



Behandlingsresultat Magelungen

Rapport 8

Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet (HSP), behandlingshem och resursboende (B0).

2009–2015.

Johan Strömbeck
Ingemar Oldenvi
David Clinton

2017

Sammanfattning

För att undersöka utfall av behandling genomför Magelungen systematiska uppföljningar. Resultat från pågående utvärderingar redovisas från Magelungens dagverksamheter (n=66), Hemmasittarprogrammet (HSP; n=15), behandlingshem (n=19) och resursboende (Bo; n=29). Uppföljningarna baseras på självskattningar och föräldraskattningar av standardiserade bedömningsinstrument (SDQ, SASB, Livets steg och HAD) som besvaras vid behandlingsinsatsens påbörjan och avslut. Resultaten är mestadels positiva, med en lägre grad av symptombelastning, en högre tillfredsställelse med livet och en mer positiv självbild efter behandling i jämförelse med före. Störst skillnad syns på behandlingshemmen, där också måendet var som sämst före behandling. På Bo skattar ungdomarna sitt mående i nivå med icke klinisk jämförelsegrupp redan före insatsens påbörjan och där syns inga betydelsefulla skillnader i mående efter insatsens avslut. Trots positiva utfall behöver framöver utfallsmått anpassas efter verksamhetens huvudsakliga syfte och mål för att förvissa sig om att rätt saker mäts vid uppföljning av Magelungens behandlingsinsatser.

Magelungen har i över 15 års tid utvärderat de behandlingsinsatser som erbjuds. Sedan avknoppningen från landstinget 1993 har behandlingsutbudet inom Magelungen ökat från endast ett behandlingshem och en dagverksamhet till två behandlingshem, 15 dagverksamheter, terapikolonier, öppenvårdsprogram som hemmasittarprogrammet (HSP) och FUNKA Hemma, samt grund- och gymnasieskolor och finns nu i flera orter runt om i landet.

Självutvärderingen bygger på systematisk insamling av standardiserade bedömningsinstrument som jämförs före och efter behandling. Tidigare har resultat från uppföljningarna rapporterats utifrån relativt små urval och dessutom saknas det helt resultatbeskrivningar från Magelungens öppenvård. I föreliggande rapport redogörs därför för resultat från pågående uppföljningar av Magelungens behandlingsinsatser¹.

Magelungens verksamhetsområden

Magelungen är både skola och behandling och utvärderingar pågår inom båda dessa områden. Nedan följer en kortfattad beskrivning av de verksamhetsområden vars uppföljningar redogörs för i föreliggande rapport.

Dagverksamheter. Dagverksamhet är strukturerad behandling/färdighetsträning och skola för barn och ungdomar i åldrarna 6-20. Individuellt stöd erbjuds, gruppaktiviteter, individuellt anpassad skola och ett nära samarbete med familjen. Fokus för verksamheten är även att ge barn och ungdomar stöd i sin sociala och känslomässiga utveckling.

Hemmasittarprogrammet. Hemmasittarprogrammet (HSP) är ett manualbaserat behandlingsprogram där man arbetar multimodalt, intensivt, på hemmaplan med kognitiv beteendeterapi (KBT) som grund. Målgruppen är ungdomar med en långvarig skolfrånvaro och det huvudsakliga behandlingsuppdraget ligger i att återupprätta en fungerande skolgång.

Behandlingshem. Behandlingshem är dygnet-runt vård och behandling till ungdomar mellan 13-20 år. Det är en omfattande insats som erbjuds till ungdomar med stora svårigheter. Behandlingshemmets modell, arbetssätt och metoder bygger på flerdimensionellt behandlingsperspektiv och består av social emotionell färdighetsträning och ett mentaliserande förhållningssätt, familjearbete, individuellt stöd och psykoterapi, samt skola.

Resursenheten Bo. Förändringsmöjligheter med fokus på tryggt boende och utveckling. Placeringar erbjuds för ungdomar och unga vuxna. Placeringar tas emot enligt SoL, LVU och LSS. Problematiken varierar, men kan handla om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, psykosocial problematik eller riskbeteende för att utveckla missbruk eller kriminalitet. Även ensamkommande flyktingbarn/ungdomar och hedersrelaterad problematik tas emot. Resursenheten Bo kan även fungera som utsluss, eller eftervård, efter avslutad behandling på Magelungens behandlingshem.

¹ Dock endast de uppföljningar där det insamlade materialet har ansetts vara tillräckligt stort (>14 före- och eftermätningar). Av denna anledning utesluts därför FUNKA-programmen.

Tidigare studier

Ungdomarna på Magelungens dagverksamheter, behandlingshem och Bo har många gånger varit i tidigare kontakt med Socialtjänst och psykiatri. Tidigare erfarenhet av familjesamtal, individuella samtal eller psykoterapi är vanligt och många har också blivit utredda av psykolog eller fått skolgången anpassad. Både på dagverksamheten och på behandlingshemmen skiljer sig ungdomarnas mående avsevärt från normalgrupp, medan ungdomarna på Bo mer är i nivå med icke klinisk jämförelsegrupp (Strömbeck, Oldenvi & Clinton, 2014).

Positiva resultat av behandling, med minskade beteendeproblem, ökad tillfredsställelse med livet samt en positiv självbild har tidigare beskrivits i uppföljningar av Magelungens dagverksamheter (Marklund, Lindgren, Oldenvi, & Clinton, 2010), behandlingshem (Larsson, Westlund, & Clinton, 2008) och Bo (Lindgren, 2007). Flertalet ungdomar bor även efter behandling på egen hand, arbetar eller studerar och konsumtionen av psykiatrisk vård är låg.

Vikten av att betrakta tidigare resultat med försiktighet har dock poängterats. Detta på grund av små urval, stora bortfall, samt en svag undersökningsdesign (ingen kontrollgrupp eller randomisering, utan endast före-och-efter-mätningar). Tidigare resultat kan också anses vara daterade och behöva kompletteras med nya undersökningar.

Syfte

Syftet med rapporten är att beskriva utfallet av behandling utifrån pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet (HSP), behandlingshem och resursboende (Bo).

Metod

Deltagare, mättillfällen och mätinstrument skiljer sig delvis åt mellan behandlingsinsatserna, men gemensamt är att utvärderingen bygger på självskattningar och föräldraskattningar av formulär som besvaras före och efter behandling, samt vid ett uppföljningstillfälle. Valet av utfallsmått bygger på att de ska vara standardiserade, det ska finnas svenska jämförelsegrupper i relevant åldersgrupp och formulären ska vara korta och enkla att fylla i. För en utförligare metodbeskrivning se Strömbeck et al. (2014).

Deltagare

Data samlades in under åren 2009-2015 och är alltså baserat på deltagare från ärenden som börjats och avslutats under dessa år. Deltagare i uppföljningen är 66 ungdomar och föräldrar från dagverksamheten, 15 från HSP, 19 från behandlingshemmen och 29 från resursenheten Bo (se Tabell 1). Medelåldern varierar mellan 13,8-17,4 för de olika behandlingstyperna.

Könsfördelningen ser också olika ut, där det på dagverksamheten och HSP är fler pojkar än flickor är det tvärtom på behandlingshem och Bo.

Tabell 1

Deltagare.

	DV	HSP	HVB	BO
Antal deltagare	66	15	19	29
Medelålder	13,8	14,3	15,8	17,4
Andel pojkar/flickor	77/23	68/32	27/73	40/60
Genomsnittlig behandlingstid (månader)	16,1	10,0	16,4	16,0

Mätinstrument

SDQ. Strengths 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 besvärar 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; Goodman, Meltzer, & Bailey, 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).

SASB. 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.

HAD. Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) är ett självskattningsformulär som avser att mäta grad av ångest och depression. Det består av sju påståenden om ångest och sju om depression som besvaras på en fyrgradig skala (Zigmond & Snaith, 1983). På en skala där 21 poäng är max kan då svaren kategoriseras som en av tre möjliga för ångestskalan: ingen besvärande ångest/mild till måttlig ångest/förekomst av eventuell ångeststörning, och för depressionsskalan: ej deprimerad/nedstämdhet/risk för depressionstillstånd.

Livets stege. Livets stege (*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).

Procedur

Vid placering på någon av Magelungens behandlingsverksamheter informeras ungdom och vårdnadshavare om utvärderingen och tillfrågas om att delta. De informeras om att data samlas in i utvärderingssyfte, men kan också komma att användas vid kartläggning i det enskilda behandlingsärendet. Mätinstrumenten besvaras vid behandlingsstart (under de två första veckorna), vid behandlingsavslut (under behandlingsinsatsens sista månad), samt vid ett uppföljningstillfälle antingen 18 månader efter behandlingsavslut (gäller DV, HVB och BO) eller efter 6 månader (gäller HSP). Genomsnittlig behandlingstid är ca 16 månader på DV, HVB och BO och 10,0 månader för HSP (se Tabell 1).

Dataanalys

För att beräkna statistisk signifikans användes parade t-test i de verksamhetsområden där det fanns minst 10 deltagare. Effektstyrka beräknades med Cohen's d, vilket är ett standardiserat effektmått. Värden på 0,2 kan då benämnas som små effekttstyrkor, 0,5 som måttliga och 0,8 eller mer är stor effekt (Borg & Westerlund, 2012). Värden under 0,2 räknas som ingen effekt.

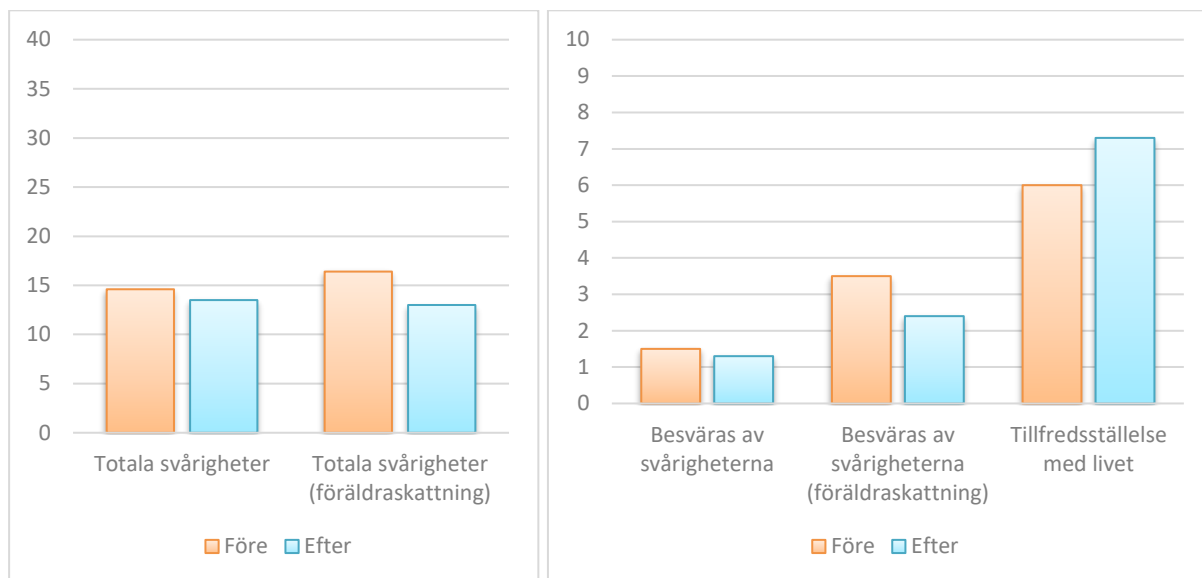
Resultat

Dagverksamheterna

Såväl ungdomarna själva som deras föräldrar vittnar om ett bättre mående (se Figur 1) med mindre problem efter behandling i jämförelse med före. Ungdomarna är efteråt även mer tillfredsställda med livet². Förändringen av totala svårigheter (SDQ Total) är liten när ungdomen tillfrågas, med en effektstyrka (Cohen's d) på 0,27, medan det saknas effekter av hur mycket de besväras av sina svårigheter (SDQ Impact; d=0,10). När ungdomarnas föräldrar

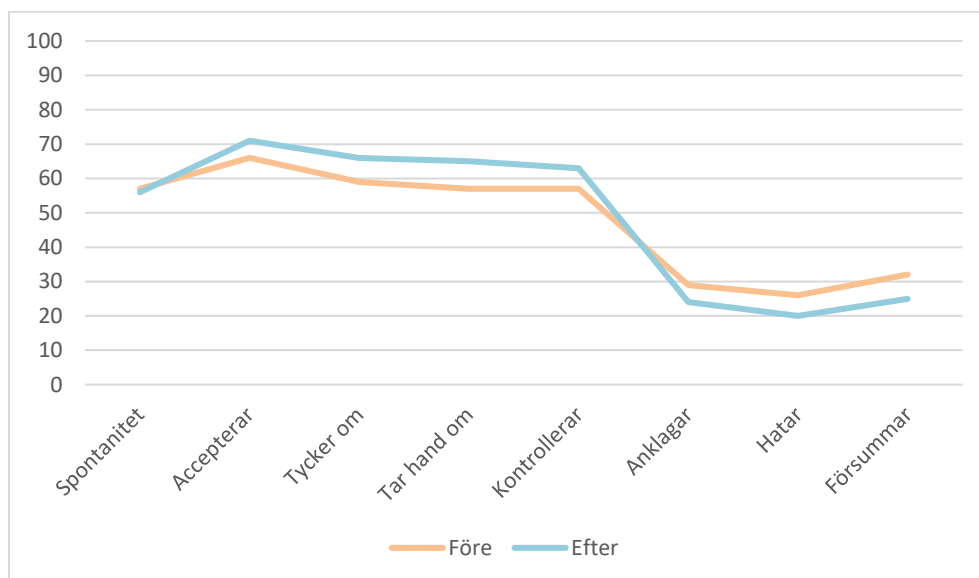
² Parade t-test användes för att pröva huruvida skillnaderna var statistiskt signifikanta: Totala svårigheter självskattning ($t_{60} = 1,99$; $p = 0,05$; $d = 0,27$), Besväras av svårigheterna självskattning ($t_{57} = 0,79$; $p = 0,43$; $d = 0,10$), Tillfredsställelse med livet ($t_{61} = 5,09$; $p < 0,01$; $d = 0,65$), Totala svårigheter föräldraskattning ($t_{33} = 3,62$; $p < 0,01$; $d = 0,63$), Besväras av svårigheterna föräldraskattning ($t_{33} = 2,55$; $p = 0,02$; $d = 0,44$).

tillfrågas blir skillnaderna före och efter istället större, med små till måttliga effektstyrkor (SDQ Total: $d=0,63$; SDQ Impact: $d=0,44$). Utifrån ungdomens egna skattning av totala svårigheter är andelen ungdomar som befinner sig på en klinisk nivå (det vill säga över cut-off) 32,8 % före behandling och 26,2 % efter³. Utifrån föräldrarnas skattning är 68,9 % av ungdomarna före och 47,2 % efter behandling på en klinisk nivå⁴.



Figur 1. Totala svårigheter (SDQ Total), besvär av svårigheterna (SDQ Impact) samt tillfredsställelse med livet (Livets steg, nu), besvarade av ungdom och förälder vid behandlingsstart och behandlingsslut.

Ungdomarna på dagverksamheten skattar sin självbild mer positivt efter behandling i jämförelse med före (se Figur 2).



Figur 2. Självskattad självbild (SASB) vid behandlingsstart och behandlingsslut.

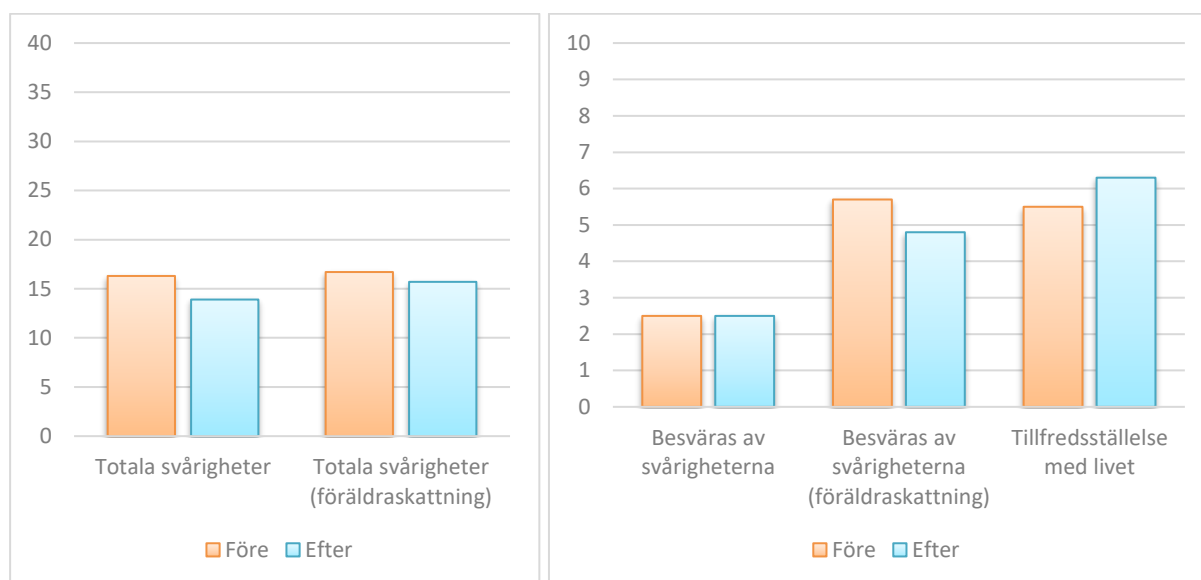
³ Cut-off är hämtad från Lundh, Wångby-Lundh, och Bjarehed (2008).

⁴ Cut-off är hämtad från Björnsdotter, Enebrink och Ghaderi (2013).

Efter behandling accepterar de sig själva mer, tycker mer om sig själva och tar mer hand om sig själva. Dessutom anklagar, hatar och försummar de sig själva mindre⁵.

Hemmasittarprogrammet

Ungdom och förälder skattar ungdomens mående som bättre efter behandling i jämförelse med före (se Figur 3). Ungdomarna är efteråt även mer tillfredsställda med livet⁶. Skillnaden i totala svårigheter är måttlig då ungdomen tillfrågas, med en effektstyrka på 0,58, men däremot syns ingen skillnad om förälder tillfrågas (d=0,14). Enligt ungdomarna själva besvärar de lika mycket av sina svårigheter efter behandling som innan (d=0,04), medan föräldrarnas skattning tyder på en liten minskning (d=0,30) av hur mycket ungdomen besvärar av sina svårigheter. Andelen ungdomar på en kliniskt hög nivå är 43,8 % före behandling och 33,3 % efter behandling utifrån ungdomens egen skattning⁷. Utifrån förälders skattning befinner sig 66,7 % av ungdomarna före och 61,5 % efter behandling på en kliniskt hög nivå⁸. Ungdomarnas grad av ångest är 8,3 (SD=4,1) före behandling och 5,0 (SD=2,1) efter. Graden av depression är 4,3 (SD=2,6) före och 3,4 (SD=2,3) efter behandling⁹.



Figur 3. Totala svårigheter (SDQ Total), besvärar av svårigheterna (SDQ Impact) samt tillfredsställelse med livet (Livets steg, nu), besvarade av ungdom och förälder vid behandlingsstart och behandlingsslut.

⁵ Parade t-test användes för att pröva huruvida skillnaderna var statistiskt signifikanta: Spontanitet ($t_{69} = 0,32$; $p = 0,75$; $d = 0,04$), Accepterar sig själv ($t_{69} = 2,13$; $p = 0,04$; $d = 0,26$), Tycker om sig själv ($t_{69} = 3,08$; $p < 0,01$; $d = 0,37$), Tar hand om sig själv ($t_{69} = 3,42$; $p < 0,01$; $d = 0,41$), Kontrollerar sig själv ($t_{69} = 2,24$; $p = 0,03$; $d = 0,27$), Anklagar sig själv ($t_{69} = 2,26$; $p = 0,03$; $d = 0,27$), Hatar sig själv ($t_{69} = 2,27$; $p = 0,03$; $d = 0,27$), Försummar sig själv ($t_{69} = 2,93$; $p < 0,01$; $d = 0,35$).

⁶ Parade t-test användes för att pröva huruvida skillnaderna var statistiskt signifikanta: Totala svårigheter självskattning ($t_{15} = 2,24$; $p = 0,04$; $d = 0,58$), Besvärar av svårigheterna självskattning ($t_{13} = 0,13$; $p = 0,90$; $d = 0,04$), Tillfredsställelse med livet ($t_{14} = 1,15$; $p = 0,16$; $d = 0,40$), Totala svårigheter föräldraskattning ($t_{13} = 0,50$; $p = 0,63$; $d = 0,14$), Besvärar av svårigheterna föräldraskattning ($t_{13} = 1,07$; $p = 0,31$; $d = 0,30$).

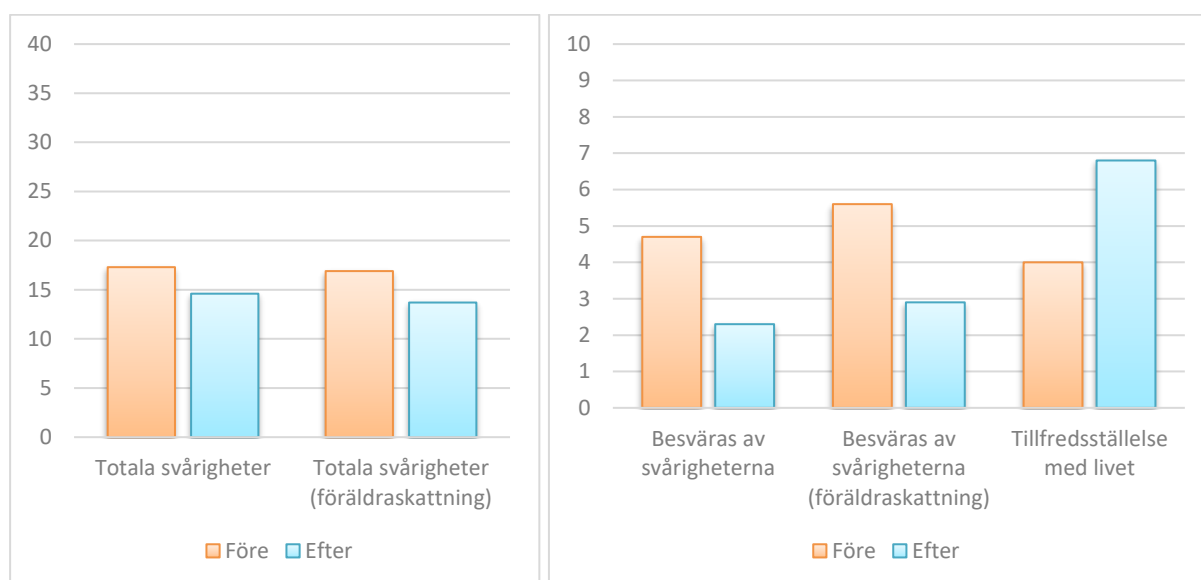
⁷ Cut-off hämtad från Lundh et al. (2008).

⁸ Cut-off hämtad från Björnsdotter et al. (2013).

⁹ På grund av för litet deltagarantal beräknas inga p-värden och effektstyrkor för ångest och depression.

Behandlingshem

Både ungdomarna och deras föräldrar vittnar om ett bättre mående med mindre problem som de även besväras mindre av efter behandling i jämförelse med före (se Figur 4). Ungdomarna är efteråt även mer tillfredsställda med livet¹⁰. Andelen ungdomar som utifrån deras skattningar av sina totala svårigheter befinner sig på en kliniskt hög nivå är 57,9 % före och 38,9 % efter behandling¹¹. Utifrån förälders skattning av ungdomens totala svårigheter är 69,2 % före och 42,8 % efter behandling på en kliniskt hög nivå¹².



Figur 4. Totala svårigheter (SDQ Total), besväras av svårigheterna (SDQ Impact) samt tillfredsställelse med livet (Livets steg, nu), besvarade av ungdom och förälder vid behandlingsstart och behandlingsslut.

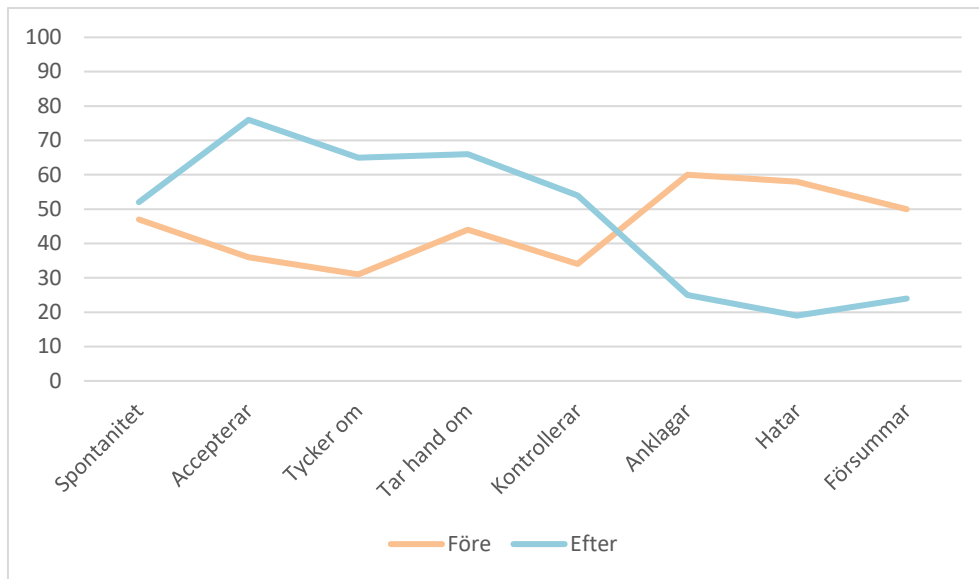
Självbilden är för ungdomarna på behandlingshemmen efter behandling mer positiv jämfört med före behandling (se Figur 5). Ungdomarna uppger att de accepterar, tycker om och tar hand om sig själva mer efter behandling än före. Skillnaderna i effektstyrka är måttliga till stora. Nivån av självanklagan ($d = 0,79$), självhat ($d = 0,98$) och självförsummelse ($d = 0,67$) är också lägre efter behandling¹³.

¹⁰ Parade t-test användes för att pröva huruvida skillnaderna var statistiskt signifikanta: Totala svårigheter självskattning ($t_{18} = 2,37$; $p = 0,03$; $d = 0,56$), Besväras av svårigheterna självskattning ($t_{17} = 3,04$; $p < 0,01$; $d = 0,74$), Tillfredsställelse med livet ($t_{18} = 4,42$; $p < 0,01$; $d = 1,04$). På grund av för litet deltagarantal beräknas inga p-värden och effektstyrkor för föräldraskattningarna.

¹¹ Cut-off hämtad från Lunch et al. (2008).

¹² Cut-off hämtad från Björnsdotter et al. (2013).

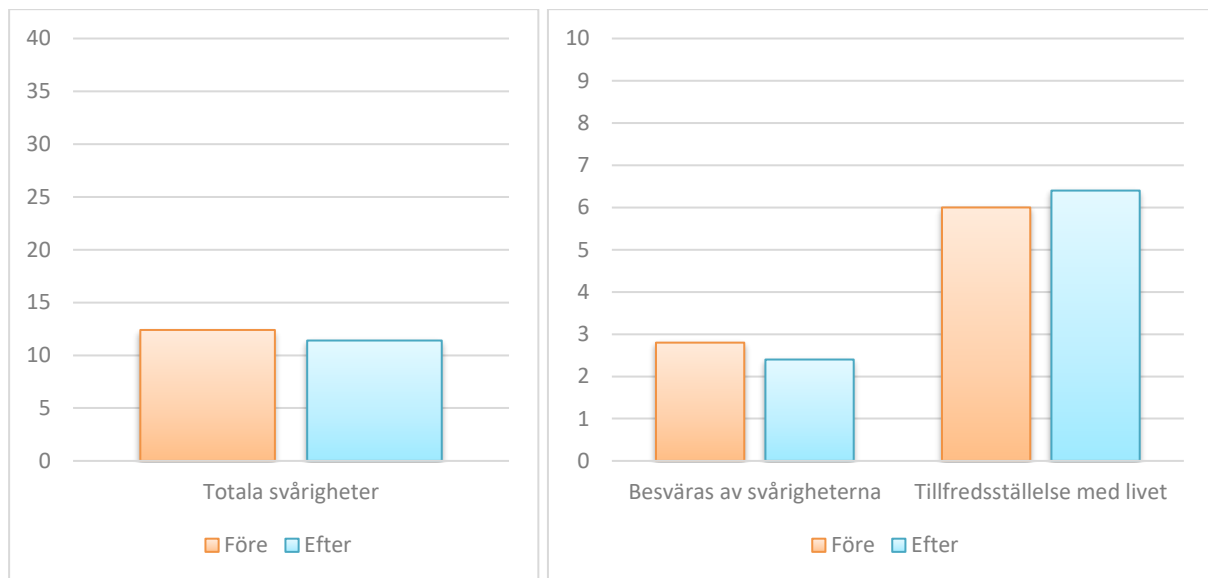
¹³ Parade t-test användes för att pröva huruvida skillnaderna var statistiskt signifikanta: Spontanitet ($t_{14} = 0,76$; $p = 0,46$; $d = 0,20$), Accepterar sig själv ($t_{14} = 3,91$; $p < 0,01$; $d = 1,04$), Tycker om sig själv ($t_{14} = 3,67$; $p < 0,01$; $d = 0,98$), Tar hand om sig själv ($t_{14} = 2,43$; $p = 0,03$; $d = 0,65$), Kontrollerar sig själv ($t_{14} = 2,09$; $p = 0,06$; $d = 0,56$), Anklagar sig själv ($t_{14} = 2,96$; $p = 0,01$; $d = 0,79$), Hatar sig själv ($t_{14} = 3,67$; $p < 0,01$; $d = 0,98$), Försummar sig själv ($t_{14} = 2,52$; $p = 0,03$; $d = 0,67$).



Figur 5. Självskattad självbild (SASB) vid behandlingsstart och behandlingsslut.

Bo

Ungdomarna på Bo skattar sitt mående efter placeringens slut ungefär i linje med hur det såg ut innan insatsens påbörjan (se Figur 6). Effektstyrkorna är på de flesta måtten obefintliga, däribland besvärar av sina svårigheter ($d= 0,14$) och tillfredsställelse med livet ($d= 0,15$). Undantaget är totala svårigheter där en liten effekt syns ($d= 0,21$)¹⁴. Andelen ungdomar som skattar sina svårigheter på en kliniskt hög nivå är 17,3 % före och 20,7 % efter behandling¹⁵.



Figur 6. Totala svårigheter (SDQ Total), besvärar av svårigheterna (SDQ Impact) samt tillfredsställelse med livet (Livets steg, nu), besvarade av ungdom vid behandlingsstart och behandlingsslut.

¹⁴ Parade t-test användes för att pröva huruvida skillnaderna var statistiskt signifikanta: Totala svårigheter självskattning ($t_{29}= 1,13$; $p= 0,28$; $d= 0,21$), Besvärar av svårigheterna självskattning ($t_{16}= 0,56$; $p= 0,58$; $d= 0,14$), Tillfredsställelse med livet ($t_{29}= 0,80$; $p= 0,43$; $d= 0,15$).

¹⁵ Cut-off är hämtad från Svedin & Priebe (2008).

Även skillnaderna i självbild före och efter behandling är obefintlig (se Figur 7), med effektstyrkor på 0,05-0,12 gällande accepterar sig själv, tycker om sig själv och tar hand om sig själv och mellan 0,01-0,14 för självskattat själv, självhat och självförsummelse¹⁶.



Figur 7. Självskattad självbild (SASB) vid behandlingsstart och behandlingsslut.

Diskussion

Syftet med rapporten var att visa på utfall efter behandling utifrån pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet, behandlingshem och Bo. På dagverksamheten, hemmasittarprogrammet och behandlingshemmen är resultatet av uppföljningarna övervägande positivt, där en positiv utveckling syns i ett flertal eller samtliga utfallsmått, däribland en mindre problemnivå hos ungdomen som de också besvärar mindre av, en högre tillfredsställelse med livet samt en mer positiv självbild efter behandling i jämförelse med innan. Motsatsen, att en negativ utveckling ska ha skett, syns inte i något av utfallsmåtten, fastän avsaknad av effekt kan noteras i en del utfallsmått (t ex syns ingen skillnad i hur mycket ungdomarna på hemmasittarprogrammet besvärar av sina svårigheter). På Bo skattar ungdomarna sitt mående i nivå med icke klinisk jämförelsegrupp redan före insatsens påbörjan och där syns inga betydelsefulla skillnader i mående efter insatsens avslut.

Resultatet bekräftar i stort resultat från tidigare undersökningar inom Magelungen, där också positiva utfall erhållits. På dagverksamheten har det i Hübinette, Lindgren, och Westlund (2003) noterats lägre grader av problem, skattat av såväl ungdom som förälder och personal, och i Marklund et al. (2010) är grad av problem lägre och tillfredsställelse med livet högre vid

¹⁶ Parade t-test användes för att pröva huruvida skillnaderna var statistiskt signifikanta: Spontanitet ($t_{29} = 0,95$; $p = 0,35$; $d = 0,18$), Accepterar sig själv ($t_{29} = 0,25$; $p = 0,80$; $d = 0,05$), Tycker om sig själv ($t_{29} = 0,31$; $p = 0,76$; $d = 0,06$), Tar hand om sig själv ($t_{29} = 0,67$; $p = 0,51$; $d = 0,12$), Kontrollerar sig själv ($t_{29} = 1,87$; $p = 0,07$; $d = 0,35$), Anklagar sig själv ($t_{29} = 0,75$; $p = 0,56$; $d = 0,14$), Hatar sig själv ($t_{29} = 0,40$; $p = 0,69$; $d = 0,07$), Försummar sig själv ($t_{29} = 0,04$; $p = 0,97$; $d < 0,01$).

en uppföljningsmätning jämfört med före behandling. Samma gäller behandlingshemmen, där positiva utfall rapporterats i Hübinette et al. (2003) och Larsson et al. (2008). På hemmasittarprogrammet saknas det däremot tidigare undersökningar av behandlingsutfall.

I Lindgren (2007) har positiva utfall noterats efter avslutad insats på Magelungen Bo, med mindre grad av problem och en större tillfredsställelse med livet, något som kan jämföras med aktuell undersökning där problemen minskat, men där inga skillnader syns i livstillfredsställelse. I tidigare undersökning var urvalet litet ($n=9$), och då befann sig urvalet ungefär en standardavvikelse ifrån normalpopulation. I aktuellt urval befinner sig istället urvalet inom normalzon och ungdomarna har därmed ett bättre mående inför insatsens påbörjan. Något som dessutom försvårar en jämförelse mellan studierna är även att olika utfallsmått använts.

Målgrupp och huvudsakligt syfte skiljer sig delvis åt mellan de olika behandlingsinsatserna. Medelåldern är lägst på dagverksamheten och högst på Bo, på dagverksamhet och HSP är majoriteten pojkar, medan det på behandlingshemmen och Bo är fler flickor. Resultaten visar att insatsen speglar målgruppen och tvärtom. Ju högre kliniska svårigheter desto mer avancerad behandling.

En stor del av ungdomarna som slutar på dagverksamheterna påbörjar gymnasiestudier i olika former. Skolplikten upphör och alla ungdomar som går från högstadium till gymnasium står inför en utmaning av högre grad av självständighet och krav på egen arbetsmotivation. Magelungens ungdomar lämnar en verksamhet uppbyggd med hög personaltäthet, behandling och terapi. Flera kommer säkerligen ingå i gymnasieformer med förstärkt elevhälsa, men andra påbörjar ”vanliga” gymnasium. En uppföljning kommer att visa om deras symtom har fortsatt att minska, ökat eller ligger kvar på liknande nivå och kommer svara på om ungdomarna är tillräckligt rustade inför den utmaning de står inför. Steget från högstadium till gymnasium kommer rimligtvis vara större för de som placerats på dagverksamheterna än de som inte behövt detta stöd. Ungdomarna är bättre rustade då de uppger att de är tillfredsställda med livet, föräldrarna anser att deras barn påverkas mindre av sina symtom än tidigare, normal självbild m.m. vid utskrivning. Dock föreligger orosmoln för denna grupp då symtomen, trots stor minskning, fortsatt ligger på en hög nivå i jämförelse med normala ungdomar. En tolkning kring denna utveckling är att många ungdomar som kommer till Magelungen har svårigheter (däribland neuropsykiatriska) som de har fått hjälp med att hantera i sin vardag, men skiljer sig fortsatt i jämförelse med andra.

När det gäller hemmasittare finns liknande och positiva resultat men inte lika stora som för dagverksamheterna. Ungdomarna har även mer svårigheter och besväras mer av dem i vardagen både vid inskrivning och utskrivning och är inte lika tillfredsställda med livet. En stor och viktig skillnad i jämförelse med dagverksamhet är att syftet med insatsen är att bryta skolfrånvaro för att sedan arbeta vidare. Syftet med dagverksamheterna är att anpassa behandling och studier så att det blir en fungerande skolgång, det vill säga skolfrånvaro är inte det främsta problemet. Insatsen är därför också betydligt kortare och de har inte fått samma tid (= mängd behandling) som de andra insatserna i denna rapport. Hemmasittare ska dessutom vid utskrivning återgå till skola, som de har undvikit, vilket teoretiskt innebär att den lösning de hade (inte vara i skolan) för sina problem inte längre är tillgänglig trots kvarstående svårigheter. För denna grupp blir

uppföljningen synnerligen viktig för att kunna uttala sig om resultatet. Dessutom behöver undersökningen kompletteras med andra viktiga variabler, däribland skolnärvaro.

Ungdomar som placeras på HVB har de största svårigheterna och behöver också mest avancerad (och påkostad) vård och behandling. Resultaten på HVB är starkt positiva överlag och ungdomarnas förbättring bekräftas av föräldrarnas skattning. Symtomen och dess påverkan har minskat och upplevelsen av sin nuvarande livssituation blivit avsevärt mer positiv (Livets steg: från klinisk nivå vid inskrivning till normal nivå vid utskrivning). SASB som bygger på interpersonell teori mäter självbild, som skapas utifrån en individs tidigare erfarenheter med andra, men beskriver också individens förväntningar på kommande interaktioner med andra. Den negativa självbilden vid insatsens start är den främsta skiljefaktorn från de andra grupperna. HVB:s resultat med låg positiv och hög negativ bild (klinisk nivå) vid inskrivning till hög positiv och låg negativ bild (normal nivå) är en viktig och positiv förändring för dessa ungdomar. Teoretiskt skulle den eventuellt kunna beskrivas som förändring i anknytningsmönster, grundantaganden, epistemisk tillit, scheman och dylikt. Denna grupp av ungdomar har vid utskrivning mer svårigheter i jämförelse med normalpopulation, men är ändå mer resursstarka då de upplever att de bättre kan hantera sina symtom, är tillfredsställda i livet och har en positiv självbild.

Ungdomar som placeras på Bo har minst svårigheter och deras insats skiljer sig från övriga verksamheter, där Bo är menat att kunna fungera som ett senare steg i en vårdkedja där fokus istället för behandling snarare ligger i självständighetsträning och att kunna klara ett eget boende (Lindgren, 2007). En tolkning är att uppdragsgivarna (Socialtjänst) tillsammans med Magelungen gjort korrekta bedömningar för vad dessa ungdomar behöver och fått den insats som passar utifrån deras behov. Resultatet leder till frågor kring hur insatser som Bo bör utvärderas. Ett skäl till att använda utvärdering är av säkerhetsskäl, att inte ungdomar med större behov än vad insatsen kan möta placeras, men också för att kontrollera om negativa effekter uppstår. Däremot bör denna rapport kompletteras med en uppföljning för att undersöka om ungdomarna fortsatt ligger i huvudsak inom normalzon. Magelungen bör också undersöka vidare om det finns bättre sätt att mäta utvecklingen hos ungdomarna på Bo och som är mer relevant för målgruppen.

Sammantaget tyder resultatet från denna undersökning på att Magelungen tillsammans med sina uppdragsgivare kan göra korrekta bedömningar för ungdomar och vad de behöver. Resultaten tyder också på att en positiv utveckling kan skönjas och/eller att insatserna inte leder till negativa effekter hos ungdomarna. Uppföljning behövs för att se om de positiva effekterna kvarstår (alternativt förbättras eller försämrats). Vidare skulle en uppföljning kunna klargöra mer specifikt vilka svårigheter ungdomarna och de olika insatserna arbetar med och vilka symtom som förändras, men även andra utfallsvariabler skulle kunna undersökas (som till exempel närvaro i skolan).

Som påpekats i tidigare rapporter, däribland Lindgren (2007) och Marklund et al. (2010), finns det brister med aktuell undersökningsdesign (som avsaknad av kontrollgrupp och randomisering) ifall syftet är att uttala sig effekter av behandling. Även fast den interna validiteten tjänar på en experimentell studiedesign finns det vinster med andra typer av studier.

Denna undersökning är genomförd i naturlig miljö, utan yttre påverkan av forskarna (så kallad verksamhetsbaserade utvärderingar) något som bidrar till en högre extern validitet. En styrka är även ambitionen att alla ska tillfrågas att delta, vilket gör detta till en totalundersökning.

Frågor om vad som ska mätas för att fånga förändring är också central. Utfallsmåtten är främst generella och mäter breda aspekter av psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Detta ger en bild av förändring efter behandling där dock vissa centrala bitar kan gå förlorade. Framöver skulle dessa generella mått med fördel kunna kompletteras med mer specifika utfallsvariabler i utvärderingen. Ett sådant exempel är mått på framgång i skolan. Hösten 2015 startades en utvärdering av Magelungens skola, där utfall undersöks i form av betyg, närvaro i skolan, grundläggande läs- och skrivförmågor, samt trivsel i skolan och inställning till skolämnen. I och med detta kommer förutom förändring av mående även framgång i skolan att kunna undersökas.

På flera av Magelungens behandlingsenheter har nuvarande utvärderingsmodul varit densamma sedan 2009. Insamlingsfrekvens och hur väl mätinstrumenten fungerar varierar. En slutsats av detta är att framöver delvis ändra mätinstrument samt se över mättillfällen. Trots att underlaget är större än tidigare är bortfallet dessvärre betydande (ett problem som även vittnats om i tidigare undersökningar). Av denna anledning är generaliserbarheten begränsad och därmed går det inte att uttala sig om ifall det positiva resultatet gäller för målgruppen i stort.

Detta är en delrapport från pågående utvärdering, vilket betyder att underlaget som resultatet baseras på framöver kommer att vara större. I kommande rapporter inkluderas även det tredje mättillfället, vilket är en uppföljning efter 6 månader på HSP och 18 månader på dagverksamheten, behandlingshem och resursboende, något som möjliggör en analys av huruvida en förändring efter behandling kan tänkas vara långvarig, det vill säga om den kvarstår vid uppföljningen.

Referenser

- Andrews, F. & Whitney, S. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- 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.
- Björnsdotter, A., Enebrink, P., & Ghaderi, A. (2013). Psychometric properties of online administered parental strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 40.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare (tredje upplagan)*. Malmö: Liber.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- 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 dygnetrunt behandling för ungdomar med allvarliga psykiska problem. Slutrapport. 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.
- 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.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2014). Målgruppsbeskrivning. Rapport 5. Kartläggning av 139 ungdomar som placerats på Magelungens Behandlingshem, Resursboende och Dagverksamheter år 2009-2012. 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.

- 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.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

