



MAGELUNGEN

Utvärdering av Magelungen Heldag

Rapport 14

Uppföljning och utfall efter behandling

2009–2019

Johan Strömbeck
Patrik Karlsson-Söderström
Selma Engdahl

2021

Förord

Utvärderingen på Magelungen har funnits sedan 1990-talet. Från att ha deltagit i ett utvärderingsprojekt om behandlingshem (Armeliuss m.fl., 2002) fortsatte Magelungen i egen regi att utvärdera sina verksamheter (Hübinette m.fl., 2003). Magelungen utvärderar kontinuerligt alla behandlings- och skolverksamheter och rapporterar resultaten i en rapportserie (www.magelungen.com/om-oss/forskning-och-utvardering/magelungens-rapportserie/).

Tack till tidigare forskningsansvarig Ingemar Oldenvi och tidigare handledare David Clinton, som arbetat med att lägga grunden för utvärderingen som den ser ut idag (Larsson m.fl., 2008b, 2008a). Tack även alla forskningsansvariga på enheterna som samlat in datamaterial samt ungdomar och vårdnadshavare som deltagit i utvärderingen.

Medverkande författare

Johan Strömbeck, doktorand i psykologi, Åbo Akademi, forskning- och utvärderingsansvarig, Magelungen.

Patrik Karlsson-Söderström, beteendevetare och legitimerad psykoterapeut, före detta behandlingschef Magelungen Örebro.

Selma Engdahl, psykolog, forskning- och utvärderingsansvarig Magelungen.

Sammanfattning	0
Inledning	1
Organisatoriska mellanrum.....	1
Heldagsverksamheter.....	2
Organisation och struktur på Magelungen Heldag.....	2
Målgrupp	4
Teoretisk grundsyn på Magelungen Heldag	4
Syfte och frågeställningar	5
Metod.....	6
Deltagare.....	6
Mätinstrument.....	7
<i>SDQ</i>	7
<i>SASB</i>	8
<i>Livets steg</i>	8
<i>IN-BoB och UPP-BoB</i>	8
Procedur.....	9
Dataanalys	9
Resultat.....	11
Bortfallsanalys	11
Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp	11
Självskattningar – ungdomens mående över tid	14
<i>SDQ-S</i>	14
<i>SASB</i>	14
<i>Livets steg</i>	14
Föräldrarnas skattning av ungdomens mående över tid.....	16
<i>SDQ-F</i>	16
Lärarskattning av ungdomens mående vid avslut.....	18
Funktionsnivå och livssituation efter insats	18
<i>Skolgång och sysselsättning</i>	18
<i>Kontakter efter Magelungen</i>	18
Nöjdhet	19
Magelungens positiva sidor	21
Magelungens negativa sidor	21
Diskussion	23
Styrkor och svagheter med studien	26
Vidare studier.....	26
Slutsats.....	27
Referenser	28

Sammanfattning

Magelungen Heldag är en form av strukturerad öppenvård bestående av individuell behandling, skola och familjebehandling där ett tvärprofessionellt team arbetar i ett mindre sammanhang mot gemensamt formulerade mål. Utfall undersöktes utifrån skattningsformulären SDQ, SASB och Livets stege vid tre mättillfällen, samt utifrån livssituation och funktionsnivå vid uppföljning. 77 ungdomar och 57 föräldrar från 20 olika enheter deltog. Resultatet visade på ett förbättrat mående över tid, med minskade svårigheter som ungdomarna också besvärades mindre av, något förbättrad tillfredsställelse med livet samt en tendens till förbättrad självbild. Andelen ungdomar som befann sig på en kliniskt hög nivå utifrån totala problem-skalan minskade efter behandling. Vid uppföljningen hade en majoritet gymnasiekompetens, de flesta studerade, medan några arbetade eller praktiserade. Andra var arbetslösa eller sjukskrivna. De flesta ungdomarna var nöjda med Magelungen, de tyckte att de blivit väl bemötta, att personalen lyssnat på och förstått dem, och de hade förtroende för personalen. Jämförelser med liknande behandlingsinsatser försvåras av skillnader i studiedesign och mätmetod.

När barn och unga av olika anledningar inte har möjlighet att utvecklas gynnsamt i samhället riskerar det att leda till psykisk ohälsa, isolering, missbruk, aggressiva handlingar, självmord och kriminalitet (Bronfenbrenner, 1979; Skolverket, 2010; Socialstyrelsen, 2010, 2018; Wille m.fl., 2008). Utan en gedigen och helhetlig förändrings- och utvecklingsinsats för dessa barn och unga försämras med all sannolikhet utgångsläget i deras fortsatta deltagande i samhälls- och vuxenlivet (Socialstyrelsen, 2019). Det kan vara avgörande att ingå i ett tryggt sammanhang med möjligheter att reparera tidigare negativa erfarenheter och få stöd i att förstå och hantera sina egna och omgivningens förutsättningar och förväntningar. Målet med en insats på Magelungen Heldag är att barnet och dess familj/nätverk kommer igång med sin egen förändring och utveckling och framåt i livet håller kvar i denna gynnsamma riktning (Rizzo m.fl., 2019).

Magelungen Heldag är ett koncept inom Magelungen Utveckling AB som funnits sedan 1995. Uppdragsgivare till insats på Magelungen Heldag är socialtjänst, Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och skolförvaltningen. En insats pågår så länge uppdragsgivare bedömer att det är motiverat, vanligen 1–2 och ibland upp till 3 år. Tillståndet utfärdas av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och verksamheterna styrs primärt av Skollagen (2010) och Socialtjänstlagen (SoL, 2001). I dagsläget finns Magelungen Heldag i Gävle, Göteborg, Helsingborg, Jönköping, Solna, Stockholm, Södertälje, Uppsala, Västerås och Örebro. Konceptet skapades för att ”möta behovet av en intensiv behandlingsform som inte utgör ett lika stort ingrepp i de berörda familjerna som placering på HVB-hem” (Marklund m.fl., 2010, s. 5). År 2005 sökte och fick Magelungen Heldag grundskoletillstånd vilket innebar att verksamheten också blev en friskola. Detta ledde till nya möjligheter för skolmässig inkludering med möjlighet att nå kunskapsmålen (Rizzo m.fl., 2019). Magelungen Heldag går också att beskriva som svaret på ett organisatoriskt mellanrum.

Organisatoriska mellanrum

I juni 2018 förde IVO fram bilden av organisatoriska mellanrum, vilka uppstår “när en persons, grupp eller organisations ansvar, befogenheter, ambitioner, kompetens, information etcetera tar slut utan att någon annan person, grupp eller organisation tar vid. Det uppstår ett glapp, ett mellanrum i väven av hur saker och ting har organiserats. I ett sådant mellanrum kan människor, frågor och problem hamna” (Tyrstrup, 2014, s. 37). I ett organisatoriskt mellanrum är det inte tydligt vem som bär på ansvaret och personer riskerar att hamna “mellan stolarna”. Barn och unga med deras familj/nätverk som varit inskrivna på Magelungen Heldag beskriver ofta en tidigare situation som går att känna igen i detta.

Socialstyrelsen å sin sida lyfter fram regeringsbeslutet att alla barn och unga ska få stöd i ett tidigt skede av ogynnsam utveckling genom tidiga samordnade insatser mellan skola/elevhälsa, hälso- och sjukvård och socialtjänst (Kunskapsguiden, 2020). Trots ambitionen med tidiga samordnade insatser täcks idag inte de behov som finns, vilket bland annat visar sig genom att den psykiska ohälsan hos unga tycks öka (Socialstyrelsen, 2019).

Magelungen Heldags koncept avser täcka in flera av de centrala behovsområden som finns hos denna grupp med barn och unga i en och samma verksamhet: behandling, skola och familj/nätverk. Genom att samordna dessa delar av den unges liv i ett och samma sammanhang och tillämpa tvärprofessionell kompetens kan det tänkas att det organisatoriska mellanrummet minimeras eller försvinner.

Heldagsverksamheter

Magelungen Heldag är en form av strukturerad öppenvård. Strukturerad öppenvård är definierat av Socialstyrelsen som ”individuellt målinriktade program som är regelbundna, begränsade i tiden och i vilka klienterna är inskrivna och vistas under hel dag eller del av dag” (Socialstyrelsen, 2014). Under år 2013 fick 4689 ungdomar i åldrarna 13–17 år strukturerad öppenvård någon gång under året, vilket motsvarar 0,8 % av ungdomarna i den åldersgruppen (Socialstyrelsen, 2014). År 2020 hade antalet stigit till 7064, eller 1,2 % av den aktuella åldersgruppen (Socialstyrelsen, 2021).

Heldagsverksamheter finns i den vetenskapliga litteraturen beskrivna som *Adolescent Day Treatment* (Powell m.fl., 1999), *Day Treatment Programs* (Pazaratz, 2001), eller *Therapeutic Day Programs* (Weir & Bidwell, 2000). Programmen beskrivs som alternativ till behandlingshem, där ungdomarna kan få stöd i sin akademiska och psykosociala utveckling. Det finns också program som mer betonar skolan som central och som kallas *Alternative Educational Programs* (Brouwer-Borghuis m.fl., 2019). I Sverige har dessa verksamheter kallats terapiskolor (t.ex. Liljeholmens terapiskola) och går nu bland annat under namnet dagbehandling eller dagbehandling med skola (www.nytida.se, www.svalnas.se). En verksamhet som påminner om Magelungens Heldag är *Bryggan* i Örebro, en kommunal verksamhet som skapades som alternativ till externa skolplaceringar och som även det är en kombination av behandling och skola. Målgruppen skiljer sig dock då den enbart riktar sig till elever med problematisk skolfrånvaro (Örebro kommun, 2020).

Det finns en del forskning om effekter av heldagsverksamheter. Weir och Bidwell (2000) sammanställde effektstudier i en översiktsartikel. De drog då slutsatsen att det finns en del studier som visar på positiva utfall av insatserna, men att studiedesignen ofta var svag. Bland annat saknades för det mesta en kontrollgrupp. En uppföljningsstudie (Milin m.fl., 2000) visade på förbättrat beteendemässigt och akademiskt fungerande, och i en annan (Powell m.fl., 1999) återvände 67 % av eleverna till vanlig skola direkt efter avslutad insats. Även i Sverige har positiva utfall rapporterats, bland annat har Svalnäs dagbehandling följts upp i intervjustudier (Andersson, 1999; Svensson, 1990) och en utvärdering av *Bryggan* sammanställdes nyligen (Örebro kommun, 2020).

Organisation och struktur på Magelungen Heldag

Magelungen Heldag utgörs av domänerna individuell behandling, skola och familjebehandling. För att hantera dessa skilda domäner eftersträvas ökad känsla av sammanhang (KASAM;

Antonovsky, 2005) för samtliga inblandade. Synergieffekter söks genom att kartlägga komponenter som är domänöverskridande, som vikten av att skapa *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet* (Antonovsky, 2005). Samtidigt söks synergier i det som är specifikt i en domän, som när betyg i ett skolämne stimulerar stolthet hos en förälder vars positiva återkoppling till sitt barn blir någonting nytt och positivt i deras samspel.

Den unge har anpassad studiegång som baseras på pedagogisk utredning och åtgärdsprogram. Behandlingsarbetet konkretiseras i en genomförandeplan utifrån de behovsområden uppdragsgivare har identifierat (vårdplan) samt de framtidsdrömmar den unge och familjen har uttryckt i ett så kallat samuppdrag. En avsevärd del av insatsen fokuserar på att skapa en positiv förändrings- och utvecklingsprocess hos vårdnadshavare och nätverk som ska gynna den unge på kort och lång sikt.

I den dagliga verksamheten arbetar all personal med barn- eller ungdomsgruppen enligt den struktur som är uppsatt och här möter den unge ett anpassat mindre sammanhang med hög personaltäthet, kompetens och erfarenhet. Verksamhetens innehåll lutar sig mot en struktur och präglas av förutsägbarhet, tydlighet och trygghet. Inom denna struktur används relationer, samspel, samtal och studier till att via KASAM skapa förändring och utveckling. Detta arbete pågår hela tiden och liknar ett miljöterapeutiskt sammanhang (Hölcke, 2006).

Magelungen Heldag är organiserat med ett gemensamt ledarskap (rektor och behandlingschef) och teamarbete utifrån rollerna samordnare (socionomer/beteendevetare), mentorer (pedagoger/specialpedagoger), familjebehandlare (psykoterapeuter eller liknande) samt elevhälsoteam (psykolog, läkare, skolsköterska, kurator och studie- och yrkesvägledare). Verksamheten betonar vikten av att all personal delar ett gemensamt systemiskt förhållningssätt som kort innebär att involvera familjen/nätverket och förhålla sig relationellt, salutogent och icke-dömande (Rizzo m.fl., 2019).

Verksamheten lägger vikt vid att personalgrupperna har organisatoriska stödstrukturer som främjar kvalitet i sammanhangets olika processer. Utöver ovanstående finns ett antal strukturerade forum och möten som syftar till att skapa KASAM:

- **Mål och medel-samtal:** Forum för den unge och dess samordnare. Huvudsakligt syfte är att hitta en gemensam väg i arbetet mot målen genom att skapa delmål, identifiera resurser och hinder och testa nyfunna strategier.
- **Mentorstid:** Forum för den unge och dess mentor. Huvudsakligt syfte liknar Mål och medel-samtalets, men här ligger fokus på skolprocessen.
- **Familjesamtal:** Forum för familjen och familjebehandlare. Form och konstellation varierar utifrån behov och förutsättningar men utgår från målen i genomförandeplanen. Några exempel är familjesamtal, stödsamtal, familjearbete och familjeaktiviteter.
- **Uppföljningsmöten/samverkan med uppdragsgivare:** Forumet nyttjas av teamet, familjen och uppdragsgivare. Syftet är att följa upp insatsen och justera innehållet.
- **VI-möten:** Gemensamt forum för personal och barn/ungdomsgrupp där gemensamma frågeställningar lyfts upp för diskussion. Huvudsakligt syfte är att möjliggöra demokratiska processer och delaktighet.

- **Morgonmöten:** Genomgång där alla får kännedom om dagens planering och eventuella förändringar.
- **Social och emotionell färdighetsträning (SEFT):** Övergripande syfte är att stimulera relationella färdigheter. Detta är ständigt pågående i den dagliga verksamhetsmiljön, exempelvis under aktiviteter, lektionspass och raster. Här övar ungdomarna på att utveckla sociala färdigheter och kommunikation. SEFT konkretiseras i *Fördjupad SEFT*, som är ett forum med mer tydlig inramning där personal och ungdomar arbetar och diskuterar olika teman.
- **Tydlig insluss-process:** Genomsyras av noggrann kartläggning av styrkor och utvecklingsområden, tydliga upplägg som svarar mot målen och en anpassad kravnivå som ökar sannolikheten för att lyckas. Detta parallellt med allians- och trygghetsskapande aktiviteter.

Målgrupp

Magelungen Heldag vänder sig till barn och ungdomar inom åldersspannet 7–19 år (låg/mellan- respektive högstadiegrupper) med sociala och psykiska svårigheter som till exempel koncentrationssvårigheter, isolering, depression, ångestproblematik, tvångstankar, tvångshandlingar, svårigheter med sociala sammanhang, problematiska relationer till jämnåriga och vuxna, problem med konflikthantering, egna riskbeteenden, skolfrånvaro, skolmisslyckanden, neuropsykiatriska funktionsvariationer, samt språkstörning eller annan kognitiv funktionsnedsättning (Rizzo m.fl., 2019). Vanligt förekommande är psykosociala påfrestningar i ungdomarnas uppväxtmiljö, till exempel anknytningsproblematik, separationer, vårdnadstvister, missbrukande föräldrar, trauman, samt bevittnat och/eller upplevt våld.

De som blir aktuella för insats har omfattande behov av särskilt stöd och har vanligen en historik av orosanmälningar till socialtjänst från skola och/eller anhöriga samt utredning och behandling hos BUP och/eller socialtjänst. Det är vanligt att barnet varit med om olika skolanpassningar och att svårigheterna pågått under flera års tid. Gruppen är heterogen men den gemensamma faktorn för de flesta är omfattande negativa skolerfarenheter. Nästan samtliga har haft svårt att utifrån de förutsättningar som funnits skapa sig en fungerande skolgång. Magelungen Heldag uppfattar familj/nätverk som centrala i förändrings- och utvecklingsarbetet vilket innebär att även dessa ingår som en naturlig del i målgruppen.

Teoretisk grundsyn på Magelungen Heldag

Ett avgörande fundament inom det systemiska på Magelungen Heldag är idén om *multiversa*. Det som följer ur detta är att flera perspektiv på exempelvis ett problem behöver få ta plats och uttryckas för att ny kunskap ska kunna etableras. Viktiga värden som följer ur det systemiska perspektivet på Magelungen är ett öppet och icke-dömande förhållningssätt, ett fokus på den unges och familjens resurser, vikten av kommunikation, nyfikenhet och respekt (Rizzo m.fl., 2019), något som också bidrar till en pragmatisk hållning till metod. Det är vanligt att det i en

verksamhet finns tydliga inslag av exempelvis mentalisering, anknytningsteori, KBT, motiverande samtal (MI), mindfulness, förstärkningssystem och samtal med samtalskort.

Konsekvenserna av de systemiska värdena och förhållningssätten är ökade möjligheter till konstruktivt samarbete på alla nivåer - när det inte bara finns "en sanning" blir det centralt att lyssna in andra och delge andra det egna. I boken om Magelungen Heldag (Rizzo m.fl., 2019) understryks affekternas betydelse för människan i sina sociala sammanhang, och kanske framför allt hur affektreglering hänger ihop med möjligheterna till att bryta negativa spiraler och stimulera positiva.

Det här är en omfattande studie av utfall av Heldag, där material samlats in under 11 år, där ungdom, förälder och personal deltar och där material samlats in vid tre mättillfällen. Vid det tredje mättillfället efterfrågas förutom mående även livssituation och funktionsnivå. Heldagsinsatser är både omfattande och kostsamma och dess effekter borde därför utvärderas såväl i storskaliga forskningsstudier som lokalt. Internationellt finns en del forskning inom området, men innehållet i dessa insatser varierar stort och de effektstudier som finns härstammar främst från andra länder. Magelungen Heldag fyller i Sverige en funktion i det organisatoriska mellanrum som kan uppstå mellan skola/elevhälsa, hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Insatsen utvärderas kontinuerligt och har tidigare redovisats i Marklund med kollegor (2010) och Strömbeck med kollegor (2017). I den förstnämnda användes delvis andra mätinstrument och undersökningsgruppen var liten ($n = 20$). Den sistnämnda studien är en delrapport och innefattar endast två mättillfällen. Uppdaterade data, med en större undersökningsgrupp, är därför motiverat för att se om resultaten står sig. Samma undersökningsdesign, mättillfällen och respondenter (alltså ungdom och förälder) har även använts på Magelungens behandlingshem och stödboende under åren 2009–2015, se till exempel Strömbeck med kollegor (2018).

Syfte och frågeställningar

Studien syftade till att utvärdera Magelungen Heldag, med fokus på utfall, livssituation och nöjdhet. Frågeställningar:

- 1) Hur ser måendet ut vid insatsens inledning?
- 2) Sker några måndeförändringar efter behandling på Heldag?
- 3) Hur skattar personal på Heldag ungdomens mående vid behandlingsavslut i jämförelse med ungdom och förälder?
- 4) Hur ser funktionsnivån och livssituationen ut efter insatsens avslut?
- 5) Är ungdomarna nöjda med insatsen?

Metod

Undersökningen bygger på data från tre mättillfällen och är en så kallad One-group pretest-posttest design (Kline, 2009), med ett extra mättillfälle. Måndeskattningar genomfördes vid inskrivning (T1), avslut (T2) och ett uppföljningstillfälle 12 alternativt 18 månader efter avslut (T3). Både ungdom och förälder fyllde i formulären vid alla tre mättillfällen (T1, T2 och T3). De som inte deltog vid T1 deltog inte heller vid resterande mättillfällen och de som var inskrivna mindre än sex månader deltog inte heller vid T2 och T3. De som deltog vid T1, men inte T2 var fortfarande aktuella för deltagande vid T3. Alla som deltagit vid åtminstone T1 inkluderades i undersökningen. Då ungdomen gått från en heldagsinsats till en annan gjordes T1 vid start på första heldagsenheten, T2 vid avslut på andra heldagsinsatsen, och T3 12 månader efter avslut på andra enheten.

Deltagare

Deltagare i utvärderingen var barn/ungdomar och vårdnadshavare från 374 heldagsärenden; 67 % pojkar och 33 % flickor i åldrarna 7–18 ($M = 13,7$; $SD = 1,7$), med en majoritet (93 %) i åldrarna 11–16. I 25 ärenden rapporterades annan än biologisk förälder ha deltagit. Dessa var annan släkting (7) eller familjehemsföräldrar (18). I de fall då föräldrar tillsammans besvarat frågorna har dessa räknats in som mammas skattning. Ansvarig behandlare eller annan behandlingspersonal deltog vid avslut. Deltagarna kom från 20 olika heldagsverksamheter på 10 orter.

Vid behandlingsstart fanns inga inklusionskriterier, utan i alla heldagsärenden tillfrågades ungdom och förälder om att delta. Vid T2 och T3 inkluderades endast de ärenden som varat mer än sex månader. Behandlingslängden varierade mellan 6,2–79,0 månader ($M = 20,8$; $SD = 11,5$). T1-mätningen gjordes i genomsnitt 27 dagar efter behandlingsstart. Deltagarfrekvensen noterades från år 2012 och framåt (se Tabell 1). Åren 2012–2019 var den vid T1 58 %.

Tabell 1

Påbörjade ärenden och antal deltagare per år, från start 2009.

	Påbörjade ärenden	Deltar ^a	Deltagarfrekvens (%)
2009	?	16	
2010	?	17	
2011	?	22	
2012	47 (+ 4*)	18	38
2013	65 (+ 6*)	36	55
2014	85 (+ 2*)	51	60
2015	77 (+ 3*)	42	55
2016	91 (+ 2*)	40	44
2017	79 (+ 2*)	63	80
2018	42 (+ 4*)	37	88
2019	63 (+ 2*)	27	43
TOTALT	549	374	58

* = Oaktuella för T1.

a = Uppgift om år saknas vid 5 ärenden.

Fler än var tredje ungdom (40 %) hade minst en psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos¹, varav 23 % minst två diagnoser. Vanligast var ADHD (119 ungdomar), följt av autismspektrumstörning (66), trotsyndrom (30) och ADD (24). 14 hade ångestproblematik, varav 2 social ångest eller fobi. 8 hade OCD, 3 tvångssyndrom utan närmare specifikation, 7 Tourettes syndrom eller tics. 7 ungdomar hade dyslexi, 3 dyskalkyli, 3 språkstörning och 3 hade generella inlärningssvårigheter. Förutom dessa förekom även ett fåtal mindre vanliga diagnoser eller tillstånd, såsom bipolaritet (6 ungdomar), ätstörning (2), psykotisk (1) och utvecklingsstörning UNS (1).

Placeringsorsak beskrevs av ansvarig behandlare vid behandlingsstart. Vanligaste anledningen var en skolgång som inte fungerade samt hög skolfrånvaro. Vanliga anledningar var även konflikter i skolan eller i hemmet, med ilskebrott, trots och våld, ibland också normbrytande beteende eller olika typer av riskbeteenden, där ungdomen kunde befinna sig i riskzon för kriminalitet och missbruk. Ångest, tecken på depression, samt ett dåligt mående beskrevs också i enstaka fall som placeringsorsak. I andra ärenden rörde det sig om bristande föräldraförmåga, omsorgssvikt eller våld i hemmet. Placeringsorsak kunde även beskrivas utifrån ungdomens behov; behov av mindre grupp, mindre sammanhang, individanpassad undervisning, praktiskt och emotionellt stöd, familjearbete, eller att föräldern behövde stöd i sitt föräldraskap.

Mätinstrument

Vid psykoterapiforskning och effektutvärderingar är det brukligt att använda mått på psykisk hälsa och psykisk ohälsa, begrepp som bland annat är definierade i Bremberg och Dalman (2015). När psykisk hälsa och psykisk ohälsa beskrivs benämns det här som mående. Mätinstrumenten är valda för att de mäter aspekter av psykisk hälsa och psykisk ohälsa, för att de är väletablerade och validerade, samt för att de är relativt korta och enkla att fylla i.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). SDQ är ett formulär som mäter styrkor, svårigheter och hur mycket en besväras av svårigheterna. Formuläret finns som självskattning, föräldraskattning och lärarskattning. Det består av 25 frågor som delas in i 5 delskalor om vardera 5 frågor; emotionella symptom, uppförandeproblem (även kallat beteendeproblem), hyperaktivitet/koncentrationsproblem (eller kort: hyperaktivitet), kamratproblem (även kallat kamratrelationsproblem) samt prosocialt beteende, det vill säga interpersonella beteenden som handlar om omtanke om andra. Dessa antar värden mellan 0–10. De fyra problemskalorna läggs ihop till en totalpoäng (Totala svårigheter) över problemområden med skala 0–40 (Goodman, 1997; Goodman m.fl., 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 koda från 0–10 (Impact Score) eller 0–15 (Impact Factor) för självskattningen och föräldraskattningen (Goodman, 1999), samt 0–6 alternativt 0–9 för lärarskattning (www.sdqinfo.org). I denna studie användes den utvidgade versionen med samt den sistnämnda kodningen: *Impact Factor*. På svenska kallas skalan även för Belastning eller Problem i vardagen (www.uppdragpsyiskhalsa.se). Då den koda 0–10

¹ Rapporterat i IN-BoB vid T1.

räknas noll poäng som normalt, en poäng är gränsvärde och mer än en poäng indikerar kliniska svårigheter (www.sdqinfo.com).

Intern konsistens (Cronbach's alpha) varierade för självskattningen vid T1 från 0,54 till 0,78² och för föräldraskattningen (mamma) vid T1 från 0,63 till 0,79³. Inga värden var oacceptabelt låga; hälften var adekvata (Kline, 2009).

Structural Analysis of Social Behavior (SASB). SASB mäter självbild och är baserat på interpersonell teori. Självskattningsversionen SASB Interex frågeformulär (SASB Self-image third surface) användes, bestående av 36 påståenden, där vissa är positivt och andra negativt formulerade. Instrumentet byggs upp av två dimensioner: positiv-negativ och kontroll-autonomi som i sin tur 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). Ungdomarna besvarade denna om sig själva. Reliabilitet uppskattades vid T1 genom att mäta intern konsistens (Cronbach's alpha). Värdena varierade från oacceptabelt låga (Spontanitet = 0,45) till väldigt bra (Hatar sig själv = 0,84)⁴.

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 och ett är sämsta tänkbara liv (Andrews & Withey, 1974; Wiklund m.fl., 1992). Ungdomarna besvarade frågorna om sig själva.

IN-BoB och UPP-BoB. Intagningsinformation om Bakgrund och Behandling (IN-BoB; Oldenvi m.fl., 2009) och Uppföljning av Bakgrund och Behandling (UPP-BoB; Strömbeck m.fl., 2012) är formulär konstruerade för att fånga upp bakgrundsfaktorer och tidigare insatser. Frågorna handlar bland annat om uppväxtförhållanden, hur långt kommen skolgången är, tidigare insatser från socialtjänst, psykiatri och skola. I UPP-BoB rör dessa frågor insatser efter behandlingen på Magelungen Heldag. Dessutom tillkommer frågor om vad ungdomen tyckte om sin tid på Magelungen. Instrumenten är baserade på Bakgrund och Behandling (BoB; Clinton m.fl., 1995) och Magelungens Uppföljning av Bakgrund och Behandling (MUBoB; Larsson m.fl., 2006). Exempel på frågor i UPP-BoB: "Hade du förtroende för personalen på Magelungen?", "Hur tycker du att Magelungen i sin helhet passade dig?", och "Hur skulle du beskriva Magelungens positiva sidor?".

² SDQ Ungdom: Emotionella symptom = 0,71; Uppförandeproblem = 0,62; Hyperaktivitetsproblem = 0,77; Kamratproblem = 0,54; Prosocialt beteende = 0,69; Totala svårigheter = 0,77, Impact Score = 0,78.

³ SDQ Mamma: Emotionella symptom = 0,69; Uppförandeproblem = 0,69; Hyperaktivitetsproblem = 0,76; Kamratproblem = 0,63; Prosocialt beteende = 0,68; Totala svårigheter = 0,79, Impact Score = 0,76.

⁴ Spontanitet = 0,45; Accepterar sig själv = 0,82; Tycker om sig själv = 0,79; Tar hand om sig själv = 0,61; Kontrollerar sig själv = 0,67; Anklagar sig själv = 0,74; Hatar sig själv = 0,84; Försummar sig själv = 0,58.

Procedur

Rekrytering till undersökningen skedde genom att samtliga ungdomar och vårdnadshavare vid påbörjad heldagsinsats tillfrågades om att delta. Undersökningen är en del av Magelungens egenkontroll, där vi undersöker utfall, det vill säga förändring efter insats. Ungdomarna och deras vårdnadshavare informerades om Magelungens utvärderingsrutiner vid studiebesök eller annat möte vid behandlingsstart.

Inför det första mättillfället (T1) delades ett information- och samtyckesformulär ut till vårdnadshavare tillsammans med frågeformulären. Där delgavs information om syftet med undersökningen samt om de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002), däribland att deltagandet är frivilligt och om kravet på konfidentialitet. De fick också information om att huruvida de deltar i utvärderingen eller ej inte skulle påverka kvalitén eller innehållet i insatsen.

Vid föremätningen (T1) och eftermätningen (T2) besvarades frågorna på plats på behandlingsenheten. Föräldrarna kunde också få med sig dessa för att fylla i hemma. Efter att ungdom och förälder gett sitt skriftliga samtycke till att delta i studien fyllde ungdomen i formulären vid något av de första mötena, antingen tillsammans med behandlingspersonal eller på egen hand. Behandlingspersonal kunde vid besvarandet av formulären sitta med som stöd och hade därmed möjlighet att besvara frågor och eventuella oklarheter kring formulären. Vid uppföljningsmätningen sökte behandlingspersonal upp ungdom och förälder via mail, brev eller telefon och träffades därefter för att fylla i formulären, alternativt skickades formulären hem per post. För att höja deltagarfrekvensen vid T3 kunde ungdom och förälder informeras redan vid behandlingsavslut om att de skulle bli kontaktade igen efter 12/18 månader.

Under åren 2009–2019 har upplägget av utvärderingen förändrats, men den grundläggande strukturen har kvarstått. Förändringarna syftade till att anpassa utvärderingen efter undersökningsfrågan och målgrupp och har inneburit att en del formulär har tillkommit och att andra tagits bort. På grund av dessa förändringar finns en del material bara insamlat från delar av datainsamlingsperioden.

Till en början användes SDQ, SASB, Livets stegen, IN-BoB och UPP-BoB. SASB och Livets stegen togs sedan bort och IN-BoB förkortades (år 2016). En förkortad version av UPP-BoB skapades även för yngre barn. Lärarskattningen av SDQ vid T2 lades till år 2016 och föräldraskattningen av SDQ vid T3 lades till år 2019. Till en början gjordes uppföljningsmätningen 18 månader efter behandlingsavslut, något som år 2016 ändrades till 12 månader.

Dataanalys

Oberoende *t*-test användes först för att undersöka om de som endast deltagit vid T1 skiljde sig åt jämfört med de som också deltagit vid T2 och/eller T3 och sedan för att jämföra skillnaden mellan Heldag och normalgrupp. För att beräkna eventuella tidseffekter användes parade *t*-test; effektstyrkorna beräknades med Cohen's *d*, vilket är ett standardiserat effektmått. Effektstyrkan uppskattades då genom att räkna ut medelvärde vid T1 minus medelvärdet vid T2 delat med

standardavvikelsen av differensen mellan T1 och T2 (Borg & Westerlund, 2012). *Små* effekter antog värdena 0,20–0,49, värdena 0,50–0,79 benämndes som *måttliga* och effektstyrkor över 0,80 räknades som *stora*. När värdet var mindre än 0,20 räknades detta som *ingen effekt* (Borg & Westerlund, 2012). *P*-värde och effektstyrka räknades inte i de fall antalet deltagare understeg 10.

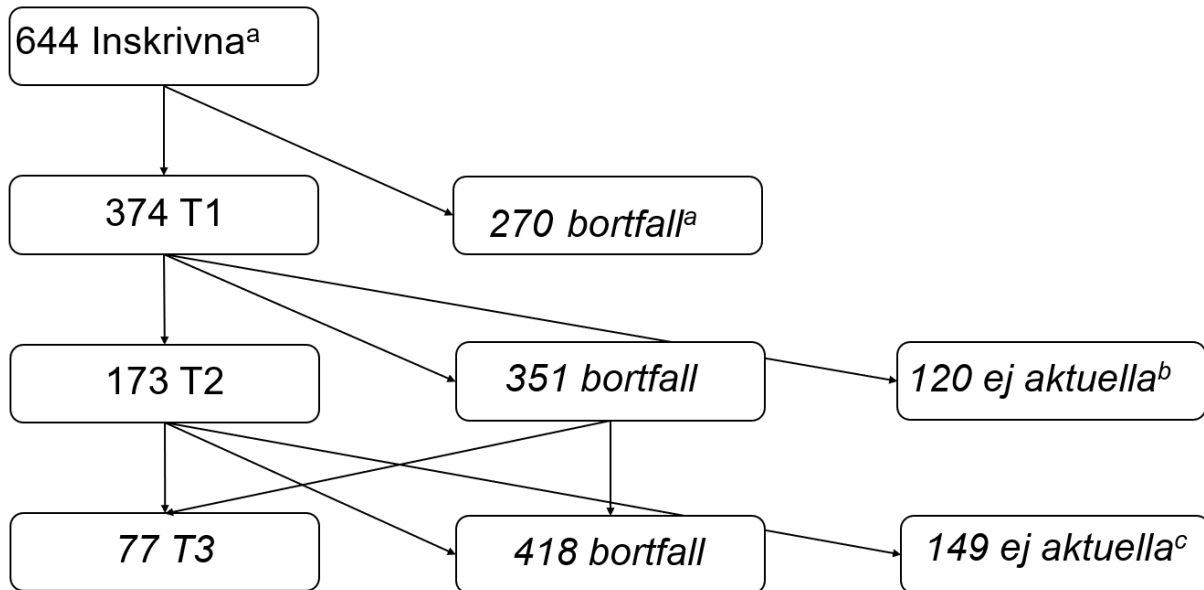
Vid jämförelsen med normalgrupp (se Tabell 2 och 3) redovisas andel ungdomar som befinner sig utanför normalzon åt det kliniska hållet: + 1 SD för samtliga delskalor förutom prosocialitet; där gäller i stället - 1 SD. Det är andelen av ungdomarna på Heldag som för respektive delskala skattar sig mer än en standardavvikelse ifrån normalgruppens medelvärde för SDQ i en riktning som innebär ett sämre mående.

För SDQ Total beskrevs hur många som befann sig på en kliniskt hög nivå. Detta innebär att ligga över det kliniska gränsvärdet, även kallat *cut-off*, och bestäms ofta statistiskt utifrån den 90e percentilen, något som baseras på antagandet att prevalensen av psykiatriska tillstånd ligger runt 10 % (Wicks-Nelson & Israel, 2015), men det kan även bestämmas på andra sätt, till exempel genom att jämföra hur normalgrupp och klinisk grupp svarar och sätta gränslinjen där dessa grupper möts. På grund av avsaknad av svenska jämförelsevärden användes för lärarskattningen av SDQ preliminära gränsvärden från Goodman (1997). I dessa fanns förutom 'normal' och 'klinisk' även 'gränsfall' som kategori. Cut-off för självskattningen hämtades från Lundh med kollegor (2008) och för föräldraskattningen från Björnsdotter med kollegor (2013). I båda undersökningarna klassades kliniskt gränsvärde utifrån den 90e percentilen.

Resultat

Bortfallsanalys

Det externa bortfallet var 42 % vid föremätningen, 66 % vid eftermätningen och 84 % vid uppföljningen. Ärenden oaktuella för T2 hade vid tiden för sammanställning ej ännu avslut sin heldagsinsats, alternativt hade behandlingstiden varit för kort (<6 månader). För ärenden oaktuella vid T3 hade det ännu inte gått 12 månader efter behandlingsavslut (Figur 1).



Figur 1. Antal deltagare och uppskattat bortfall 2009–2019.

a= Uppskattat utifrån statistik över deltagarfrekvens från 2012–2019, då 58 %.

b= 17 av dessa hade för kort behandlingstid (<6 månader) och 103 hade vid sammanställning av data ej ännu avslutat behandling.

c= Ej dags för T3 än eller för kort behandlingstid.

En snedvridning i urvalet kan möjligtvis finnas, där de som endast deltar vid T1 skiljer sig åt i jämförelse med de som även deltar vid T2 och/eller T3. Detta prövades genom att jämföra hur grupperna skattade sig på SDQ (ungdom och mamma), Livets steg och SASB. Grupperna jämfördes utifrån 25 variabler, och för 7 av dessa var p -värdet mindre än 0,05; bland de som endast deltog vid T1 i jämförelse med de som även deltog vid T2 och/eller T3 skattade mammorna högre hyperaktivitet ($d = 0,5$), totala svårigheter ($d = 0,3$) och Impact factor ($d = 0,4$); ungdomarna skattade lägre grad av självhat ($d = 0,4$), lägre självförsummelse ($d = 0,5$), högre tillfredsställelse med livet (LS Nu; $d = 0,3$) och högre grad av framtidshopp (LS Sen; $d = 0,3$).

Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp

Vid behandlingsstart skiljde sig måendet bland ungdomar på Heldag i jämförelse med normalgrupp, detta utifrån skattningar av SDQ, SASB och Livets steg (Tabell 2). Utifrån självskattningarna av SDQ var svårigheterna större för ungdomarna på Heldag och de

besvärades mer av sina svårigheter, skillnader som var statistiskt signifikanta och med måttliga eller stora effektstyrkor. Undantaget var 'Prosocialt beteende', där skillnaden inte var statistiskt signifikant och där effektstyrkan var obefintlig. Heldagsungdomarna uppgav mer emotionella symptom ($d = 0,5$), uppförandeproblem ($d = 0,8$), hyperaktivitetsproblem ($d = 0,8$) och kamratproblem ($d = 0,8$). Ca två av tre ungdomar (69 %) angav även att de besvärades av sina svårigheter; Impact score var högre än 1.

Självbilden avvek till viss del från normalgrupp. Skillnaderna i SASB var över lag ej statistiskt signifikanta och effektstyrkorna var obefintliga. Undantaget var högre värden av 'Hatar sig själv' och 'Försummar sig själv', där skillnaden var statistiskt signifikant ($p < 0,05$) och effektstyrkorna var små ($d = 0,3$). Tillfredsställelse med livet var lägre på Heldag än i normalgrupp, både nu och för ett år sedan, men för frågan om hur den kommer vara om ett år fanns ingen skillnad.

Tabell 2

Självskattningar av SDQ, SASB och Livets steg. Magelungen Heldag vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse från normalgruppens medelvärde.

		T1 (n = 324)	Normalgrupp ^a			
		M (SD)	M (SD)	t	d	+ 1SD
SDQ	Emotionella symp.	3,5 (2,5)	2,6 (1,8)	7,0*	0,5	32
	Uppförandep.	3,3 (1,9)	1,9 (1,7)	12,5*	0,8	42
	Hyperaktivitetspr.	5,7 (2,4)	3,8 (2,2)	13,2*	0,8	54
	Kamratproblem	3,2 (2,1)	1,9 (1,6)	11,7*	0,8	40
	Prosocialt beteende	7,3 (2,0)	7,5 (1,8)	1,7	0,1	22 ^b
	TOTAL	15,7 (5,8)	10,1 (5,2)	16,3*	1,1	50
	Impact factor	4,9 (3,7)				
	Impact score	1 eller högre				69
	Impact score	2 eller högre				48
SASB	Spontanitet	55,3 (16,5)	53,2 (14,4)	1,5	0,1	38 ^c
	Accepterar	66,1 (24,0)	67,5 (20,3)	0,7	0,1	23
	Tycker om	60,1 (22,1)	60,4 (19,7)	0,2	0,0	22
	Tar hand om	56,0 (20,2)	54,7 (16,8)	0,8	0,1	18
	Kontrollerar	53,0 (19,1)	54,9 (17,2)	1,2	0,1	42 ^c
	Anklagar	27,0 (21,7)	24,6 (21,5)	1,2	0,1	14
	Hatar	23,6 (22,7)	18,7 (19,0)	2,6*	0,3	27
	Försummar	33,0 (19,2)	27,1 (16,9)	3,6*	0,3	29
Livets steg	Ett år sedan	4,1 (2,4)	6,3 (1,9)	13,2*	1,1	59
	Nu	6,2 (2,1)	7,2 (1,7)	6,8*	0,6	39
	Om ett år	8,2 (1,9)	8,2 (1,3)	0,0	0,0	14

a = Lundh m.fl., 2008 (SDQ), n = 986, Birgegård & Claesson, opublicerat material (SASB), n = 488, Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006 (Livets steg), n = 652.

b = - 1 SD.

c = 1 SD över eller 1 SD under M.

** = $p < 0,05$*

Avvikelserna från normalgrupp var än större då föräldrarna tillfrågades om ungdomens mående (Tabell 3). Här var samtliga skillnader statistiskt signifikanta och alla effektstyrkor var också stora ($d > 0,8$). Ungdomarna på Heldag hade mer svårigheter och besvärades mer av dem än normalgrupp. Störst var skillnaden när mammor skattade de totala svårigheterna; här hamnade

medelvärde mer än 2 standardavvikelser ifrån normalgruppens. Näst intill samtliga föräldrar uppgav också att ungdomen besvärades av sina svårigheter; Impact score var 1 eller högre bland 97 % av föräldrarna och 2 eller högre bland 92 %.

Tabell 3

Föräldraskattningar av SDQ. Magelungen Heldag vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse från normalgruppens medelvärde.

		T1 (n = 291) Normalgrupp ^a (n = 365)				
		M (SD)	M (SD)	t	d	+ 1SD
Mamma	Emotionella symp.	4,5 (2,5)	1,5 (1,8)	17,9*	1,4	66
	Uppförandep.	3,9 (2,2)	1,1 (1,3)	20,3*	1,6	59
	Hyperaktivitetspr.	6,4 (2,5)	2,3 (2,1)	22,8*	1,8	76
	Kamratproblem	4,2 (2,3)	1,4 (1,8)	17,5*	1,4	57
	Prosocialt beteende	6,7 (2,0)	8,3 (1,7)	11,1*	0,9	46 ^b
	TOTAL	18,9 (6,3)	6,4 (5,2)	27,8*	2,2	87
	Impact factor	9,4 (3,7)				
	Impact score	1 eller högre				97
	Impact score	2 eller högre				92
Pappa	Emotionella symp.	4,1 (2,3)	1,5 (1,8)	13,5*	1,3	59
	Uppförandep.	3,7 (2,3)	1,1 (1,3)	16,1*	1,6	67
	Hyperaktivitetspr.	6,1 (2,5)	2,3 (2,1)	17,4*	1,7	63
	Kamratproblem	4,1 (2,2)	1,4 (1,8)	14,3*	1,4	58
	Prosocialt beteende	6,5 (2,1)	8,3 (1,7)	10,0*	1,0	56 ^b
	TOTAL	18,0 (6,5)	6,4 (5,2)	21,1*	2,1	84
	Impact factor	9,2 (3,7)				
	Impact score	1 eller högre				97
	Impact score	2 eller högre				92

a = Björnsdotter m.fl., 2013.

b = - 1 SD.

* = $p < .05$

Vid behandlingsavslut besvarade förutom ungdom och förälder även personal på Heldag SDQ. Av 42 reliabilitetsmätningar var 34 statistiskt signifikanta. Styrkan i samstämmigheten mellan bedömare kunde kategoriseras som stor (38 % av mätningarna), medelstor (43 %), liten (14 %) samt obefintligt (5 %). Samstämmigheten var vid T2 generellt högst mellan mamma och pappa samt mellan mamma och personal (Tabell 4). Lägst samstämmighet syntes mellan ungdom och pappa för delskalorna uppförandeproblem och prosocialt beteende. För totala problem och Impact factor var samstämmigheten högst mellan mamma och pappa och lägst mellan ungdom och pappa.

Tabell 4

Interbedömarreliabilitet vid T2. Självskattning, föräldraskattning och lärarskattning av SDQ.

	S-Ma	S-Pa	S-L	Ma-Pa	Ma-L	Pa-L
Emotionella symp.	.27**	.33*	.42**	.61**	.41**	.51**
Uppförandepr.	.41**	.06	.45**	.80**	.81**	.65**
Hyperaktivitetspr.	.53**	.36**	.46**	.68**	.70**	.35
Kamratproblem	.45**	.46**	.29	.78**	.69**	.65**
Prosocialt beteende	.24*	.09	.28	.34*	.49**	.28
TOTAL	.43**	.30*	.41**	.77**	.68**	.62**
Impact factor	.31**	.13	.44**	.70**	.57**	.38

* = $p < .05$ ** = $p < .01$

Självskattningar – ungdomens mående över tid

SDQ-S. Ungdomarnas svårigheter minskade över tid, medan styrkorna ökade (Tabell 5). De totala svårigheterna minskade, såväl från T1 till T2 som från T1 till T3. Dessutom besvarades ungdomarna mindre av sina svårigheter vid T2 och T3 än vid T1. Av 14 jämförelser över tid var 12 statistiskt signifikanta; 3 av effekterna var obefintliga, 9 var små och 2 måttliga. Störst var effekten i uppförandepr. ($d = 0,8$) och totala svårigheter ($d = 0,6$) vid uppföljning. Minst var effekten i emotionella symptom vid avslut, en icke statistiskt signifikant skillnad ($p = 0,21$) med en effektstyrka som räknas som obefintlig ($d = 0,1$). Styrkor, eller prosocialt beteende, ökade från start till uppföljning, med små effekter. Skillnaden vid avslut var statistiskt signifikant och effekten räknas som liten ($d = 0,2$). Andelen ungdomar som på total svårighetspoäng (SDQ Total) befann sig på en kliniskt hög nivå var 34 % före behandling, 25 % efter behandling och 20 % vid uppföljningen.

SASB. Det fanns en tendens till en positiv utveckling av ungdomarnas självbild över tid; ungdomarna skattade högre på accepterar sig själv, tycker om sig själv och tar hand om sig själv, samt lägre på anklagar sig själv, hatar sig själv och försummar sig själv, efter behandling och vid uppföljning i jämförelse med före behandling. Effekterna var dock små eller obefintliga och endast 7 av 16 jämförelser var statistiskt signifikanta. Undantaget var försummar sig själv, där effektyrkan var måttlig ($d = 0,6$) vid jämförelsen mellan T1 och T3.

Livets steg. När ungdomarna skattade tillfredsställelsen med livet för ett år sedan syntes en förbättring över tid, men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta och effektstyrkan var obefintlig. Nuvarande tillfredsställelse med livet (LS Nu) ökade från T1 till T2, en skillnad som var statistiskt signifikant ($p < .01$) och effektstyrkan var liten ($d = 0,4$). Skillnaden från T1 till T3 var inte statistiskt signifikant och effektstyrkan var obefintlig. Framtidshopp, eller tillfredsställelse med livet om ett år, förändrades inte över tid – ej statistiskt signifikant och ingen effektyrka.

Tabell 5

Självskattning ungdom. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärdet, samt standardavvikelse (SD) för självskattning av SDQ, SABBS och Livets steg vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).

	T1 (n = 324)		T2 (n = 173)		T3 (n = 77)		T1-T2		T1-T3	
	M[KI] (SD)	M[KI] (SD)	M[KI] (SD)	M[KI] (SD)	t ₆₁	p	d	t ₇₂	p	d
SDQ Emotionella symp.	3,5 [3,2-3,7] (2,5)	3,4 [3,0-3,8] (2,5)	3,4 [2,7-3,9] (2,5)	3,4 [2,7-3,9] (2,5)	1,3	0,21	0,10	2,1	0,04	0,25
Uppförandepr.	3,3 [3,1-3,5] (1,9)	2,5 [2,3-2,8] (1,7)	2,1 [1,7-2,5] (1,7)	2,1 [1,7-2,5] (1,7)	5,7	<01	0,45	6,4	<01	0,75
Hyperaktivitetspr.	5,7 [5,5-6,0] (2,4)	5,1 [4,7-5,4] (2,4)	4,4 [3,9-5,0] (2,5)	4,4 [3,9-5,0] (2,5)	2,7	<01	0,21	3,2	<01	0,37
Kamratproblemm	3,2 [3,0-3,5] (2,1)	2,9 [2,6-3,2] (1,9)	2,9 [2,5-3,4] (1,9)	2,9 [2,5-3,4] (1,9)	2,0	0,05	0,16	2,4	0,02	0,28
Prosocialt beteende	7,3 [7,1-7,5] (2,0)	7,5 [7,2-7,8] (2,1)	8,1 [7,7-8,6] (2,1)	8,1 [7,7-8,6] (2,1)	-2,1	0,04	0,16	-0,4	<01	0,40
TOTAL	15,7 [15,1-16,3] (5,8)	13,9 [13,1-14,7] (5,6)	12,9 [11,5-14,2] (6,1)	12,9 [11,5-14,2] (6,1)	4,8	<01	0,38	5,1	<01	0,60
Impact factor*	4,9 [4,5-5,3] (3,7)	4,1 [3,5-4,7] (3,8)	4,0 [3,2-4,9] (3,6)	4,0 [3,2-4,9] (3,6)	2,7	<01	0,23	1,7	0,10	0,21
	T1 (n = 151)		T2 (n = 97)		T3 (n = 47)		t ₈₅		t ₄₃	
SASB Spontanitet	55,3 [52,6-57,9] (16,5)	55,8 [52,4-59,2] (16,8)	47,3 [42,0-52,6] (18,0)	47,3 [42,0-52,6] (18,0)	0,3	0,78	0,03	2,3	0,03	0,34
Accepterar	66,1 [62,3-70,0] (24,0)	69,4 [64,8-74,0] (22,9)	69,7 [63,2-76,2] (22,1)	69,7 [63,2-76,2] (22,1)	-1,9	0,06	0,21	-1,3	0,21	0,19
Tycker om	60,1 [56,5-63,6] (22,1)	62,9 [58,2-67,6] (23,4)	63,5 [56,8-70,1] (22,7)	63,5 [56,8-70,1] (22,7)	-1,4	0,18	0,15	-1,0	0,34	0,15
Tar hand om	56,0 [52,7-59,2] (20,2)	62,7 [59,1-66,3] (18,0)	64,5 [58,8-70,1] (19,2)	64,5 [58,8-70,1] (19,2)	-2,1	<01	0,31	-2,2	0,04	0,32
Kontrollerar	53,0 [49,9-56,1] (19,1)	58,9 [54,5-63,2] (21,7)	55,5 [50,6-60,4] (16,7)	55,5 [50,6-60,4] (16,7)	-0,6	0,03	0,24	-1,0	0,32	0,15
Anklagar	27,0 [23,5-30,4] (21,7)	25,2 [20,4-30,1] (24,0)	23,7 [16,5-31,0] (24,6)	23,7 [16,5-31,0] (24,6)	1,3	0,20	0,14	1,8	0,08	0,27
Hatar	23,6 [20,0-27,3] (22,7)	19,9 [15,8-24,0] (20,5)	19,0 [12,9-25,1] (20,9)	19,0 [12,9-25,1] (20,9)	2,0	0,05	0,22	1,6	0,13	0,23
Försunnar	33,0 [29,2-35,4] (19,2)	27,8 [24,0-31,6] (19,1)	23,9 [18,9-29,5] (17,2)	23,9 [18,9-29,5] (17,2)	3,3	<01	0,36	4,2	<01	0,63
	T1 (n = 191-197)		T2 (n = 111-117)		T3 (n = 57-58)		t _{99, 104, 93}		t _{56, 55, 52}	
LS Ett år sedan	4,1 [3,7-4,4] (2,4)	4,6 [4,2-5,0] (2,1)	4,9 [4,3-5,5] (2,2)	4,9 [4,3-5,5] (2,2)	-1,9	0,06	0,19	-1,4	0,16	0,19
Nu	6,2 [5,9-6,5] (2,1)	6,9 [6,6-7,3] (2,1)	6,4 [5,9-6,9] (1,9)	6,4 [5,9-6,9] (1,9)	-4,3	<01	0,42	-1,5	0,15	0,19
Om ett år	8,2 [7,9-8,4] (1,9)	8,4 [8,1-8,7] (1,8)	7,9 [7,4-8,5] (2,1)	7,9 [7,4-8,5] (2,1)	-1,6	0,11	0,17	0,5	0,63	0,07

*T1: n = 293; T2: n = 163; T3: n = 72; T1-T2: t = 140; T1-T3: t = 62.

Föräldrarnas skattning av ungdomens mående över tid

SDQ-F. Föräldraskattningarna av SDQ visade på en minskad psykisk ohälsa över tid (Tabell 6). Ungdomarnas totala svårigheter minskade efter behandling och de besvärades mindre av sina svårigheter; skillnaderna mellan T1 och T2 var statistiskt signifikanta och effektstyrkorna befann sig på små eller måttliga nivåer för mammans och pappans skattning; 0,6 respektive 0,7 på totala svårigheter och 0,46 respektive 0,50 på Impact factor.

Av de 14 jämförelser som gjordes för föräldrarnas skattningar mellan T1 och T2 var 13 statistiskt signifikanta ($p < .05$). För dessa 14 tidsjämförelser var 10 effekter små och 4 effekter måttliga. Bland annat hade mammornas skattningar av emotionella symptom ($d = 0,5$) och pappornas skattningar av uppförandeproblem minskat ($d = 0,6$).

År 2019 lades SDQ till vid uppföljningsmätningen (T3) även för föräldrar. Ett fåtal skattningar har därefter hunnit in; elva mammor och tre pappor. Bortsett från delskalan emotionella symptom var skillnaderna i jämförelse med T1 statistiskt signifikanta för mammornas skattningar. Jämförelserna över tid visade på en obefintlig effekt (emotionella symptom), en måttlig effekt (hyperaktivitet) och fem stora effekter (uppförandeproblem, kamratproblem, prosocialt beteende, totala svårigheter och Impact factor). På grund av för få mätningar gjordes inga signifikansprövningar eller effektmätningar av pappornas skattningar vid T3.

Andel ungdomar som utifrån mammornas skattningar av SDQ Total befann sig på en kliniskt hög nivå var före behandling 80 %, efter behandling 55 % och vid uppföljning 46 %. Utifrån pappornas skattningar befann sig 73 % på en kliniskt hög nivå före behandling, 59 % efter och 33 % vid uppföljning.

Tabell 6

Föräldraskattning och lärarskattning. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärde, samt standardavvikelse (SD) för föräldraskattning och lärarskattning av SDQ vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).

SDQ	Mamma	T1 (n = 291)			T2 (n = 119)			T3 (n = 11)			
		M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	t_{110}	p	d	t_{10}
	Emotionella symp.	4,5 [4,2-4,8] (2,5)	3,3 [2,9-3,7] (2,4)	4,1 [2,1-6,1] (3,0)	5,0	<.01	0,47	0,6	0,56	0,19	
	Uppförandep.	3,9 [3,6-4,1] (2,2)	2,7 [2,3-3,0] (2,1)	1,2 [0,2-2,2] (1,5)	4,7	<.01	0,45	3,5	<.01	1,11	
	Hyperaktivitetspr.	6,4 [6,16,7] (2,5)	5,1 [4,6-5,6] (2,7)	4,8 [2,8-6,8] (3,1)	3,7	<.01	0,35	2,3	0,05	0,72	
	Kamratproble	4,2 [3,9-4,4] (2,3)	3,5 [3,0-3,9] (2,3)	2,7 [2,1-3,4] (1,0)	3,5	<.01	0,33	3,1	0,01	0,98	
	Prosocialt beteende	6,7 [6,4-6,9] (2,0)	7,2 [6,8-7,6] (2,2)	7,5 [5,9-9,1] (2,3)	-2,3	0,02	0,22	-3,0	0,01	0,98	
	TOTAL	18,9 [18,2-19,6] (6,3)	14,5 [13,4-15,6] (6,2)	12,8 [8,9-16,8] (6,0)	6,2	<.01	0,59	4,7	<.01	1,49	
	Impact factor*	9,4 [9,0-9,9] (3,7)	7,3 [6,5-8,0] (4,3)	6,6 [3,7-9,5] (4,3)	4,6	<.01	0,46	2,8	0,02	0,94	
		T1 (n = 144)			T2 (n = 61)			T3 (n = 3)			
					t_{49}			t_{7}			
Pappa	Emotionella symp.	4,1 [3,7-4,5] (2,3)	3,5 [2,9-4,0] (2,2)	5,7 [0,1-10,0] (3,1)	3,1	<.01	0,44				
	Beteendeproble	3,7 [3,3-4,1] (2,3)	2,8 [2,3-3,3] (2,0)	1,3 [0,0-4,1] (1,5)	4,4	<.01	0,62				
	Hyperaktivitetspr.	6,1 [5,7-6,5] (2,5)	5,2 [4,6-5,8] (2,4)	4,0 [0,0-9,5] (3,0)	2,5	0,02	0,35				
	Kamratproble	4,1 [3,8-4,5] (2,2)	3,5 [3,0-4,0] (2,1)	5,3 [1,5-9,3] (2,1)	2,7	<.01	0,38				
	Prosocialt beteende	6,5 [6,1-6,8] (2,1)	7,2 [6,7-7,6] (1,7)	6,7 [2,5-10,0] (2,3)	-1,9	0,07	0,26				
	TOTAL	18,0 [17,0-19,1] (6,5)	15,0 [13,5-16,5] (5,8)	16,3 [0,7-31,9] (8,5)	4,9	<.01	0,69				
	Impact factor**	9,2 [8,5-9,8] (3,7)	7,2 [6,1-8,2] (4,1)	8,0 [1,4-14,6] (3,6)	3,5	<.01	0,50				
		T2 (n = 50)									
Lärare	Emotionella symp.	3,8 [3,2-4,5] (2,4)									
	Beteendeproble	2,2 [1,5-2,9] (2,5)									
	Hyperaktivitetspr.	4,7 [3,9-5,5] (2,8)									
	Kamratproble	3,4 [2,8-4,1] (2,4)									
	Prosocialt beteende	6,9 [6,2-7,5] (2,2)									
	TOTAL	14,2 [12,2-16,1] (7,0)									
	Impact factor***	5,5 [4,9-6,1] (1,8)									

*Mamma: T1: n = 276; T2: n = 115; T3: n = 11; T1-T2:t = 101; T1-T3:t = 8.

**Pappa: T1: n = 132; T2: n = 59; T3: n = 3; T1-T2:t = 47.

***Lärare: T2: n = 44.

Lärarskattning av ungdomens mående vid behandlingsavslut

Ansvarig behandlare eller annan behandlingspersonal besvarade vid avslut lärarversionen av SDQ. Utifrån denna hamnade majoriteten av ungdomarna inom kategorin 'Normal'. Andelen som skattades på en kliniskt hög nivå varierade mellan 14 till 34 procent på de olika delskalorna och för totalpoäng var andelen över kliniskt gränsvärde 42 % (Tabell 7).

Tabell 7

Lärarskattningar av SDQ (medelvärde och standardavvikelse). Andel (i procent) av Magelungens ungdomar som vid avslut hamnar i respektive kategori, hämtad från Goodman (1997).

	T1 (n = 50)	Normal	Gränsfall	Klinisk
Emotionella symp.	3,8 (2,4)	62	16	22
Uppförandepr.	2,2 (2,5)	66	4	30
Hyperaktivitetspr.	4,7 (2,8)	64	4	32
Kamratproblem	3,4 (2,4)	48	18	34
Prosocialt beteende	6,9 (2,2)	72	14	14
TOTAL	14,2 (7,0)	42	16	42
Impact factor*	5,5 (1,8)			

* = I Goodman (1997) användes inte Impact factor.

Funktionsnivå och livssituation efter insats

77 ungdomar deltog vid uppföljningen; 49 pojkar och 21 flickor. De var då 14–25 år gamla, med en majoritet (83 %) i åldrarna 16–19. De flesta (64 %) bodde då hemma hos sin/sina föräldrar. Andra bodde i familjehem (9 %), med släktingar (5 %), på institution (5 %), bodde själva (4 %), tillsammans med pojkvän/flickvän/make/maka/sambo (3 %), i träningslägenhet (3 %), på internat (1 %) eller på annat ospecificerat sätt (1 %). För övriga 5 % saknades information om boendesituation.

Skolgång och sysselsättning. Vid uppföljningen hade 42 av 70 (60 %) deltagare gymnasiekompetens, det vill säga godkända betyg från grundskolan vilket ger behörighet till att studera på gymnasiet. Däremot var det inte många som hade åldern inne för att kunna ha högskolekompetens, det vill säga godkända studier på gymnasium/folkhögskola som ger behörighet att studera på högskola och universitet. Av de som var 19 år eller äldre hade tre högskolekompetens och åtta hade det inte.

Vid uppföljningstillfället svarades det följande om nuvarande sysselsättning: 68 % studerade, 6 % arbetade, 5 % både arbetade och studerade, 10 % var arbetslösa, 1 % var sjukskrivna, och 9 % gjorde annat (som t. ex. 'praktiserar', 'skolkar', 'tränar', eller 'genomgår missbruksbehandling'). De flesta som studerade läste på gymnasiet (79 %), några gick i grundskolan och några studerade annat (t.ex. folkhögskola).

Kontakter efter Magelungen. 19 av 66 (29 %) ungdomar hade efter avslutad insats på Magelungen deltagit i stöd- eller behandlingsinsats, däribland behandlingshem, korttidsboende, psykologsamtal, traumabehandling, träningsboende, eller Magelungens FUNKA Familjehem (Tabell 8). Vid uppföljningen uppgav majoriteten av deltagarna att de efter avslutad insats på

Heldag inte hade haft någon erfarenhet av behandlings- eller stödinsatser varken från socialtjänst eller psykiatri.

Tabell 8

Kontakter efter Magelungen. Andel (%). n = 66.

	Ingen erfarenhet	Mindre än 1 år	Mer än 1 år
Från socialtjänst			
Familjesamtal	83	2	15
Kontaktperson/kontaktfamilj	68	11	21
Jourplacering	91	6	3
Familjehem	80	9	11
Behandlings- eller utredningshem	83	11	6
Annan behandling	86	8	6
Från psykiatri			
Psykoterapi/individuella samtal	79	14	6
Psykiatrisk öppenvård	88	8	5
Psykiatrisk slutenvård	98	2	0
Medicinering	59	11	30
Psykologutredning	82	14	3
Annan behandling	95	2	3

Nöjdhet

Deltagarna svarade vid uppföljningen på en fråga om deras egen upplevelse av vad som hade varit hjälpsamt. Frågan löd: "I vilken utsträckning fick du hjälp av följande under din tid på Magelungen?" (Tabell 9). Vad gäller samordnare och Magelungens skola ansåg en majoritet att det varit till en hel del hjälp eller till mycket hjälp. Familjeterapi och gruppaktiviteter rådde det däremot delade meningar om; 32 % ansåg att familjeterapi var till ingen hjälp eller lite hjälp, 43 % tyckte att det var till en hel del hjälp eller till mycket hjälp; vad gällde gruppaktiviteter så tyckte 33 % att det inte var till hjälp eller bara lite hjälp, medan 52 % tyckte att det var till en hel del hjälp eller mycket hjälp. Andra insatser, så som individualterapi, boende på Magelungen, och psykofarmaka, var oftast inte aktuellt.

Tabell 9

Subjektiv effektutvärdering. Vad deltagarna själva ansåg att de fick hjälp av under tiden på Magelungen. Andel ungdomar (%). n = 64.

	Inte aktuellt	Ingen hjälp	Lite hjälp	En hel del hjälp	Mycket hjälp
Individualterapi	70	2	8	11	9
Familjeterapi	25	14	17	17	25
Gruppaktiviteter*	14	17	16	27	25
Boende på Magelungen**	88	3	2	2	5
Samordnare	5	8	11	23	53
Magelungens skola	2	5	12	31	51
Psykofarmaka	70	12	7	2	10

*= Till exempel Social och emotionell färdighetsträning (SEFT).

**= Till exempel behandlingshem eller stöd- och resursboende.

Ungdomarna var för det mesta nöjda med Magelungen; de flesta var positiva eller mycket positiva till Magelungen (Tabell 10). Endast 3 % av de svarande var negativa till Magelungen och ingen var mycket negativ. Många tyckte också att Magelungen passade dem ganska bra (32 %) eller mycket bra (55 %). 8 % tyckte dock att Magelungen inte passade dem. En övervägande del av deltagarna tyckte att de blivit väl bemötta, att personalen kunnat lyssna på och förstå dem, samt att de hade förtroende för personalen. 8 % angav dock att de inte hade tillräckligt förtroende för personalen.

Tabell 10

Ungdomens uppfattning om tiden på Magelungen.

	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Hur tycker du att blev bemött på Magelungen över lag?		
Mycket väl bemött	54	(75,0)
Ganska väl bemött	15	(20,8)
Ingen åsikt	2	(2,8)
Mindre väl bemött	1	(1,4)
Hur tycker du att Magelungen i sin helhet passade dig?		
Mycket bra	40	(54,8)
Ganska bra	23	(31,5)
Varken eller	4	(5,5)
Passade mig inte	6	(8,2)
Tycker du att personalen på Magelungen kunnat lyssna på och förstå dig?		
Ja, i mycket hög grad	36	(49,3)
Ja, i ganska hög grad	20	(27,4)
Ja, i viss mån	16	(21,9)
Nej	1	(1,4)
Hade du förtroende för personalen på Magelungen?		
Ja, i mycket hög grad	40	(54,8)
Ja, i ganska hög grad	19	(26,0)
Ja, i viss mån	8	(11,0)
Nej, inte tillräckligt	6	(8,2)
Var du och personalen överens om målen för din placering/behandling?		
Ja, i mycket hög grad	28	(38,4)
Ja, i ganska hög grad	23	(31,5)
Ja, i viss mån	17	(23,3)
Nej	5	(8,2)
Vilken uppfattning har du om Magelungen i sin helhet?		
Mycket positiv	38	(52,1)
Positiv	23	(31,5)
Neutral, varken eller	10	(13,7)
Negativ	2	(2,7)
Mycket negativ	0	(0,0)

Magelungens positiva sidor

Deltagarna ($n = 57$) beskrev Magelungens positiva sidor genom att besvara frågan: "Hur skulle du beskriva Magelungens positiva sidor?". Kommentarererna rörde bland annat miljön, kombinationen av behandling och skola, individanpassningen, personalen, aktiviteter, samt hur Magelungen påverkat dem.

Miljön. Flera deltagare nämnde den lugna miljön och det lilla sammanhanget: "väldigt lugn miljö", "mycket lugnt och avslappnande, skön stämning", "liten verksamhet", "inte så stora klasser", "inte så stressfullt". Fina rum, bra placerad skola och en öppen planlösning togs också upp.

Personalen. Många var nöjda med personalen: "bra personal", "fantastisk personal", "jättebra lärare". De beskrev bemötandet, att personalen lyssnar, hjälper till och stöttar. "Personal har bra tålamod och förstår mina svårigheter", "man kunde komma överens med personalen", "personalen var väldigt lösningsorienterad", "personalen fanns alltid där och hjälpte till".

Aktiviteter. "Bra aktiviteter" nämnde en del. "Fanns alltid något att göra". "Bra med utflykter". Andra nämnde specifika aktiviteter som positiva: "innebandyturneringen", "bra ridning", "roligt med hund-SEFT", "samtal om känslor och bemötande", "laga mat, hemkunskap", "spela musik med rektorn".

Hjälpsamt. Magelungen gav den hjälp som behövdes, bland annat på lektioner och i familjesamtal. Flera skrev att de fått hjälp: "bra hjälp", "hjälpfullt", "hjälpfulla på alla sätt, ALLTID", "de hjälper dig och inte stjälar dig. Det måste folk förstå".

Påverkan på mig. Som positiva sidor nämndes den skillnad som Magelungen gjort: "de hjälpte mig att börja gå i skolan igen", "oavsett små eller stora mål hjälper personalen oss att uppnå dessa", "kunde koncentrera mig ibland och fick ändå några betyg", "jag kände väldigt stor positivitet i och med att jag fick placeras på en plats där jag kunde känna mig bekväm".

Övrigt. En del annat togs också upp, som till exempel kombinationen av behandling och skola, tryggheten, att folk var trevliga, gemenskapen, och maten. Andra hade skrivit mer allmänt: "jag tycker att Magelungen är bra på det de gör med resurserna de har", "skönaste skolan jag upplevt", "allt är positivt med Magelungen".

Magelungens negativa sidor

47 ungdomar besvarade frågan om Magelungens negativa sidor, som löd: "Hur skulle du beskriva Magelungens negativa sidor eller det som kan förbättras?" De nämnde bland annat lokalerna, personalen, aktiviteter, andra ungdomars påverkan och bristen på självbestämmande.

Miljön. Några nämnde lokalen eller var heldagsverksamheten var placerad som något negativt: "lokalerna – vårda och fixa hål i väggar och plattor i taket", "utemiljön, fanns ingen skolgård", "små lokaler", "lokalen var dåligt placerad".

Andra ungdomar. Andra ungdomar och deras påverkan beskrevs som negativt och något som kunde vara otryggt: ”stökigt – ibland hade jag ingen lektion för lärarna engagerade sig i stökiga elever”, ”att personalen samarbetar bättre i otrygga situationer då andra ungdomar var utåtagerande”, ”trygghet är viktigt – att lärarna la kraft på omgivningen med stökiga elever, höjde inte rösten, skulle vara bra”.

Personalen. En del beskrev personalen: ”för få”, ”tjatade”, ”vissa gick inte att prata med, de förstod inte”, ”att personalen har bättre koll på vissa elever med speciella diagnoser så att man alltid kan känna sig trygg”, ”lärarna borde försöka vara med eleverna mer på rasterna”.

Övrigt. Annat som nämndes var självbestämmandet: ”jag hade inte möjlighet att bestämma när jag skulle komma på loven”, ”dåligt med tidsbestämd behandling”, maten, idrotten som kunde bli lidande på grund av de små grupperna och aktiviteter: ”lite för mycket SEFT och färdighetsträningar”, ”utflykter där man ska gå flera kilometer”. En deltagare skrev att det var synd att familjeterapin inte riktigt fungerade. För andra fanns det inget negativt.

Diskussion

Studien syftade till att utvärdera Magelungen Heldag. Frågeställningarna handlade om 1) måendet vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp, 2) utfall med fokus på måendeförändringar över tid, 3) samband mellan personalens, föräldrarnas och ungdomarnas skattning av mående vid behandlingsavslut, 4) livssituation efter avslutad insats, samt 5) om ungdomarna var nöjda med Heldagsinsatsen.

Utfallet var i stort positivt. Vid behandlingsstart skiljde sig heldagsungdomarna från icke-klinisk jämförelsegrupp. Ungdomarna från Heldag hade mer svårigheter och besvärades mer av dem, och deras tillfredsställelse med livet var lägre. Självbilden avvek dock inte från icke-klinisk jämförelsegrupp. Över tid förbättrades måendet, med minskade svårigheter som de också besvärades mindre av och en tendens till förbättrad självbild. Tillfredsställelsen med livet var något förbättrad. Andelen ungdomar som befann sig på en kliniskt hög nivå gällande totala svårigheter minskade efter behandling. Vid uppföljningen hade en majoritet gymnasiekompetens, de flesta studerade, medan några arbetade eller praktiserade. Andra var arbetslösa eller sjukskrivna. Ungefär en tredjedel hade deltagit eller deltog i någon form av behandling, till exempel psykologsamtal eller traumabehandling. De flesta ungdomar var nöjda med Magelungen, de tyckte att de blivit väl bemötta, att personalen lyssnat på och förstått dem, och de hade förtroende för personalen. Som positivt med Magelungen nämnde ungdomarna bland annat personalen, det lilla sammanhanget samt aktiviteterna. Bland det negativa som togs upp var andra ungdomar som var stökiga och kunde skapa otrygghet, att vissa i personalen inte gick att prata med, och att lokalerna hade sina brister.

Resultatet ligger i linje med det positiva utfall som framkom i Marklund med kollegor (2010) samt Strömbeck med kollegor (2017). I den förstnämnda studien undersöktes utfallet med delvis andra mätinstrument och undersökningsgruppen var betydligt mindre ($n = 20$). Slutsatsen var dock densamma, att måendet förbättrats och att många hade en positiv livssituation efter behandling. I den senare studien användes delar av det datamaterial som ligger till grund för föreliggande undersökning, men då användes bara mätpunkterna T1 och T2 och data hade bara samlats in från 2009 och fram till och med år 2015.

Att utfallet av heldagsverksamheter kan vara positivt har även visats i tidigare studier (Milin m.fl., 2000; Weir & Bidwell, 2000). Dock försvåras jämförelser av studiernas resultat eftersom olika heldagsverksamheter trots sina likheter kan skilja sig mycket åt. Likaså kan skillnader i studiernas upplägg försvåra jämförelser. I Powell (1999) beskrevs ett program riktat till unga med psykologiska och skolrelaterade behov som multimodalt och systemiskt, med komponenter som individuella vägledningssamtal, gruppaktiviteter där social kompetens tränas, familjeterapi samt specialpedagogik. Upplägget var individuellt utformat och kunde anpassas utefter behov. Insatserna var i genomsnitt ett år långa, det vill säga kortare än på Magelungen Heldag. Utfallet beskrevs endast utifrån var ungdomarna tog vägen efter avslutad insats, där 67 % återvände till vanlig skola, 19 % till behandlingshem och 12 % hoppade av skolan.

Svalnäs dagbehandling med skola följdes upp av Andersson (1999) och Svensson (1990) i form av intervjustudier. Ungdomar, föräldrar, personal och socialsekreterare intervjuades då bland annat om förändring efter behandling och om förändringen kunde kopplas till Svalnäs insatser. I 20 av 31 fall syntes en förändring till det bättre och i 14 av dessa fall kunde förändringen kopplas till Svalnäs insatser. Huruvida behandlingsprogrammen beskrivna av Powell (1999) respektive Andersson (1999) och Svensson (1990) ger liknande utfall som Magelungen Heldag eller om det skiljer sig åt går dock inte att uttala sig om eftersom det undersöktes genom olika metoder och med olika utfallsmått.

En studie som i likhet med föreliggande använde SDQ som utfallsmått var utvärderingen av Bryggan, en kommunal verksamhet som kombinerar behandling och skola (Örebro kommun, 2020). 10 ungdomar och 13 föräldrar besvarade SDQ före och efter insats och resultat påminde mycket om utfallet i föreliggande studie: 1,5 (Bryggan) respektive 1,8 (Magelungen Heldag) poängs förbättring i totala svårigheter i ungdomens skattning, och 4,0 respektive 4,4 poängs förbättring i föräldrarnas skattning.

Vad säger då dessa resultat? Vad betyder resultaten för ungdomarna, för deras föräldrar och för personalen på Heldag? Systematiska uppföljningar är av yttersta vikt för att fånga kvalitén i de både omfattande och dyra insatser som erbjuds. Ett bättre mående betyder att ungdomarna har fått bättre möjligheter till en god framtida livssituation. Detta innebär dock inte att alla problem är borta; i stället finns det för många ungdomar svårigheter att hantera även efter tiden på Heldag. Måendet hos heldagsungdomarna är efter behandling fortfarande sämre än hos icke-klinisk jämförelsegrupp och svaren från uppföljningen visar att det också senare finns behov av stöd och behandling, till exempel i form av individuella psykoterapisamtal, kontaktperson eller psykologutredning.

I en utvärdering av en behandlingsinsats är det viktigt att inte bara undersöka utfallet, utan även fråga efter annat, som till exempel känslan av delaktighet hos föräldrarna, eller om ungdomarna känt sig nöjda med insatsen. I psykoterapiforskning har även framkommit metodöverskridande, så kallade gemensamma faktorer (*eng.* Common factors), som förutom själva metoden är centrala för utfallet (se till exempel Wampold, 2012) och som i sig utgör framgångsfaktorer i behandling. Den mest kända av dessa är måhända den terapeutiska alliansen, som dels handlar om relation mellan behandlare och klient, dels om att vara överens om mål och medel med behandling. Alliansens betydelse för utfall har i psykoterapeutisk alliansforskning visat sig vara en robust prediktor för utfallet av terapier (Barber & Muran, 2010; Wampold, 2015). Att en stor andel av deltagarna hade förtroende för personalen på Magelungen, var överens med personalen om målen för behandlingen och tyckte att personalen på Magelungen kunnat lyssna på och förstå dem, kan således ses som tecken på att faktorer som predicerar ett positivt utfall finns på Heldag.

En röst som är av yttersta vikt att lyssna till vid kvalitetssäkring och verksamhetsutveckling är ungdomens egen. Den hjälpsamma personalen var något som återkom när ungdomarna tillfrågades om Magelungens positiva sidor, liksom aktiviteter och den lugna miljön och det ostörda sammanhanget, något som också är centralt för hur Heldag är uppbyggt, och två saker stack ut när ungdomarna tillfrågades om vad det var som gjorde skillnad: såväl Magelungens

skola som ungdomens samordnare var till stor hjälp. Men det fanns också en del förbättringsområden, däribland att hantera otrygghet som kan uppstå på grund av andra stökiga elever eller lokaler som är slitna, något som påtalas av ungdomarna när de tillfrågades om att beskriva Magelungens negativa sidor.

Barnen och ungdomarna som kommer till Magelungen har nästan alla gemensamt att de gått i skolor eller varit i sammanhang som inte lyckats möta deras behov och förutsättningar. Konsekvenserna har blivit olika former av misslyckanden. En kontrast till denna bild är att en majoritet av barnen och ungdomarna som går på Magelungen Heldag fullföljer sin placering och medverkar i ett tryggt och kontrollerat avslut när placeringen är fullgjord. Det organisatoriska mellanrum, mellan skola och socialtjänst, som Magelungen befinner sig inom, verkar därför behövas för att målgruppen ska undvika vidare misslyckande. För de barn och ungdomar som redan har negativa erfarenheter av samhället kan en fullföljd insats på Magelungen Heldag innebära ett viktigt steg på vägen till att skapa en mer gynnsam situation.

En aspekt som alltid är av relevans är till vilken grad målen blivit uppnådda under placeringen. Även om mål kan vara ouppnådda vid avslut kan det ändå ha skett en gedigen förändring och utveckling som samtliga parter är nöjda med. En del mål är möjligen viktigare än andra. Vissa mål är breda och andra är mer snäva. En förändring som ofta kan uppfattas är att ungdomen/familjen funnit mer av sitt agentskap (Rizzo m.fl., 2019). En annan central aspekt som kan lyftas fram är den ökade förmågan att kunna vara i relation och söka stöd. Att finna mer av sitt agentskap och att kunna söka stöd i relation är två mycket viktiga relationella färdigheter (Blatt, 2008). Ett övergripande mål är att den unge och familjen efter en lyckad förändrings- och utvecklingsprocess bär med sig de implicita relationella erfarenheter de skapat sig under placeringen, och att de kan använda sig av konstruktiva strategier i framtida sammanhang.

Orsakerna till den unges svårigheter är vanligen många och svåra att definiera. Det är också svårt att veta exakt vad det är som leder till gynnsam förändring och utveckling (Marklund m.fl., 2010). Inom behandlingsdiskursen finns begrepp som ekvifinalitet (olika typer av händelser kan leda till samma typ av problem) och multifinalitet (samma typ av händelse kan hos olika individer leda till olika typer av problem) som förklarar hur komplicerat det är att förstå orsak-verkan när det gäller människor (Johnsen & Wie-Torstensson, 2015). Den positiva förändringen innebär att dessa ungdomar har förbättrat sitt mående, något som i sin tur ökar chansen till en positiv livssituation och minskar risken för ett framtida utanförskap.

Magelungen Heldag positionerar sig som en verksamhet där en mångfacetterad uppsättning av metoder är möjliga och som verkar behövas för att skapa förändring och utveckling hos målgruppen. En insats på Magelungen Heldag innehåller således många komponenter: beteendeariaterade, kognitiva och känslolokuserade interventioner med inslag av exempelvis mentalisering, anknytningsteori, KBT, MI, mindfulness, förstärkningssystem eller samtal med samtalskort (Rizzo m.fl., 2019).

Styrkor och svagheter med studien

Såväl styrkor som svagheter med studiens design har diskuterats tidigare i Magelungens rapportserie, se till exempel Marklund med kollegor (2010) eller Strömbeck med kollegor (2019). Även om en del mätinstrument byts ut, och att den tredje mätpunkten har varierat (bytts ut från 18 månader till 12 månader efter avslut) är grunden i utvärderingen densamma. Detta medför att resultaten går att jämföra över tid och att varje ny avrapportering i stort sett blir en replikering av föregående. Denna gång är deltagarantalet större än i någon av Magelungens tidigare studier, något som bidrar till en ökad tillförlitlighet. Svårigheterna med att dra slutsatser om effekter utifrån studier med svag design (däribland avsaknad av kontrollgrupp) kvarstår dock, liksom konsekvenserna av ett högt bortfall, något som även noterats i sammanställningar inom området (Weir & Bidwell, 2000). På grund av den svaga designen vet vi alltså inte om det är interventionen eller något annat som skapar förändringen. Bortfall minskar representativiteten i urvalet, något som i detta fall ledde till en snedvridning där de som endast deltog vid behandlingsstart till viss del skilde sig åt i jämförelse med de som även deltog efter behandling och i uppföljningsmätningen. Utifrån mammornas skattningar så verkade det vara de ungdomar som mådde sämre vid behandlingsstart som uteblev vid följande mätningar, men utifrån ungdomarnas egna skattningar så var det i stället de med ett bättre initialt mående som sedan fortsatte delta i studien.

Vidare studier

Utvärderingen av Magelungen Heldag fortgår, men med smärre justeringar i uppföljningsformuläret UPP-BoB som kommer att minskas i sin omfattning. Detta för att begränsa antal frågor och undvika sådant som är överflödigt i sammanhanget. Inom Magelungen pågår nu även arbete med att ta fram mått på behandlingstrohet, detta inom de strukturerade öppenvårdsprogrammen Hemmasittarprogrammet (HSP) och FUNKA-programmen. Att mäta behandlingstrohet innebär att man undersöker huruvida specificerade moment i ett behandlingsprogram faktiskt har genomförts, till exempel i enlighet med en behandlingsmanual (Forster & Ogden, 2012), något som med fördel även skulle kunna mätas inom Heldag. I tidigare studier av heldagsverksamheter har såväl utfallsmått som handlar om skolframgång som längre uppföljningstider efterfrågats (Silvan m.fl., 1999). Följer framgång i skolan samma utveckling som måendet, och är det samma personer som förbättrar sitt mående som också presterar bättre i skolan? Magelungens skola följs upp kontinuerligt (se Forskningsrapport 13, av Franzén m.fl., 2020) och mått på skolnärvaro har integrerats i utvärderingen av Heldag.

Slutsats

Magelungen Heldag har funnits som en behandlingsinsats inom Magelungen i över 20 år och finns i dag på 11 orter runt om i landet. Under åren har hundratals barn, ungdomar och deras familjer fått hjälp med psykisk och social problematik samt med sin skolgång. Heldagsverksamheten ämnar fylla det organisatoriska mellanrum som kan uppstå för barn och unga i behov av behandling och skola. Kvalitén på verksamheten säkerställs bland annat genom de ständigt pågående systematiska uppföljningarna, där utfall, livssituation och nöjdhet undersöks och sammanställs i Magelungens egen rapportserie.

I denna rapport bekräftas det som syns tidigare; att ungdomarna mår bättre efter behandling, att de har en aktiv livssituation vid uppföljning, att en majoritet har gymnasiekompetens och att ungdomarna i stort är nöjda med insatserna från Magelungen. Men vi nöjer oss inte med denna kunskap; Magelungen kommer fortsätta med den systematiska uppföljningen, fortsätta säkerställa kvalitet och utveckla behandlingsinsatser, fortsätta skapa kunskap om behandlingseffekter och bidra till en ökad evidens inom socialt arbete för barn och unga.

Trots de positiva resultateten går det dock inte att utesluta att faktorer som exempelvis spontan remission spelar in och att effekter därmed inte går att tillskriva behandlingen. Jämförelser med liknande behandlingsinsatser försvåras också då utfallet ofta undersökts på olika sätt. Förhoppningen är ändå att Magelungen Heldag har kunnat ge dessa ungdomar ett bättre mående och framgång i skolan, färre riskfaktorer och fler friskfaktorer, och därmed bättre utsikter för ett framtida liv med minskad risk för psykisk ohälsa och utanförskap.

Referenser

- Andersson, O. (1999). *Behandlingsarbetet på Svalnäs 1986–1988*. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). *Developing measures of perceived life quality: Results from several national surveys. 1*, 1–26.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Armeliuss, B.-Å., Fransson, P., Henningsson, M., Hemphälä, M., & Sundbom, E. (2002). *En 5-årsstudie av patienter och personal vid Magelungen 1992–1997*. Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Armeliuss, K., & Benjamin, L. S. (1998). SASB. Strukturell Analys av Socialt Beteende.
- Armeliuss, K., & Birgegård, A. (2009). SASB Introjekt. Version 2.0.
- Barber, P. J., & Muran, C. J. (2010). *The therapeutic alliance – An evidence-based guide to practice*. New York: Guilford 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.
- 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(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-40>
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience – Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare (3: e uppl.)*. Malmö: Liber.
- Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Stockholm: FORTE.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Brouwer-Borghuis, M. L., Heyne, D., Sauter, F. M., & Scholte, R. H. J. (2019). The Link: An alternative educational program in the Netherlands to reengage school-refusing adolescents with schooling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(1), 75–91. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.08.001>
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Clinton, D., Noring, C., & Eriksson, B. (1995). BoB. Frågeformulär om bakgrund och behandling vid Anorexi/bulimi. Stockholm: SUFSA.
- Forster, M., & Ogden, T. (2012). Behandlingstrohet. I *Att göra effektutvärderingar* (s. 271–312). Socialstyrelsen och Gothia Förlag AB.

- Franzén, P., Lindberg Åkerberg, S., Engdahl, S., & Strömbeck, J. (2020). *Uppföljning skola. Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens grundskola och gymnasium. 2015–2019*. Forskningsrapport Nr 13; Magelungens rapportserie.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- 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). *Forskningsprojekt vid Magelungens behandlingscenter 1999-03-01 t o m 2002-12-31. Behandlingsresultat av dag- och dygnet-runt behandling för ungdomar med allvarliga psykiska problem*. Magelungen.
- Hölcke, F. (2006). *Miljöterapi. Möte med möjligheter*. Magelungen.
- Johnsen, A., & Wie-Torsteinsson, V. (2015). *Lärobok i familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Kline, R. B. (2009). *Becoming a behavioral science researcher. A guide to producing research that matters*. New York: The Guildford Press.
- Kunskapsguiden (2020). *Tidiga samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser>.
- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2006). MUBoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen AB.
- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2008a). *Ungdomsförändring (UNGFÖR). En retrospektiv uppföljning med kliniskt fokus vid Magelungens Behandlingscenters HVB-institutioner. Kartläggning av utfall bland 17 ungdomar*. Forskningsrapport Nr 2; Magelungens rapportserie.
- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2008b). *Ungdomsförändring (UNGFÖR). Utveckling av vetenskaplig och kliniskt relevant metodik för forskning och kvalitetssäkring vid Magelungens Behandlingscenters HVB-institutioner. Processbeskrivning och analys*. Forskningsrapport Nr 1; Magelungens rapportserie.
- Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, 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., Lind, M., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2010). *Uppföljning Dag. Uppföljningar av ungdomar inskrivna vid Magelungens Dagverksamheter i Stockholm*. Forskningsrapport Nr 3; Magelungens rapportserie.
- Milin, R., Coupland, K., Walker, S., & Fisher-Bloom, E. (2000). Outcome and follow-up study of an adolescent psychiatric day treatment school program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 320–328. <https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00014>

- Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2009). IN-BoB. Intagningsinformation om bakgrund och behandling vid Magelungens behandlingscenter. Stockholm: Magelungen.
- Pazaratz, D. (2001). Theory and structure of a day treatment program for adolescents. *Residential Treatment for Children & Youth*, 19(1), 29–43. https://doi.org/10.1300/J007v19n01_03
- Powell, S., Calkins, C., Quealy-Berge, D., & Bardos, A. N. (1999). Adolescent day treatment: A school and community based alternative to residential care. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 11(3), 275–286.
- Rizzo, M., Sollermark, K., & Karlsson-Söderström, P. (2019). *Magelungen Heldag. En handbok om samverkan kring förändring och utveckling*. Magelungen.
- Silvan, M., Matzner, F. J., & Silva, R. R. (1999). A model for adolescent day treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63(4), 459–480.
- Skollagen (SFS 2010:800). Utbildningsdepartementet.
- Skolverket (2010). *Skolfrånvaro och vägen tillbaka* (Nr 341).
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*.
- Socialstyrelsen (2014). *Barn och unga. Insatser år 2013. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*.
- Socialstyrelsen (2018). *Grundbok i BBIC: Barns behov i centrum*.
- Socialstyrelsen (2019). *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*.
- Socialstyrelsen (2021). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020*. Art.nr: 2021-8-7516.
- Socialtjänstlagen (SoL 2001:453). Socialdepartementet.
- Strömbeck, J., Ayoub Petersson, M.-T., Persson-Tichy, T., Oldenvi, I., Clinton, D., & Bergström, M. (2018). *Utvärdering av Magelungen BO. Slutrapport från ett utvärderingsprojekt på stödboendet Magelungen BO. 2009–2016*. Forskningsrapport Nr 9; Magelungens rapportserie.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2017). *Behandlingsresultat Magelungen. Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet (HSP, behandlingshem och resursboende (BO). 2009–2015*. Forskningsrapport Nr 8; Magelungens rapportserie.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2012). UPP-BoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Palmér, R., Sundberg Lax, I., Karlberg, M., & Bergström, M. (2019). *Utfall av ett KBT-baserat behandlingsprogram för hemmasittare. Utvärdering av Magelungens Hemmasittarprogram (HSP)*. Forskningsrapport Nr 11; Magelungens rapportserie.
- Svensson, B. (1990). Utvärdering av Svalnäs. *En institution inom Stockholms läns landsting för barn från 7 till 20 år och deras föräldrar*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Tyrstrup, M. (2014). *I välfärdsproduktionens gränsland. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Entreprenörskapsforum.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

- Wampold, B. E. (2012). *Psykoterapins grunder. En introduktion till teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*, 270–277.
- Weir, R. P., & Bidwell, S. R. (2000). Therapeutic day programs in the treatment of adolescents with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 264–270.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2015). *Abnormal child and adolescent psychology with DSM-V updates (8th ed.)*. Harlow: Pearson.
- Wiklund, I., Gorkin, L., Pawitan, Y., 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.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & the BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*(S1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- Örebro kommun (2020). *Slutrapport sociala investeringar. Bryggan—Från destruktiv frånvaro till måluppfyllelse*.

