter och lider mer av dessa. Av Magelungens ungdomar mår flickor sämre än pojkar.

Psykosocialt arbete syftar till att göra skillnad för människor i behov av hjälp. För att de interventioner som sätts in ska vara försvarbara behövs dock kunskap om vilken effekt de har. Antalet effektutvärderingar inom socialt arbete ökar såväl i Sverige som internationellt, dock från en mycket låg nivå. Kunskapsluckorna är stora och kännedom om huruvida olika former av interventioner inom socialt arbete har någon positiv effekt saknas fortfarande (Socialstyrelsen, 2012).

I och med införandet av Socialtjänstlagen 1982 ökade möjligheten att anpassa insatser i socialt arbete. Syftet med ramlagstiftningen var att genom ökad frihet underlätta professioners utveckling, men det ställdes också krav på utvärdering och uppföljning (Blom, Morén, & Nygren, 2011; Piuva, Börjesson, & Lobos, 2011). Mycket förändringar har skett av vård av unga sedan dess. Bland annat minskar placeringar i fosterhem medan institutionsvården ökar, dessutom finns fler privata aktörer idag än tidigare (Vinnerljung, Sallnäs, & Kyhle Westermark, 2001).

Utvärderingar inom socialt arbete är resurskrävande och svåra att få till. Metodologiska utmaningar och möjliga felkällor ställer höga krav på utförandet för att en undersökning kan anses vara trovärdig. Inte desto mindre behövs systematisk kvalitetssäkring och utvärdering för att vården och den dagliga praktiken ska kunna vidareutvecklas. Socialstyrelsen rekommenderar att behandlingsverksamheter kontinuerligt utvärderar sina verksamheter. Trots detta är det inte många verksamheter som idag har en utvärdering värd namnet. Där det förekommer finns inte heller mycket sammanställt och avrapporterat.

Tidigare forskning

Effektutvärderingar i form av före- och eftermätningar har tidigare utförts på behandlingshem (Kyhle Westermark & Sallnäs, 2004) och på en ungdomspsykiatrisk behandlingsenhet (Larsson, Nordenborg, Gemzell, Hedberg, & Klingsell, 2005). På den sistnämnda enheten kompletterades detta med en uppföljningsmätning tre månader efter avslut. Standardiserade bedömningsinstrument mätte då bland annat styrkor och svårigheter, beteendeproblem, övergripande livskvalitet och generell funktionsnivå. Dessa var pilotstudier av mindre skala som syftade till att utveckla fungerande utvärderingsmodeller. Kyhle Westermark och Sallnäs (2004) sammanfattade sina erfarenheter med att studier av detta slag var fullt möjliga att genomföra, att datainsamlingsinstrumenten var användarvänliga, men att uppföljningsdata efter att ungdomens behandling avslutats var svårare att få tag i.

Stödgrupper för barn och ungdom har utvärderats i större skala (Skerfving, 2012). Även här var syftet att utveckla en utvärderingsmodell för effektutvärdering av gruppverksamheten. Känsla av sammanhang, övergripande tillfredsställelse med livet samt styrkor och svårigheter mättes vid tre tillfällen: före och efter behandling samt uppföljning. Resultaten visade på förbättrad psykisk hälsa, mindre emotionell belastning och en förbättring av livskvalitet, hoppfullhet och framtidstro. Förbättringen gällde dock inte de som var särskilt nedstämda eller deprimerade.

Studien visar på vikten av att utvärdera, men berör en annan typ av behandlingsinsats än de som Magelungen erbjuder.

Vinnerljung et al. (2001) intog en annan infallsvinkel och valde istället att studera sammanbrott, detta vid dygnsvård av ungdomar. Detta studieobjekt var ett sätt att mäta kvalitet annat än att mäta klienteffekter. Ett sammanbrott får negativa konsekvenser för såväl ungdom som för personalen och en hög andel sammanbrott blir därför ett stort problem inom dygnsvården.

Utvärdering av dagverksamhet finns i form av intervjustudier, där behandlingsarbetet på Svalnäs följdes av Andersson (1999) och Svensson (1990). På akut- och korttidshemmet skulle mellanvårdsformer prövas, med behandling kombinerat med skola under dagtid. Såväl ungdomar och föräldrar som personal och socialsekreterare intervjuades bland annat om förändring efter behandling och om förändringen kunde kopplas till Svalnäs insatser. I 20 av 31 fall syntes en förändring till det bättre och i 14 av dessa fall kunde förändringen kopplas till Svalnäs insatser.

Magelungen

Magelungen är ett personalägt vårdföretag som funnits sedan 1993. Verksamheten består bland annat av behandlingshem, dagverksamheter, resursboende, Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) och Hemmasittarprogrammet (HSP). Förutom detta finns även ett gymnasium samt skolverksamheter utan kompletterande behandlingsinslag.

Behandlingshemmen riktar sig till ungdomar med allvarliga psykiatriska och/eller psykosociala svårigheter. Behandlingsmodellen består av strukturerad miljöterapi/social- emotionell färdighetsträning, familjeterapi, individualterapi samt skola. Magelungens resursenhet (döptes under 2013 om till Magelungen BO) bestod av resursboende samt träningslägenheter. Idag är det istället träningslägenheter och familjehem. Det riktar sig till unga vuxna med varierande problematik. Det kan vara neuropsykiatriska funktionshinder, psykosocial problematik eller riskbeteende för att utveckla missbruk och kriminalitet. Dagverksamhet är strukturerad behandling/färdighetsträning och skola för barn och ungdomar i åldern 10-20. Den erbjuder individuellt stöd och nära samarbete med familjen, gruppaktiviteter samt individuellt anpassad skola. Tanketraditioner är hämtade ur ett salutogent och systemiskt förhållningssätt.

Magelungen strävar efter att utvärdera de behandlingsinsatser som erbjuds. Målet är att söka svar på frågan huruvida behandling på Magelungens olika enheter gör skillnad. Ifall ungdomarna mår bättre, om de har lyckats i skolan och vad ungdomarna själva tyckte om sin tid på Magelungen.

Tidigare forskning på Magelungen

Den första utvärderingen av Magelungen pågick mellan 1992-1997 och var ett samarbete med Umeå Universitet. Projektet var en omfattande undersökning av flertalet behandlingshem i Sverige som kallades för Behandlingshemsprojektet. På Magelungens behandlingshem i Farsta i Stockholm deltog såväl personal som ungdomar via enkäter och intervjuer (Armeliuss, Börjesson, Fransson, Henningsson, Hemphälä, & Sundbom, 2002).

Efter detta har Magelungen bedrivit självutvärdering där den första studien (den så kallade Pilotstudien) pågick mellan 1999-2002 (Hübinette, Lindgren, & Westlund, 2003). Syftet var här att skapa en utvärderingsmodell som skulle kunna användas för att undersöka skillnader efter behandling. Ungdom, föräldrar och personal på dagverksamhet och behandlingshem samt socialsekreterare besvarade enkäterna (n=45). Resultatet som presenteras är endast utifrån initial data och visade på mer problem hos pojkar än flickor, däremot syntes inga skillnader i problemskattning mellan ungdomar på dagverksamhet och behandlingshem.

Utvärderingar av Magelungens stödboende och behandlingshem har beskrivits i två rapporter av Lindgren (2006; 2007). Dessa är delrapporter i då pågående utvärderingsprojekt och utgör lägesrapporter för hur projektet hittills har kunnat sammanfattas. I en uppföljning av behandlingshem har ungdomar (n=17) fyllt i självskattningsformulär kombinerats med intervjuer om förändring efter behandling och beskrivits i två rapporter av Larsson, Westlund och Clinton (2008a, 2008b). Magelungens dagverksamheter har följt upp i två rapporter (Marklund, Lindgren, Lind, Oldenvi, & Clinton, 2010; Strömbeck, Oldenvi, & Clinton, 2011) där ungdomar och föräldrar (n=20) fyllt i självskattningsformulär.

Resultaten från tidigare studier är mestadels positiva. Larsson et al. (2008b) beskriver att flertalet ungdomar bor på egen hand, arbetar eller studerar och att konsumtionen av psykiatrisk vård var låg. De hade även en positiv självbild, samt mindre problem jämfört med före behandling. Ungdomar på dagverksamheterna (Marklund et al., 2010) hade före behandling problem som låg i nivå med andra kliniska grupper, men förbättrades efter behandling till att ligga i nivå med normalpopulation. Beteendeproblem hade minskat, medan livskvalitet, hoppfullhet och framtidstro hade ökat.

Tidigare utvärderingsprojekt på Magelungen har dock resulterat i ett alltför stor bortfall och alltför få deltagare för att resultatet, skillnad efter behandling, ska kunna generaliseras. På grund av det ringa antalet deltagare bör istället resultaten betraktas med försiktighet. Marklund et al. (2010) formulerar även en hypotes om att det är de ungdomar som varit mest nöjda som också är de som deltar i uppföljningen.

Det visade sig även att formuläret YSR var svårtolkat. Det gick inte att se någon egentlig skillnad på normala och patologiska individer. Svenska ungdomar visade sig skatta annorlunda än amerikanska, där tydliga skillnader fanns mellan normala och kliniska grupper (Larsson et al., 2008a).

Erfarenheter från tidigare projekt har lett fram till en enklare modell med färre som skattar, färre mättillfällen och ett mindre batteri av forskningsformulär. En väl sammansatt modul av standardiserade formulär ska ge möjlighet till normerade data och relevanta jämförelsegrupper. Målet med nuvarande utvärderingsprojekt är att undersöka resultat av behandling.

Basmodulen

Utvärderingsprojektet utformades under hösten 2008 och startades upp i januari 2009. Inkluderade i studien är Magelungens behandlingshem, resursboende och dagverksamheter. Exkluderat är gymnasieverksamheten och andra skolenheter utan behandling. Inte heller Terapikolonier eller Magelungen Evidens är inkluderat. Dessa verksamheter har ett annorlunda upplägg och därför används där andra bedömningsinstrument.

En kvantitativ ansats med självskattningsformulär som datainsamlingsmetod har använts. Data samlas in vid behandlingsstart, avslut samt vid två uppföljningstillfällen. Bedömningsinstrumenten är etablerade och väl beprövade. Relevanta jämförelsegrupper finns från tidigare studier, såväl normalgrupper som kliniska. Dessa kompletteras med frågor om bakgrund och behandling.

Modulen är ett medel för att kunna utvärdera och förbättra den behandling som erbjuds. Förutom att sammanställa resultaten på gruppnivå ges även möjlighet att på individnivå fördjupa förståelsen kring enskilda ungdomar och kliniska processer. Insamlade data är därmed ämnade att kunna bidra till planering av behandlingssupplägg och utvärdering av behandlingsprocessen i enskilda fall. Projektet syftar till att undersöka resultat av behandling. I denna rapport är dock endast det första mättillfället inkluderat och ämnar ge en bild av de ungdomar som påbörjar behandling på Magelungen.

Syften

1. Beskriva ungdomar som behandlas inom tre delar av Magelungens verksamhet (behandlingshem, resursboende och dagverksamhet) i termer av demografiska- och bakgrundsvariabler, psykiska symtom och självbild utifrån initial data.
2. Undersöka eventuella könsskillnader samt skillnader mellan ungdomar som behandlas på behandlingshem, resursboende och dagverksamhet.
3. Jämföra Magelungens ungdomar med relevanta normdata.

Metod

Deltagare

Deltagare i studien är ungdomar och föräldrar vilka skrevs in på Magelungens dagverksamheter, behandlingshem eller resursboende år 2009-2012. Totalt var antalet deltagare

139 (77 pojkar och 62 flickor). Av dessa var 31 inskrivna på behandlingshem, 26 på resursboende och 82 gick på en dagverksamhet. Deltagarna var i åldern 10-20 (M= 15,1; SD = 2,0).

Ca 391 ungdomar beräknas ha skrivits in under 2009-2012, varav ca 309 med en behandlingslängd på mer än sex månader. Det insamlade datamaterialet bestod av 197 deltagare. Detta reducerades till 159 efter att det som samlats in försent (>30 dagar efter inskrivningsdatum) tagits bort. Då de som varit inskrivna mindre än sex månader tagits bort återstod 149. Efter att ofullständigt material tagits bort, där centrala formulär (både SDQ och SASB) saknats, återstod slutligen 139. Detta ger ett bortfall på ca 55 %.

Instrument

Basmodulen består av fem självskattningsformulär: SASB (självbild), SDQ (styrkor och svårigheter), Livets steg (övergripande livskvalité), samt IN-BoB/UPP-BoB med bakgrundsvariabler, det vill säga frågor om uppväxtförhållanden, medicinering och tidigare insatser från socialtjänst, psykiatri och skola. Nedan följer en utförligare beskrivning av bedömningsinstrumenten.

Structural Analysis of Social Behavior (SASB) är baserat på interpersonell teori och mäter självbild. SASB Interex frågeformulär (SASB Self-image third surface) användes, bestående av 36 påståenden, där vissa formuleras positivt och andra negativt. Instrumentet byggs upp av två dimensioner: kärlek-hat och kontroll-autonomi som i sin tur kan delas upp i åtta kluster: Spontanitet, Accepterar sig själv, Tycker om sig själv, Tar hand om sig själv, Kontrollerar sig själv, Anklagar sig själv, Hatar sig själv och Försummar sig själv. Klustervärdena kan variera mellan 0-100 (Benjamin, 1974, 1996). Barn under 13 år fyller inte i formuläret SASB.

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) är ett väl använt screeninginstrument som visat sig ha god validitet. En fördel med instrumentet är att det förutom att mäta styrkor och svårigheter även finns en skala för hur mycket man lider eller besväras av sina svårigheter. Formuläret består av 25 frågor som delas in i fem delskalor om vardera fem frågor. Emotionella problem, beteendeproblem, hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem, kamratproblem, samt prosocialt beteende. De fyra problemskalorna läggs ihop till en totalpoäng över problemområden (Goodman, 1997, 1998). En utvidgad version av formuläret främst riktad till kliniska populationer består även av Impact factor, en skala från 0-10, som anger hur mycket personen tycker sig lida av sina svårigheter (Goodman, 1999). Noll poäng är normalt, en poäng gränsfall och mer än en poäng indikerar kliniska svårigheter (www.sdqinfo.com).

Livets steg (eng. *Ladder of Life*) härstammar från Cantrils *Self-anchoring Striving Scale* (Cantril, 1965). Det är ett kort instrument bestående av tre frågor som mäter generell tillfredsställelse med livet, optimism och framtidstro. Frågorna handlar om hur man uppfattar sitt liv just nu, för ett år sedan, och hur man tror att det kommer bli om ett år. Skalan är 0-10

där tio står för bästa tänkbara liv (Andrews & Witney, 1974; Wiklund, Gorkin, Pawitan, Schron, Schoenberger, Jared, & Shumaker, 1992).

Intagningsinformation om Bakgrund och Behandling (IN-BoB; Oldenvi, Westlund, & Clinton, 2009) och *Uppföljning av Bakgrund och Behandling* (UPP-BoB; Strömbeck, Oldenvi, Westlund, & Clinton, 2012) är icke standardiserade formulär. De är konstruerade för att mäta bakgrundsfaktorer och tidigare insatser. Frågorna handlar om uppväxtförhållanden, hur långt kommen skolgången är, tidigare insatser från socialtjänsten och psykiatrin, medicinering, med mera. I UPP-BoB rör dessa frågor insatser efter Magelungens behandlingsinsats. Den andra delen av UPP-BoB består av frågor om vad ungdomen tyckte om sin tid på Magelungen. Instrumenten är baserade på *Bakgrund och Behandling* (BoB; Clinton, Norring, & Eriksson, 1995) och *Magelungens Uppföljning av Bakgrund och Behandling* (MUBoB; Larsson, Westlund, & Clinton, 2006).

Procedur

Ungdomar och föräldrar som börjar på någon av de aktuella behandlingsenheterna informeras om Magelungens utvärderingsrutiner redan vid studiebesöket, alltså det första mötet med Magelungen. Där får de träffa personal från verksamheten, visas runt och får information om struktur och idé. Vid något av de efterföljande mötena delas informationsbrev och forskningsformulär ut till föräldrarna. Ungdom och föräldrar (då ungdom är under 18 år) ger sitt skriftliga samtycke. Ungdomen fyller i formulären vid något av de första mötena, antingen tillsammans med enhetens forskningsansvarig eller ansvarig behandlare (sk. samordnare). Ersättning har utgått till ungdomar som deltagit med presentkort eller biocheck på 150 kronor. Deltagandet är frivilligt, det är alltså inte ett obligatoriskt behandlingsinslag utan något som ungdomen och/eller föräldrar kan säga nej till.

Formulären fylls i vid fyra mättillfällen: Inskrivning (T1), Behandlingsavslut (T2), Uppföljning efter 18 månader (T3), samt Uppföljning efter 5 år (T4). De som inte deltagit vid T1 deltar inte heller vid resterande mättillfällen. Vid inskrivning och avslut har behandlingspersonal suttit med ungdomen vid ifyllandet. De har funnits med som stöd och för att kunna besvara frågor som kan dyka upp om formulären. Föräldrarna har antingen fått formulären hemskickade alternativt har familjeterapeuten suttit med dem på plats på enheten.

Vid uppföljning efter 18 månader har behandlingspersonal, lämpligtvis före detta samordnare eller forskningsansvarig, sökt upp ungdomen via mail, brev eller telefon för att antingen träffas och fylla i formulären, alternativt skicka dem per post (bifogat ett frankerat svarskuvert). Uppföljning efter fem år sköts av projektledaren.

Förutom en chefschef finns inom företaget även en projektledare för Basmodulen. På respektive enhet finns en forskningsansvarig som distribuerar och samlar in formulären. Två gånger per år ordnas utbildningsdagar. Information och material finns på den interna hemsidan samt tillgänglig i en manual. En extern handledare finns till hands för att säkerställa kvalitet och vetenskaplighet.

Forskningsformulären ska fyllas i senast 30 dagar efter behandlingsstart (T1) och under de två sista veckorna vid avslut (T2). Vid uppföljning (T3) 18 månader efter avslut tillåts en avvikelse på plus/minus en månad. Deltagarna måste ha varit inskrivna minst sex månader, och minst ett av formulären SASB eller SDQ måste vara ifyllda av ungdomen. Ungdom som inte deltar vid T2 är fortfarande aktuell för deltagande vid T3.

Resultat

Resultatet är baserat på inmätningar (T1) för ungdomar som skrevs in på Magelungens dagverksamhet (DV), behandlingshem (HVB) och resursboende (RES) mellan år 2009-2012. Målgrupperna beskrivs utifrån demografiska variabler såsom tidigare boende och huvudsakligen uppvuxen med, samt tidigare erfarenheter av insatser från socialtjänst, psykiatri och skola. För respektive enhetstyp jämförs övergripande livssituation, styrkor och svårigheter samt självbild med normalgrupp.

Demografiska- och bakgrundsvariabler

Antalet pojkar som går på dagverksamhet är betydligt fler än antalet flickor (se Tabell 1). På behandlingshemmen och resursboendet är situationen den motsatta, där är majoriteten flickor¹.

Tabell 1
Kön och ålder (M & SD) uppdelat på enhetstyp.

Enhetstyp	HVB	RES	DV	Total
Pojkar	7	8	62	77
Flickor	24	18	20	62
Ålder	15,9 (1,4)	17,4 (0,9)	14,1 (1,6)	15,1 (2,0)

Medelåldern är lägst på dagverksamheten (M=14,1) och högst på resursboendet (M=17,4)². Medelåldern är även lägre för pojkar (14,4 år) än för flickor (16,0 år). Det är fler pojkar i de yngre åldersgrupperna (se Tabell 2) och åldersspannet är även större för pojkar än för flickor.

¹ På HVB och RES var antalet flickor fler än förväntat, medan det på DV var färre flickor än förväntat. Ett χ^2 -test visade att sambandet mellan kön och enhetstyp var statistiskt signifikant (χ^2 : 33,5, df: 2, $p < .001$).

² En envägs ANOVA visade att ålderskillnaden grupperna emellan var statistisk signifikant (F: 54,3, df: 2, $p < .001$). En Post-hoc analys (Tukey HSD) visade signifikanta skillnader mellan DV och HVB ($p < .001$) och mellan HVB och RES (p : .001).

Tabell 2

Antal pojkar och flickor i respektive åldersgrupp.

Ålder	10-12	13-15	16-18	19-
Pojkar	14	43	17	2
Flickor	0	22	39	0
Totalt	14	65	56	2

När det gäller bakgrundsfakta för tiden innan placering på Magelungen (se Tabell 3) framkommer att ungdomarna från RES i större utsträckning har vuxit upp med sina båda biologiska föräldrar eller med foster/adoptiv föräldrar i jämförelse med HVB och DV. Flickor kommer i större utsträckning från ett behandlingshem än pojkar vid placering och detsamma gäller för ungdomarna från RES i jämförelse med HVB och DV. En stor del av pojkarna bor hemma med sina föräldrar vid placering, vilket inte är så konstigt då det är en majoritet av pojkar som placeras inom DV där boendesituationen inte ändras. Flickor placeras i högre grad än pojkar under tvång (LvU) och i synnerhet ungdomar från RES.

Tabell 3

Uppvuxen med, boende innan Magelungen och placerad med. Uppdelat på kön och enhetstyp.

	Andel uppdelat på kön och enhetstyp			
	HVB n= 31	RES n= 23	DV n= 70	Totalt n= 124
<i>Uppvuxen med</i>				
Båda sina biologiska föräldrar	36,7	59,1	36,8	40,8
En av sina biologiska föräldrar	30,0	9,1	44,1	34,2
En biologisk- + en styvförälder	23,3	9,1	10,3	13,3
Foster- eller adoptivföräldrar	3,3	13,6	2,9	5,0
Annat	6,7	9,1	5,9	6,7
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Tidigare boende</i>				
Behandlingshem/institution	6,7	30,4	1,4	8,2
Med föräldrar/förälder	46,7	39,1	76,8	62,3
Jourplacering/jourfamilj	13,3	17,4	7,2	10,7
Familjehem	10,0	13,0	10,1	10,7
Annat	23,3	0,0	4,3	8,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Placerad med</i>				
SoL	88,9	78,3	90,8	87,8
LvU	11,1	21,7	9,2	12,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0

Andel av de som har svarat (dvs. Valid procent) på respektive fråga.

Innan ungdomarna har placerats på Magelungen har de tagit del av vård- och hjälpinsatser från socialtjänst, psykiatri och skola (se Tabell 4). Vanligt förekommande vårdinsatser för pojkar är att ha deltagit i familjesamtal, haft kontaktperson/-familj och mer skoltypiska insatser: medicinering, blivit utredd av psykolog, anpassad skolgång samt haft assistent i skolan. Flickor har också haft familjesamtal, kontaktperson/-familj, men också oftare blivit jourplacerade. De psykiatriska insatserna i form av psykoterapi, kontakt med öppenvård och varit inlagd på psykiatrisk avdelning förekommer oftare än hos pojkar.

När det gäller skillnader beroende på vilken enhetstyp ungdomarna tillhör har RES mer insatser från socialtjänst än de andra. De har dessutom mindre insatser inom skolan än HVB och DV. HVB har oftare varit föremål för psykiatriska insatser överlag. DV ungdomarnas hjälp skiljer sig framförallt vid skolinsatser men också att de har mindre psykiatriska insatser.

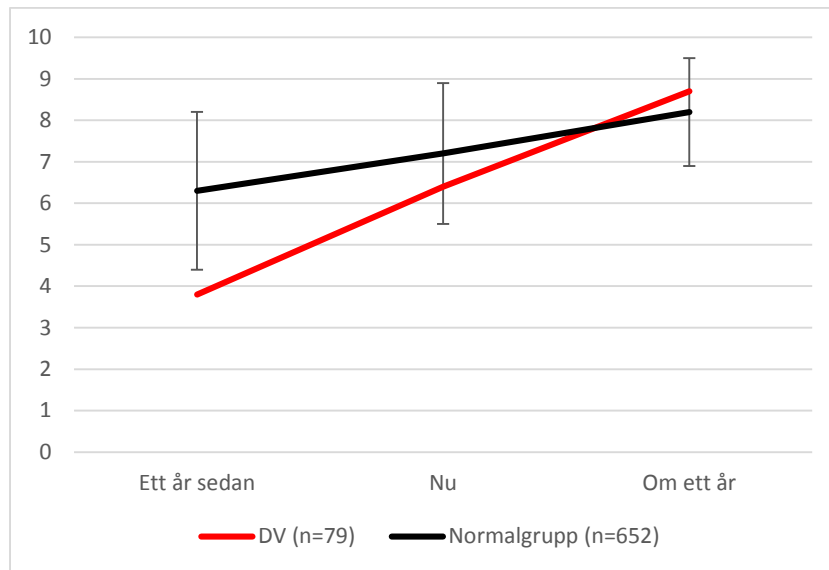
Tabell 4

Tidigare erfarenheter från socialtjänsten, psykiatrin och skolan, uppdelade på enhetstyp.

	Andel (i procent) uppdelad utefter kön och enhetstyp			
	HVB	RES	DV	Totalt
Tidigare erfarenhet av	n= 31	n= 23	n= 70	n= 124
Familjesamtal	58,0	52,2	40,0	46,8
Kontaktperson/-familj	51,6	56,4	59,9	57,3
Jourplacering	45,1	65,1	25,7	37,9
Familjehem	22,6	43,4	24,3	27,4
Behandlings-/utredningshem	25,8	43,5	14,4	22,6
Annan behandling	16,1	34,8	20,1	21,8
Psykoterapi/individuella samtal	74,1	52,1	28,6	44,4
Psykiatrisk öppenvård	67,7	26,0	18,6	32,2
Psykiatrisk slutenvård	38,8	21,7	2,9	15,3
Medicinering	64,6	39,1	38,6	45,2
Psykologutredning	77,4	30,4	52,9	54,8
Anpassad skolgång	64,5	30,4	60,0	55,7
Assistent (i skolan)	3,2	13,0	51,5	32,3
Annan insats	6,5	8,6	17,1	12,9

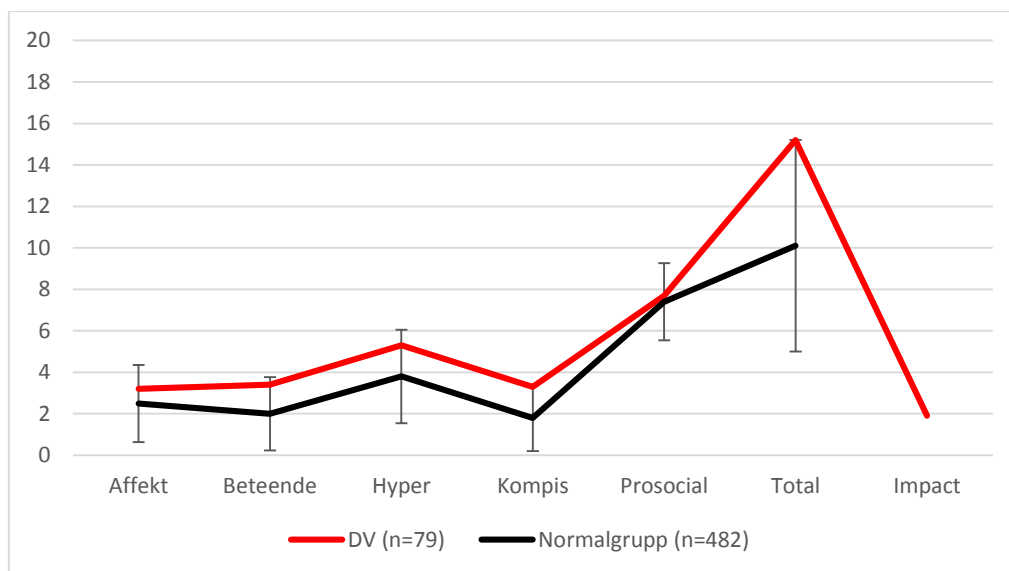
Dagverksamheterna

Ungdomarna på dagverksamheten uppger att livet är sämre nu och för ett år sedan i jämförelse med normalgrupp (se Figur 1). Normalgruppen består av ungdomar i ålder 12-18 (Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006). Skillnaderna är statistiskt signifikanta (t_{731} ; 3,8, $p < .001$ respektive t_{731} ; 10,6, $p < .001$) med effektstyrkor på 0,45 respektive 1,27. Vad gäller frågan om framtiden är ordningen däremot den motsatta, där skattar dagverksamhets-ungdomarna signifikant högre än normalgrupp (t_{731} ; 3,2, $p < .01$) med en effektstyrka på 0,38.



Figur 1. Livets steg. Dagverksamhetens ungdomar i jämförelse med normalgrupp. Felstaplarna anger 1 standardavvikelse.

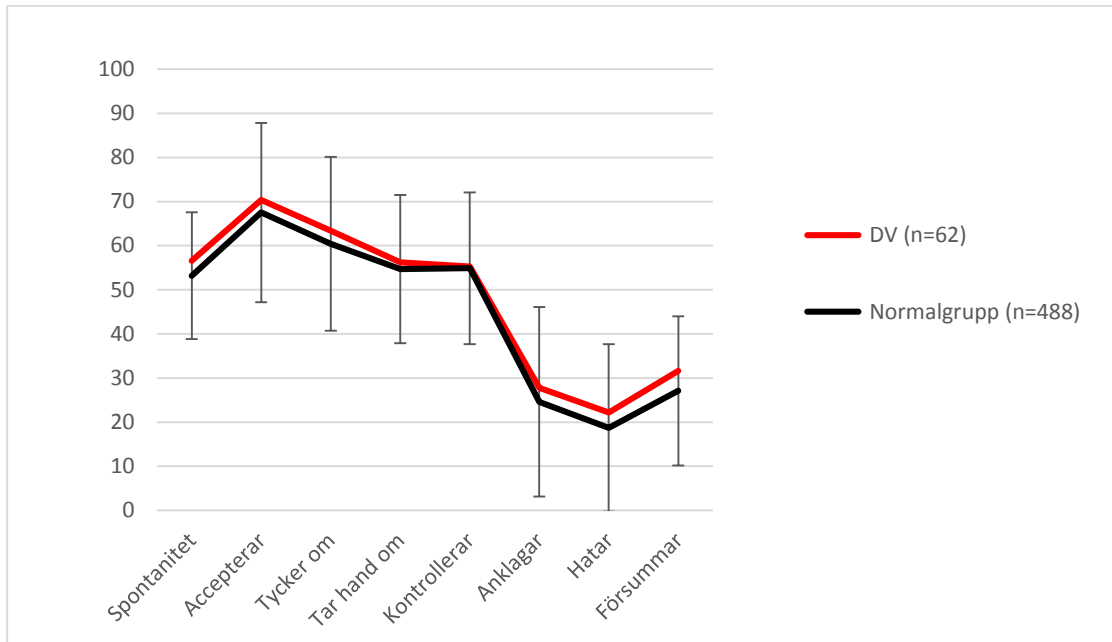
På SDQ skattar ungdomarna på dagverksamheten att de har mer svårigheter än normalgrupp (se Figur 2). Normalgruppen består av ungdomar i åldern 14-15 (Lundh, Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2008). Skillnaderna är statistiskt signifikanta³, med effektstyrkor på 0,36 för affektproblem, 0,78 för beteendeproblem, 0,66 för hyperaktivitetsproblem, 0,87 för kompisproblem och 0,97 för totala problem. Skillnaden i skattningar av styrkor är inte statistiskt signifikant och effektstyrkan är endast 0,16. För aktuell jämförelsegrupp gjordes ingen skattning av impact score.



Figur 2. SDQ-S. Delskalevärden för Magelungens dagverksamhet i jämförelse med normalgrupp 14-15 år. Felstaplarna anger 1 standardavvikelse.

³ Affekt (t_{561} ; 3,0, $p < .01$), beteende (t_{561} ; 6,4, $p < .001$), hyper (t_{561} ; 7,2, $p < .001$), kompis (t_{561} ; 6,0, $p < .001$), prosocial (t_{561} ; 1,3, $p > .10$), totala problem (t_{561} ; 8,0, $p < .001$).

På SASB skattar sig dagverksamhetsungdomar väldigt likt normalgrupp (se Figur 3). Normalgruppen består av ungdomar i åldern 13-14 (Birgegård & Claesson, *opublicerat material*; Forsén Mantilla, Bergsten, & Birgegård, 2014). Signifikanta skillnader syns inte på någon av de åtta delskalorna och effektstyrkorna är små⁴.

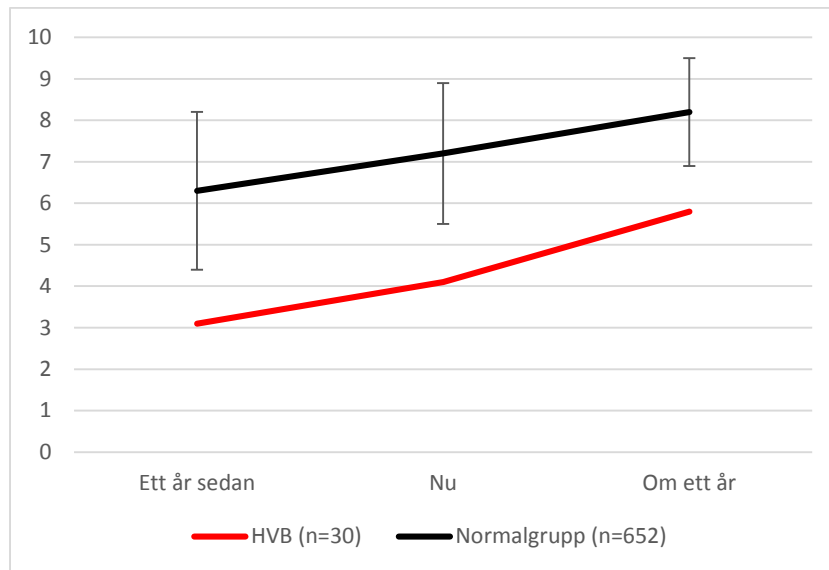


Figur 3. SASB. Klustervärden för dagverksamheten i jämförelse med normalgrupp i åldern 13-14.

Behandlingshemmen

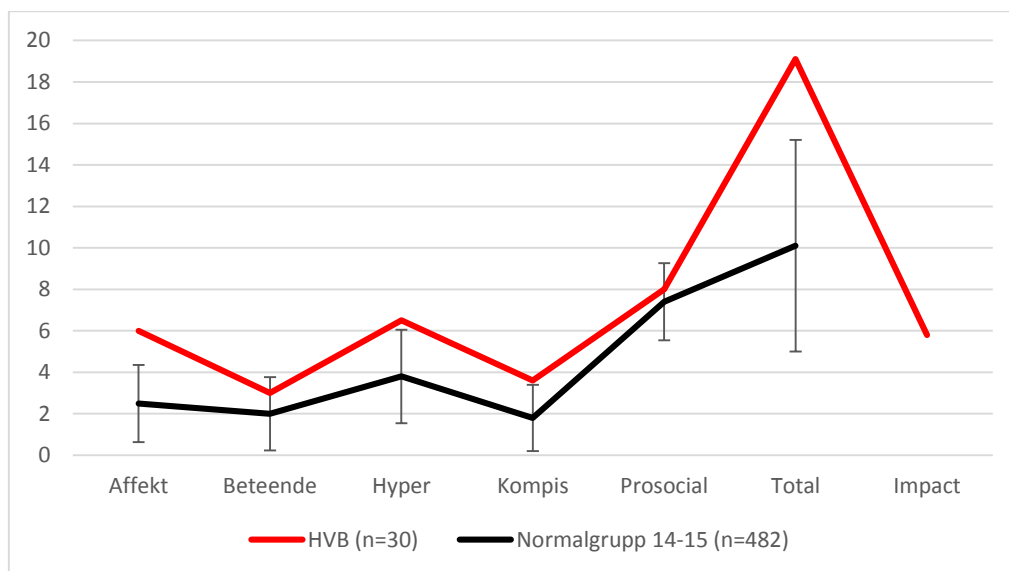
Ungdomarna på behandlingshemmen tycker att livet var sämre för ett år sedan, är sämre nu, samt tror att livet kommer bli sämre om ett år i jämförelse med normalgrupp (se Figur 4). Normalgruppen består av ungdomar i ålder 12-18 (Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006). Skillnaderna är statistiskt signifikanta (Ett år sedan: $t_{682}; 9,0, p < .001$, Nu: $t_{682}; 9,7, p < .001$, Om ett år: $t_{682}; 9,0, p < .001$) med effektstyrkor på 1,67, 1,81 respektive 1,69.

⁴ Spontanitet ($t_{550}; 1,7, p > .05, d: 0,23$), Accepterar ($t_{550}; 1,0, p > .05, d: 0,14$), Tycker om ($t_{550}; 1,1, p > .10, d: 0,15$), Tar hand om ($t_{550}; 0,7, p > .40, d: 0,09$), Kontrollerar ($t_{550}; 0,2, p > .50, d: 0,02$), Anklagar ($t_{550}; 1,1, p > .10, d: 0,15$), Hatar ($t_{550}; 1,3, p > .10, d: 0,18$), Försummar ($t_{550}; 1,9, p > .05, d: 0,26$).



Figur 4. Livets steg. Behandlingshemsungdomar i jämförelse med normalgrupp. Felstaplarna anger 1 standardavvikelse.

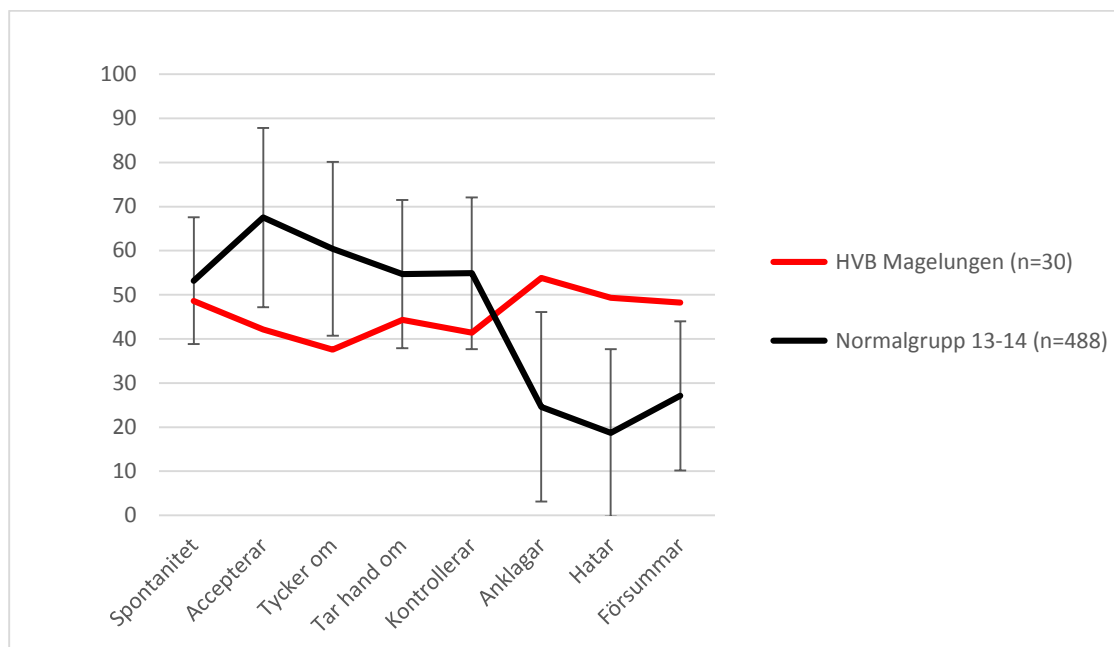
På SDQ skattar ungdomarna på behandlingshemmen att de har mer svårigheter än normalgrupp (se Figur 5). Normalgruppen består av ungdomar i åldern 14-15 (Lundh, Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2008). Skillnaderna är statistiskt signifikanta⁵, med effektstyrkor på 1,02 för affektproblem, 0,83 för beteendeproblem, 1,07 för hyperaktivitetsproblem, 1,03 för kompisproblem och 1,47 för totala problem. Skillnaden i skattningar av styrkor (Prosocial) är inte statistiskt signifikant och effektstyrkan är endast 0,31. För aktuell jämförelsegrupp gjordes ingen skattning av impact score.



Figur 5. SDQ-S. Delskalevärden för behandlingshem i jämförelse med normalgrupp 14-15 år. Felstaplarna anger 1 standardavvikelse.

⁵ Affekt (t_{512} ; 5,4, $p < .001$), beteende (t_{512} ; 4,4, $p < .001$), hyper (t_{512} ; 5,7, $p < .001$), kompis (t_{512} ; 5,5, $p < .001$), prosocial (t_{512} ; 1,7, $p > .05$), totala problem (t_{512} ; 7,8, $p < .001$).

På SASB skattar sig ungdomarna på behandlingshemmen betydligt mer negativt än normalgrupp (se Figur 6). Normalgruppen består av ungdomar i åldern 13-14 (Birgegård & Claesson, *opublicerat material*; Forsén Mantilla, Bergsten, & Birgegård, 2014). Skillnaderna mellan grupperna är signifikanta för alla delskalor förutom spontanitet⁶.



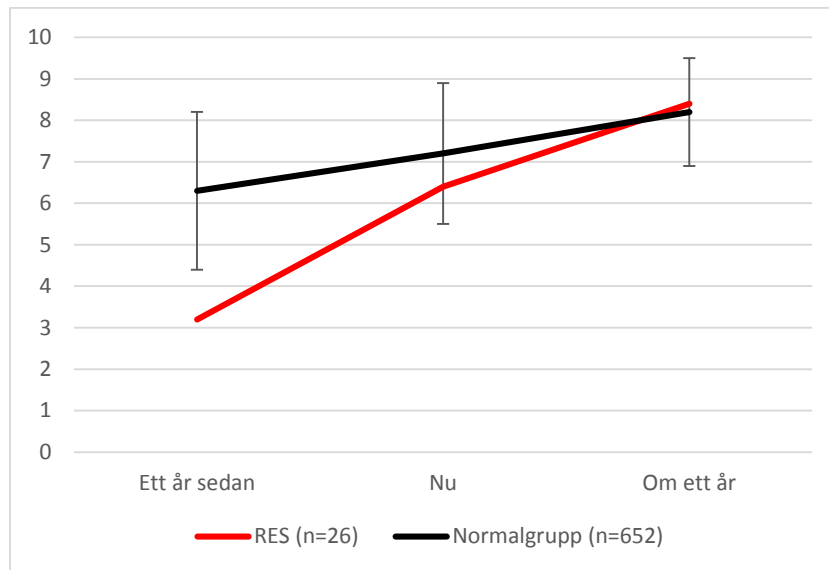
Figur 6. SASB. Klustervärden för Magelungens behandlingshem i jämförelse med normalgrupp.

För de tre positiva klustren är effektstyrkorna 1,20 (Accepterar), 1,13 (Tycker om) och 0,61 (Tar hand om). För de tre negativa klustren är effektstyrkorna 1,32 (Anklagar), 1,54 (Hatar) respektive 1,23 (Försummar).

Resursboendet

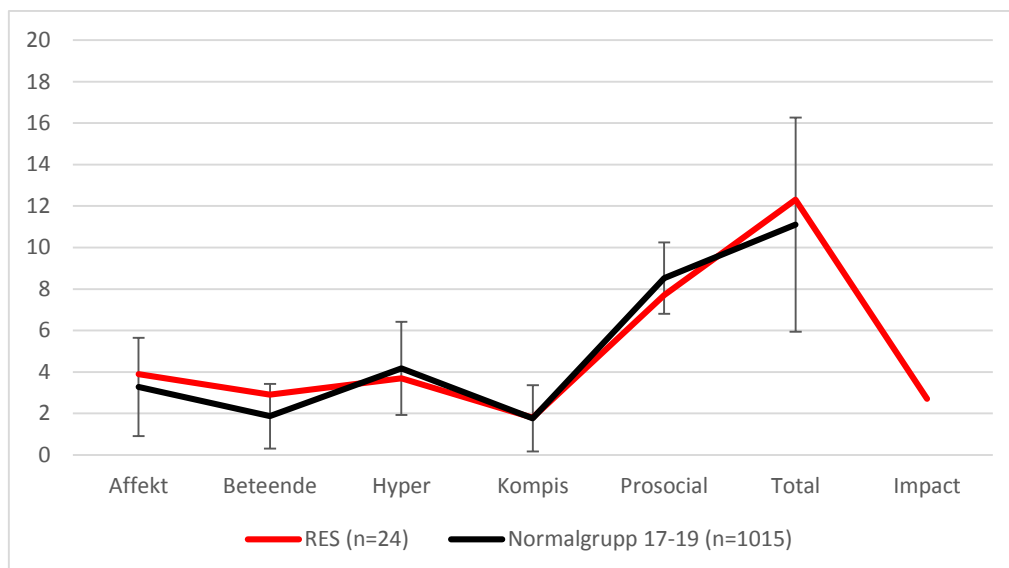
På resursboendet uppger ungdomarna att livet är sämre nu och för ett år sedan i jämförelse med normalgrupp (se Figur 7). Normalgruppen består av ungdomar i åldern 12-18 (Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006). Skillnaderna är statistiskt signifikanta (Ett år sedan: t_{678} ; 8,2, $p < .001$, Nu: t_{678} ; 2,4, $p < .05$) med effektstyrkor på 0,47 (Nu) respektive 1,64 (Ett år sedan). På frågan om hur det kommer se ut om ett år finns ingen statistiskt signifikant skillnad (t_{678} ; 0,8, $p > .04$) och effektstyrkan är endast 0,15.

⁶ Spontanitet (t_{518} ; 1,7, $p > .05$, d : 0,31), Accepterar (t_{518} ; 6,4, $p < .001$), Tycker om (t_{518} ; 6,0, $p < .001$), Tar hand om (t_{518} ; 3,2, $p < .01$), Kontrollerar (t_{518} ; 4,1, $p < .001$, d : 0,77), Anklagar (t_{518} ; 7,0, $p < .001$), Hatar (t_{518} ; 8,2, $p < .001$), Försummar (t_{518} ; 6,5, $p < .001$).



Figur 7. Livets steg. Resursboendet i jämförelse med normalgrupp. Felstaplarna anger 1 standardavvikelse.

Utifrån deras skattningar av SDQ kan tydas att skillnaderna är små i jämförelse med normalgrupp (se Figur 8). Normalgruppen består av ungdomar i ålder 17-19 (Svedin & Priebe, 2008). Endast i två av delskalorna är skillnaden statistiskt signifikant⁷: de anger mer beteendeproblem och mindre prosocialt beteende i jämförelse med normalgrupp, med en effektstyrka på 0,65 respektive 0,48. För aktuell jämförelsegrupp gjordes ingen skattning av impact score.

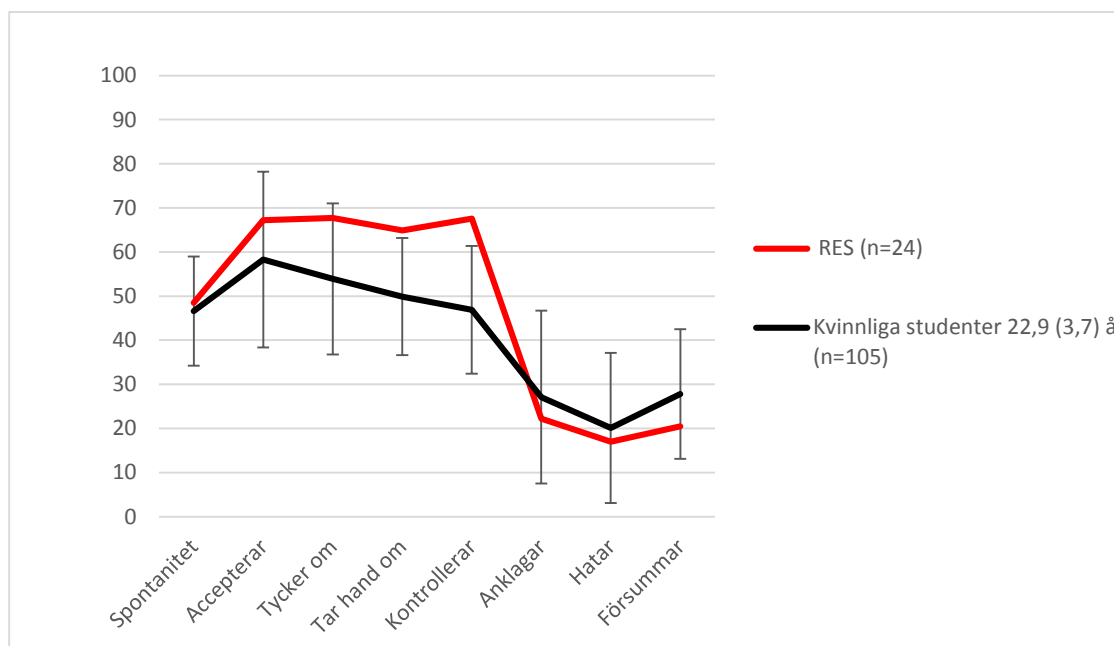


Figur 8. SDQ-S. Delskalevärden resursboendet i jämförelse med normalgrupp i åldern 17-19. Felstaplarna anger 1 standardavvikelse.

Ungdomarna på resursboendet uppger i jämförelse med normalgrupp kvinnliga studenter (Björck, 2006) en mer positiv självbild (se Figur 9). De tycker om (d: 0,77) och tar hand om (d:

⁷ Affekt (t_{1039} ; 1,3, $p > .10$, d : 0,26), beteende (t_{1039} ; 3,1, $p < .01$, d : 0,65), hyper (t_{1039} ; 1,0, $p > .30$, d : 0,21), kompis (t_{1039} ; 0,1, $p > .50$, d : 0,02), prosocial (t_{1039} ; 2,3, $p < .05$, d : 0,48), totala problem (t_{1039} ; 1,1, $p > .20$, d : 0,23).

1,09) sig själva mer och försummar sig själva (d: 0,47) mindre än normalgrupp. Dessutom skattar de att de kontrollerar sig mer (d: 1,29). Övriga skillnader är inte statistiskt signifikanta⁸.



Figur 9. SASB. Klustervärden för resursboendet i jämförelse med normalgrupp: kvinnliga studenter på Uppsala Universitet.

Inom Magelungen: Jämförelser mellan DV, HVB och RES

I Tabell 5 är Livets steg uppdelat på enhetstyp. Ungdomar på behandlingshem mår sämre nu och har lägre framtidshopp jämfört med de på dagverksamheter och resursboende. På frågan om hur det var för ett år sedan är skillnaderna mindre och dessa är inte heller statistiskt signifikanta⁹. Andel förklarad varians (uttryckt i η^2) är 2 %, 19 %, respektive 29 %.

Tabell 5

Livets steg (M & SD och resultat av envägs ANOVA) uppdelat på enhetstyp.

	HVB	RES	DV	Totalt	F	p	η^2
Ett år sedan	3,1 (2,2)	3,2 (1,7)	3,8 (2,5)	3,5 (2,3)	1,4	.255	.02
Nu	4,1 (1,9)	6,4 (1,7)	6,4 (2,2)	5,9 (2,3)	15,1	.000	.19
Om ett år	5,8 (3,1)	8,4 (1,2)	8,7 (1,5)	8,0 (2,3)	26,2	.000	.29

⁸ Spontanitet (t_{129} ; 0,6, $p > .50$, d: 0,14), Accepterar (t_{129} ; 1,9, $p > .05$, d: 0,43), Tycker om (t_{129} ; 3,4, $p < .001$, d: 0,77), Tar hand om (t_{129} ; 4,8, $p < .001$, d: 1,09), Kontrollerar (t_{129} ; 5,7, $p < .001$, d: 1,29), Anklagar (t_{129} ; 1,0, $p > .30$, d: 0,24), Hatar (t_{129} ; 0,8, $p > .40$, d: 0,18), Försummar (t_{129} ; 2,0, $p < .05$, d: 0,47).

⁹ En post-hoc analys (Tukey HSD) visade att HVB skattar sig signifikant lägre på hur de mår nu ($p < .01$) och vad de tror om ett år ($p < .01$) i jämförelse med DV och RES.

I SDQ uppger ungdomar på behandlingshemmen mest problem, följt av dagverksamheten och därefter resursboendet (se Tabell 6). De uppger även att de lider mer av sina svårigheter, har mer affektproblem och hyperaktivitetsproblem i jämförelse med dagverksamhet och resursboende¹⁰. Andel förklarad varians (uttryckt i eta²) är 18 % för Affektproblem, 14 % för Totalpoäng och 29 % för Impact score.

Tabell 6

SDQ-S (M & SD och resultat av envägs ANOVA) uppdelat på enhetstyp.

	HVB	RES	DV	Totalt	F	p	eta ²
Affektproblem	6,0 (2,5)	3,4 (2,4)	3,2 (2,4)	3,9 (2,7)	15,2	.000	.18
Beteendeproblem	3,0 (2,2)	1,9 (1,3)	3,4 (2,0)	3,1 (2,0)	6,1	.003	.08
Hyperaktivitetsproblem	6,5 (2,0)	4,4 (2,3)	5,3 (2,3)	5,4 (2,3)	6,5	.002	.09
Kompisproblem	3,6 (1,9)	2,4 (1,3)	3,3 (2,3)	3,2 (2,1)	2,5	.084	.04
Prosocialt beteende	8,0 (2,1)	8,5 (1,1)	7,7 (1,7)	7,9 (1,7)	2,2	.118	.03
Totalpoäng	19,1 (4,7)	12,2 (4,8)	15,2 (6,0)	15,5 (5,9)	11,3	.000	.14
Impact Score	5,8 (2,9)	2,4 (2,5)	1,9 (2,4)	2,8 (3,0)	22,6	.000	.29

Föräldrars skattningar av deras barns totalproblem ligger generellt högre än barnens egna skattningar. Mammors SDQ-Total är 16,9 medan deras barns är 16,1¹¹. På dagverksamheten är mammors svar 14 % högre än ungdomarnas, medan det på behandlingshemmen är tvärtom. Där svarar ungdomarna 12 % högre än deras mammor. Värt att notera är att ungdomarnas svårigheter inte skiljer sig åt nämnvärt mellan dagverksamhet och behandlingshem om mammor tillfrågas (mindre än 2 %) medan skillnaden är stor när ungdomarna skattar sig själva (HVB skattar sig 26 % högre).

På impact-skalan, där frågan är hur mycket ungdomen lider av sina svårigheter, svarar mammor generellt högre (2,2 skalsteg) än ungdomarna. 69,5 % av ungdomarna anger ett lägre värde på SDQ Impact än sina mammor, medan det motsatta, att ungdomen anger ett högre värde på SDQ Impact än mamman, endast sker i 20,3% av fallen. Störst skillnad mellan ungdomars och mammors skattningar av impact finns på dagverksamheten och på resursboendet är denna skillnad minst.

I SASB skattar ungdomar på behandlingshemmen en mer negativ självbild än de på dagverksamheten och resursboendet (se Tabell 7). De skattar sig lägre på de tre positiva klustren (Accepterar sig själv, Tycker om sig själv och Tar hand om sig själv) och högre på de tre negativa klustren (Anklagar sig själv, Hatar sig själv och Försummar sig själv).

¹⁰ Post-hoc analyser (Tukey HSD) visade statistiskt signifikanta skillnader mellan alla tre grupper för totalpoäng ($p < .05$), högre värden för HVB jämfört med övriga grupper på Impact Score ($p < .01$), Affektproblem ($p < .01$) och Hyperaktivitetsproblem ($p < .05$), samt lägre värden för RES jämfört med DV på Beteendeproblem ($p < .01$).

¹¹ I denna jämförelse räknas alltså bara de ungdomar ($n=77$) med vars mammor svarat på SDQ.

Tabell 7

SASB (M & SD och resultat av envägs ANOVA) uppdelat på enhetstyp.

	HVB	RES	DV	Totalt	F	p	eta ²
Spontanitet	48,6 (20,0)	48,5 (17,4)	56,6 (16,7)	52,9 (18,1)	3,0	.055	.05
Accepterar	42,1 (31,8)	67,2 (23,4)	70,4 (23,8)	62,4 (28,5)	12,5	.000	.18
Tycker om	37,6 (26,8)	67,7 (21,1)	63,4 (22,9)	57,6 (26,3)	14,8	.000	.21
Tar hand om	44,3 (20,6)	64,9 (15,4)	56,2 (18,2)	55,0 (19,5)	8,7	.000	.13
Kontroll	41,4 (21,8)	67,6 (21,8)	55,3 (18,5)	54,2 (21,8)	11,4	.000	.17
Anklagar	53,8 (31,0)	22,2 (25,7)	27,8 (24,5)	33,3 (29,0)	12,3	.000	.18
Hatar	49,3 (30,4)	17,0 (19,5)	22,2 (21,3)	28,2 (26,6)	16,6	.000	.23
Försummar	48,2 (20,6)	20,5 (18,8)	31,6 (19,1)	33,6 (21,5)	14,2	.000	.20

Ungdomar på behandlingshem svarar lägre på Kontrollerar sig själv än på dagverksamheten, som in sin tur svarar lägre än på resursboendet¹². Andel förklarad varians ligger mellan 13 och 23 % för de negativa och de positiva klustren.

Resultatsammanfattning

Magelungens utvärderingsprojekt syftar till att göra en jämförelse av mående, symptom och livssituation före och efter behandling. Denna rapport behandlar det första mättilfället: inskrivning (T1), och syftar till att ge en bild av den målgrupp som går på Magelungen och jämföra skillnader baserade på enhetstyp. Dessutom jämförs resultaten med normalpopulationer för att se hur stora skillnader/likheter det finns.

Magelungens ungdomar skiljer sig gentemot andra ungdomar i samhället (normalgrupperna), något som även funnits i tidigare utvärderingar (Hübinette et al., 2003; Larsson et al., 2008b; Marklund et al., 2010). Sådant som förekommer är högre symtombelastning, sämre generell livstillfredsställelse med livet och en självbild som tyder på negativa förväntningar i samspel med andra. Ungdomarna lider av sina svårigheter på ett sådant sätt att det påverkar deras vardagsliv, skolgång och hemmiljö.

Resultatet bekräftar i stort vad som förväntades eftersom det är bedömt av socialtjänst, behandlare inom Magelungen och ibland av psykiatrin att dessa ungdomar behöver den hjälp

¹² Post-hoc analyser (Tukey HSD) visade att HVB svarar lägre än de båda andra enhetstyperna på de tre positiva klustren: Accepterar sig själv ($p < .01$), Tycker om sig själv ($p < .01$) och Tar hand om sig själv ($p < .01$), och högre på de tre negativa klustren: Anklagar sig själv ($p < .01$), Hatar sig själv ($p < .01$) och Försummar sig själv ($p < .01$). RES svarar även lägre än DV på Försummar sig ($p < .05$). På Kontroll svarar HVB lägre än DV ($p < .01$) som i sin tur svarar lägre än RES ($p < .05$).

och vård som Magelungen erbjuder. Ungdomarna har också varit föremål för flertalet insatser från socialtjänst, psykiatri och skola före nuvarande behandlingsinsats.

Ungdomar som påbörjar behandling på Magelungen har betydande erfarenhet från såväl socialtjänst som psykiatri. Dessutom har skolgången många gånger varit anpassad efter ungdomens behov. Magelungens mer omfattande behandlingsinsatser, med fokus såväl på ungdomens utveckling som på familjens fungerande, ofta kombinerat med små skolgrupper, är alltså en naturlig utökning av de insatser som tidigare erbjudits.

På dagverksamheten är majoriteten pojkar som är i högstadieålder, men som skolmässigt snarare är på mellanstadienivå. Över hälften av ungdomarna har erfarenhet av assistent i skolan, anpassad skolgång och lika många har även genomgått en psykologisk eller neuropsykiatrisk utredning. Målgruppen är dock en annan än resursskolans, något som avslöjas av de behandlingsbehov som kan tydas i resultaten. Förutom den tidigare erfarenheten av såväl individuella samtal med psykiatrin och familjesamtal i socialtjänstens regi skattar ungdomarna sitt mående sämre än normalgrupp, något som också understryks av hur mycket föräldrarna skattar att deras barn lider av sina svårigheter.

De har betydande beteendemässiga problem och svårigheter i kamratrelationer. Deras föräldrar vittnar om att de besväras av sina svårigheter såväl hemma som i skolan. Social färdighetsträning såväl i grupp som enskilt är därför ett behov. Utöver detta har de även stora svårigheter med koncentration och impuls kontroll, något som i kombination med att de ofta ligger mycket efter i skolan tyder på ett stort behov av en anpassad skolgång, där ett litet sammanhang med tydliga gränser och stor personaltäthet kan skapa rätt sammanhang för att kunna skapa en uppåtgående spiral av närvaro och deltagande i skolan. De flesta av ungdomarna på dagverksamheten bor hos någon av sina föräldrar vid behandlingsstart och kan därmed med fördel integreras i behandlingsprocessen.

På Magelungens två behandlingshem är majoriteten flickor. De är generellt lite äldre än dagverksamhetungdomarna, det vill säga sent högstadie- eller tidig gymnasieålder. Även fast de i likhet med ungdomarna på dagverksamheten också har erfarenhet av anpassad skolgång är problematiken framförallt psykiatrisk. Tre av fyra har erfarenhet av psykoterapi eller individuella samtal och sex av tio har erfarenhet av psykiatrisk öppenvård. De skattar sitt mående markant sämre än normalgrupp och skiljer sig även från Magelungens andra jämförda verksamheter (det vill säga dagverksamheten och resursboendet).

Av detta följer att en omfattande behandlingsintervention framför allt inriktad på de psykiatriska svårigheterna kan anses befogad. Utifrån Magelungens systemiska tänk blir hela familjen en viktig del av behandlingsupplägget, något som även bör kombineras med ett starkt stöd i ungdomarnas skolutveckling. Liksom ungdomarna på dagverksamheten har även de på behandlingshemmen hamnat efter i sin skolgång.

På Magelungens resursboende, med gruppboende och träningslägenheter, är ungdomarna än äldre med en medelålder på 17 år. Även här är majoriteten flickor. Trots att många har tidigare erfarenhet av insatser från såväl skola som psykiatri är andelen inte alls lika hög som i dagverksamheten och på behandlingshemmen. Flera som uppgett tidigare erfarenhet från

psykiatrin har tidigare varit inskrivna på Magelungens behandlingshem. Erfarenhet av insatser från Socialtjänsten är dock stor, med hög andel familjesamtal och olika former av boendeinsatser (jourplaceringar, behandlings- och utredningshem). De skattar sitt mående bättre än både dagverksamhet och behandlingshem, men ligger ändå lägre än normalgrupp. De tar hand om och kontrollerar sig själva mer än jämförelsegrupperna.

Av detta följer behandlingsinsatser som bör stödja ungdomarnas utveckling till ett självständigt liv, med fokus på ett självständigt boende, men även stöd till en fungerande skolgång alternativt arbete. Föräldrarna är inte lika närvarande i behandlingsarbetet, något som bland annat avspeglas i att andelen föräldrar som deltar i studien är lägre än på övriga enhetstyper. De som deltar skattar sina barns problem som betydligt lägre än övriga föräldrar.

I en jämförelse mellan de olika behandlingsformerna på de undersökta behandlingstyperna inom Magelungen syntes att ungdomarna på behandlingshemmen skiljer sig mot ungdomarna på dagverksamheten och resursboendet. Deras självbild är mer negativ, de uppger en lägre generell tillfredsställelse med livet och sämre framtidstro, mer tidigare kontakter med psykiatrin och de uppger att de har mer svårigheter samt att de lider mer av dem jämfört med de andra enhetstyperna. Bilden skiljer sig dock från tidigare jämförelser, där inga skillnader fanns mellan behandlingshem och dagverksamhet (Hübinette et al., 2003). På resursboendet har ungdomarna en högre medelålder jämfört med övriga enhetstyper och de har också haft mest kontakt med Socialtjänsten och varit föremål för LvU i högre grad. Vad gäller kontakt med psykiatrin och skola hamnar de däremot mittemellan behandlingshem och dagverksamhet. Målgruppen är i detta avseende inte lika tydlig.

Förutom ungdomarna själva skattade även föräldrarna ett av formulären, något som möjliggör en jämförelse dem emellan. Mammorna uppger då att ungdomarna lider mer av sina svårigheter än vad de själva gör. Av ungdomarna på behandlingshem uppger både de själva och deras mammor att de lider mer av sina svårigheter jämfört med de andra verksamhetstyperna. Däremot är de totala problemen lika höga för dagverksamhet som för behandlingshem när mammorna tillfrågas, något som kan sättas i relation till ungdomarnas egna skattningar där dagverksamheten uppger mycket lägre problem än behandlingshem.

Metoddiskussion

I denna undersökningsdesign har flera instrument använts för att mäta förändring. Instrumenten är beprövade och validerade inom Sverige med relevanta normalgrupper att jämföra med. Data kompletteras med variabler om bakgrundsfaktorer och tidigare erfarenheter. Ungdomarnas egna skattningar kan för ett av instrumenten jämföras med föräldrarnas. Huruvida förändring efter behandling faktiskt beror på behandlingsinsatsen eller andra faktorer är en fråga som går utanför vad denna undersökning kan ge svar på.

Magelungen ägnar sig åt självutvärdering, en aktivitet som i sig kan minska trovärdigheten. Fördelen med självutvärdering är att utvärderarna är insatta i verksamhetens behandlingsinsatser. Negativt är att hela utvärderingen riskerar att minska i tillförlitlighet då utvärderarna

inte kan förbli opartiska. Trots riskerna för felkällor kan dock fördelarna sägas överväga nackdelarna då en ambition att effektutvärdera i sig bör öka behandlingsverksamhetens trovärdighet.

Då normalgrupperna och ungdomarna på Magelungen uppvisar liknande mönster i symtombelastning och genuskillnader, men med högre problemlnivå bedöms resultatet som trovärdigt. Till exempel skattar sig flickor högre än pojkar generellt i samhället på delskalan Affektproblem, något som även finns inom Magelungen.

SDQ skattas förutom av ungdomen även av föräldrar, en triangulering som ökar tillförlitligheten i svaren. Tänkbart är ju att ungdomen antingen söker förstora upp eller förminska sina svårigheter, något som ifall detta fenomen ser olika ut för olika ungdomsgrupper leder till felaktiga slutsatser.

Organisatoriska svårigheter kan uppstå då utvärderingsprojekt i denna skala skall administreras, något som har påverkat deltagarantalet. Det stora bortfallet, där över 50 % av ungdomarna inte finns representerade, genererar frågor om hur representativt urvalet är. Totalt är bortfallet under år 2009-2012 ca 55 %. Uppdelat på enhetstyp är bortfallet 48 % på behandlingshemmen, 26 % på resursboendet och 60 % på dagverksamheterna. Storleken på bortfallet varierar även från enhet till enhet. Där deltagandet är nästintill hundra procentigt på en del enheter är det tvärtom mindre än 20 % på andra.

Vid närmare granskning visade det sig att de vanligaste orsakerna till bortfall antingen berodde på svårigheter vid insamlandet eller att ungdomen inte blev tillfrågad om att delta. Vanligt var även att material samlades in försent, det vill säga mer än 30 dagar efter inskrivning, eller att ungdomen eller föräldern inte ville delta. På en del behandlingsenheter har datainsamlandet inte varit förankrat, vilket lett till ett totalt bortfall under flera år. På andra ställen har datainsamling förekommit, men har i regel skett för långt in i behandling, vilket lett till att materialet inte har kunnat användas.

För att minska bortfallet finns två projektledare tillgängliga för att assistera respektive enhet med insamlandet. Projektets innehåll och utförande, med riktlinjer för datainsamling för respektive mättillfälle, finns beskrivet i en manual. Två gånger per år ordnas även utbildningsdagar för de forskningsansvariga. Bortfallet för år 2012 (29 %) är mindre än tidigare år och förväntas bli lägre ju längre projektet pågår då de organisatoriska bristerna blir mindre.

En central fråga är om bortfallet är systematiskt, det vill säga om en viss typ av ungdom är underrepresenterade bland deltagarna. En kartläggning av bortfallet inkluderat bakgrundsvariabler såsom ålder och kön skulle kunna ge ökad insikt i huruvida bortfallet är slumpmässigt eller systematiskt.

Slutsats

Underlaget från denna rapport skapar en bild av de ungdomar som påbörjar behandling på Magelungens dagverksamheter, behandlingshem och resursboende. Materialet är större än i tidigare studier och innefattar flera enhetstyper. Då indata följs upp med skattningar vid avslut och uppföljning kommer förändring efter behandling att kunna belysas. Då datainsamlingen fortsätter och grupperna blir större kommer också mer tillförlitliga jämförelser att göras möjliga. Undergrupper baserade på ålder, kön och diagnos kan då urskiljas och skillnader i förändring efter behandling iakttas. Tidigare erfarenheter talar dock för att insamling av datamaterial vid uppföljningarna blir en utmaning. I de båda uppföljningsrapporterna Larsson (2008) och Marklund (2010) beskrivs bortfall och svårigheter med att få ungdomar att delta vid uppföljning som uttrycker ambivalens för deltagandet.

Ungdomarna på dagverksamheten behöver framför allt stöd i sin psykosociala utveckling, anpassad skolgång i ett litet sammanhang och ett nära samarbete med sina föräldrar för en god hemmiljö för att uppnå en positiv utveckling. På behandlingshemmen är problematiken framför allt psykiatrisk. Behandlingsinterventioner bör därför primärt inriktas på ungdomens psykiska hälsa och dagliga fungerande. Familj och skolgång bör även vara i fokus, även fast vägen dit kan se annorlunda ut än för dagverksamhetsungdomen. På resursboendet är ungdomarna äldre och skattar sitt mående bättre än de övriga verksamheterna. Fokus bör här ligga i att ge ungdomarna stöd till ett självständigt liv med ett fungerande boende samt skola och/eller arbete. Insatserna kan vara av mer praktisk art, t.ex hur man betalar räkningar, hur planera upp en månadsbudget för hushållskassan osv. Personal kan komplettera med mer terapeutiska insatser där behov finns.

Resultatet av denna inmätningstudie och individuella mätningar kan användas för att utveckla/korrigera direkta behandlingsåtgärder. Ett enkelt exempel är om en ungdom får höga poäng på hyperaktivitet i både självskattning och föräldraskattning och samtidigt inte är utredd för ADHD behöver personal snabbt undersöka möjligheterna till en sådan utredning. Om t.ex ADHD kan verifieras kan medicinering vara till stor hjälp. Ett annat exempel kan vara att om ungdomens skattning skiljer sig avsevärt från föräldrarnas finns ett underlag för och indikation till att familjeterapi är en primär insats. När det gäller livstillfredsställelse kan resultat indikera flera olika åtgärder. Om en ungdom skattat sin dåtid (1 år sedan) mycket lågt är det viktigt att undersöka: Hur var det då? Vad berodde det på? Hur ska vi göra för att det inte ska upprepas? Om en ungdom skattar sin framtid pessimistiskt blir det ju ganska meningslöst att skapa nya mål i behandling innan man tar den negativa framtidstron i beaktning. Samtal i olika former där man undersöker en individs resultat och integrerar det med all annan information kan skapa en känsla av agenskap och möjlighet att påverka sin situation. På så sätt ger inmätningen information till planering av behandling och ledtrådar till vilken ordning insatser ska göras.

Ungdomens skattning av sin självbild (SASB) är det instrument som är mest komplext, men också det som ger vägledning för insatser på ett relationellt plan. En individ söker bekräftelse utifrån sin självbild i samspel med andra och om självbilden inte bekräftas uppstår hack i samspelet. Detta kan öka ångest och osäkerhet hos ungdomen i synnerhet om starkt negativ eller onormalt positiv självbild föreligger. Om en ungdom har en stark negativ självbild finns

det risk för att personal och ungdom kan hamna i negativa relationsmönster där den negativa självbilden bekräftas. Om en ungdom har en onormalt positiv självbild samtidigt som föräldrar och andra runt omkring ser att ungdomen har stora svårigheter blir det svårt att få ungdomen att närma sig en realistisk syn på sig själv och sina problem. SASB kan användas av personal för att titta på hur de kan interagera med ungdomen för att en positiv utveckling kan inledas

Även fast utvärderingsprojekt av denna skala är resurskrävande är de ändå nödvändiga, dels för att säkerställa kvalitén på den vårdinsats som kommuner och landsting betalar för och dels för att bidra till kunskapsutvecklingen om effekter av psykosociala interventioner för barn och ungdomar. Ifall fler behandlingsverksamheter ägnar sig åt utvärdering skulle behandlingsinsatser kunna jämföras och verk samma komponenter, samt vilka behandlingsinsatser som fungerar för vem, vidare kunna undersökas.

Nuvarande projekt, liksom tidigare utvärderingsprojekt på Magelungen, syftar till att se huruvida en skillnad föreligger efter behandling. Att göra anspråk på ett orsakssamband, att hävda att behandling på Magelungen leder till en förändring, hamnar dock utanför vad som är möjligt att uttala sig om utifrån aktuell undersökningsdesign.

Fortsättningsvis kommer det vara intressant att se hur olika subgrupper svarar på de insatser som de tar del av. Hur kommer de med negativ självbild utvecklas i jämförelse med de som har positiv? Kommer de som är pessimistiska om sin framtida livssituation utvecklas i mindre grad än de som är optimistiska?

Inte desto mindre är det just behandling som erbjuds på Magelungen, behandling som syftar till att skapa förändring. Framtida satsningar kommer fortsätta att söka mäta förändring och fenomenet förändring kommer att angripas utifrån olika perspektiv och infallsvinklar i syfte att söka svar på vad som gör skillnad. Målet är att öka kunskapen och förståelsen av behandling och dess effekter. Magelungen vill kunna svara på frågan om de behandlingsinsatser som erbjuds gör skillnad. Forskningsfrågor för framtiden handlar om verk samma komponenter i behandlingen samt för vilka målgrupper behandlingen fungerar bättre och sämre.

Referenser

- Andersson, O. (1999). *Behandlingsarbetet på Svalnäs 1986-1988*. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Andrews, F. & Whitney, S. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Armeliuss, B-Å., Fransson, P., Henningsson, M., Hemphälä, M., & Sundbom, E. (2002). *En 5-årsstudie av patienter och personal vid Magelungen 1992-1997*. Slutrapport nr 20 från Behandlingshemsprojektet. Umeå: Umeå universitet.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behaviour. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L.S. (1996). Introduction to the special section on Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1203-1212.
- Birgegård, A. & Claesson, K. (Manuscript in preparation). *Structural Analysis of Social Behavior. Self-image norms, psychometric properties, and gender differences for Swedish adolescents*. Manuscript in preparation.
- Björck, C. (2006). *Self-image and eating disorders*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Blom, B., Morén, S., & Nygren, L. (2011). *Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Clinton, D., Norring, C., & Eriksson, B. (1995). BoB. Frågeformulär om bakgrund och behandling vid Anorexi/bulimi. Stockholm: SUFSA.
- Forsén Mantilla, E., Bergsten, K., & Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eating Behaviors*, 15, 125-131.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strength and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Goodman, R., Meltzer, H., Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Hübinette, M., Lindgren, T. & Westlund, T. (2003). *Behandlingsresultat av dag- och dygnet-runt behandling för ungdomar med allvarliga psykiska problem*. Slutrapport. Stockholm: Magelungen AB.
- Kyhle Westermarck, P., & Sallnäs, M. (2004). *Uppföljning av ungdomar vid HVB-hem*. Rapport från en pilotstudie. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Larsson, I, Westlund, T., & Clinton, D. (2006). MUBoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen AB.
- Larsson, I, Westlund, T. & Clinton, D. (2008). *Ungdomsförändring (UNGFÖR)*. Rapport 1: Utveckling av vetenskaplig och kliniskt relevant metodik för forskning och kvalitetssäkring vid Magelungens Behandlingscenters HVB-institutioner: Processbeskrivning och analys. Stockholm: Magelungen AB.

- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2008). *Ungdomsförändring (UNGFÖR). Rapport 2: En retrospektiv uppföljning med kliniskt fokus vid Magelungens Behandlingscenters HVB-Institutioner. Kartläggning av utfall bland 17 ungdomar*. Stockholm: Magelungen AB.
- Larsson, J.-O., Nordenborg, B., Gemzell, B., Hedberg, B., & Klingsell, T. (2005). *En utvärderingsmodell för kliniskt barn- och ungdomspsykiatriskt arbete. Ett samverkansprojekt kring en idéskrift om behandlingsutvärdering*. Stockholms läns landsting: Barn- och ungdomspsykiatri.
- Lindgren, T. (2006). *Magelungens behandlingscenter. MBC Farsta. MBC Södermalm. Delrapport 1*. Stockholm: Magelungen AB.
- Lindgren, T. (2007). *Behandlingsresultat på MBC Stödboende. Delrapport 2*. Stockholm: Magelungen AB.
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., & Bjarehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15 year old adolescents. A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 523-532.
- Marklund, P., Lindgren, T., Oldenvi, I. & Clinton, D. (2010). *Uppföljning Dag. Rapport 3: Uppföljning av ungdomar inskrivna vid Magelungens Dagverksamheter i Stockholm*. Stockholm: Magelungen AB.
- Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2009). IN-BoB. Intagningsinformation om bakgrund och behandling vid Magelungens behandlingscenter. Stockholm: Magelungen AB.
- Piuva, K., Börjesson, M., & Lobos, C. (2011). *Utvärdering i praktiken. Om att värdera socialt arbete för människor med psykiska funktionshinder*. Lund: Studentlitteratur.
- Skerfving, A. (2012). *Hur vet vi att det hjälper? Om effektutvärdering av stödgrupper för barn och ungdom*. Uppsala: Regionförbundet i Uppsala län.
- Socialstyrelsen (2012). *Svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner*. Stockholms: Socialstyrelsen.
- Strömbeck, J., & Oldenvi, I. (2013). *Manualen. Så använder du basmodulen*. Stockholm: Magelungen AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2011). *Uppföljning Dag. Rapport 4: Självbild efter genomförd behandling vid Magelungens dagverksamhet*. Stockholm: Magelungen AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2012). UPP-BoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen AB.
- Svedin, C. G., & Priebe, G. (2008). The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 225-232.
- Svensson, B. (1990). *Utvärdering av Svalnäs. En institution inom Stockholms läns landsting för barn från 7 till 20 år och deras föräldrar*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar. Om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Wiklund, I., Gorkin, L., Pawitan, E., Schron, E., Schoenberger, J., Jared, L. L., & Shumaker, S. (1992). Methods for assessing quality of life in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *Quality of Life Research*, 1, 187-201.