



MAGELUNGEN

## Utvärdering av Magelungen B0

### Rapport 9

*Slutrapport från ett utvärderingsprojekt på stödboendet  
Magelungen B0*

*2009-2016*

Johan Strömbeck  
Marie-Therese Ayoub Petersson  
Tina Persson-Tichy  
Ingemar Oldenvi  
David Clinton  
Martin Bergström

2018

## Förord

Tack till alla ungdomar som bidragit genom att delta i denna utvärdering. Tack även till Kristin Unander som förutom Tina Persson-Tichy stått för den största delen av datainsamlingen.

## Medverkande författare

Johan Strömbeck, forskning- och utvärderingsansvarig, beteendevetare och master i psykologi.

Marie-Therese Ayoub Petersson, chef på Magelungen BO, socionom.

Tina Persson-Tichy, arbetsledare och samordnare på Magelungen BO, beteendevetare, grundläggande utbildning i psykoterapi.

Ingemar Oldenvi, chef på dagverksamheten Långbropark, tidigare forskning- och utvärderingsansvarig, magister i psykologi, grundläggande utbildning i psykoterapi.

David Clinton, docent Karolinska Institutet, leg. psykolog och leg. psykoterapeut, tidigare handledare på Magelungen FoU.

Martin Bergström, universitetslektor Lunds Universitet, handledare på Magelungen FoU.

<b>Innehåll</b>	
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>0</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
Stödboenden .....	1
Stödboenden för ensamkommande barn och unga eller som eftervård.....	2
Magelungens alternativ för stödboende – Magelungen BO.....	4
Tidigare utvärderingar av stödboenden inom Magelungen.....	6
Syfte och frågeställningar .....	7
<b>Metod.....</b>	<b>8</b>
Procedur.....	8
Deltagare.....	8
Mätinstrument.....	9
<i>SDQ</i> .....	9
<i>SASB</i> .....	9
<i>Livets stege</i> .....	9
<i>IN-BoB och UPP-BoB</i> .....	9
<i>Utvärdering vid avslut</i> .....	10
Dataanalys .....	10
<b>Resultat.....</b>	<b>11</b>
Primära analyser .....	11
Självskattat mående vid inskrivning i jämförelse med normalgrupp .....	11
Förändringar i självskattat mående? .....	13
<i>SDQ</i> .....	13
<i>SASB</i> .....	13
<i>Livets stege</i> .....	14
Måendeförändringar för ungdomar tidigare inskrivna på Magelungens HVB .....	14
<i>Ungdom A</i> .....	14
<i>Ungdom B</i> .....	15
Funktionsnivå och livssituation efter insats .....	16
<i>Skolgång och sysselsättning</i> .....	17
<i>Kontakter efter Magelungen</i> .....	17
<i>Synpunkter om Magelungen</i> .....	17
<b>Diskussion .....</b>	<b>19</b>
Styrkor och svagheter med studien .....	21
Vidare studier.....	22
Kliniska implikationer .....	23
Slutsats.....	23
<b>Referenser .....</b>	<b>24</b>

## Sammanfattning

Stödboende föddes ur behovet av en placeringsform som är mindre omfattande än HVB och som riktar sig mot äldre ungdomar än de i familjehem. Det kan fungera som eftervård eller utsluss för ungdomar som tidigare varit i behandling och en tänkbar målgrupp är även ensamkommande barn och unga. Syftet med studien var att undersöka utfallet för Magelungens stödboende. De boende fick besvara frågor om mående vid insatsens påbörjan, avslut och uppföljning, samt frågor om livssituation och nöjdhet vid uppföljningen. Resultatet visade att målgruppens mående i stort motsvarar normalgruppens. Inga betydande tidseffekter av mående syntes heller. Livssituationen vid uppföljningen kan benämnas självständig och aktiv och de flesta ungdomar var nöjda med insatsen. Detta tyder på att Magelungen BO tar emot den målgrupp som eftersöks och att de gör det de säger att de ska göra. Däremot borde verksamheten framöver utvärderas på annat sätt. Mycket kunskap finns om riskfaktorer och framgångsfaktorer i livet, och de ungdomar som tidigare befunnit sig i vård har högre risk för negativa livshändelser, en risk som dock borde ha minskat för ungdomarna efter sin tid på Magelungen BO.

Unga personer som lämnar behandling är en sårbar grupp, bland annat på grund av sämre ekonomi och en lägre utbildningsnivå än andra jämnåriga. De möter en förhöjd risk att drabbas av negativa livshändelser såsom för tidig död, psykisk ohälsa och självmord (Hjern, Vinnerljung, & Lindblad, 2004; Stein, 2006; Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006; Vinnerljung, Öman, & Gunnarsson, 2005) men det finns också sådant som fungerar stödjande, som till exempel en positiv självbild eller ett socialt nätverk (Stein, 2008). Andra viktiga framgångsfaktorer är stabilitet i vården, positiva erfarenheter i skolan och utvecklandet av förmågor att ta hand om sig själv (bland annat hygien och kost), ta hand om sitt hem ( däribland städa, handla och laga mat) samt förmåga att kunna fungera i och hantera en rad olika typer av relationer (Stein, 2008). Personligt och professionellt stöd från sociala insatser kan bistå unga i övergång från vård till ett självständigt liv (Biehal & Wade, 1996) och en sådan typ av insats är stödboende.

Magelungens stödboende kallas Magelungen BO och bestod till en början av både ett gemensamt resursboende (alla lägenheter under samma tak) och stödboende (egna självständiga lägenheter). Det växte fram som en del av en vårdkedja, där tanken var att ungdomar från institutionsvård inte bara skulle släppas vind för våg efter avslutad behandling, utan de skulle istället få stöd i att nå en högre grad av självständighet i vägen mot vuxenlivet. Det här är en utvärdering av hur det går för dessa ungdomar. Har deras mående förändrats? Vad tyckte de om insatsen och hur ser deras liv ut efteråt? Utvärderingen är baserad på frågeformulär besvarade av ungdomarna själva som samlats in under åren 2009–2016. Stödboende är från och med 1 januari 2016 en ny tillståndspliktig placeringsform från Socialtjänsten, men begreppet har funnits innan dess och har då använts synonymt med träningslägenhet.

### *Stödboenden*

För barn och ungdomar finns det juridiskt sett fyra olika former av dygnsvård utanför hemmet: familjehem, hem för vård och boende (HVB), stödboende (Socialtjänstlag 2001:453, 6 kap. 1 §) och särskilt ungdomshem (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga, 1990:52, 12 §). Stödboende definieras här som ”en verksamhet inom socialtjänsten som tar emot enskilda i åldern 16–20 år i ett eget boende med individanpassat stöd” (Socialtjänstförordning 2001:937, 3 kap. 2 §). Sedan 2008 finns det reglerat i Socialtjänstlagen att de som lämnar familjehem eller behandlingshem ska ha rätt till det stöd och den hjälp som kan behövas, något som ska tillgodoseas av Socialnämnden (Socialtjänstlag 2001:453, 5 kap. 1 §). Någon närmare beskrivning av hur detta ska utformas finns dock inte, men inom Magelungen har denna stödfunktion funnits i drygt 20 års tid.

Bakgrunden till införandet av stödboende som alternativ är behovet av en placeringsform som är mindre omfattande än HVB och där ungdomen är äldre och mognare så att familjehem inte bedöms vara lämpligt. Det kan fungera som utsluss eller fristående placeringsalternativ och till exempel rikta sig mot ungdomar som tidigare haft HVB eller familjehem som placering. En tänkbar målgrupp är även ensamkommande barn och unga (Socialstyrelsen, 2016b). Enligt Socialstyrelsen bör stödboenden huvudsakligen syfta till att träna och förbereda unga

människor till självständighet i ett eget boende och vuxenliv, något som bland annat kan innebära att frågor om ekonomi och struktur i vardagen behandlas. För ensamkommande barn och unga kan det även innefatta kontakter med myndigheter och instanser i samhället (Socialstyrelsen, 2016b).

Enligt Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) fanns det den 17 oktober 2016 98 stödboenden med plats för totalt 1151 boenden (Socialstyrelsen, 2016c). Allmänna råd om hur dessa bör utformas finns utgivna av Socialstyrelsen (2016a), vilka berör verksamhetens innehåll, mål och utvärdering. Stödet skulle kunna innefatta sådant som motiverande och trygghetsskapande samtal, samhällsinformation och aktiviteter som kan bidra till en meningsfull fritid, samt tillsyn i det egna boendet. Mål med verksamheten bör handla om den dagliga livsföringen, att den boende ska kunna fungera i skola eller annan sysselsättning, men kan även handla om fritid, ekonomi och det sociala nätverket. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utvärdera hur stödboenden som placeringsform fungerar och redovisa detta år 2019, men redan nu kan Magelungen lägga fram resultat från en egen utvärdering.

### *Stödboende för ensamkommande barn och unga eller som eftervård*

Begreppen stödboende och träningslägenhet används på flera sätt och riktar sig till ett flertal olika målgrupper, däribland till ensamkommande barn och unga, eller som eftervård (*eng.* Leaving Care) för unga vuxna med psykosocial problematik (Socialstyrelsen, 2016c), men kan också rikta sig till missbrukare eller vuxna personer med en historia av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2009; 2011). På Magelungen BO riktas insatserna till de två förstnämnda målgrupperna.

Ensamkommande barn och unga migrerar av olika anledningar och de har många gånger varit med om traumatiserande och smärtsamma händelser såväl innan som under flytten. De typer av boenden som socialtjänsten tillhandahåller för ensamkommande barn och unga är familjehem, jourhem och HVB (Socialstyrelsen, 2013) samt efter 2016 även stödboenden (Socialstyrelsen, 2016c). Socialstyrelsens (2013) kartläggning av ensamkommande barn och unga visar att det stöd som ges i större utsträckning behöver individanpassas, men det framkommer även att HVB-boenden i fler fall behöver efterföljas av stödboenden och att det emotionella stödet och närheten till psykiatrisk vård vid behov behöver bli bättre. Kartläggningen visar också att större HVB-hem kan vara problematiska. Ensamkommande barn och unga bör kunna erbjudas praktisk assistans där behovet av att lära sig att navigera i ett nytt sammanhang möts upp.

För den gruppen av unga i åldrarna 16–18 som lämnar behandling blir övergången från ungdomsliv till vuxenliv påskyndad och hoptryckt. De förväntas klara av utbildning eller arbete samt eget boende. I jämförelse är övergången till vuxenliv för andra unga idag mer ostrukturerad och består av en längre förberedelsefas där tid finns för identitetssökande, vidareutbildning och reflektion. I denna övergång spelar även familjen en betydande roll för ekonomiskt, praktiskt och emotionellt stöd (Stein, 2006). Höjer och Sjöblom (2008) frågade unga personer som lämnar vård vilken slags stöd de söker och vad de i verkligheten får. När

ungdomarna lämnar vården uttrycker de oro kring det egna hushållet, ekonomi och arbete, samt rädsla för att vara ensamma och utan stöd. De önskar bland annat få hjälp och stöd med praktiska ting, som att fixa i lägenheten eller fylla i brev och ansökningar till myndigheter, men de uttrycker även behov av emotionellt stöd. I en studie av Ginsburg Nordlund och Malmsköld (2010) intervjuades behandlingspersonal från HVB och Statens institutionsstyrelse (SiS) om deras upplevelser av eftervård och utsluss. Behandlingspersonalen menade här att stödboenden är ett vanligt steg för utsluss eller eftervård för ungdomar som skrivs ut från behandlingshem och att denna övergång många gånger fungerar bra. De vittnar också om en önskan från socialtjänstens sida om att de som professionellt stöd gärna får behålla kontakten med ungdomarna även efter att behandlingsinsatsen avslutats.

I en internationell jämförelse finns även utomlands olika former av eftervård. I England till exempel skapades till följd av bristande eftervård lagen England Children (Leaving Care) Act 2000, en lag där Socialnämndens ansvar till stöd vid ungdomars väg ut i vuxenlivet regleras. Enligt personal som arbetar med eftervård leder detta till en högre grad av utbildning och arbete samt bättre ekonomiska förhållanden för de unga (Stein, 2006). I USA syftar eftervårdsprogram (*eng.* Leaving Care Services) bland annat till att skapa möjligheter för den unga att bidra till samhället, men också till livskunskap och ett ökat självförtroende. Det finns även mentorsprogram och coachning, där den unga kan få vägledning eller hjälp med att skaffa jobb (Stein, 2006). Utvärderingar av specialiserade eftervårdsprogram visar på att de kan ha positiva effekter vad gäller möjligheten att hitta och skapa sig ett boende, att ta sig ur hemlöshet, samt ge ökade livskunskaper, däribland förmågan att skapa och bibehålla betydande relationer och ett socialt nätverk. I England vittnar personalen i eftervårdsteam om att deras insatser bidrar till ett flertal positiva förändringar, däribland att fler får utbildning och arbete. De utfallsstudier som finns är dock begränsade av att de flesta baseras på få utfallsmått som endast mäter en begränsad del av en människas liv och att uppföljningstiderna tenderar att vara korta. Dessutom är de flesta studier utförda i England (Stein, 2006).

Personer som lämnar behandling kan delas in i en av tre kategorier: Gå vidare (*eng.* Moving on), Överlevare (*eng.* Survivors) och Offer (*eng.* Victims) (Stein, 2006; 2008). Den första gruppen, 'Gå vidare', har erfarenhet av trygga anknytningsrelationer, har haft stabilitet och kontinuitet i livet och i behandling, de har haft vissa framgångar i skolan, övergången till självständighet och vuxenliv har skett gradvis och de har även känt sig redo att möta de utmaningar som denna övergång innebär. Kort sagt har de kunnat tillgodogöra sig den hjälp de blivit erbjudna. Den andra gruppen, 'Överlevare', har till skillnad från den första gruppen upplevt fler avbrott och uppbrott i livet, bland annat från behandlingsinsatser. Deras relationer är mer problemfyllda och de lämnar också behandling vid en tidigare ålder. Slutligen den tredje gruppen, 'Offer', har haft erfarenhet av fler skadliga och negativa händelser i sin familj, en brist som även behandlingsinsatser varit oförmögna att kompensera för. De har många gånger stora emotionella problem och beteendeproblem. Efter att ha lämnat behandling är risken stor att de hamnar i arbetslöshet och hemlöshet (Stein, 2006; 2008). Det finns ett samband mellan dessa tre utvecklingsvägar och kvalitén på den behandling ungdomarna har fått, samt övergången från och det stöd de får efter behandling (Stein, 2008). För att förbättra utfallet för dessa grupper behöver den behandling som erbjuds vara av bättre kvalitet och kännetecknas av mer stabilitet

och kontinuitet, de behöver hjälp med att forma en positiv bild av sig själva, få stöd i skolan så att de kan komma ifatt och ta igen brister och de som är i behov av det måste också kunna erbjudas vidare stöd efter behandling (Stein, 2008).

Sammanfattningsvis är stödboende sedan 2016 en ny form av tillståndspliktig placering, men stödboenden (även kallat träningslägenheter) har funnits tidigare och även då riktats till ensamkommande barn och unga eller som eftervård för de som lämnar exempelvis behandlingshem eller familjehemsvård. Stödboenden är ett vanligt steg för utsluss eller eftervård för ungdomar som i annat fall upplever en påskyndad och hoptryckt övergång från ungdomsliv till vuxenliv. Trots internationella utvärderingar saknas det dock i Sverige kunskap om vilken påverkan stödboenden kan ha. I Socialstyrelsen (2016a) ges allmänna råd om vad som bör ingå vid utvärdering av stödboenden och de själva kommer att presentera sin egen utvärdering år 2019. Inom Magelungen fungerar stödboenden som eftervård, eller som boendalternativ för ensamkommande barn och unga och här är systematisk uppföljning sedan länge en integrerad del av insatsen.

### *Magelungens alternativ för stödboende – Magelungen BO*

Magelungens stödboende har omväxlande kallats för resursboende, stödboende, resurslägenhet eller träningslägenhet och utformningen av dessa har delvis skilt sig åt under åren. Det består idag av 21 lägenheter med plats för 22 boende, alla i Stockholmsområdet. Lägenheterna är mellan 23–68 kvadratmeter stora, det är 14 ettor, 4 en-och-en-halvrummare, 2 tvåor och 1 trea. I trerummaren finns plats för två boende. Lägenheterna har kök eller kokvrå och bad eller dusch. De är möblerade och basutrustade med husgeråd, TV/internet och fast telefon.

Det första stödboendet startades 1997 och målet var då att skapa och erbjuda en vårdkedja som ett komplement till de offentliga insatserna. Stödboendet utgjorde tillsammans med det resursboende som startades upp år 2001 Resursenheten<sup>1</sup>. Resursboendet bestod då av två lägenheter i en villa. Tanken var att stödja och frigöra ungdomens egna resurser och färdigheter för ett självständigt liv. I boendet gavs möjlighet att öva sig på förmågan att samarbeta, fatta beslut, påverka, träna sin planeringsförmåga samt undvika isoleringstendenser, både genom samvaro med de andra boende och med stöd av personal. Som ett steg närmre självständighet flyttade ungdomarna sedan vidare till stödboendet för att fortsätta att utveckla sin självständighet, denna gång med mindre stöd från personal.

Målgruppen på Magelungen BO är unga vuxna med varierande problematik och placeringar tas emot enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Problematiken kan vara i form av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, psykosocial problematik och riskbeteende för att utveckla missbruk eller kriminalitet, hedersrelaterad problematik, men även ensamkommande barn och unga tas emot. En förutsättning för boendet på Magelungen BO är att den unge vuxne uppnått en viss grad av självständighet och kan sova själv. Vidare krävs att den boende har en

---

<sup>1</sup> Stödboendet och resursboendet finns beskrivna i Hübinette, Lindgren och Westlund (2003) och Lindgren (2007).



planerad verksamhet under dagtid som t ex. studier, praktik/arbete eller alternativt är på väg att påbörja något sådant. Den boende måste acceptera det boendekontrakt som gäller för boendeformen och ha någon form av försörjning, antingen via Magelungen BO's försörjningsstöd eller via socialbidrag, studiebidrag eller lön. Tanken är att den unge vuxne skall flytta till eget boende efter vistelsen på Magelungen BO. I boendeformen läggs vikt vid att erövra de färdigheter som behövs för att kunna leva ett självständigt liv. Målen med insatserna är därför:

- 1) Att de boende på sikt klarar av ett helt självständigt boende utan stödinsatser från personal. Om stöd behövs för de boendes framtid skall möjlighet finnas till att undersöka/utreda varifrån de boende kan få dessa insatser efter utflytt från lägenheten.
- 2) Att de boende skall ha en fungerande vardag med meningsfull sysselsättning och givande fritid.
- 3) Att de boende skall kunna göra medvetna val och förstå konsekvenserna av sina val och handlingar.
- 4) Att de boende själva ska ta ansvar för utformandet av sitt framtida vuxna liv.
- 5) Att de boende skall erbjudas ekonomiska möjligheter samt personalens medverkan i att komma till och igång med fritidsaktivitet eller fysisk aktivitet samt kunskap om hur daglig struktur, sömn, motion och kost påverkar mående och prestationsförmåga.
- 6) Att stärka den boendes självkänsla/självförtroende.

Verksamheten är bemannad med fyra samordnare, två coacher, en arbetsledare och en chef. Samtliga är heltidsanställda, förutom en av coacherna som arbetar 75 % och arbetsledaren som arbetar 50 % med stödboendet. Samordnaren sköter all samordning kring den unga vuxna och nätverket. Utöver att inge hopp och fungera som ett stöd i relationella och existentiella frågor handlar samordnarens roll om att hjälpa till och stödja den boende i olika praktiska ting som ekonomi, kontakter med myndigheter, läkare, skolor, praktikplatser eller bostadsförmedlingar. Om det finns särskilda behov kan en eller flera coacher sättas in i uppdragen runt de boende. Vid insats av coach träffas de upp till tre gånger per vecka och kan ha telefonkontakt däremellan. Coacherna jobbar nära den unga vuxna utifrån ett särskilt coachuppdrag. Personalen på Magelungen BO är högskoleutbildade där de flesta är socionomer eller beteendevetare med vidareutbildningar inom kognitiv beteendeterapi, systemisk familjeterapi, färdighetsträning och neuropsykiatri. Medarbetarna går även löpande på kortare kurser och föreläsningar som till exempel BBIC-kurs, Motiverande samtal (MI), Bergenmodellen, relationskompetens, Trappan-samtal, Gordon Neufelds utvecklingspsykologi baserad på anknytning, och gruppledarutbildning.

De boende får stöd och självständighetsträning genom stödsamtal, hembesök samt möten på Magelungen BO utifrån tre nivåer: BO 1, BO 2 och BO 3, där omfattning och intensitet skiljer sig åt. På BO 1 är den boende igång i en daglig sysselsättning och har nått en stabil självständighet. Ungdomen får en lägenhet samt en samordnare som tillsammans med den boende planerar och utvärderar insatsen. Mötena sker på Magelungen BO's kontor. Vid behov görs det lägenhetsträffar av personal från Magelungen BO. I BO 2 besöker samordnarna den boende vid minst ett tillfälle i veckan. Utgångspunkten för träffarna är att samordnaren i samarbete med den boende arbetar mot de mål och delmål som gjorts upp, till exempel praktiska

inslag som att boka tvättstugan eller hjälp med att ta kontakt med myndigheter. Utöver detta tillkommer kontakt via SMS och telefon samt andra möten som rör den boendes livssituation. I BO 3 ingår, utöver det som BO 2 består av, även tre omsorgsbesök per vecka i lägenheten av en coach, varav ett av besöken sker under helgen. Besökens innehåll är individuellt anpassade utifrån den boendes livssituation. Samordnaren håller i planeringen och uppföljningen runt dessa besök.

I samband med inflyttning skrivs målformuleringar med alla inblandade. Dessa leder till genomförandeplaner, något som i sin tur skapar samarbetsallianser som ger trygghet och tydlighet till föreslagna stödåtgärder och som är viktiga arbetsredskap på Magelungen BO. Genomförandeplanerna godkänns slutligen av alla parter och blir grunden för allt samarbete och stöd kring de uppdrag som skapats ihop. Dessa utvärderas regelbundet. Första månaden är en provmånad som utvärderas. Den unge vuxne ges på detta sätt en möjlighet till att få prova på vad det innebär att bo i en egen lägenhet. Samordnare och coach finns på plats, familjesamtal och individualterapi erbjuds vid behov. På kvällar, nätter och helger finns det en jourtelefon där den boende kan få råd och stöd av personal.

Arbetet på Magelungen BO bygger på och inspireras av systemisk teori (Andersen, 2011), kognitiv beteendeterapi (Scott, Williams, & Beck, 1991), anknytningsteori (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist, & Ivarsson, 2009; Wennerberg, 2010), mentalisering (Bateman & Fonagy, 2016), Ett Självständigt Liv (ESL; Borell, 2013) samt tanken om relationen som grund i alla sammanhang (Greene & Ablon, 2012; Jensen, Bertelsen, Juul, Stubberup, & Høeg, 2015; Juul, 2009). Fokus läggs på att utforska individen och dess nätverk och varje människas unika egenskaper framhålls. Detta innebär konkret att personalen fokuserar på att i samarbete med den boende söka nya funktionella strategier som leder till utveckling av självkänslan och självförtroendet. Varje individs upplevelse och sanning lyfts fram och tankens kraft betonas. Vikt läggs vid att motivera och förstärka viljan till förändring, samt uppmuntra och bygga vidare på ansträngningar.

### *Tidigare utvärderingar av stödboenden inom Magelungen*

I Magelungens tidigare utvärderingar har fokus legat på måndeförändringar och resultaten har varit tvetydiga, både vad gäller utfall efter insats men också målgruppsbeskrivning och huruvida ungdomarna på BO skiljer sig i mående gentemot normalgrupp. Systematiska uppföljningar har funnits på Magelungen BO sedan slutet av 1990-talet och resultat av dessa har beskrivits i Lindgren (2007) och Strömbeck, Oldenvi och Clinton (2017). Målgruppen har även beskrivits i Strömbeck, Oldenvi och Clinton (2014). I Lindgren (2007) noterades positiva utfall, med ett bättre mående efter insatsens avslut. Målgruppens mående var då före insatsens påbörjan i nivå med andra kliniska jämförelsegrupper. Trots positiva utfall var dock de resultat som uppkom inte helt entydiga. I målgruppsbeskrivningen (Strömbeck et al., 2014) såg relationen till normalgrupp olika ut beroende på mätinstrument; inga skillnader i symptomskattning men ungdomarna på Magelungen BO besvärades mer av sina svårigheter än normalgrupp och de skattade även sin tillfredsställelse med livet lägre. Ungdomarnas självbild

var i några aspekter i nivå med normalgrupp och var på andra sätt mer positiva för ungdomarna på BO än för normalgrupp. I Strömbeck et al. (2017) noteras att BO vid insatsens påbörjan inte skiljer sig åt gentemot normalgrupp och där syntes heller inga skillnader i mående efter insatsens avslut. Värt att notera är att data till föreliggande rapport bygger vidare på de från Strömbeck et al. (2014) och Strömbeck et al. (2017). Utvärderingsmodellen har också förändrats under åren för att på bästa sätt kunna fånga utfallet. Bland annat har mätinstrument bytts ut, antalet mättillfällen har justerats och deltagare har begränsats till att enbart innefatta ungdomar och deras vårdnadshavare.

Stödboenden kan alltså fungera som eftervård och en av målgrupperna är även ensamkommande barn och unga. Det finns mycket kunskap om risk- och skyddsfaktorer och internationellt finns också en del publicerat om effekter av eftervård. I Sverige är dock inte mycket känt varken om utfall av stödboenden specifikt eller mer generellt om de långsiktiga utfallen för placerade ungdomar inom socialtjänstens dygnsvård, varvid fler utvärderingar av dessa är efterfrågade (Sallnäs & Vinnerljung, 2009). Av de två utvärderingar som tidigare finns rapporterade inom Magelungen är den ena skriven när verksamheten var annorlunda uppbyggd och är även baserad på ett litet urval. Den andra är nyare, men i den rapporteras resultat endast från en del av utvärderingsmodulen. En mer omfattande rapportering av utvärderingsarbetet på Magelungen BO kan därmed anses vara befogad. I föreliggande rapport sammanställs resultat från åtta års datainsamling utifrån tre mättillfällen, där det förutom måndeskattningar även finns beskrivet funktion, livssituation och nöjdhet vid uppföljningen.

### *Syfte och frågeställningar*

Syftet med studien var att undersöka utfallet för stödboendet Magelungen BO. Studien syftade även till att belysa hur Magelungen BO kan fungera som vårdkedja för ungdomar som tidigare varit inskrivna på Magelungens behandlingshem. Frågeställningar:

- 1) Hur ser måendet ut vid insatsens inledning?
- 2) Sker några måndeförändringar efter tiden på stödboendet?
- 3) Hur förändras måendet då stödboendet är en del av en vårdkedja?
- 4) Hur ser funktionsnivån och livssituationen ut efter insatsens avslut?
- 5) Är ungdomarna nöjda med insatsen?

## Metod

Undersökningen bygger på tre mättillfällen och är en så kallad engrupps *pretest-posttest* design (Klein, 2009) men där ett extra mättillfälle är tillagt. Måendeskattningar genomförs vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning 18 månader efter avslut (T3). Vid T2 besvaras även en utvärderingsenkät om tiden på stödboendet och vid T3 kompletteras detta med ytterligare uppföljningsfrågor. För ungdom gäller att formulären fylls i vid T1, T2 och T3. För vårdnadshavare fylls formulären i vid T1 och T2. De som inte deltagit vid T1 deltar inte heller vid resterande mättillfällen och de som varit inskrivna mindre än 6 månader deltar inte heller vid T2 och T3. Vid fallbeskrivningarna tillkommer ännu ett mättillfälle: T0 – vid inskrivning på det behandlingshem där dessa ungdomar tidigare bodde.

### *Procedur*

Ungdomar och föräldrar som börjar på Magelungen BO 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 självskattningsformulär ut till vårdnadshavare. Ungdom och vårdnadshavare (då ungdom är under 18 år) ger sitt skriftliga samtycke till att delta i studien. Ungdomen fyller i formulären vid något av de första mötena tillsammans med behandlingspersonal. Ersättning utgår 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.

Behandlingspersonal kan vid besvarandet av formulären sitta med som stöd och för att kunna besvara frågor som kan dyka upp om formulären. Vårdnadshavare får antingen formulären hemskickade alternativt sitter de på plats på enheten tillsammans med personal på verksamheten. Vid avslut tillfrågas alla ungdomar om att besvara frågor om insatsen. Detta görs som en del av avslutsrutinerna. T3 genomförs genom att behandlingspersonal söker upp ungdomen via mail, brev eller telefon för att antingen träffas och fylla i formulären, alternativt skicka dem per post. I det mättillfälle som tillkommer vid fallbeskrivningarna, T0, ser insamlingsproceduren likadan ut på behandlingshemmen som på BO. Då detta är en klinisk utvärdering av egen verksamhet är etikprövning inte nödvändig. Deltagarna är dock informerade om de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002), däribland kravet på konfidentialitet, och de har gett sitt skriftliga samtycke till deltagandet. De är även förvissade om att huruvida de deltar eller ej påverkar inte kvalitén eller innehållet i insatsen.

### *Deltagare*

Deltagare i studien var ungdomar i åldrarna 16–20 (M=17,4) inskrivna på Magelungens stödboende under åren 2009–2015. Vid första mättillfället (T1) deltog 53 ungdomar (23 pojkar och 30 flickor), vid andra mättillfället (T2) var det 33 och vid T3 deltog 16 ungdomar. Vid T1 deltog 17 vårdnadshavare men ingen av dem deltog vid T2.

Genomsnittlig behandlingstid var 493 dagar (drygt 16 månader). Av deltagarna kom 10 från Magelungens HVB, 1 från annat HVB, 2 från SiS, 6 från familjehem, 2 från jourhem, 8 kom hemifrån föräldrarna, 3 var hemlösa, 10 var ensamkommande barn eller unga, 3 kom från annat typ av boende (t ex. resursboende) och för 7 av deltagarna är tidigare boende okänt. Deltagarfrekvens finns noterat år 2012–2015 och under dessa år deltog 91 % (30 av 33) av inskrivna ungdomar vid T1.

### *Mätinstrument*

*SDQ.* Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) består av 25 frågor som delas in i 5 delskalor om vardera 5 frågor; emotionella problem, beteendeproblem, hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem, kamratproblem samt prosocialt beteende. Dessa antar värden mellan 0–10. De fyra problemskalorna läggs ihop till en totalpoäng över problemområden (skala 0–40) (Goodman, 1997; Goodman, Meltzer, & Bailey, 1998). En utvidgad version av formuläret främst riktad till kliniska populationer består även av frågor om besvär av svårigheterna, alltså hur mycket personen tycker sig lida av sina svårigheter, en skala som kan kodas från 0–10 (Impact Score) eller 0–15 (Impact Factor) (Goodman, 1999). Då den kodas 0–10 räknas noll poäng som normalt, en poäng gränsvärde och mer än en poäng indikerar kliniska svårigheter ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)). Instrumentet användes förutom översatt till svenska även i ett fall på ryska, en gång på arabiska, en gång på engelska och av en deltagare på somali.

*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. Klustervärden kan variera mellan 0–100 (Benjamin, 1974; 1996). Fram till 2015 användes översättningen från 1988 (Armelius & Benjamin, 1988) och därefter användes Version 2.0 (Armelius & Birgegård, 2009).

*Livets steg.* 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 avser att mäta generell tillfredsställelse med livet, optimism och framtidstro. Frågorna handlar om hur en uppfattar sitt liv just nu, för ett år sedan, och hur en tror att det kommer bli om ett år. Skalan är 1–10 där tio står för bästa tänkbara liv ett år och sista tänkbara liv (Andrews & Withey, 1974; Wiklund, Gorkin, Pawitan, Schron, Schoenberger, Jared, & Shumaker, 1992).

*IN-BoB och UPP-BoB.* 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 konstruerade för att fånga upp bakgrundsfaktorer och tidigare insatser. Frågorna handlar om uppväxtförhållanden, hur långt kommen skolgången är, tidigare insatser från socialtjänsten och psykiatri, medicinering, med mera. I UPP-BoB rör dessa frågor insatser efter Magelungen BO.

Dessutom tillkommer 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).

*Utvärdering vid avslut.* Ett frågeformulär om insatsen samt dess påverkan på den boendes livssituation. Formuläret består totalt av 12 påståenden om bland annat delaktighet, bemötande, samarbete och omsorg som antingen besvaras utifrån 'Stämmer helt och hållet', 'Stämmer delvis' eller 'Stämmer inte alls', alternativt 'Till det bättre', 'Ingen förändring' eller 'Till det sämre' (se Tabell 7 för formuläret i sin helhet).

### *Dataanalys*

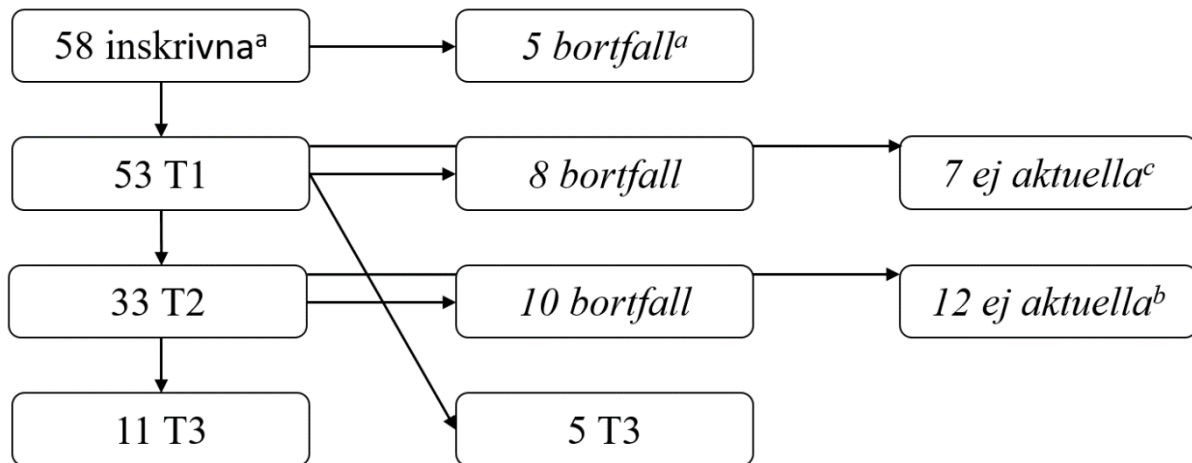
Alla analyser undantaget fallbeskrivningarna gjordes på gruppnivå. För att beräkna om målgruppen skiljer sig gentemot icke klinisk jämförelsegrupp genomfördes oberoende t-test. Oberoende t-test användes dessutom för att jämföra huruvida de som endast deltagit vid T1 skiljer sig åt jämfört med de som också deltagit vid T2 och/eller T3. För att beräkna eventuella tidseffekter användes parade t-test. Effektstyrka beräknades med Cohen's d, vilket är ett standardiserat effektmått. Värden på 0,2 kan då benämnas som små effektstyrkor, 0,5 som måttliga och 0,8 eller mer är stor effekt (Borg & Westerlund, 2012). Värden under 0,2 räknas som ingen effekt.

Att svara som normalgrupp innebär att undersökningsgruppens medelvärde befinner sig mindre än en standardavvikelse från den icke kliniska jämförelsegruppens medelvärde. Då variabeln är normalfördelad (dvs. klockformad) svarar 68,3 % inom normalzon ( $M \pm 1 SD$ ; Borg & Westerlund, 2012). Det kliniska gränsvärdet, även kallas *cut-off*, bestäms ofta statistiskt utifrån den 90e percentilen, något som baseras på antagandet att prevalensen av psykiatriska tillstånd ligger runt 10 % (Wicks-Nelson & Israel, 2015). Fallbeskrivningarna analyserades genom kliniskt signifikanta förändringar på individnivå. Klinisk signifikans är en metod för att beskriva en förändring som innebär en verklig skillnad eller en skillnad som är av praktiskt värde för klienten (Öst, 2012). Det definieras här som en förändring på minst 1 standardavvikelse (SD) beräknat utifrån normalgruppens urval (Wise, 2004) och indikeras genom en pil upp eller pil ner (se Tabell 5 och Tabell 6).

## Resultat

### *Primära analyser*

T1 gjordes som tidigast 17 dagar före insatsens påbörjan och senast 66 dagar efter inflytt (M=6,1 dagar efter). T2 gjordes från 60 dagar före insatsens avslut till 102 dagar efter avslut (M=6,8 dagar efter). T3 genomfördes mellan 11–58 månader (M=26,4) efter utflytt. Vid T1 deltar ca 91 % av inflyttade ungdomar (se Figur 1). Fyra ungdomar var inskrivna mindre än sex månader och var därför inte aktuella för T2 och T3. Vid tidpunkten för sammanställning av data var 3 ärenden fortfarande inte avslutade och 12 var ännu ej aktuella för T3, det vill säga mindre än 18 månader hade gått sedan avslut. Totalt deltog 16 personer vid T3, varav 11 även deltagit vid T2.



Figur 1. Flödesschema över deltagarantal och bortfall. Vid T3 deltar 16 personer, varav 11 även deltagit vid T2.  
a= Uppskattat utifrån statistik över deltagarfrekvens från 2009–2012, då 91 % av inskrivna ungdomar deltar.  
b= Vid sammanställning av data var dessa ej ännu aktuella för T3.  
c= 4 av dessa hade en placeringstid kortare än 6 månader och 3 hade ännu ej flyttat ut från boendet.

Någon snedvridning i urvalet verkar inte förekomma, där de som endast deltar vid T1 skiljer sig åt i jämförelse med de som även deltar vid T2 och/eller T3. Bedömt utifrån signifikansprövning av aktuella självskattningsformulär blir p-värdet aldrig tillräckligt litet ( $p < .05$ ) för att nollhypotesen, att urvalen är dragna ur samma population, kan förkastas. Vid oberoende t-test av samtliga delskalor och klustervärden i SDQ, SASB och Livets steg (som omnämns i Tabell 1) varierade p-värdena mellan 0,05–0,99.

### *Självskattat mående vid inskrivning i jämförelse med normalgrupp*

Ungdomarnas mående är vid insatsens påbörjan delvis likt och skiljer sig delvis åt i jämförelse med icke klinisk jämförelsegrupp (se Tabell 1). Av 17 mätningar<sup>2</sup> vid inskrivning skattar sig

<sup>2</sup> Impact factor räknas bort här eftersom variabeln inte är normalfördelad.

ungdomarna på BO som normalgrupp vid 16 av dessa, och vid 1 mätning är ungdomarna mer än 1 standardavvikelse ifrån normalgrupp. Statistiskt signifikanta skillnader ( $p < .05$ ) finns i 8 av mätningarna, där bland annat nivån av kamratproblem är högre, graden av spontanitet är lägre och högre värden syns på Tycker om sig själv, Tar hand om sig själv och Kontrollerar sig själv. Störst är skillnaden i hur tillfredsställelsen med livet (Livets steg) såg ut för ett år sedan, där effektstyrkan är stor ( $d=1,70$ ). Andelen ungdomar från Magelungen BO som på de olika måtten befinner sig mer än en standardavvikelse från normalgruppens medelvärde varierar mellan 6–55 %.

Utifrån vårdnadshavarens skattningar av ungdomens totala svårigheter befinner sig 47,1 % av ungdomarna vid inskrivning på en kliniskt hög nivå<sup>3</sup> (det vill säga utanför det kliniska gränsvärdet). Skillnaden gentemot normalgrupp är även statistiskt signifikant ( $t_{381}; 5,1, p < 0,001, d: 1,25$ ). Vårdnadshavarens skattningar av hur mycket ungdomen besvärar av sina svårigheter skiljer sig från normalgrupp ( $M= 2,6$ ), där 57,1 % av skattningarna hamnar på en kliniskt hög nivå (Impact score  $\geq 1$ ).

Tabell 1

*Självskattningar av SDQ, SASB och Livets steg. Magelungen BO vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp.*

		T1	Jämförelsegrupp <sup>a</sup>	t	d	+ 1SD
SDQ	Affektproblem	3,4 (2,5)	3,3 (2,4)	0,3	0,0	21
	Beteendeproblem	1,8 (1,5)	1,9 (1,6)	0,4	0,1	11
	Hyperaktivitetspr.	3,9 (2,4)	4,2 (2,3)	0,9	0,1	15
	Kamratproblem	2,5 (1,3)	1,8 (1,6)	3,1*	0,4	21
	Prosoc. beteende	8,6 (1,3)	8,5 (1,7)	0,4	0,1	9
	TOTAL	11,6 (5,1)	11,1 (5,2)	0,7	0,1	19
	Impact factor	4,3 (3,8)				
	Impact score		1 eller högre			43
Impact score		2 eller högre			36	
SASB	Spontanitet	47,2 (16,3)	53,2 (14,4)	2,8*	0,4	39 <sup>b</sup>
	Accepterar	68,4 (21,0)	67,5 (20,3)	0,3	0,0	18
	Tycker om	66,3 (19,8)	60,4 (19,7)	2,1*	0,3	10
	Tar hand om	64,8 (17,3)	54,7 (16,8)	4,1*	0,6	8
	Kontroll	65,3 (19,0)	54,9 (17,2)	4,1*	0,6	42 <sup>b</sup>
	Anklagar	21,9 (21,6)	24,6 (21,5)	0,9	0,1	16
	Hatar	16,7 (17,9)	18,7 (19,0)	0,7	0,1	20
	Försummar	22,2 (16,4)	27,1 (16,9)	2,0*	0,3	6
Livets steg	Ett år sedan	3,1 (1,7)	6,3 (1,9)	11,9*	1,7	55
	Nu	6,0 (1,9)	7,2 (1,7)	4,9*	0,7	34
	Om ett år	7,9 (1,8)	8,2 (1,3)	1,6	0,2	11

*a= Svedin & Priebe, 2008 (SDQ), Birgegård & Claesson, opublicerat material (SASB), Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006 (Livets steg).*

*b= 1 SD över eller 1 SD under M.*

*\*= $p < .05$*

<sup>3</sup> Kliniskt gränsvärde (cut-off) hämtad från Björnsdotter, Enebrink och Ghaderi (2013).



## Förändringar i självskattat mående?

Skillnader i mående från inskrivning (T1) till avslut (T2) respektive T1 till uppföljning (T3) är generellt små – effektstyrkorna varierar mellan  $<0,01$ – $0,70$  – av totalt 36 analyser räknas 19 effekter som obefintliga (under 0,2), 15 som små (0,2–0,5), 2 som måttliga (0,5–0,8) och inga effekter räknas som stora (över 0,8). Av 32 jämförelser är 18 förändringar positiva, 13 negativa och 1 obefintlig.

*SDQ*. Vid inskrivning skattar sig ungdomarna på BO i nivå med normalgrupp<sup>4</sup> på delskalorna Affektproblem, Beteendeproblem, Hyperaktivitetsproblem, Kamratproblem, samt totalskalan. Av 14 jämförelser (se Tabell 2) är utvecklingen i 6 av dessa positiva, 7 negativa och i en jämförelse finns ingen skillnad. Förutom i jämförelsen av kamratproblem mellan T1 och T3 ( $p=0,017$ ) är dock inga skillnader statistiskt signifikanta ( $p < .05$ ). Totala svårigheter har minskat från T1 till T2, men har däremot ökat från T1 till T3 och effektstyrkorna på dessa förändringar är små. Ungdomarna besväras mindre av sina svårigheter, både från T1 till T2 och från T1 till T3, effekter som dock räknas som obefintliga (T1 till T2) eller små (T1 till T3). Störst effekt ( $d=0,70$ ) finns för skillnaden i kamratproblem från T1 till T3, där svårigheterna ökat. Andelen ungdomar som skattar sina totala svårigheter på en kliniskt hög nivå är 17,0 % vid inskrivning, 18,2 % vid avslut och 53,3 % vid uppföljning<sup>5</sup>.

Tabell 2

Medelvärde (M) och standardavvikelse (SD) för självskattning av *SDQ* vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).

	T1	T2	T3
Affektproblem	3,4 (2,5)	3,3 (2,9)	5,3 (3,0)
Beteendeproblem	1,8 (1,5)	1,8 (1,4)	1,9 (1,6)
Hyperaktivitetsproblem	3,9 (2,4)	3,7 (2,3)	5,3 (2,7)
Kamratproblem	2,5 (1,3)	2,4 (1,7)	3,2 (1,5)
Prosocialt beteende	8,6 (1,3)	8,7 (1,5)	9,0 (1,5)
TOTAL	11,6 (5,1)	11,1 (5,9)	15,6 (6,0)
Impact factor	4,3 (3,8)	3,8 (4,0)	4,9 (4,8)

*SASB*. På BO skattar ungdomarna sin självbild i nivå med normalgrupp<sup>6</sup>, såväl vid T1 som vid T2 och T3. Förändringarna i självbild mellan T1 och T2 respektive T1 och T3 är inte statistiskt signifikanta ( $p < .05$ ), med små eller obefintliga effektstyrkor (se Tabell 3). Undantaget är en minskning i kontroll från T1 till T2 ( $p=0,40$ ). Effektstyrkor som noterats är bland annat en ökning i självacceptans från T1 till T3 ( $d=0,39$ ), en ökning i att ta hand om sig själv från T1 till T3, en minskning i självkontroll från T1 till T3 samt en minskning i självhat från T1 till T3 ( $d=0,29$ ).

<sup>4</sup> Mindre än 1 SD från normalgruppens medelvärde (M). Normalgrupp från Svedin och Priebe (2008).

<sup>5</sup> Kliniskt gränsvärde (cut-off) hämtad från Svedin och Priebe (2008).

<sup>6</sup> Mindre än 1 SD från normalgruppens M. Normalgrupp från Birgegård och Claesson, *opublicerat material*.

Tabell 3

*SASB vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).*

	T1	T2	T3
Spontanitet	47,2 (16,3)	43,3 (13,3)	44,0 (20,1)
Accepterar	68,4 (21,0)	67,2 (25,7)	70,3 (26,3)
Tycker om	66,3 (19,8)	66,3 (21,9)	67,9 (21,8)
Tar hand om	64,8 (17,3)	65,0 (18,2)	70,3 (19,2)
Kontroll	65,3 (19,0)	60,5 (18,2)	62,1 (21,1)
Anklagar	21,9 (21,6)	25,6 (24,6)	28,5 (26,0)
Hatar	16,7 (17,9)	19,9 (21,6)	25,1 (26,9)
Försummar	22,2 (16,4)	21,7 (19,4)	24,6 (21,1)

*Livets stege.* Ungdomarnas beskrivning av sin nuvarande tillfredsställelse med livet är som normalgrupp<sup>7</sup>, såväl vid T1 som vid T2 och T3 (se Tabell 4). Skattningar vid T1 av hur tillfredsställelsen med livet såg ut för ett år sedan skiljer sig däremot jämfört med normalgrupp, där ungdomarna på BO hamnar mer än en standardavvikelse ifrån. Vid jämförelser av nuvarande tillfredsställelse med livet mellan T1 och T2 respektive T1 och T3 är skillnaderna ej statistiskt signifikanta ( $p < .05$ ) och effektstyrkorna är obefintliga. Vid skattning av hur tillfredsställelsen med livet såg ut för ett år sedan är effektstyrkorna små ( $d=0,47$ ; från T1 till T3) till måttliga ( $d=0,50$ ; från T1 till T2). Sistnämnda jämförelsen är även statistiskt signifikant ( $p=0,008$ ).

Tabell 4

*Livets stege vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).*

	T1	T2	T3
Ett år sedan	3,1 (1,7)	4,3 (2,2)	4,4 (2,1)
Nu	6,0 (1,9)	6,4 (2,0)	5,8 (2,5)
Om ett år	7,9 (1,8)	8,3 (1,6)	7,9 (1,6)

### *Måendeförändringar för ungdomar tidigare inskrivna på Magelungens HVB*

Nedan redovisas fallbeskrivningar från två ungdomar som tidigare har varit placerade på Magelungens behandlingshem och därefter fortsatt på Magelungen BO. Resultat baseras på fyra mätillfällen: vid inskrivning på Magelungens HVB (T0), vid avslut på HVB som sammanfaller med inskrivning på Magelungen BO (T1), vid avslut på BO (T2) och uppföljning (T3).

*Ungdom A.* När Ungdom A kommer till Magelungen är måendet sämre än hos normalgrupp. Skillnader syns förutom i totala svårigheter även i självanklagelse, självhat och låg tillfredsställelse med livet. Måendet förbättras sedan från T0 till T1 och är därefter relativt oförändrat fram till T2 och T3 (se Tabell 5). Vid T1-T3 beskriver ungdomen sig själv som normalgrupp på de flesta jämförelsemått, undantaget bland annat självacceptans, Tycker om sig själv samt Tar hand om sig själv, där värdena befinner sig mer än 1 standardavvikelse över normalgrupp.

<sup>7</sup> Mindre än 1 SD från normalgruppens M. Normalgrupp från Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006.

Tabell 5

Ungdom A: Skattningar av SDQ-S, SASB och Livets steg vid inskrivning på HVB (T0), samt inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3) från BO.

	T0	T1	T2	T3
SDQ Affektproblem	↑	-	-	-
Beteendeproblem	-	-	↓	-
Hyperaktivitetsproblem	-	-	-	-
Kamratproblem	-	↓	-	-
Prosocialt beteende	-	-	-	-
TOTAL	↑	↓	-	-
Impact score	↑	-	-	-
SASB Spontanitet	↓	-	↓	↓
Accepterar	↓	↑	-	↑
Tycker om	↓	↑	-	↑
Tar hand om	↑	↑	-	↑
Kontroll	-	-	↑	-
Anklagar	↑	↓	-	-
Hatar	↑	-	-	-
Försummar	-	↓	↓	↓
LS Ett år sedan	↓	↓	-	-
Nu	↓	-	-	-
Om ett år	↓	-	-	-

↑/↓ = Minst 1 SD över/under normalgruppens medelvärde.

Ungdom B. När ungdom B kommer till Magelungens HVB är måendet sämre än för normalgrupp, vilket bland annat syns i totala svårigheter och tillfredsställelse med livet (se Tabell 6).

Tabell 6

Ungdom B: Skattningar av SDQ-S, SASB och Livets steg vid inskrivning på HVB (T0), samt inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3) från BO.

	T0	T1	T2	T3
SDQ Affektproblem	↑	↑	↑	↑
Beteendeproblem	↑	-	-	-
Hyperaktivitetsproblem	↑	↑	-	↑
Kamratproblem	-	↑	↑	-
Prosocialt beteende	-	-	-	-
TOTAL	↑	↑	↑	↑
Impact score	↑	↑	↑	↑
SASB Spontanitet	-	-	-	↓
Accepterar	-	-	-	-
Tycker om	↓	-	-	-
Tar hand om	↓	-	-	↑
Kontroll	↓	-	↑	↑
Anklagar	↑	↑	-	-
Hatar	↑	-	↑	-
Försummar	↑	-	-	-
LS Ett år sedan	-	↓	-	↓
Nu	↓	-	↓	-
Om ett år	↓	-	↓	-

↑/↓ = Minst 1 SD över/under normalgruppens medelvärde.

Måendet förbättras sedan under tiden på Magelungen, men är trots detta fortfarande sämre än för normalgrupp. Det sker en kliniskt signifikant minskning av de totala svårigheterna från T0 till T1, en förändring som också bibehålls fram till T3. Skillnaderna syns främst i nedgångar i affektproblem och beteendeproblem. En minskning sker även i hur mycket ungdom B besvärar av sina svårigheter (Impact score). Trots problemminskning befinner sig ungdomen vid T3 fortfarande på kliniskt hög nivå på TOTAL, och för hyperaktivitetsproblem. En kliniskt signifikant ökning av Accepterar sig själv, Tycker om sig själv och Tar hand om sig själv syns också i jämförelser mellan T0 och T1, respektive T0 och T3. En minskning av självanklagelse syns också över tid, som i jämförelse mellan T0 och T2 respektive T0 och T3 är kliniskt signifikanta. Självhat minskar från T0 till T1, för att därefter öka vid T2 och slutligen minska igen vid T3. Inga stora skillnader syns i tillfredsställelsen med livet, medan framtidshoppet ökar från T0 till T1, för att sedan minska till T2 och till slut öka igen vid T3.

### *Funktionsnivå och livssituation efter insats*

Ungdomarna är vid avslut (T2) övervägande nöjda med insatsen (se Tabell 7). En majoritet instämmer helt och hållet i att de varit delaktiga i planering (10 av 13), att de fått stöd kring sin skolgång eller annan sysselsättning (10 av 12) och att stödboendet varit meningsfullt i sin fortsatta utveckling (11 av 12). Många tycker även att kontakten med familjen blivit bättre (8 av 12) samt att deras förmåga att ta ansvar för sitt boende har blivit till det bättre (10 av 12).

Tabell 7

*Synpunkter om Magelungen vid avslut.*

	Stämmer helt och hållet	Stämmer delvis	Stämmer inte alls
Min upplevelse är att personalen bemött mig med respekt.	11	2	0
Om jag känt mig otrygg på boendet eller något allvarligt hänt har jag upplevt att personalen tagit det på allvar och tagit tag i situationen.	10	1	0
Jag har varit delaktig i planeringen kring mitt liv och boendet.	10	3	0
Jag är nöjd med mitt samarbete med min samordnare.	12	1	0
Min upplevelse är att jag under min boendetid fått stöd att utveckla min självständighet.	11	2	0
Jag har fått stöd kring min skolgång eller annan daglig sysselsättning.	10	2	0
Jag har fått stöd att komma igång/hålla igång ett fritidsintresse/träning.	5	5	1
Jag tycker att mitt boende har varit meningsfullt för min fortsatta utveckling.	11	1	0
	Till det bättre	Ingen förändring	Till det sämre
Min kontakt med min familj är idag	8	3	1
Min kontakt med kompisar är idag	7	5	0
Min förmåga att ta ansvar för mitt boende och min vardag (laga mat, sköta städning och tvätt t ex.) fungerar idag	10	2	0
Min förmåga att klara mig själv i samhället (t ex. sköta ekonomi, kontakter med myndigheter/sjukvård osv.) är idag	12	1	0

Vid tidpunkten för uppföljningen (T3) var ungdomarna 20–23 år gamla. Då bodde 9 deltagare ensamma, 1 bodde tillsammans med pojkvän/flickvän/make/maka/sambo, 3 bodde tillsammans med förälder/föräldrar och 4 bodde på annat sätt (flera boendialternativ var möjliga att ange, därav blir summan större än 16).

*Skolgång och sysselsättning.* Vid uppföljningen hade 13 av 16 deltagare gymnasiekompetens, det vill säga godkända betyg från grundskolan vilket ger behörighet till att studera på gymnasiet. Vidare hade 4 personer högskolekompetens, det vill säga godkända studier från gymnasium eller folkhögskola vilket innebär behörighet att studera på högskola eller universitet. På frågan om nuvarande sysselsättning angav 9 deltagare att de för närvarande studerar, 7 arbetar, ingen var arbetslös men 2 var sjukskrivna, 1 person gjorde praktik och 1 gjorde ingenting<sup>8</sup>. Av de som studerar gick 3 en yrkesutbildning och 4 studerade på högskola och 3 personer var dessutom klara med sin yrkesutbildning. Gällande försörjning svarade 9 personer att de huvudsakligen försörjer sig själva med lön, studiemedel, föräldrapenning eller annat, 1 person fick sjukpenning (alternativt sjukbidrag eller sjukpension), 3 fick socialbidrag, 1 är beroende av andra för sin försörjning (till exempel föräldrar eller sambo) och 2 försörjer sig genom aktivitetsersättning.

*Kontakter efter Magelungen.* Vid uppföljningen angav 5 personer att de deltar i någon pågående behandling, däribland kontakt med psykolog, samtalskontakt, terapi, kontakt med en behandlingsenhet eller psykiatrisk slutenvård. 4 personer hade även deltagit i en psykologisk eller neuropsykiatrisk utredning.

*Synpunkter om Magelungen.* Deltagarna fick vid uppföljning svara på en fråga om deras egna upplevelse av vad som varit hjälpsamt. Frågan löd: ”I vilken utsträckning fick du hjälp av följande under din tid på Magelungen?”. Mest hjälpsamt tyckte de att boende på Magelungen och samordnare var: 9 av 13 respektive 9 av 11 tyckte att de fick mycket hjälp (se Tabell 8). Flera har även erfarenhet av Magelungens skola, något 2 tyckte gav lite hjälp, 2 att det var till en hel del hjälp och 3 att det var till mycket hjälp. Istället var sådant som familjeterapi, gruppaktiviteter och psykofarmaka för ca hälften inte alls aktuellt.

Tabell 8

*Subjektiv effektutvärdering. Vad deltagarna själva ansåg att de fick hjälp av under tiden på Magelungen.*

	Inte aktuellt	Ingen hjälp	Lite hjälp	En hel del hjälp	Mycket hjälp
Individualterapi	4	0	3	3	4
Familjeterapi	8	1	2	0	2
Gruppaktiviteter*	7	1	2	1	3
Boende på Magelungen**	0	0	1	3	9
Samordnare	0	0	1	1	9
Magelungens skola	4	0	2	2	3
Psykofarmaka	8	0	1	1	1

\*= Till exempel miljöterapi, SEFT, kill- och tjejgrupp, livskunskap.

\*\*= Till exempel behandlingshem, stöd- och resursboende, MTFC.

<sup>8</sup> Fler alternativ möjliga. Därav är summan mer än 16.

12 av deltagarna tyckte att de under sin tid på Magelungen blivit mycket väl bemötta, 1 tyckte att hen blivit ganska väl bemött, 1 hade ingen åsikt och 1 tyckte sig att blivit mindre väl bemött. 11 deltagare tyckte att Magelungen i sin helhet passade dem mycket bra, 3 tyckte att det passade dem ganska bra och 2 tyckte varken eller. På frågan om personalen kunnat lyssna på och förstå dem svarade 9 i mycket hög grad, 5 i ganska hög grad och 2 i viss mån. 8 deltagare hade i mycket hög grad förtroende för personalen på Magelungen, 5 i ganska hög grad, 1 i viss mån och 2 inte tillräckligt förtroende. 8 av ungdomarna ansåg att de och personalen i mycket hög grad var överens om målen för placeringen/behandlingen, 4 i ganska hög grad, 2 i viss mån och 1 tyckte inte att hen var överens med personalen. Uppfattningen om Magelungen i sin helhet var mycket positiv enligt 9 ungdomar, positiv enligt 1, neutral enligt 2, negativ enligt 1 och mycket negativ enligt 1.

Ungdomarna beskrev även i egna ord Magelungens positiva och negativa sidor. När de positiva sidorna efterfrågades dök följande upp: ”bra personal”, ”personalen! Kunniga i sitt arbete, på att få ungdomen att växa och lägga upp mål”, ”individuellt anpassningsbara”, ”jag kände mig omhändertagen och trygg”, ”fick det stöd och den uppmuntran jag behövde”, ”vänligt”, ”seriöst”, ”individanpassat”, ”stöttande och uppmuntrande personal”, ”engagemang från personal”, ”närvarande”, ”kunniga”, ”man blir lyssnad på”, ”ett stort utbud av möjligheter”, ”härlig personal”, ”man fick ta terapin i sin egen takt”, ”snälla”, ”gett mig bra råd”, ”förstående”, ”motiverade”. De negativa sidorna som togs upp var: ”en del knäppgökar”, ”ha mer koll på kvällarna”, ”det borde finnas träningslägenheter på fler platser”, ”förstå sig på diagnoser bättre”, ”en del som jobbar där har negativ inverkan på de boende”, ”orkar inte för mycket”.

## Diskussion

Magelungen BO är en intervention som bygger på att de boende är relativt självgående och ett gott resultat är därmed att måendet är stabilt över tid. Syftet med den här studien var att utvärdera Magelungen BO genom att undersöka måendet vid inskrivning, eventuella måendeförändringar, livssituation och funktion, samt nöjdhet vid avslut och uppföljning. I två fallbeskrivningar gavs exempel på hur stödboendet kunnat fungera som eftervård/utsluss efter boende på behandlingshem.

Måendet vid insatsens inledning är delvis likt och skiljer sig delvis åt gentemot normalgrupp. Störst är skillnaden i hur tillfredsställelsen med livet såg ut för ett år sedan, vilket tyder på en historia av försämrat mående. Utifrån vårdnadshavarens skattningar är däremot skillnaderna gentemot normalgrupp mer betydande, en jämförelse som dock skulle kunna ifrågasättas på grund av åldersskillnaden mellan målgruppen på stödboendet och jämförelsegruppen. Inga större måendeförändringar syntes över tid, varken under tiden på stödboendet eller vid uppföljningstillfället. Majoriteten av effekterna var små eller obefintliga, och bland de olika måtten som användes var förändringen i drygt hälften av dessa till det positiva och för knappt hälften negativa. I stort motsvarar måendet bland ungdomarna på BO det bland jämförande normalgrupper, såväl vid T1 som vid T2 och T3, och i och med detta fanns inte heller mycket utrymme för positiva måendeförändringar. Insatsen är inte heller en behandlingsinsats utan fokus ligger istället på självständighetsträning, vilket betyder att ett tillräckligt bra mående är centralt för att möjligheterna till ett positivt utfall, i form av mer självständighet och en högre funktionsnivå, ska öka.

Att en så pass stor andel av ungdomarna vid uppföljningen befinner sig på en kliniskt hög nivå på totala svårigheter är dock oroande. Det skulle kunna tyda på ett försämrat mående, där ytterligare behandlingsinsats eller stödinsats kan vara nödvändigt att sätta in. En alternativ förklaring kan dock vara att det handlar om mätfel. Eftersom det försämrade måendet inte syns i de andra skattningsformulären kan det handla om att SDQ egentligen riktar sig till barn och ungdomar, och att aktuell jämförelsegrupp är betydligt yngre än vad deltagarna från BO är vid uppföljningen. Vad gäller de två fallbeskrivningarna hade den ena ungdomen stora svårigheter vid inskrivning på behandlingshemmet (T0), något som sedan förbättrades och var normalt under och efter tiden på stödboendet. Den andra ungdomen uppvisade ett dåligt mående vid T0, något som delvis kvarstod under tiden på stödboendet. Den första ungdomen borde därmed ha relativt goda förutsättningar att kunna tillgodogöra sig stödet från Magelungen BO, medan frågan däremot kan ställas om den andra ungdomen, med sitt nedsatta mående, var rätt målgrupp för BO och kan ha rimliga chanser att lyckas där.

Ungdomarnas livssituation vid uppföljning kan benämnas aktiv och självständig, med en majoritet som studerar eller arbetar, där mer än hälften angav att de försörjer sig själva och där ett förhållandevis litet antal deltar i någon pågående behandling. Majoriteten är även nöjda med Magelungen och det stöd de fått, samt uttrycker att deras förmåga att klara sitt boende och sig själva i samhället har blivit till det bättre. Undersökningen syftade inte explicit till att utvärdera

huruvida målen med stödboendet kan sägas vara uppfyllda, men resultaten skulle ändå kunna ställas i relation till dem.

Resultatet ligger i linje med tidigare utvärdering inom Magelungen av Strömbeck et al. (2017) och i målgruppsbeskrivningen (Strömbeck et al., 2014), men skiljer sig från Lindgren (2007), där måendet vid inskrivning var sämre än normalgrupp och där det fanns en betydande måendeskilnad över tid. I Lindgren (2007) var deltagarantalet så pass litet (n=9) att funderingar kring om målgruppen har förändrats över tid, alternativt om urvalet inte var representativt för målgruppen, riskerar att bli spekulativa. Då föreliggande studie bygger vidare på det datamaterial som insamlats sedan 2009 kan däremot slutsatsen dras att resultaten från Strömbeck et al. (2014) och Strömbeck et al. (2017) står sig då undersökningsgruppen blivit större och då jämförelsen görs över en längre tidsperiod. Fokus i nuvarande undersökning skiljer sig delvis från tidigare utvärderingar, då det förutom beskrivningar av måendet även handlar om livssituation, funktionsnivå och nöjdhet.

Majoriteten av ungdomarna på Magelungen BO har tidigare erfarenhet från behandling. Denna målgrupp skulle kunna ställas i relation till tidigare identifierade utfallskategorier: *Gå vidare*, *Överlevare* och *Offer* (Stein 2006; 2008). Vilken av dessa kategorier tillhör ungdomarna på Magelungen BO, och skulle det vara troligt att tänka sig att deras utvecklingsbana har alternerats tack vare stödboendet som insats? Ifall utvecklingsbanan har förändrats till en mer positiv, där andelen exkluderade ungdomar är lägre än den förväntade utifrån målgruppens riskprofil, kan insatsen sägas ha effekt. Tänkbart är även att intensiteten i stödboendet, BO 1, BO 2 eller BO 3, redan är anpassad efter dessa utfallskategorier.

Då unga människor som lämnar behandling är en sårbar grupp har vikten av god eftervård betonats i tidigare studier. Risken för dem är hög att drabbas av negativa livshändelser, däribland psykisk ohälsa och arbetslöshet, och de som lämnar behandling vid 16–17 års ålder har särskilt hög risk för negativa utfall (Stein, 2006). Eftervård kan även kompensera för bristande stöd från familjen och kan bidra med att göra övergången till vuxenlivet mindre abrupt. Av dessa anledningar är stödboenden betydelsefulla. Med tanke på den risk som finns för denna grupp ungdomar kan utfallet ses som positivt, med hög grad av självförsörjning samt en majoritet som är i utbildning eller arbete.

Rätten till stöd för dem som lämnar familjehem eller HVB finns reglerat sedan år 2008 (Socialtjänstlag 2001:453, 5 kap. 1 §) och sedan 2016 är alltså stödboenden en ny placeringsform. Resultatet i föreliggande studie kan ses mot bakgrund av syftet med stödboenden, där det ska vara fråga om individuellt anpassat stöd i form av förberedelser för ett självständigt liv och boende, riktat till personer i åldrarna 16–20, som kan anses vara för gamla för familjehem och som inte har det omfattande behandlingsbehovet som finns för individer på HVB-hem (Socialstyrelsen, 2016a). Målgruppen på Magelungen BO motsvarar denna tänkta målgrupp, där en del har en bakgrund av familjehem eller HVB och där andra är ensamkommande barn och unga, samtliga i åldrarna 16–20. Måendet, i form av symptom, besvär av sina symptom, tillfredsställelse med livet, samt självbild, avviker inte så pass mycket från normalgrupp att de som grupp kan sägas befinna sig på en kliniskt hög nivå. Snarare motsvarar målgruppen i många av måtten på mående just normalgrupp.



Magelungen BO syftar just till att ge individuellt stöd i vägen mot ett självständigt liv, något som ungdomarna vid insatsens avslut även ger uttryck för att de har fått: de upplever sig ha fått stöd i att utveckla sin självständighet, fått stöd i skolgång eller annan daglig sysselsättning, samt att förmågan att ta ansvar för sitt eget boende och förmågan att klara sig i samhället har blivit till det bättre.

### *Styrkor och svagheter med studien*

Vad gäller måndeskattningarna varierar uppskattningen av huruvida ungdomarna på stödboendet skiljer sig gentemot normalgrupp beroende på om ungdomen själv eller om vårdnadshavare har tillfrågats. En brist vid jämförelsen av föräldraskattningarna är dock att målgruppen på BO i genomsnitt är drygt 17 år gamla, medan ungdomarna i jämförelsegruppen är 13 år (Björnsdotter et al., 2013). SDQ är även ett instrument som ursprungligen var tänkt att användas till åldrarna 4–16 (Goodman, 1997), alltså yngre än målgruppen på BO. Vårdnadshavares skattning av SDQ är inkluderad i utvärderingsmodulen men föll i praktiken bort eftersom de endast deltog vid inskrivning. Att de inte deltagit vid avslut kan förstås utifrån att de ofta inte är särskilt inblandade i insatsen.

Den största effekten som noterades var en ökning av kamratsvårigheter från inskrivning till uppföljningstillfället. Vid inskrivning var ungdomarna 16–20 år gamla, och vid uppföljningen var de mellan 20–23 (M=21) år. Instrumentet SDQ är som självskattningsinstrument avsett för unga i åldrarna 11–16, även fast det i Sverige visat på goda till acceptabla psykometriska egenskaper även för en äldre målgrupp. Trots det är det just delskalan Kamratproblem som bland annat visat sämst intern konsistens i tidigare studier (Svedin & Priebe, 2008; Goodman et al., 1998; Goodman, 2001). Det kan därmed inte uteslutas att effekten felaktigt kan ha uppstått på grund av mätfel och att det inte är en verklig förändring i kamratsvårigheter.

Vid planerandet av en utvärdering av en verksamhet är såväl målgrupp som huvudsaklig målsättning med insatsen viktiga komponenter att beakta. En utvärdering kan även riktas utifrån olika modeller, där till exempel utfall eller process kan vara i fokus (Blom, Morén och Nygren, 2011). Nuvarande undersökningsmodell härstammar från idén om att stödboendet inom Magelungen skulle fungera som ett led i en vårdkedja, där ungdomar från institutionsvård inte skulle släppas ut i tomma intet utan istället erbjudas stöd för att ha en fungerande tillvaro med boende och studier eller arbete, samt tanken om att Magelungens olika verksamhetsområden skulle utvärderas enligt samma modell. På dagverksamheten, behandlingshem och BO var därför utvärderingarna identiska. På HSP och FUNKA-programmen är utvärderingen uppbyggd av en del mätinstrument som är samma, men på andra sätt skiljer sig dessa utvärderingar från övriga. Att utvärderingarna tidigare var identiska var också logiskt utifrån tanken på att verksamheternas målgrupp och utfall då lättare kunde jämföras.

Att mäta mående kan därmed vara aktuellt för att beskriva en vårdkedja, där en tidigare mer intensiv behandlingsform efterföljs av stöd i form av stödboendet, detta i syfte att säkerställa att måendet över tid inte försämras och att stödboendet därmed inte kan anses vara tillräcklig som insats. Ifall fokus istället läggs på målen med insatsen BO, samt det faktum att det inte är

en behandlingsinsats, bör även utvärderingen av verksamheten se annorlunda ut. En viktig skillnad mellan HVB och stödboende är att det i det förra bedrivs vård eller behandling, medan det i det senare istället är fråga om stöd. En grupp som för tillfället mår tillräckligt bra under sin vistelse på BO (som kan utläsas utifrån mätningarna vid inskrivning och avslut), men som både har en historia av sämre psykiskt mående och omfattande kontakter bland annat med socialtjänst och psykiatri, och som i denna undersökning också delvis visar sig ha ett försämrat mående även vid uppföljning. Istället för mående borde istället mått på funktionsnivå och grad av självständighet användas som utfallsmått, och där bedömningar av kvalitén på stödet och hur mycket träning som de boende fått borde finnas med som processmått. Från och med 2016 är därför innehållet i utvärderingen av Magelungen BO utbytt.

### *Vidare studier*

Utvärderingen på Magelungen BO är ändrad, där måendeskattningar från och med 2016 är utbytta mot skattningar av funktion och mäts då med *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0), ett instrument som bygger på *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) och avser att fånga upp funktions-tillstånd, funktionshinder och hälsa inom sex olika domäner: kognition, förflyttning, personlig vård, relationer, dagliga aktiviteter samt delaktighet (Världshälsoorganisationen, 2010).

Vid planering av framtida utvärderingar av Magelungens stödboenden skulle inspiration annars kunna hämtas från den uppföljning som Socialstyrelsen och IVO fått i uppdrag att genomföra och redovisa för Regeringskansliet senast 31 mars 2019. I denna utvärdering planerar Socialstyrelsen att fokusera på brukarnas egna erfarenheter av stödboendet, vilka effekter som kan observeras, samt utformning, bemanning och i vilken mån de unga får känslomässigt och praktiskt stöd. Särskild uppmärksamhet ska även riktas mot ”de placerades förutsättningar för skolgång, utbildning, eget boende och etablering på arbetsmarknaden och i samhällslivet” (Socialstyrelsen, 2016b).

Vikten av att studera effekter av insatser har tidigare lyfts fram, samt brister på välkontrollerade effektutvärderingar (Socialstyrelsen, 2012). Att göra systematiska uppföljningar är värdefullt som ett led mot en evidensbaserad praktik, men bristen på jämförbarhet leder till att resultatet av uppföljningen gärna ”hamnar i luften”. Om fler aktörer utvärderar på samma sätt ökar möjligheten till jämförelser mellan behandlingsmetoder och undergrupper, trots en enkel före-efter design i studien. Längre uppföljningstider, företrädesvis i kombination med registerstudier, skulle dessutom på ett mer tillförlitligt sätt kunna bidra med kunskap om livssituationen för dessa ungdomar senare i livet. Hur ser det till exempel ut med arbete, utbildning, försörjning och mående vid 25 års ålder för denna grupp i jämförelse med andra? De som lämnar behandling utan att få eftervård skulle därmed kunna jämföras med de som får eftervård samt med normalgrupp utan erfarenhet av vård.

## Kliniska implikationer

Fallbeskrivningarna är exempel på ärenden som passerat först HVB och därefter BO. De kan även ses som typfall som kan ligga till grund för diskussioner i personalgruppen om de ärenden som tas emot, hur insatsen är utformad och om något hade kunnat göras annorlunda. Med så pass olika utfallsprofiler som syntes i jämförelsen mellan *Ungdom A* och *Ungdom B* föds tankar kring om insatsens innehåll sett olika ut, ifall den ena ungdomen fick mer eller bättre kvalité, alternativt om förutsättningarna var olika (jämför t ex. utfallskategorierna *Gå vidare*, *Överlevare* och *Offer*). Dessa mätningar kan fungera som diskussionsunderlag för personalgruppen i det enskilda ärendet. Känner de igen dessa förändringar som visas i mätinstrumenten? Vad gjordes i A som hade kunnat göras i B? Utifrån detta kan då personalgruppen medvetandegöra vad som faktiskt görs i de olika ärendena och fundera över vad detta kan säga inför planering av framtida insatser.

## Slutsats

Mycket kunskap finns om riskfaktorer och framgångsfaktorer i livet, och de ungdomar som tidigare befunnit sig i vård har högre risk för negativa livshändelser. Eftervård/utsluss har i tidigare studier visat positiva effekter, och utfallet i föreliggande undersökning tyder även det på goda resultat, att Magelungen BO gör det som de säger att de ska göra. Att erbjuda stödboende som ett sätt att minska riskerna för en negativ utveckling, samt som stöd för ungdomar som annars ofta erfar en hoptryckt och accelererad väg in i vuxenlivet, borde vara en insats att överväga. Med i beräkningarna kan även kunskap om vilken utfallskategori ungdomen är på väg att hamna i, *Gå vidare*, *Överlevare* eller *Offer*, samt att där utefter anpassa insatsens intensitet.

## Referenser

- Andersen, T. (2011). *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen*. Lund: Studentlitteratur.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Armelius, K. & Benjamin, L. S. (1998). SASB. Strukturell Analys av Socialt Beteende.
- Armelius, K. & Birgegård, A. (2009). SASB Introjekt. Version 2.0.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- 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.
- Biehal, N. & Wade, J. (1996). Looking back, looking forward. Care leavers, families and change. *Children and Youth Services Review*, 18, 425-445.
- Birgegård, A. & Claesson, K. (opublicerat material). *Structural Analysis of Social Behavior. Self-image norms, psychometric properties, and gender differences for Swedish adolescents*. Opublicerat material.
- 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.
- Blom, B., Morén, S., & Nygren, L. (2011). *Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Borell, P. (2013). Manual till Steg för Steg, upplaga 22. En studiecirkel i serien Ett Självständigt Liv (ESL). Värnamo. Nedladdad 2017-10-05 från [www.eslmedmera.se](http://www.eslmedmera.se).
- Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare (tredje upplagan)*. Malmö: Liber.
- Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P., & Ivarsson, T. (2009). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin*. 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.
- Ginsburg Nordlund, K. & Malmsköld, L. (2010). Vägen till ett självständigt liv. Utslussning och eftervård av unga vuxna efter avslutad samhällsvård. Stockholms Universitet: Examensarbete.
- 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 Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

- 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.
- Greene, R. W. & Ablon, J. S. (2012). *Att bemöta explosiva barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Hjern, A., Vinnerljung, B., & Lindblad, F. (2004). Avoidable mortality among intercountry adoptees and child welfare recipients. A national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 412-417.
- Hübinette, M., Lindgren, T., & Westlund, T. (2003). *Behandlingsresultat av dag- och dygnetrunn behandling för ungdomar med allvarliga psykiska problem. Slutrapport*. Stockholm: Magelungen AB.
- Höjer, I. & Sjöblom, Y. (2008). Young people leaving care in Sweden. *Child and Family Social Work*, 15, 118–127.
- Jensen, H., Bertelsen, J., Juul, J., Stubberup, M., & Høeg, P. (2015). *Empati. Det som håller samman världen*. Strömsund: Fabricius Resurs.
- Juul, J. (2009). *Ditt kompetenta barn. På väg mot nya värderingar för familjen*. Stockholm: Månepocket.
- Klein, R. B. (2009). *Becoming a behavioral science researcher. A guide to producing research that matters*. New York: The Guilford Press.
- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2006). MUBoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen AB.
- Lindgren, T. (2007). *Behandlingsresultat på MBC Stödboende. Delrapport 2*. Stockholm: Magelungen AB.
- Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2009). IN-BoB. Intagningsinformation om bakgrund och behandling vid Magelungens behandlingscenter. Stockholm: Magelungen AB.
- Sallnäs, M. & Vinnerljung, B. (2009). Samhällsvårdade tonåringar som vuxna. En uppföljande registerstudie. *Socionomens Forskningssupplement*, nr. 25.
- Scott, J., Williams, J. M. G., & Beck, A. T. (1991). *Cognitive Therapy in Clinical Practice*. Hove: Routledge.
- Socialstyrelsen (2009). *Boendelösningar för hemlösa personer. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011. Omfattning och karaktär*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012). *Svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *HSLF-FS 2016:56. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om stödboende, beslutade den 31 maj 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Meddelandeblad. Ny placeringsform, stödboende för barn och unga 16–20 år*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Stödboende för barn och unga 16–20 år. Delrapport november 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stein, M. (2006). Research review. Young people leaving care. *Child and Family Social Work*, 11, 273-279.

- Stein, M. (2008). Resilience and young people leaving care. *Child Care in Practice, 14*, 35–44.
- 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.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2017). Behandlingsresultat Magelungen. Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet (HSP), behandlingshem och resursboende (BO). 2009–2015. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2012). UPP-BoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen Utveckling 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.
- Vetenskapsrådet (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients. A national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 723–733.
- Vinnerljung, B., Öman, M., & Gunnarson, T. (2005). Educational attainments of former child welfare clients. A Swedish national cohort study. *International Journal of Welfare, 14*, 265–276.
- Världshälsoorganisationen (2010). Mätning av hälsa och funktionshinder. Manual till WHO: s formulär för bedömning av funktionshinder “WHO Disability Assessment Schedule” (WHODAS 2.0).
- Wennerberg, T. (2010). Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation. Stockholm: Natur & kultur.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. C. (2015). *Abnormal child and adolescent psychology with DSM-V updates (8<sup>th</sup> ed.)*. Harlow: Pearson.
- 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.
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes. A review of Clinical Significance, Reliable Change and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment, 82*, 50–59.
- Öst, L.-G. (2012). Klinisk signifikans. I Sundell, K. (red.), *Att göra effektutvärderingar* (ss. 493–502). Stockholm: Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB.

