



MAGELUNGEN

## Utvärdering av Funkaprogrammen

### Rapport 15

*Funka Hemma, Funka Familjehem och Funka + Behandlingsfamilj*

*2013–2022*

Johan Strömbeck  
Charlotta Holm  
Helena Preisler  
Selma Engdahl  
Katarina Alanko

2022

## Förord

Tack till de ungdomar, föräldrar och familjehemsföräldrar som bidragit till denna rapport genom att delta i utvärderingen.

## Medverkande författare

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

Charlotta Holm, socionom, familjebehandlare, Magelungen.

Helena Preisler, socionom, enhetschef, Magelungen.

Selma Engdahl, psykolog, forskning- och utvärderingsansvarig Magelungen, ungdomscoach Magelungen BO.

Katarina Alanko, psykolog, docent i psykologi, Åbo Akademi.

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>0</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>1</b>
Insatser till barn och unga inom socialtjänsten .....	1
Risk- och skyddsfaktorer .....	2
Tidigare forskning om behandlingsformer i och utanför hemmet .....	3
Familjehem och behandlingsfamiljer.....	4
Sammanbrott i familjehemsvård.....	5
Magelungens Funkaprogram .....	7
Upplägg och innehåll.....	8
<i>Funka Hemma</i> .....	9
<i>Funka Familjehem</i> .....	10
<i>Funka + Behandlingsfamilj</i> .....	10
Syfte och frågeställningar .....	12
<b>Metod.....</b>	<b>13</b>
Deltagare.....	13
<i>Placeringsorsak</i> .....	14
Mätinstrument.....	14
<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> .....	15
<i>Livets stege</i> .....	15
<i>Inskrivningsformulär/Utskrivningsformulär/Uppföljningsformulär</i> .....	16
Procedur.....	16
Dataanalys .....	17
<b>Resultat.....</b>	<b>18</b>
Bortfallsanalys.....	18
Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp – Funka Hemma.....	18
Utfall – Funka Hemma .....	20
<i>SDQ-S</i> .....	20
<i>SDQ-F</i> .....	20
<i>Livets stege</i> .....	20
<i>Konfliktnivå</i> .....	23
<i>Skolnärvaro</i> .....	23
<i>Boende</i> .....	23
Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp – Funka Familjehem .....	23
Utfall – Funka Familjehem.....	25
<i>SDQ-S</i> .....	25
<i>SDQ-F</i> .....	25
<i>Livets stege</i> .....	25
<i>Konfliktnivå</i> .....	25
<i>Skolnärvaro</i> .....	28

<i>Boende</i> .....	28
Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp – Funka + Behandlingsfamilj.....	28
Utfall – Funka + Behandlingsfamilj .....	30
<i>SDQ-S</i> .....	30
<i>SDQ-F</i> .....	30
<i>Livets steg</i> .....	33
<i>Konfliktnivå</i> .....	33
<i>Skolnärvaro</i> .....	33
<b>Diskussion</b> .....	<b>34</b>
Styrkor och svagheter med studien .....	37
Vidare studier .....	38
Slutsats.....	39
<b>Referenser</b> .....	<b>40</b>

## Sammanfattning

Samhället har ett ansvar i att försäkra alla barn och unga goda uppväxtvillkor och en gynnsam utveckling, bland annat genom att identifiera och minimera riskfaktorer samt stärka skyddsfaktorer i barnets och familjens liv. För de barn som är i behov av samhällets omvårdnad är en placering utanför hemmet alltid ett beslut som starkt påverkar barnets vardag och relationer. Alternativ till placering finns, och förebyggande stöd- och behandlingsinsatser kan göra så att placering kan undvikas. Då placering ändå behöver ske, till exempel i form av familjehem, finns en betydande risk att dessa slutar i sammanbrott. Magelungens Funkaprogram syftar till att stödja unga och föräldrar till en mer välfungerande och mindre konfliktfylld tillvaro i hemmet eller familjehemmet. Den här studien syftade till att undersöka utfall i form av mående, konfliktnivå, skolnärvaro samt kontinuitet i boende på Funka Hemma, Funka Familjehem och Funka + Behandlingsfamilj. SDQ, Livets steg samt uppgifter om skolnärvaro och konfliktnivå i hemmet samlades in vid behandlingsstart, -avslut och uppföljning. Resultatet visade på positiva förändringar efter avslutad insats och vid uppföljning, med minskade beteendeproblem, minskad konfliktnivå och ökad närvaro i skolan. För andra utfallsmått syntes ingen eller endast små förändringar. Resultaten var tydligare på Funka Hemma än för övriga insatser, där jämförelser på gruppnivå ibland inte gick att göra på grund av för litet deltagarantal. Större undersökningsgrupper skulle framöver behövas för att nå ett säkrare resultat. Detta skulle även kunna kombineras med andra typer av studier, som till exempel fallstudier samt studier med längre uppföljningstider.

Samhället har ett ansvar i att försäkra alla barn och unga goda uppväxtvillkor och en gynnsam utveckling, bland annat genom att identifiera och minimera riskfaktorer samt stärka skyddsfaktorer i barnets och familjens liv. Samhällets ansvar och resurser att möta dessa riskfaktorer är dock uppdelade mellan olika aktörer. Trots att problematiken behöver mötas brett delas insatserna upp i ett system som är svåröverblickbart och icke-funktionellt i att möta barns behov av samordnade insatser. Det finns därför ett behov av stöd- och behandlingsinsatser som förmår överbrygga de mellanrum som uppstår och utgöra ett enhetligt hållande sammanhang kring familjesystemet. Dessa insatser behöver utvärderas systematiskt för att bedöma deras effektivitet samt ge ökad kunskap om insatser till barn och unga som är i behov av samhällets vård.

Inom Magelungen finns tre manualbaserade program inom öppenvård och familjehemsvård som riktar sig till denna målgrupp; Funka Hemma (Holm m.fl., 2015b) som är ett riktat stöd till barn och föräldrar där målet är att undvika placering, Funka Familjehem (Holm m.fl., 2015a) där stödet riktar sig till barn, familjehemsföräldrar och biologiska föräldrar samt Funka + Behandlingsfamilj (Magelungen, u.å.) där behandlingen av unga med riskbeteenden kopplade till antisocial utveckling sker i en behandlingsfamilj. Programmen följs kontinuerligt upp som en del av Magelungens systematiska uppföljningar. Det här är den första sammanställningen av utvärderingarna av Magelungens Funkaprogram.

### *Insatser till barn och unga inom socialtjänsten*

Socialtjänstlagen fastslår att socialnämnden ska verka för att barn och ungdomar ska växa upp under trygga och goda förhållanden (Socialtjänstlagen, 2001; 5 kap. 1 §). Socialtjänsten arbetar i första hand för att barn och unga ska kunna bo hemma, genom att rikta stödinsatser till föräldrar för att till exempel hantera utåtagerande beteende hos barnet samt till den unga själv. När stöd och behandling inte är tillräckligt kan vård och omsorg behöva beredas utanför hemmet. Flera behandlingsalternativ som innebär en placering utanför hemmet har hemflytt som målsättning. För de barn och unga som erhåller vård utanför hemmet har socialnämnden till uppgift att verka för att dessa får god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden. I detta ska socialnämnden ge föräldrar och vårdnadshavare samt de som ansvarar för barnets vård utanför hemmet råd, stöd och annan hjälp de behöver (Socialtjänstlagen, 2001; 6 kap 6–7 §). Stöd- och behandlingsinsatser riktade till barnet och föräldrarna kan förbättra deras mående samt kvaliteten på placeringen, men mer kunskap behövs om effekter av dessa insatser (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017).

Med öppenvårdsinsatser avses flera olika insatser som ges till barn och unga i behov av stöd, behandling eller förebyggande insatser. I Socialstyrelsens (2022a) årliga statistik delas insatserna upp i strukturerade öppenvårdsprogram, behovsprövat personligt stöd samt kontaktperson eller kontaktfamilj. Strukturerade öppenvårdsprogram avser individuellt målinriktade program som är regelbundna, begränsade i tid och där klienterna vistas hel eller del av dag. Med personligt behovsprövat stöd avses stöd och behandling till barnet och kan ges både till barn som bor hemma och barn som är placerade utanför hemmet och innefattar till exempel hemma-hos insatser (Socialdepartementet, 2012). Antal barn och unga som deltog i minst en

öppenvårdsinsats den 1 november 2021 var 32 500. Under 2021 deltog 17 500 barn och unga, vilket utgör 0,7 % av populationen, i ett strukturerat öppenvårdsprogram och behovsprövat personligt stöd gavs till 39 000 barn och unga, vilket utgör 1,5 % av populationen (Socialstyrelsen, 2022c).

År 2021 fick 26 200 barn och unga i Sverige en heldygnsinsats från socialtjänsten. Drygt hälften av dessa var ungdomar över 15 år. Helydgninsatser kan vara placering i familjehem, på Hem för vård eller boende (HVB), särskilt ungdomshem eller i stödboende. Placering i familjehem var den vanligaste placeringsformen, med 18 700 placeringar år 2021. Knappt hälften av de familjehemsplacerade barnen var under 13 år och 40 % var över 15 år. För barn upp till tolv års ålder angavs brister i hemmiljön som utgör en påtaglig risk för den unges hälsa eller utveckling som enda anledning till placering i 97 % av ärendena. Med stigande ålder ökade sedan andelen som placerades antingen enbart på grundval av att den unges egna beteende bedömdes utgöra en påtaglig risk, alternativt i kombination med bristande hemmiljö. Denna ökning var mer markant för pojkar än för flickor. I åldern 15–17 år var andelen där eget beteende angavs som grund för insats 82 % för pojkar och 50 % för flickor (Socialstyrelsen, 2022a).

### *Risk- och skyddsfaktorer*

Barn och unga som placeras mår sämre och riskerar i större utsträckning att misslyckas i skolan än sina jämnåriga. De har även kraftiga överrisker inom en rad områden som vuxna, bland annat bristande försörjningsförmåga, fysisk och psykisk ohälsa, missbruk, självmord och kriminalitet (Socialstyrelsen, 2010). Vad av detta som handlar om faktorer kopplade till tiden före placeringen eller till själva placeringen finns inget tydligt svar på. Studier visar inte på entydiga skillnader i utvecklingen av allvarlig problematik i vuxen ålder mellan barn från motsvarande förhållanden som placeras respektive bor kvar hemma (SBU, 2017). Placeringen kan i sig utgöra en risk för barnet och en stor del av placeringarna avbryts plötsligt och oplanerat (så kallat sammanbrott). Så många som varannan till var fjärde placering, beroende på definition av sammanbrott, placeringsform och ålder på den unge, har i svenska studier visat sig sluta i sammanbrott (Vinnerljung m.fl., 2001; Westerberg, 2011). Det finns därför anledning för oss som arbetar inom fältet att utveckla och utvärdera både de insatser vi ger till familjer för att undvika placering och de insatser vi ger till de barn och unga som inte kan få sina behov av skydd och utvecklingsstöd uppfyllda i hemmet.

Forskning kring risk- och skyddsfaktorer för social utsatthet och antisocial utveckling för barn och unga visar på behovet av samordnade multimodala insatser riktade mot flera områden samtidigt (Socialstyrelsen, 2020). Det finns ett kumulativt samband mellan antal riskfaktorer och sannolikhet för en ogynnsam utveckling, men även mellan antalet skyddsfaktorer och minskad risk. Riskfaktorer kopplade till familjens sociala och ekonomiska situation, föräldrarnas sårbarhet och barnets individuella förutsättningar samspelar och påverkar prognosen för en problematisk utveckling hos barnet (Andershed & Andershed, 2015). Skolmisslyckanden i form av ofullständiga eller låga betyg i grundskolan innebär också för placerade barn en överrisk för negativ psykosocial utveckling (Socialstyrelsen, 2010). Vid hög risk för barns hälsa och utveckling behöver insatser ta hänsyn till riskfaktorer hos såväl föräldrar och barn som i

strukturer och system runt om familjen. Ändå är samhällets ansvar och resurser att möta dessa riskfaktorer uppdelade mellan olika aktörer och mellan olika avdelningar hos respektive aktör. Trots att problematiken behöver mötas brett delas insatserna upp i ett system som är svår-överblickbart och icke-funktionellt i att möta barns behov av samordnade insatser. Det finns därför ett behov av utvärderade stöd- och behandlingsinsatser som förmår överbrygga dessa mellanrum och utgöra ett enhetligt hållande sammanhang kring familjesystemet.

### *Tidigare forskning om behandlingsformer i och utanför hemmet*

Socialtjänsten tillgodoser behov av behandling för barn, ungdomar och familjer i många olika former. För familjer där ungdomens beteendeproblem inte kräver placering utanför hemmet kan det vara aktuellt med öppenvård, där föräldrar får hjälp och stöd i sitt föräldraskap. Ett exempel på detta är Funka Hemma. Andra behandlingsprogram inom öppenvården är till exempel Multidimensionell familjeterapi (MDFT) och Multisystemisk terapi (MST), vilka har som syfte att stödja föräldrar då barn har ett utåtagerande beteende.

I en omfattande metaanalys (Leijten m.fl., 2022) av verksamma komponenter i föräldrastödsprogram vid utåtagerande beteende hos barn i åldern 2–12 år, där samtliga program byggde på social inlärningsteori, fann man att den effektivaste komponenten för att minska problembeteenden var beteendehantering (*eng.* behavior management) som innefattade sådant som positiv förstärkning, beröm, time-out och bemötande av problembeteende genom att ignorera eller ge logiska konsekvenser. I preventivt syfte visade sig även beteendehantering i kombination med att stärka föräldrarna i deras dagliga föräldraskap vara effektivt.

För något äldre barn är program vars syfte är att förebygga återfallsbrott hos unga sammanställda i en översikt av SBU (2020). I översikten identifierades följande metoder där hela familjen engagerades: Family Empowerment Intervention, Funktionell familjeterapi (FFT), Multidimensional Family Therapy (MDFT), MST, ISSP multisystemisk intervention och Step up – gruppinsats för hela familjen. Inget program var då mer verksamt än kontrollgruppen. I en metaanalys av fyra olika familjeterapier för tonåringar med kriminellt beteende och missbruk fann Baldwin med kollegor (2012) små men statistiskt signifikanta effekter av familjeterapi i jämförelse med sedvanlig behandling eller alternativ terapiform. Då man utvärderat enskilda program har man i flera studier och metaanalyser konstaterat att till exempel MDFT, som är ett familjebaserat, multisystemiskt utvecklingsorienterat program, var mer verksamt än andra insatser såsom kognitiv beteendeterapi, annan individualterapi, eller gruppterapi, för tonåringar med svåra beteendeproblem och drogmissbruk. Det visade sig mer effektivt i att minska missbruk, kriminellt beteende och våldsbrott, internaliserande och externaliserande symptom, samt i att reducera risker och att främja skyddande faktorer relaterat till individ, familj, kamratgrupp och skola (Liddle m.fl., 2004; Stanton & Shadish, 1997; Tanner-Smith m.fl., 2013; van der Pol m.fl., 2018). För ungdomar med högre grad av problembelastning, med allvarigare drogmissbruk och problembeteende samt med psykiatrisk komorbiditet bedömdes insatsen som särskilt gynnsam (Henderson m.fl., 2010; Hendriks m.fl., 2012; van der Pol m.fl., 2017).



## *Familjehem och behandlingsfamiljer*

Vård och boende utanför det egna hemmet bedrivs i många olika former och med olika grad av professionalitet och behandlingstygnd. Insatsen väljs och anpassas efter aktuella behov och riskanalyser. I familjehem placeras barn och ungdomar som av något skäl inte kan bo hemma, och som är i behov av ett tryggt boende snarare än kvalificerad behandling. Familjehem är vanliga familjer med kvaliteter som lämpar sig för uppdraget att ge ett barn eller en ungdom god omvårdnad och för att tillsammans med socialtjänst, föräldrar, skola och andra berörda ge barnet goda förutsättningar i livet. Vården ska vara trygg, säker, ändamålsenlig och präglas av kontinuitet (Socialstyrelsen, 2021a). Familjehem utreds, utbildas, arvoderas och handleds av socialtjänsten, och socialnämnden är ansvarig huvudman.

Förstärkt familjehemsvård (eller konsulentstött familjehemsvård) erbjuds av privata konsultverksamheter som utbildar och handleder familjehem de själva rekryterar. I insatsen som köps av socialnämnden ingår nära stöd och handledning under familjehemsplaceringen. Familjehemmet behöver godkännas av placerande kommuns socialnämnd på samma sätt som vanliga familjehem och den privata konsultverksamheten är tillståndspliktig. Det finns regelverk med föreskrifter och allmänna råd kopplade till kvalitetskraven på verksamheten (Socialstyrelsen, 2021a). Placering i förstärkt familjehemsvård blir aktuell när behoven är sådana att det bedöms behövas större närhet och intensitet i stödet till familjehemmet än vad socialtjänsten normalt ger.

För barn och unga med svårare beteendeproblematik, där en placering i förstärkt familjehemsvård inte räcker till, kan placering i en så kallad behandlingsfamilj vara ett alternativ. Placering i behandlingsfamilj innebär att utbildade familjehemsföräldrar tillsammans med ett behandlingsteam utför behandlingen (SBU, 2018). Behandlingsfamilj kan vara ett gynnsammare alternativ än institutionsvård (t.ex. placering på HVB), då det erbjuder behandling i ett sammanhang med färre vuxna att knyta an till och en minskad risk för påverkan från jämnåriga med liknande riskbeteenden (Strijbosch m.fl., 2015; Åström m.fl., 2020) samt större möjlighet till individuell anpassning i behandlingen.

Begreppet behandlingsfamilj återfinns hos Socialstyrelsen (2021b) och SBU (2018) i beskrivningar av behandlingsinsatsen Treatment Foster Care Oregon (TFCO)<sup>1</sup>. Det är också i detta behandlingsprogram som insatsen först introducerades i Sverige. Med behandlingsfamilj avses här en specialutbildad familj som utgör en del av ett behandlingsteam bestående av familjebehandlare, ungdomsbehandlare och samordnare. Effekten av TFCO har sammanställts i en metaanalys av Åström med kollegor (2020). Där identifierades åtta studier, varav fem från USA, två från Storbritannien och en från Sverige. Resultatet visade att TFCO troligen minskar ungdomarnas kriminalitet och placering på låst avdelning, samt möjligen även minskar narkotikamissbruk, psykisk ohälsa och förekomst av kriminellt umgänge. Däremot gick det inte att utifrån de inkluderade studierna värdera effekten gällande alkoholmissbruk, psykotiska symtom, sexuellt riskbeteende eller förekomst av tonårsgraviditeter.

---

<sup>1</sup> Gick tidigare under namnet Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC).

Behandlingsfamiljer används idag i olika typer av insatser anpassade till varierande målgrupper. Det saknas enhetlig beskrivning eller kravspecifikation för vad en behandlingsfamiljsinsats ska innehålla utöver vad som gäller för förstärkt familjehemsvård. Praxis tycks dock vara att det är en familj med särskild utbildning eller kunskap kopplad till uppdraget, att insatsen är tidsbestämd, samt har ett behandlingsinnehåll där behandlingsfamiljen utgör en del av behandlingsteamet (se t.ex. Friab<sup>2</sup> eller Parcer<sup>3</sup>).

### *Sammanbrott i familjehemsvård*

Hur vanligt det är med sammanbrott i familjehemsvård har undersökts i flera studier och forskningsöversikter, och beroende på definition av begreppet, studiedesign, uppföljningstid och skillnader mellan länder så varierar siffrorna. Vinnerljung med kollegor (2001) rapporterar om sammanbrott i 40–50 % av placeringarna i det de benämner 'vanliga familjehem' (ej nätverks- eller släktplacering) för tonåringar mellan 13–16 år. Vid nätverks- eller släktplacering var sammanbrottsfrekvensen lägre. I en uppföljning av långtidsplaceringar i familjehem, där barnen placerats senast vid åtta års ålder och bott i familjehemmet i minst fyra år skedde sammanbrott därefter i 24–26 % av placeringarna (Vinnerljung m.fl., 2014). I en svensk regional studie av familjehemsplacerade barn mellan 0–16 år avslutades 29 % i sammanbrott (Skoog m.fl., 2012). En dansk studie (Olsson m.fl., 2012) visade på sammanbrott i 33 % av tonårsplaceringarna. Danska studier har också visat att för tonåringar är risken stor för sammanbrott tidigt i placeringen; knappt var tredje sammanbrott skedde under de första fyra månaderna och nästan två tredjedelar skedde under det första året (Egelund & Vitus, 2009; Olsson m.fl., 2012). Internationella översikter rapporterar sammanbrott i 20–40 % av placeringarna, och upp till 50 % för tonåringar (Oosterman m.fl., 2007). Varannan till var femte familjehemsplacering slutar således i sammanbrott.

Sammanbrott kan påverka den unge negativt på flera sätt. Bland annat ökar sammanbrott risken för att utveckla eller förvärra emotionella svårigheter och beteendeproblem (Strijker m.fl., 2008; Vanderfaellie m.fl., 2013; Vinnerljung m.fl., 2014). Newton med kollegor (2000) visade att barn som varit med om upprepade omplaceringar uppvisade ökade beteendeproblem. De lyfte att vi särskilt riskerar att inte uppmärksamma de barn som påverkas starkt av uppbröten, och för vilka detta leder till ökade internaliserande problembeteenden snarare än utåtagerande beteenden. För barnet innebär ett sammanbrott även en förlust av sammanhang och relationer. De behöver ånyo anpassa sig till ett nytt sammanhang och till en ny familjs kultur och normsystem. De riskerar att förlora det stöd och kontakter de har byggt upp i nuvarande placering, såsom skola och sociala relationer utanför familjehemmet. Upprepade sammanbrott minskar möjligheten för barnet att knyta an till viktiga vuxna (Samrai m.fl., 2011; Strijker m.fl., 2008) och har barnet varit placerat under en längre tid kan det vid ett sammanbrott vara svårt att återvända till den biologiska familjen (Vinnerljung m.fl., 2014).

Forskning har visat på faktorer kopplade till barnet som ökar risken för sammanbrott. Ju äldre barnet är vid placering desto högre risk för sammanbrott (Oosterman m.fl., 2007; Strijker m.fl.,

---

<sup>2</sup> <https://friab.se/bli-behandlingsfamilj/>

<sup>3</sup> <https://parcer.se>

2008). Erfarenhet av tidigare placeringar ökar också risken (Oosterman m.fl., 2007; Vinnerljung m.fl., 2001). Den faktor som visat starkast samband med sammanbrott är beteendeproblem hos den unge (Newton m.fl., 2000; Olsson m.fl., 2012; Oosterman m.fl., 2007; Sallnäs m.fl., 2004; Strijker m.fl., 2008). Vinnerljung med kollegor (2014) påtalade att sambandet är mindre tydligt för ungdomar som inte visat beteendeproblem innan placering. Samtidigt finns det anledning att problematisera sambandet eftersom sammanbrott och instabilitet i samhällsvården omvänt kan leda till att barnet utvecklar beteendeproblem (Strijker m.fl., 2008). Även emotionella problem har påvisats ha samband med sammanbrott och psykisk ohälsa i kombination med beteendeproblem har visat särskilt starkt samband (Sallnäs m.fl., 2004).

Det är vanligt att sammanbrott sker på grund av att familjehem avslutar uppdraget, bland annat om de upplevt att de inte kan hantera barnets problematik (Khoo & Skoog, 2014). Om familjehemsföräldrarna saknar utbildning i hur de på ett konstruktivt sätt kan hantera beteendeproblem hos barnet ökar risken för sammanbrott (Vanderfaeillie m.fl., 2013). Bristen på stöd i uppdraget, och i rollen som familjehemsföräldrar, har av flera lyfts som anledning till avslut (Khoo & Skoog, 2014; Leathers, 2006; Samrai m.fl., 2011). Familjehemsföräldrar har beskrivit att sammanbrott kunnat undvikas om de fått tillräcklig och relevant information om barnet innan placeringen för att inte åta sig ärenden de inte förmår hantera samt om de fått det stöd de eftersökt under placeringen (Khoo & Skoog, 2014; Samrai m.fl., 2011). Detta innefattade även önskan om bättre samarbete med andra aktörer för att barnet skulle få de stöd- och vårdinsatser det behöver (Khoo & Skoog, 2014). Brist på inflytande har också lyfts som orsak till att familjehem avsäger sig uppdraget (Samrai m.fl., 2011).

Flera forskare har lyft fram skyddande faktorer som kan påverka om en riskfaktor leder till sammanbrott eller inte. En sådan är kvaliteten på den omsorg som familjehemmet ger den unge. Oosterman med kollegor (2007) tar bland annat upp att en trygg och god anknytning till familjehemsföräldrarna ökar sannolikheten för en lyckad placering, och att anknytningen påverkas av familjehemsföräldrarnas förmåga att möta barnet på ett sätt som visar att de står kvar och finns tillgängliga även när barnet agerar ut. Leathers (2006) påvisar att högre grad av integrering och anknytning i familjehemmet vid tonårsplaceringar korrelerar med stabilitet i placeringen samt att grad av integrering i familjehemmet medierar sambandet mellan beteendeproblem och sammanbrott. Vanderfaeillie med kollegor (2013) som har undersökt internaliserande och externaliserande problembeteenden vid familjehemsplaceringar och varför dessa inte minskat i förväntad utsträckning, visade i sin studie att negativa disciplinerande föräldrabetenden och upplevd stress i föräldraskapet var det som hade starkast samband med ökade problembeteenden och att ett stödjande föräldraskap korrelerade med minskade problembeteenden. De menade därför att stöd till familjehemsföräldrarna som syftar till att minska de negativa strategierna och öka de stödjande både kan ha en positiv inverkan på barnets utveckling och på stabiliteten i placeringen.

## *Magelungens Funkaprogram*

Magelungen har bedrivit familjehemsbaserad behandling sedan 2002, då det KBT-baserade programmet MTFC, nuvarande TFCO, implementerades på Magelungens nystartade öppenvårdsenhet i Stockholm. Inom Magelungens öppenvård har sedan både Funkaprogrammen och Hemmasittarprogrammet (HSP) utvecklats, samtliga med ett tydligt beteendefokus. Målsättningen har varit att skapa insatser som lever upp till definitionen av evidensbaserad praktik: framtagna med utgångspunkt i behandlarnas professionella erfarenheter och utifrån bästa tillgängliga vetenskapliga stöd, med flexibilitet i varje enskilt behandlingsärende utifrån familjemedlemmarnas situation och erfarenheter. Funkaprogrammen finns inom Magelungens öppenvårdsenheter på nio orter: Gävle, Göteborg, Helsingborg, Jönköping, Stockholm, Södertälje, Uppsala, Västerås och Örebro. Funkaprogrammen är manualbaserade behandlingsprogram där arbetet sker multimodalt, intensivt, föräldrautbildande och har ett beteendeterapeutiskt fokus.

- **Manualbaserat:** Tydlighet och stöd till behandlarna och därmed ökad trygghet för klienterna. Att programmet är manualbaserat gör det också lättare att utvärdera insatsen. I stödet till behandlarna ingår en grundutbildning i inlärningsteori och KBT för socialt arbete, utbildning i Funkaprogrammen, rutiner för teamarbete, mallar för dokumentation och material kopplat till behandlingsinterventioner och beteendeanalys, gemensamma utbildningsdagar och metodstöd via handledare.
- **Multimodalt:** Att arbeta på många olika arenor samtidigt. Behandlingsteamet samarbetar alltid med skola och i förekommande fall andra vårdgivare som BUP eller beroendemottagning. Utöver mål på skolområdet arbetar teamet med mål för fritid, föräldraskap och föräldrars egna (psykosociala/ekonomiska) behov, familjesituation och nätverk.
- **Intensivt:** Kontakten med familjen sker flera gånger per vecka i olika konstellationer, ibland dagligen, i möten och per telefon. Familjen arbetar med uppdrag och hemuppgifter mellan träffarna. Behandlingsteamet har också ett nära samarbete med andra instanser som har kontakt med familjen.
- **Föräldrautbildande:** Föräldrarna får öva på nya strategier och utveckla förmågor att använda i föräldraskapet. Fokus ligger till exempel på positiv samvaro, utvecklingsstödjande bemötande, lugn konflikthantering och funktionell gränssättning.
- **Beteendeterapeutiskt fokus:** Teamet arbetar med beteendeanalys både i planeringen av interventioner och i samtal med familjen i syfte att öka förståelsen för vad som fungerar och vad som blir till hinder i vardagen. Utifrån beteendeanalysen arbetar behandlarna tillsammans med familjen för att uppnå en positiv och varaktig förändring

Behandlarna på öppenvårdsenheterna arbetar med samtliga behandlingsprogram som finns på respektive ort<sup>4</sup>. På de minsta enheterna arbetar två behandlare och på den största finns idag sex tjänster. Medarbetarna är socionomer, beteendevetare eller psykologer i grunden och för tjänst vid öppenvården krävs eller erbjuds vid anställning en grundutbildning inom KBT samt en

---

<sup>4</sup> På en del öppenvårdsenheter finns förutom Funkaprogrammen även HSP samt skräddarsydda öppenvårdsinsatser.

utbildning i programmen. Flera medarbetare har grundläggande psykoterapiutbildning och/eller andra vidareutbildningar inom behandlingsmetod, som till exempel Komet, Mentaliseringsbaserad behandling (MBT), Motiverande samtal (MI), Tryggare barn (Socialstyrelsen, 2022b), eller Trygghetscirkeln (Circle of Security; <https://www.circleofsecurityinternational.com>).

På någon enhet finns tillgång till hund i behandling och på någon annan hästunderstödd behandling. Personalen arbetar i team om två behandlare per ärende i Funka Hemma och Funka Familjehem, och tre per ärende i Funka + Behandlingsfamilj. Teamen anpassas efter behoven i ärendet i den mån det är möjligt vad gäller ålder, kön och kompetenser/egenskaper som språk eller intressen och kunskap inom specifikt metod- eller behovsområde.

### *Upplägg och innehåll*

De tre varianterna av programmet; Funka Hemma, Funka Familjehem och Funka + Behandlingsfamilj, har som gemensam målgrupp familjer där det finns en hög oro för barnens fortsatta utveckling. Den teoretiska grunden för behandlingen är social inlärningsteori, anknytningsteori och systemteori. Behandlingsinterventionerna är beteendeterapeutiskt orienterade. Målet är att hjälpa såväl föräldrar som barn till mer funktionella beteenden och positivt samspel, samt att förändra förutsättningarna i den psykosociala miljön, till exempel skolans bemötande och stöd.

I behandlingen ingår arbete med föräldrarnas/familjehemmets bemötande av barnen samt föräldrarnas sätt att hantera egna svårigheter. Föräldrarbetet sker genom samtal, konkreta hemuppgifter och genom färdighetsträning i gemensamma aktiviteter. Teamet har en mycket hög grad av flexibilitet när det gäller var och hur man ses och arbetar med de uppsatta målen. Arbetet med barnets eller ungdomens egna svårigheter sker genom samtal, färdighetsträning och handfast stöd i vardagen. Arbetet kan också ske via föräldrarna, genom förändringar i miljö och bemötande som ger förutsättningar för barnet att utveckla positiva beteenden i stället för problemskapande beteenden.

Familjesamtal och familjegemensamma aktiviteter sker i hemmet och på öppenvårdsenheten. Familjebehandlingens fokus utgår från den aktuella familjens behov och de mål som finns för behandlingen, och återkommande teman är samarbete och kommunikation, överenskommelser om regler och gränser, relationer och reparation efter konflikt eller brister i omsorgen. Teamet samarbetar nära med professionella och privata nätverk kring barnet och familjen för att förstärka skyddsfaktorer i miljön. Ofta handlar det om att initiera kontakter som familjen behöver, eller om att samordna olika insatser i praktiken. Detta gäller även föräldrars professionella kontakter kring till exempel ekonomi eller psykiatri.

Alla tre program är uppdelade i olika faser för att tydliggöra processen i behandlingen och för att klargöra fokus för interventionerna. Behandlingstiden i programmen är ungefär ett år. I Funka Hemma och Funka Familjehem inleds behandlingen med en kartläggningsfas som pågår i ungefär fyra veckor. Syftet är att få en bild av risk- och skyddsfaktorer samt att skapa en förståelse för vad som upprätthåller problematiken. Kartläggningen utmynnar i en skriftlig sammanfattning med konkreta behandlingsförslag som både familj och socialtjänst får tycka

till om. En viktig del av kartläggningstiden är att teamet lär känna familjemedlemmarna och gör dem delaktiga i en gemensam beskrivning av situationen och i den planerade behandlingen. Syftet är alltså både undersökande och alliansskapande.

Motsvarigheten till kartläggningsfasen i Funka + Behandlingsfamilj är en ca tre veckor lång lära-känna-fas. Eftersom ungdomen kommer till behandlingsfamiljen direkt från Statens institutionsstyrelse (SiS) eller hemifrån, ofta under akuta och kaotiska omständigheter, saknas tid för kartläggning före placeringen. Placeringen inleds i stället med en period av hög grad av kontroll för ungdomen, då hen hela tiden vistas tillsammans med behandlingsfamiljen, tillsammans med sin ungdomsbehandlare, eller är i skolan. Målet är att lära känna ungdomen och introducera hen i det nya sammanhanget. Syftet med den begränsade friheten är att bryta negativa sammanhang och beteenden samt att ge behandlingsteamet möjlighet att undersöka styrkor och svårigheter hos ungdomen samtidigt som risksituationer minimeras. I samtliga Funkaprogram sätts de slutgiltiga behandlingsmålen (uppdragsgivarens och familjemedlemmarnas) i slutet av den första fasen, då behandlingsteamet också presenterar förslag på behandlingsinnehåll i genomförandeplanen. Därefter vidtar behandlingsfasen i alla tre programmen.

I behandlingsfasen är det arbetet mot målen, beskrivet i genomförandeplanen, som fortlöpande utvärderas och måluppfyllelsen avgör när arbetet övergår till den tredje och sista fasen: vidmakthållandefas. Behandlingsfasen pågår normalt mellan sex och tio månader och vidmakthållandefasen i cirka två månader. I Funka + Behandlingsfamilj innebär också övergången till vidmakthållandefas att ungdomen flyttar hem och att behandlingsfamiljens uppdrag avslutas. Ungdomen och föräldrarna arbetar tillsammans med behandlarna för att bygga upp nödvändiga resurser och nätverk på hemmaplan. Fokus för arbetet är att upprätthålla uppnådd förändring och motverka återfall.

*Funka Hemma.* I Funka Hemma tas familjer med barn från 0 till 18 år emot och insatsen är ofta ett sista försök att undvika placering utanför hemmet. Målet är att skapa en hållbar uppväxtmiljö, förbättra relationerna i familjen och minska problemskapande beteenden hos både föräldrar och barn. Familjens problematik innefattar ofta hög konfliktnivå och svårigheter i samspel mellan föräldrar och barn, föräldrar belastade av egna psykiatriska eller psykosociala svårigheter och barn som utvecklat en allvarlig beteendeproblematik. Vanligt förekommande hos barnen är diagnoser som AST, ADHD, PTSD och trotssyndrom och det finns ofta flera riskfaktorer i både den sociala miljön och i de individuella förutsättningarna hos familjemedlemmarna.

I barnfamiljer som blir aktuella för insatsen finns vanligen betydande svårigheter i föräldraskapet och i den psykosociala miljön med oro för barnens situation från till exempel förskola, Barnavårdscentral (BVC) eller från föräldrarnas behandlare inom psykiatri och missbruksvård. Ungdomar som blir aktuella för Funka Hemma befinner sig i riskzonen gällande till exempel kriminalitet, missbruk, sexuell utsatthet, psykisk ohälsa och avbruten skolgång. Behandlingsteamet träffar familjen och personer runt dem upp till fyra gånger i veckan. Föräldrarna har tillgång till stöd via telefon under kvällar och helger.

Den totala behandlingstiden i Funka Hemma varierar mer än i de övriga programmen. När problematiken är omfattande och arbetet med att bygga upp ett mer långsiktigt stödsystem kring familjen drar ut på tiden kan insatsen pågå uppåt två år, men i minskad omfattning. Teamet arbetar för att de behov som beräknas kvarstå över längre tid ska tillgodoses av familjens nätverk och av samhällets ordinarie instanser. De sista månaderna av behandlingstiden (vidmakthållandefasen) vill teamet fasa ut och lämna över ansvar till föräldrar och till övriga inblandade. Teamet fortsätter träffa familjen i syfte att stötta deras arbete med att upprätthålla positiva uppnådda förändringar, samt planera för hur man ska upptäcka och hantera tidiga tecken på bakslag.

*Funka Familjehem.* Målet för programmet är att möjliggöra trygga och hållbara familjehemsplaceringar. Ett behandlingsteam kopplas till socialtjänstens familjehem när det finns behov av förstärkt stöd, till exempel inför en placering eller för att undvika sammanbrott i en pågående placering. I vissa fall finns avtal med familjehem som tar emot placeringar på Magelungens uppdrag. Målgrupp för insatsen är familjehemsplacerade barn eller ungdomar med en egen beteendeproblematik som är svår för familjehemsföräldrar och skola att hantera. Behandlingen innebär ett omfattande stöd till familjehemmet samt arbete med barnets föräldrar och familjenätverk. Relationen mellan familjehem och barnets familj är ett område med egna behandlingsmål. När bristande förtroende och kommunikation dem emellan identifieras som problem kopplade till risk för sammanbrott arbetar teamet med en tydligare rolluppdelning där föräldrar och familjehem får varsin kontaktperson i teamet och där teamet via en av behandlarna tar ett större ansvar för planering och beslut under tiden som hållbara rutiner upparbetas. Familjehemmet och föräldrarna har tillgång till stöd via jourtelefon dygnet runt.

Familjehemmet genomgår i samband med behandlingsstart en två dagar lång utbildning med fokus på utvecklingsstödjande samspel, beteendestöd, anknytning och att vara ett stöd i skolgången. Utöver detta fokuserar utbildningen på för den aktuella placeringen viktiga områden, som till exempel föräldraskap vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller posttraumatisk stress. Konkreta metoder, som till exempel traumamedveten omsorg (TMO; Bath & Seita, 2019) lärs ut och handleds i. I behandlingen ingår sedan veckovis handledning till familjehemmet samt telefonstöd. Handledningen fokuserar på bemötandet av barnet och på familjehemmets föräldraförmågor och strategier kring uppmuntran, funktionell gränssättning och lugn konflikthantering.

Barnet eller ungdomen har en egen behandlare med ansvar för att följa barnets upplevelse av sin situation i familjehemmet och för att arbeta med barnets mål och behandlingsbehov. De öppenvårdsenheter som arbetar med familjehemsvård har tillstånd från Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) och är medlemmar samt certifierade av Riksförbundet för Förstärkt Familjehemsvård (<https://rff.se>).

*Funka + Behandlingsfamilj.* Programmet vänder sig primärt till målgruppen ungdomar med allvarlig beteendeproblematik och normbrytande beteende där missbruk, kriminalitet och socialt nedbrytande beteende förekommer. Placeringarna sker vanligtvis med stöd av Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och kraven på kontroll och skydd är höga. Det kan vara ungdomar som skall slussas ut från SiS-institutioner eller HVB. Insatsen

involverar arbete med föräldrar och sociala sammanhang i hemmiljön, och målet är hemflytt inom ett år. Detta innebär att hemmiljön och föräldrarnas omsorgsförmåga behöver bedömas vara tillräckligt goda för en hemflytt.

Programmet har sitt ursprung i Magelungens mångåriga arbete med TFCO och är ett strukturerat KBT-baserat beteende- och färdighetstränande program med stort fokus på att involvera familjen och skapa hållbarhet kring föräldraförmåga. Programmet har en hög grad av flexibilitet när det gäller hur stor del av behandlingstiden som ungdomen bor i behandlingsfamiljen respektive hemma. Målsättningen är att tidigt förlägga mycket behandlingstid på hemmaplan. Mycket av arbetet med föräldra-barnrelationen och med effektiva föräldrastrategier behöver ske hemma för att leda till varaktiga beteende- och samspelsförändringar.

Behandlingsteamet består av tre behandlare med tydligt åtskilda roller: behandlingsledare, ungdomsbehandlare och familjebehandlare. För att minska risken för konflikter/förtroendekris mellan ungdom och behandlingsfamilj, ungdom och föräldrar eller mellan behandlingsfamilj och föräldrar, förläggs alla negativa eller gränssättande beslut på behandlingsledaren. Rollfördelningen innebär också att kommunikationen i systemet blir tydlig och att missförstånd eller informationstapp undviks, likaså risken för dubbla budskap och parallella processer.

I teamet ingår även behandlingsfamiljen. En behandlingsfamilj är ett familjehem med utbildning i Magelungens behandlingsmodell Funka + Behandlingsfamilj. I behandlingsfamiljens avtal ingår att en vuxen i hemmet är tillgänglig på heltid och har uppdraget att samarbeta med teamet utifrån målen i vårdplanen. Behandlingsfamiljen förbinder sig att inte ta emot andra placeringar under tiden som ungdomen bor hos dem. Behandlingsfamiljen är en viktig del av teamet. De är ungdomens behandlingsmiljö och stöttar beteendeförändring genom att förbereda, uppmärksamma och vägleda ungdomen i vardagen. Behandlingsfamiljen konkurrerar inte med föräldrarna i rollen som primär omsorgsperson.

Behandlingsfamilj och föräldrar har tillgång till stöd via telefon dygnet runt. Föräldrarna involveras i behandlingsteamets överväganden och förhållningssätt gentemot ungdomen och tar allt eftersom större ansvar för beslut och gränssättning. Inledningsvis avlastas dock föräldrarna från ansvar för gränssättning och negativa beslut för att möjliggöra reparation och tid för positiv samvaro och relation.

Hemmavistelser planeras noga i förväg och tiden utökas successivt från några timmar per gång till varje eller varannan helg samt de vardagar som fungerar utifrån skola/sysselsättning. Syftet är att familjen får så många tillfällen som möjligt att först ses under kravlösa premisser för att allt eftersom börja träna på mer normala vardagssituationer och vardagskrav. Behandlingsfamiljen stöttar ungdomen i vardagen och har daglig kontakt med skolan. Behandlingsfamiljen övervakar och hjälper ungdomen att följa de regler som finns i programmet, vilket innefattar sådant som kamratkontakter, rutiner, mobilanvändning och fritidssysselsättning.



Stöd- och behandlingsinsatser riktade till både den unge och till föräldrarna, vare sig det är i hemmet, i ett familjehem, eller i en behandlingsfamilj, ger möjlighet till en bättre fungerande tillvaro. Att vara placerad är i sig en riskfaktor för framtida utanförskap, och ifall den riskfaktorn minskar ökar chansen till en mer positiv livsbana. Med rätt stöd i Funka Hemma kan placering undvikas, familjehem kan få förstärkning i Funka Familjehem, och ungdomar kan erbjudas ett alternativ till HVB eller SiS i form av Funka + Behandlingsfamilj, något som potentiellt sett kan ha bättre effekter och mindre risker för negativa bieffekter vid normbrytande beteende och andra beteendeproblem än behandling i grupp som på behandlingshem (Strijbosch m.fl., 2015; Åström m.fl., 2020).

### *Syfte och frågeställningar*

Trots omfattningen av strukturerade öppenvårdsinsatser i form av föräldrastödsprogram riktade till föräldrar saknas kunskap om effekter av dessa insatser. På Magelungen möter vi kraven på kvalitetssäkring och systematisk uppföljning (Socialstyrelsen, 2011; 2020; Socialtjänstlagen, 2011) genom att undersöka utfall vid behandlingsavslut och uppföljning efter sex månader. Det här är den första sammanställningen av utvärderingen av Funka Hemma, Funka Familjehem och Funka + Behandlingsfamilj. Här presenteras data som samlats in under 10 års tid på Magelungens öppenvårdsenheter runt om i landet. Syftet med studien var att undersöka mående i jämförelse med normalgrupp, behandlingsutfall och måluppfyllelse. Frågeställningar:

- 1) Hur ser måendet ut vid behandlingsstart?
- 2) Hur förändras barnens/ungdomarnas mående och föräldrarnas mående över tid?
- 3) För hur många har beteendeproblemen ökat respektive minskat efter behandling?
- 4) Hur förändras konfliktnivån i hemmet efter behandling?
- 5) Förändras närvaron i skolan efter behandling?
- 6) Bor barnen/ungdomarna på Funka Hemma respektive Funka Familjehem kvar i sitt boende vid avslut och uppföljning?

## Metod

Undersökningen bygger på data från tre mättillfällen: vid behandlingsstart (T1), behandlingsavslut (T2), samt uppföljning sex månader efter avslut (T3). Barn/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. Direktiven för vilka ärenden som exkluderas för ytterligare mätningar har varierat över tid. Från början var ärenden kortare än sex månader inte aktuella för T2 och T3, något som sedan ändrades till ärenden kortare än tre månader. Därefter inkluderades ärenden mellan tre och sex månader långa om det ansågs att tillräckligt mycket av behandling då genomförts. Alla som deltagit vid åtminstone T1 inkluderades i undersökningen. De som deltog vid T1, men inte vid T2 var fortfarande aktuella för deltagande vid T3.

### *Deltagare*

Totalt deltog barn/unga och föräldrar från 148 ärenden påbörjade mellan 2013 och 2022 i studien: 97 från Funka Hemma, 18 från Funka Familjehem och 33 från Funka + Behandlingsfamilj (Tabell 1). Ibland deltog både barn/ungdom och förälder, ibland bara barn/ungdom och ibland bara förälder. Detta gav ett totalt deltagarantal av 106 barn/ungdomar och föräldrar i 127 ärenden. I Funka Hemma och Funka + Behandlingsfamilj var det biologisk förälder alternativt annan vårdnadshavare som fyllde i formulären. I Funka Familjehem deltog i stället familjehemsföräldrarna.

Åldersspannet var mindre på Funka + Behandlingsfamilj (13–16) än på övriga två behandlingsinsatser. Medelåldern var också högre på Funka + Behandlingsfamilj (14,9) än på Funka Hemma (13,1) och Funka Familjehem (13,2). På Funka Hemma och Funka + Behandlingsfamilj var nästan två av tre deltagare pojkar, medan andelen var mer jämnt fördelad på Funka Familjehem.

Tabell 1

*Deltagare.*

	Funka Hemma	Funka Familjehem	Funka + Behandlingsfamilj
<b>Antal</b>			
Barn/ungdom	68	12	26
Förälder	89	13	25
<b>Ålder</b>			
Min-Max	7-17	8-17	13-16
<i>M (SD)</i>	13,1 (2,5)	13,2 (2,3)	14,9 (1,0)
Andel pojkar/flickor/annat	62/38/0	47/53/0	65/35/0
<b>Behandlingslängd (mån)</b>			
Min-Max	3,2-28,4	3,1-20,9	3,3-45,5
<i>M (SD)</i>	11,6 (5,5)	9,3 (5,6)	12,0 (9,7)

Bland deltagarna i Funka Hemma fanns en familj som fått insatsen vid två tillfällen. Eftersom det gått mer än ett år (drygt 14 månader) mellan gångerna räknades denna i undersökningen som två deltagare. TFCO erbjöds tidigare som en behandlingsinsats inom Magelungen. På

grund av likheterna mellan insatserna TFCO och Funka + Behandlingsfamilj räknades dessa ärenden in under samma grupp. Av 33 Funka + Behandlingsfamilj-ärenden var sex ärenden TFCO.

På Funka Hemma hade 33 deltagare tidigare varit placerade utanför hemmet och 51 hade inte det. Av de som tidigare varit placerade hade denna placering varat alltifrån ett par veckor till två år ( $M = 9,5$  månader;  $SD = 7,5$  månader). För en del av deltagarna från Funka Familjehem startades insatsen upp i samband med inflytt till familjehemmet (fem av deltagarna). Övriga hade bott i familjehemmet från 5,5 månader till 5,5 år ( $M = 14,5$  månader;  $SD = 20,6$  månader) när insatsen startades.

Bland deltagarna fanns vid behandlingsstart angivet att 52 hade en eller flera diagnoser och 32 hade inte en diagnos (62 % hade diagnos). För övriga deltagare saknades information om diagnos. Vanligaste diagnosen var ADHD (49 %), autismspektrumtillstånd (19 %), ångest (5 %), ADD (5 %), samt trotsyndrom (5 %). Övriga diagnoser eller tillstånd som förekom i mindre utsträckning (färre än tre gånger) var bland annat dyslexi, PTSD, depression, anknytningsstörning och beteendestörning.

*Placeringsorsak.* Vid insatsens påbörjan noterades placeringsorsak av behandlingspersonal. Ofta angavs flera orsaker. Vanligast var problem i skolan, så som hög skolfrånvaro, bristande skolgång, skolvägran, skolproblematik, sjunkande skolnärvaro, samt konflikter och/eller våld i hemmet: konflikter med mamma, konflikter mellan föräldrar, konflikter och våldsamma utbrott i hemmet, konflikter hemma och på fritiden, hot och våldssituationer i hemmet. Normbrytande beteende hos barnet/ungdomen angavs också som placeringsorsak: fysiskt utagerande, fysiska slag och sparkar, våld, missbruk, alkoholmissbruk, cannabissmissbruk, misstanke om droger, kriminalitet. Barnet/ungdomen kunde också försätta sig i farliga situationer, vistas i riskmiljöer eller ha ett riskfullt umgänge på fritiden. Andra anledningar var psykisk ohälsa, depression samt oro för den unges mående.

Placeringsorsak kunde också beskrivas utifrån omsorgsbrist, förälders bristande hälsa eller annan oro från socialtjänst och skola: omsorgsbrister i hemmet, förälder med låg omsorgsförmåga i relation till barnets svårigheter, bristande föräldraförmåga, svårt med gränssättning, föräldrar söker avlastning, förälder med utmattningssyndrom, psykisk ohälsa och missbruk hos förälder. Det kunde också beskrivas utifrån var barnet/ungdomen kom ifrån; stöd vid hemflytt från familjehem, sammanbrott i tidigare familjehem, tidigare placeringar avslutats på grund av sammanbrott, kommer från SiS.

### *Mätinstrument*

Mätinstrumenten valdes eftersom de mäter breda aspekter av psykisk hälsa (Livets steg) samt psykisk ohälsa (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ). De används också som utvärdering av andra verksamheter inom Magelungen (se t.ex. Forskningsrapport 11 eller Forskningsrapport 14). SDQ är även väletablerat och välvaliderat såväl inom som utanför Sverige (Bergström & Baviskar, 2021). Konfliktnivå i hemmet och skolnärvaro lades till som

utfallsvariabler eftersom det är vanliga problemområden inom målgruppen samt en målsättning med behandlingsinsatserna att arbeta med. Eftersom arbetet på Funka Hemma och Funka Familjehem syftar till ett fungerande boende lades frågor om detta till vid behandlingsavslut och uppföljning.

*Strengths and Difficulties Questionnaire*. 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, beteendeproblem (även kallat uppförandeproblem), hyperaktivitet/koncentrationsproblem, 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). I denna studie användes den utvidgade versionen samt den sistnämnda kodningen: *Impact Factor*. På svenska kallas skalan även för Belastning eller Problem i vardagen ([www.uppdragpsykiskhalsa.se](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se)).

Vid avslut användes SDQ-Upp, där två extra frågor om förändring efter behandling inkluderades. Den första lyder: ”Sedan ni kom till mottagningen, har dina/ert barns problem blivit” och besvaras på en femgradig skala från ”mycket sämre” till ”mycket bättre”. Den andra frågan lyder: ”Har kontakten med mottagningen varit till hjälp på andra sätt, t.ex. givit information eller gjort det lättare att leva med problemen?” och besvarades på en fyrgradig skala från ”Inte alls” till ”Väldigt mycket”. Mottagningen är i det här fallet behandlingen på Funkaprogrammet.

Intern konsistens (Cronbach’s alfa) varierade för självskattningen vid T1 från 0,56 till 0,76<sup>5</sup> och för föräldraskattningen vid T1 från 0,65 till 0,79<sup>6</sup>. Drygt hälften av värdena var adekvata, medan alfa-nivå för sex av skalorna inte nådde upp till adekvat nivå (d.v.s. över 0,70; Kline, 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 och ett är sämsta tänkbara liv (Andrews & Withey, 1974; Wiklund m.fl., 1992). Barnen/ungdomarna besvarade frågorna om sig själva och föräldrar besvarade om sig själva.

---

<sup>5</sup> SDQ Ungdom: Emotionella symptom = 0,69; Beteendeproblem = 0,56; Hyperaktivitetsproblem = 0,73; Kamratproblem = 0,65; Prosocialt beteende = 0,76; Totala svårigheter = 0,76, Impact Factor = 0,73.

<sup>6</sup> SDQ Förälder: Emotionella symptom = 0,65; Beteendeproblem = 0,75; Hyperaktivitetsproblem = 0,75; Kamratproblem = 0,65; Prosocialt beteende = 0,75; Totala svårigheter = 0,79, Impact Factor = 0,69.

*Inskrivningsformulär/Utskrivningsformulär/Uppföljningsformulär.* Dessa formulär fylldes i av Funkaprogrammens behandlingspersonal. Innehåller bakgrundsvariabler så som kön, ålder, diagnos, hur länge skolproblematiken varat, samt konfliktnivå och skolnärvaro. Konfliktnivå mättes genom att barn/ungdom, förälder och eventuell annan person (som t.ex. förälders sambo, eller annan släkting) ombads skatta hur frekventa konflikterna är hemma på en skala från 1 till 10, där 1 betyder ”inte alls” och 10 ”hela tiden”.

Skolnärvaro mättes genom att först fråga efter antal lektioner på schemat under de senaste sex månaderna, därefter hur många procent av dessa lektioner som eleven har gått på, och slutligen ifall dessa uppgifter var baserade på digitala registreringssystem, uppskattning av lärare, uppskattning av vårdnadshavare eller från annan källa. Sexmånadersperioden byttes år 2020 ut mot att fråga efter närvaron i skolan *den senaste* månaden. I dataanalysen omvandlades närvaro i skolan till procent av heltid, där heltid räknades som 25 lektioner per vecka.

I Funka Hemma efterfrågades om barnet/ungdomen var placerad utanför hemmet eller bodde kvar hemma vid avslut av insats samt vid uppföljning. I Funka Familjehem efterfrågades om barnet/ungdomen bodde kvar i samma familjehem vid insatsens avslut och vid uppföljning som vid insatsens början.

### *Procedur*

Insamlingsproceduren var i stort densamma som i Magelungens tidigare undersökningar (se t.ex. Forskningsrapport 11 eller Forskningsrapport 14). Rekrytering till undersökningen skedde genom att barn, ungdomar och föräldrar vid påbörjad insats informerades om Magelungens utvärdering och tillfrågades om att delta. För Funka Familjehem var det familjehemsföräldrarna som deltog.

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

Deltagandet skedde sedan vid tre mättillfällen: T1) vid behandlingsstart, T2) vid behandlingsavslut samt T3) uppföljning sex månader efter behandlingsavslut. De unga besvarade frågor om sig själva och föräldrarna besvarade frågor dels om sig själva, dels om barnet. Vid T1 och T2 besvarades frågorna på plats på behandlingsenheten, alternativt i hemmet. Vid behov kunde behandlingspersonal finnas till hands för att assistera och besvara eventuella frågor som dök upp. För att samla in uppgifter om skolnärvaro kontaktades skolan. Om skolan inte kunde tillhandahålla uppgifter om närvaro i skolan ombads i stället föräldrar att uppskatta närvaron i skolan under senaste månaden. Vid T3 skickades formulären med post till de unga och till föräldrarna tillsammans med ett frankerat svarskuvert. Behandlingspersonal kunde också stämma träff med deltagarna och då sitta med när de besvarade frågeformulären.

## *Dataanalys*

Oberoende *t*-test användes först för att undersöka huruvida de som fallit bort efter första mättillfället skiljde sig åt jämfört med de som även deltagit vid andra och/eller tredje mättillfället, och därefter för att undersöka eventuella skillnader vid T1 mellan undersökningsgruppen och icke-klinisk jämförelsegrupp. Tidseffekter analyserades med parade *t*-test och effektstyrkor med Cohens *d*. Värden mellan 0,20–0,49 räknades som små effekter, 0,50–0,79 som *måttliga* och effektstyrkor över 0,80 benämnes som *stora*. Värden under 0,20 räknades som *ingen effekt* (Borg & Westerlund, 2012). Statistisk signifikans samt effektstyrka räknades inte ut då gruppstorleken vid aktuell jämförelse understeg fyra deltagare.

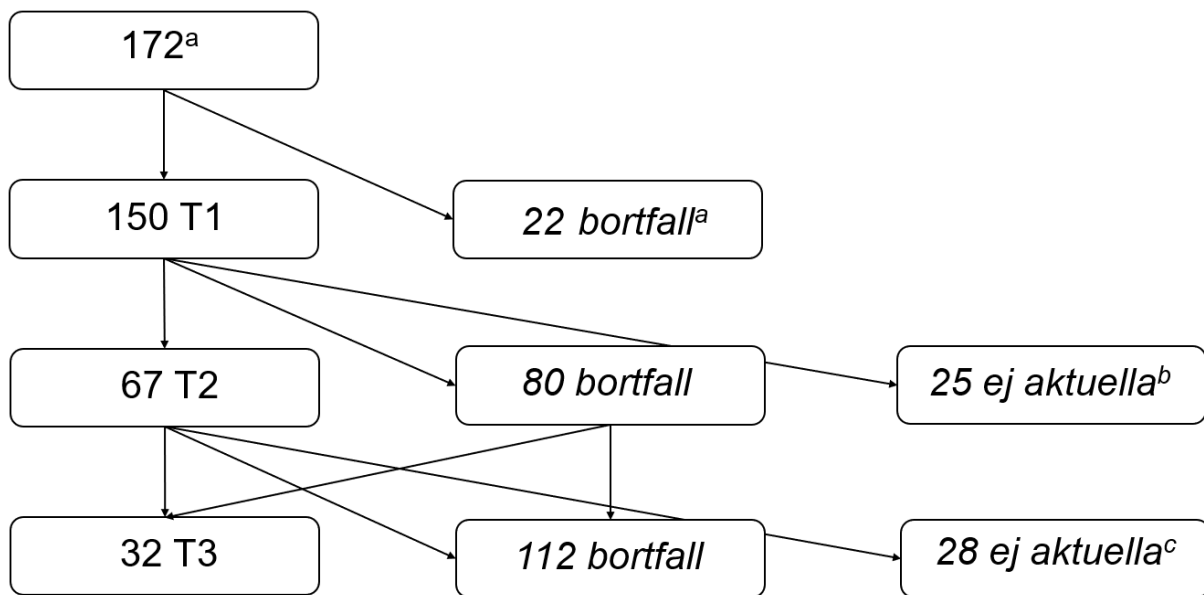
Vid jämförelsen med normalgrupp vid T1 redovisas andel barn/ungdomar som befinner sig mer än en standardavvikelse från normalgruppens medelvärde i en riktning som innebär ett sämre mående (t.ex. 1 SD *över* M för Emotionella symptom och 1 SD *under* M för Prosocialt beteende). Vi redovisar även hur många som vid respektive mättillfälle befann sig på en kliniskt hög nivå på SDQ Total, det vill säga över det kliniska gränsvärdet, bedömt utifrån den 90e percentilen, i undersökningarna av Lundh med kollegor (2008) och Björnsdotter med kollegor (2013).

Definitionen av en acceptabel nivå av skolnärvaro hämtades från Kearney och Silverman (1990) och innebär närvaro i skolan minst 90 % av heltid.

## Resultat

### *Bortfallsanalys*

Deltagarfrekvensen var 87 % vid föremätningen (T1), 54 % vid eftermätningen (T2) och 22 % vid uppföljningsmätningen (T3). Av de som deltog vid T1 blev nio ärenden endast en kartläggning och sju ärenden var för korta. Vid T2 hade nio ärenden ännu ej avslutats då data till rapporten sammanställdes, och vid T3 hade det för tolv ärenden ännu ej gått sex månader sedan ärendet avslutats, och var därmed inte än aktuella för uppföljningsmätningen (Figur 1).



Figur 1. Deltagarantal och bortfall.

a = Uppskattat utifrån uppgifter om deltagarfrekvens 2016–2022, då 87 % deltog.

b = 9 endast kartläggning, 7 för kort ärende, 9 ej avslutade.

c = 9 endast kartläggning, 7 för kort ärende, 12 ej aktuell för T3 än.

En snedvridning i urvalet verkar delvis förekomma, där de som endast deltar vid T1 avviker från de som också deltar vid T2 och/eller T3. De som endast deltar vid T1 skattar sin tillfredsställelse med livet högre än de som även deltar vid efterföljande mättillfällen. Dessa skillnader är statistiskt signifikanta med små effektstyrkor ( $d = 0,44-0,47$ ). Däremot finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna i barnens/ungdomarnas eller i föräldrarnas skattningar av SDQ.

### *Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp – Funka Hemma*

Vid behandlingsstart skiljde sig barnen/ungdomarna på Funka Hemma från icke-klinisk jämförelsegrupp; de hade mer svårigheter, besvärades mer av sina svårigheter, och uppgav en lägre tillfredsställelse med livet (Tabell 2). Skillnaderna var statistiskt signifikanta vid alla jämförelser av självskattningar av SDQ och Livets steg förutom för delskalan Prosocialt beteende. Åtta av tio effekter var stora, en var måttlig och en var liten.

Tabell 2

*Självskattningar av SDQ och Livets steg. Funka Hemma vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse över normalgruppens medelvärde.*

		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
		T1 ( <i>n</i> = 68)	Normalgrupp <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>d</i>	+ 1SD
SDQ	Emotionella symp.	4,4 (2,5)	2,6 (1,8)	7,8**	1,0	49
	Beteendeproblem	3,9 (1,9)	1,9 (1,7)	9,3**	1,2	60
	Hyperaktivitetspr.	6,1 (2,3)	3,8 (2,2)	8,3**	1,0	47
	Kamratproblem	3,1 (2,3)	1,9 (1,6)	5,8**	0,7	34
	Prosocialt beteende	7,2 (2,0)	7,5 (1,8)	1,3	0,2	19 <sup>b</sup>
	TOTAL	17,5 (5,7)	10,1 (5,2)	11,3**	1,4	59
	Impact factor	5,4 (3,8)	3,3 (3,2)	4,6**	0,6	34
Livets steg	Ett år sedan	4,6 (2,4)	6,3 (1,9)	6,8**	0,9	32 <sup>b</sup>
	Nu	5,6 (2,2)	7,2 (1,7)	7,1**	0,9	60 <sup>b</sup>
	Om ett år	7,3 (2,3)	8,2 (1,3)	5,0**	0,6	33 <sup>b</sup>

*a = Lundh m.fl., 2008 (SDQ), n = 986; Katarina Alanko, personlig kommunikation, 2022 (SDQ Impact Factor) n = 259;*

*Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006 (Livets steg), n = 652.*

*b = Mer än en standardavvikelse under medelvärdet.*

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

Då föräldrarna skattade sina barns svårigheter var skillnaderna än större i jämförelse med normalgrupp; barnen/ungdomarna på Funka Hemma hade mer svårigheter, de besvärades mer av dem, och deras prosociala beteende skattades som lägre. Skillnaderna var genomgående statistiskt signifikanta och effektstyrkorna stora (Tabell 3).

Tabell 3

*Föräldraskattningar av SDQ. Funka Hemma vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse över normalgruppens medelvärde.*

		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
		T1 ( <i>n</i> = 89)	Normalgrupp <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>d</i>	+ 1SD
Mamma	Emotionella symp.	4,5 (2,4)	1,5 (1,8)	13,1**	1,6	58
	Beteendeproblem.	4,6 (2,5)	1,1 (1,3)	18,4**	2,2	79
	Hyperaktivitetspr.	6,3 (2,6)	2,3 (2,1)	15,3**	1,8	73
	Kamratproblem	3,8 (2,3)	1,4 (1,8)	10,6**	1,3	56
	Prosocialt beteende	6,8 (2,1)	8,3 (1,7)	7,1**	0,8	42 <sup>b</sup>
	TOTAL	19,2 (6,5)	6,4 (5,2)	19,8**	2,3	88
	Impact factor	9,8 (3,7)	3,0 (3,3)	13,2**	1,9	84
<i>n = 59</i>						
Pappa	Emotionella symp.	4,6 (2,4)	1,5 (1,8)	11,7**	1,6	67
	Beteendeproblem	4,2 (2,4)	1,1 (1,3)	14,7**	2,1	90
	Hyperaktivitetspr.	6,1 (2,6)	2,3 (2,1)	12,5**	1,8	75
	Kamratproblem	3,6 (2,2)	1,4 (1,8)	8,4**	1,2	49
	Prosocialt beteende	6,4 (2,3)	8,3 (1,7)	7,6**	1,1	52 <sup>b</sup>
	TOTAL	18,5 (6,6)	6,4 (5,2)	15,9**	2,2	85
	Impact factor	9,2 (3,6)	3,0 (3,3)	11,0**	1,8	80

*a = Björnsdotter m.fl., 2013 (SDQ), n = 365; Katarina Alanko, personlig kommunikation, 2022 (SDQ Impact Factor) n = 96.*

*b = Mer än en standardavvikelse under medelvärdet.*

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



## *Utfall – Funka Hemma*

*SDQ-S.* Barnen/ungdomarnas totala svårigheter minskade från T1 till T2 och från T1 till T3 och de besvärades även mindre av sina svårigheter (Tabell 4). Fem av effekterna var små, fyra var måttliga, en var stor och fyra var obefintliga. Andel barn/ungdomar som gällande totala svårigheter befinner sig på en kliniskt hög nivå var 53 % före behandling, 36 % efter behandling och 31 % vid uppföljning. Beteendeproblemen hade efter behandling minskat för 17 deltagare, ökat för 4, och varit oförändrade för 7. På gruppnivå hade beteendeproblemen minskat, skillnader som var statistiskt signifikanta, med måttliga effekter vid avslut och stora effekter vid uppföljning.

Efter behandling skattade 15 deltagare om de tyckt att problemen blivit bättre eller sämre. Av dessa svarade en att problemen blivit 'något sämre', tre 'ungefär lika', åtta 'något bättre' och tre tyckte att problemen blivit 'mycket bättre'. Fyra tyckte 'inte alls' att Magelungen varit till hjälp på andra sätt, tre 'bara lite', sju 'ganska mycket' och en 'väldigt mycket'.

*SDQ-F.* Enligt föräldrarnas skattningar hade deras barns totala svårigheter minskat (Tabell 4) såväl från T1 till T2 som från T1 till T3. Effekterna var måttliga eller stora när mammorna tillfrågades, och små enligt papporna. Barnen/ungdomarna besvärades också mindre av sina svårigheter efter behandling, där effektstyrkorna var små eller måttliga. Av total 28 jämförelser över tid var fyra effekter obefintliga, elva effekter var små, elva måttliga och två var stora. Störst var minskningen av emotionella symptom och totala svårigheter vid uppföljningen skattade av mammorna. Hälften av skillnaderna var statistiskt signifikanta.

Utifrån mammornas skattningar hade beteendeproblemet hos barnet minskat för 14 deltagare, ökat för 2 och varit oförändrade för 2. Enligt pappornas skattningar hade beteendeproblemen minskat för åtta, ökat för tre och varit desamma för två. På gruppnivå har beteendeproblemen minskat, effekter som var måttliga och där alla jämförelser utom pappornas från T1 till T3 var statistiskt signifikanta.

Andel av barnen/ungdomarna som befann på en kliniskt hög nivå av totala svårigheter enligt mammornas skattningar var före behandling 82 %, efter behandling 61 % och vid uppföljning 56 %. För pappornas skattningar gällde 76 % före, 56 % efter och 46 % vid uppföljning.

De flesta föräldrarna tyckte att deras barns problem hade blivit bättre efter behandling. En av mammorna tyckte att problemen efter behandling blivit mycket sämre, två 'ungefär lika', åtta 'något bättre' och elva 'mycket bättre'. Av papporna skattade en att problemen blivit 'något sämre', två 'ungefär lika', fem att de blivit 'något bättre' och nio 'mycket bättre'. Kontakten med Magelungen hade enligt föräldrarna även varit hjälpsamt på andra sätt: fyra mammor svarade 'bara lite', tio svarade 'ganska mycket' och nio 'väldigt mycket'. Av papporna svarade en 'inte alls', fem 'bara lite', fyra 'ganska mycket' och sju 'väldigt mycket'.

*Livets steg.* Barnens/ungdomarnas tillfredsställelse med livet (LS Nu; Tabell 5) förbättrades efter behandling och vid uppföljning i jämförelse med hur den var vid behandlingsstart. Skillnaderna var statistiskt signifikanta och effektstyrkan måttlig eller stor. Även föräldrarnas

Tabell 4  
*Funka Hemma. Självskattning och föräldraskattning av SDQ. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärdet, samt standardavvikelse (SD) vid instruering (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).*

SDQ	Ungdom	<i>M</i> [KI] ( <i>SD</i> )		<i>M</i> [KI] ( <i>SD</i> )	T1-T2		T1-T3			
		T1 ( <i>n</i> = 68)	T2 ( <i>n</i> = 28)		T3 ( <i>n</i> = 16)	<i>t</i> <sub>27</sub>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>t</i> <sub>16</sub>	<i>p</i>
	Emotionella symp.	4,4 [3,8-5,0] (2,5)	4,0 [3,1-5,0] (2,4)	4,3 [2,8-5,7] (2,7)	0,7	0,51	0,13	1,7	0,09	0,45
	Beteendeproblem	3,9 [3,4-4,3] (1,9)	2,9 [2,4-3,5] (1,5)	2,6 [1,7-3,4] (1,5)	3,2	<01	0,61	3,4	<01	0,86
	Hyperaktivitetspr.	6,1 [5,6-6,7] (2,3)	5,6 [4,6-6,7] (2,7)	5,4 [4,3-6,5] (2,0)	0,8	0,41	0,16	-0,1	0,93	-0,02
	Kamratproblem	3,1 [2,5-3,6] (2,3)	2,8 [2,0-3,6] (2,1)	3,7 [2,5-4,8] (2,2)	2,3	0,03	0,44	1,2	0,26	0,29
	Prosocialt beteende	7,2 [6,7-7,7] (2,0)	7,8 [7,0-8,6] (2,0)	7,2 [6,0-8,4] (2,2)	1,9	0,06	0,37	0,4	0,68	0,11
	TOTAL	17,5 [16,1-18,9] (5,7)	15,4 [13,0-17,8] (6,2)	15,9 [13,0-18,8] (5,4)	3,2	<01	0,61	2,6	0,02	0,66
	Impact factor	5,4 [4,5-6,3] (3,8)	4,5 [3,2-5,8] (3,4)	5,0 [3,2-6,8] (3,5)	2,7	0,01	0,52	1,9	0,07	0,48
		T1 ( <i>n</i> = 89)	T2 ( <i>n</i> = 41)	T3 ( <i>n</i> = 18)	<i>t</i> <sub>88</sub>			<i>t</i> <sub>17</sub>		
	Emotionella symp.	4,5 [4,0-5,0] (2,4)	3,5 [2,8-4,2] (2,2)	3,1 [2,3-3,9] (1,6)	3,2	<01	0,52	3,4	<01	0,81
	Beteendeproblem	4,6 [4,1-5,2] (2,5)	3,3 [2,6-4,1] (2,3)	2,8 [1,9-3,7] (1,8)	3,3	<01	0,52	3,0	<01	0,70
	Hyperaktivitetspr.	6,3 [5,7-6,8] (2,6)	5,9 [5,1-6,6] (2,4)	5,5 [4,4-6,6] (2,2)	1,0	0,33	0,16	1,2	0,25	0,28
	Kamratproblem	3,8 [3,3-4,3] (2,3)	3,5 [2,8-4,2] (2,2)	3,0 [2,0-4,0] (2,0)	1,7	0,09	0,28	2,9	<01	0,69
	Prosocialt beteende	6,8 [6,3-7,2] (2,1)	7,0 [6,5-7,6] (1,7)	6,9 [6,1-7,7] (1,6)	1,5	0,13	0,25	2,1	0,05	0,49
	TOTAL	19,2 [17,8-20,6] (6,5)	16,2 [14,2-18,2] (6,4)	14,4 [11,9-17,0] (5,1)	3,5	<01	0,56	3,4	<01	0,81
	Impact factor	9,8 [9,0-10,6] (3,7)	7,1 [5,8-8,4] (4,2)	6,4 [4,8-8,1] (3,3)	4,4	<01	0,70	2,7	0,02	0,64
		T1 ( <i>n</i> = 59)	T2 ( <i>n</i> = 25)	T3 ( <i>n</i> = 13)	<i>t</i> <sub>4</sub>			<i>t</i> <sub>12</sub>		
	Emotionella symp.	4,6 [3,9-5,2] (2,4)	3,3 [2,5-4,1] (1,9)	3,2 [2,3-4,1] (1,5)	3,6	<01	0,71	0,9	0,36	0,26
	Beteendeproblem	4,2 [3,5-4,8] (2,4)	2,9 [2,2-3,7] (1,9)	2,4 [1,2-3,6] (2,0)	2,5	0,02	0,51	1,8	0,10	0,50
	Hyperaktivitetspr.	6,1 [5,4-6,8] (2,6)	5,3 [4,2-6,4] (2,7)	5,0 [3,9-6,1] (1,8)	1,0	0,33	0,20	0,9	0,41	0,24
	Kamratproblem	3,6 [3,1-4,2] (2,2)	3,2 [2,4-4,0] (1,9)	3,3 [2,3-4,3] (1,7)	0,4	0,71	0,08	0,0	1,00	0,00
	Prosocialt beteende	6,4 [5,8-7,0] (2,3)	6,7 [5,8-7,5] (2,1)	6,4 [5,2-7,6] (2,0)	0,2	0,86	0,04	0,9	0,39	0,25
	TOTAL	18,5 [16,8-20,2] (6,6)	14,7 [12,1-17,3] (6,3)	13,9 [11,5-16,3] (4,0)	2,4	0,02	0,49	1,5	0,17	0,41
	Impact factor	9,2 [8,3-10,1] (3,6)	6,0 [4,3-7,6] (4,1)	7,5 [4,8-10,1] (4,3)	3,9	<01	0,77	1,6	0,13	0,45

Tabell 5  
*Funka Hemma. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärdet, samt standardavvikelse (SD) för konfliktnivå och Livets steg vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).*

	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	T1-T2	T1-T3
	T1 (n = 33)	T2 (n = 19)	T3 (n = 13)	$t_{11}$ p	$t_8$ p
<b>Konfliktnivå</b>					
Ungdom	4,5 [3,6-5,4] (2,5)	3,3 [2,0-4,5] (2,5)	2,8 [1,6-3,9] (2,0)	2,9 0,01 0,85	5,5 <01 1,84
	T1 (n = 57)	T2 (n = 30)	T3 (n = 14)	$t_{20}$	$t_{10}$
Mamma	5,3 [4,5-6,1] (3,0)	4,0 [3,0-5,0] (2,7)	3,4 [2,3-4,4] (1,8)	2,8 0,01 0,60	2,7 0,02 0,80
	T1 (n = 40)	T2 (n = 12)	T3 (n = 8)	$t_8$	$t_6$
Pappa	4,6 [3,7-5,5] (2,8)	3,0 [2,1-3,9] (1,3)	3,1 [1,6-4,6] (1,8)	1,5 0,17 0,50	1,6 0,16 0,61
	T1 (n = 1)	T2 (n = 0)	T3 (n = 0)		
Annan	9,0				
	T1 (n = 67-69)	T2 (n = 27)	T3 (n = 17)	$t_{24}$	$t_{14,15}$
LS Ungdom	4,6 [4,1-5,2] (2,4)	4,4 [3,4-5,5] (2,6)	4,7 [3,5-5,9] (2,4)	0,8 0,43 0,16	0,7 0,52 0,17
Nu	5,6 [5,1-6,1] (2,2)	6,6 [5,8-7,5] (2,3)	6,7 [5,6-7,7] (2,0)	4,6 <01 0,90	3,1 <01 0,78
Om ett år	7,3 [6,8-7,9] (2,3)	8,2 [7,4-9,0] (1,9)	8,1 [7,4-8,8] (1,4)	3,7 <01 0,72	2,9 0,01 0,72
	T1 (n = 88)	T2 (n = 38)	T3 (n = 19)	$t_{34}$	$t_6$
LS Mamma	3,9 [3,4-4,3] (2,2)	4,1 [3,4-4,7] (1,9)	5,2 [4,3-6,1] (1,8)	1,2 0,26 0,20	0,8 0,44 0,19
Nu	4,8 [4,4-5,3] (2,0)	6,3 [5,6-6,9] (2,1)	7,0 [6,3-7,6] (1,4)	3,7 <01 0,63	3,1 <01 0,76
Om ett år	8,0 [7,6-8,3] (1,7)	8,4 [7,9-9,0] (1,7)	8,5 [8,0-8,9] (1,0)	2,1 0,04 0,36	0,8 0,44 0,19
	T1 (n = 57-58)	T2 (n = 19-20)	T3 (n = 11)	$t_{17,19}$	$t_{9,10}$
LS Pappa	4,9 [4,4-5,4] (1,9)	4,4 [3,7-5,1] (1,5)	4,8 [3,8-5,9] (1,5)	1,5 0,16 0,33	0,2 0,85 0,06
Nu	5,2 [4,6-5,8] (2,4)	7,4 [6,7-8,0] (1,3)	7,2 [6,7-7,7] (0,8)	3,1 <01 0,70	2,4 0,04 0,73
Om ett år	7,6 [7,1-8,1] (1,9)	8,3 [7,9-8,7] (0,8)	8,0 [7,3-8,7] (1,0)	0,6 0,58 0,13	0,8 0,43 0,26

egen tillfredsställelse med livet förbättrades, med måttliga effektstyrkor och statistiskt signifikanta skillnader.

*Konfliktnivå.* Konfliktnivån i hemmet minskade, både från T1 till T2 och från T1 till T3, detta skattat av både barn/ungdom och förälder. Effekten var som störst då barnen/ungdomarna tillfrågades vid uppföljningen ( $d = 1,84$ ). Övriga effektstyrkor var måttliga eller stora. Skillnaderna var statistiskt signifikanta för barn/ungdom och mammor, men inte för pappornas skattningar.

*Skolnärvaro.* Närvaron i skolan var högre efter behandling och vid uppföljning än före behandling (Tabell 6). Närvaron var i genomsnitt 29,0 % av heltid före behandling, 55,8 % efter och 65,2 % vid uppföljning. Andelen deltagare som var helt frånvarande från skolan var 40 % vid T1 och 11 % både vid T2 och T3. En acceptabel nivå<sup>7</sup> av närvaro i skolan hade i stället 15 % före behandling, 32 % efter och 22 % vid uppföljningen.

Tabell 6

*Funka Hemma. Skolnärvaro de senaste sex månaderna/den senaste månaden angivet i M (SD), kvartilavvikelse, samt minimum och max-värden.*

	Före (T1) <i>n</i> = 40	Efter (T2) <i>n</i> = 19	Uppföljning (T3) <i>n</i> = 9
<i>Närvaro (i %) av heltid</i>			
M (SD)	29,0 (35,8)	55,8 (35,2)	65,2 (31,8)
Q1-Q3	0,0-53,0	30,0-100,0	43,5-93,5
Min-Max	0,0-100,0	0,0-100,0	4,0-100,0

*Boende.* I knappt 64 % av ärendena fanns uppgift om den unges boende vid avslut av insatsen och i 26 % av ärendena fanns uppgift om boende vid uppföljning efter sex månader. Av dessa bodde knappt 84 % kvar i hemmet vid avslut av insats. Av de drygt 16 % som var placerade utanför hemmet vid insatsens avslut var tre placerade eller planerades för placering i familjehem, en på HVB och en tillfälligt placerad på korttidsboende. Ett ärende avslutades som Funka Hemma för att övergå till Funka + Behandlingsfamilj. I ett ärende angavs ej placeringsform. Vid uppföljning bodde drygt 72 % kvar i hemmet. Av de knappt 28 % som var placerade utanför hemmet bodde två i stödboenden, två bodde kvar i de familjehem de bott i vid avslut av insats och för en var placeringsform ej angiven. Sammantaget var knappt 21 % placerade utanför hemmet vid avslut och/eller uppföljning.

### *Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp – Funka Familjehem*

Barnen/ungdomarna på Funka Familjehem skiljde sig delvis från icke-klinisk jämförelsegrupp (Tabell 7). De skattade sina svårigheter högre, men besvärades inte mer av dem. Inte heller var det någon skillnad i prosocialt beteende. Tillfredsställelsen med livet var sämre än för normalgrupp, men inte framtidstron (d.v.s. Livets steg Om ett år). Sex av tio jämförelser var statistiskt signifikanta. Tre effektstyrkor var obefintliga, två var måttliga och fem var stora.

<sup>7</sup> ≥90 % av heltid

Tabell 7

*Självskattningar av SDQ och Livets steg. Funka Familjehem vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse över normalgruppens medelvärde.*

		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
		T1 ( <i>n</i> = 12)	Normalgrupp <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>d</i>	+ 1SD
SDQ	Emotionella symp.	3,6 (2,2)	2,6 (1,8)	1,9	0,6	33
	Beteendeproblem	3,6 (2,3)	1,9 (1,7)	3,4**	1,0	33
	Hyperaktivitetspr.	6,2 (2,4)	3,8 (2,2)	3,8**	1,1	33
	Kamratproblem	3,3 (2,6)	1,9 (1,6)	3,0**	0,9	42
	Prosocialt beteende	7,4 (3,0)	7,5 (1,8)	0,2	0,1	17 <sup>b</sup>
	TOTAL	16,6 (6,9)	10,1 (5,2)	4,3**	1,2	58
	Impact factor	3,6 (2,6)	3,3 (3,2)	0,3	0,1	17
Livets steg	Ett år sedan	4,5 (2,9)	6,3 (1,9)	3,2**	0,9	30 <sup>b</sup>
	Nu	6,0 (2,1)	7,2 (1,7)	2,4*	0,7	70 <sup>b</sup>
	Om ett år	8,1 (2,2)	8,2 (1,3)	0,3	0,1	22 <sup>b</sup>

*a = Lundh m.fl., 2008 (SDQ), n = 986; Katarina Alanko, personlig kommunikation, 2022 (SDQ Impact Factor) n = 259;*

*Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006 (Livets steg), n = 652.*

*b = Mer än en standardavvikelse under medelvärdet.*

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

Utifrån föräldrarnas skattningar av SDQ avvek ungdomarna på Funka Familjehem vid insatsens påbörjan från normalgrupp (Tabell 8), med större svårigheter som de också besvärades mer av, samt lägre grad av prosocialt beteende. Samtliga skillnader var statistiskt signifikanta och alla effektstyrkor utom en räknades som stora.

Tabell 8

*Föräldraskattningar av SDQ. Funka Familjehem vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse över normalgruppens medelvärde.*

		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
		T1 ( <i>n</i> = 13)	Normalgrupp <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>d</i>	+ 1SD
Mamma	Emotionella symp.	4,2 (2,5)	1,5 (1,8)	5,2**	1,5	69
	Beteendeproblem	5,6 (2,7)	1,1 (1,3)	11,7**	3,3	92
	Hyperaktivitetspr.	6,8 (2,1)	2,3 (2,1)	7,6**	2,1	85
	Kamratproblem	4,1 (1,9)	1,4 (1,8)	5,3**	1,5	77
	Prosocialt beteende	5,6 (3,3)	8,3 (1,7)	5,4**	1,5	62 <sup>b</sup>
	TOTAL	20,7 (5,2)	6,4 (5,2)	9,7**	2,8	92
	Impact factor	10,1 (2,9)	3,0 (3,3)	7,4**	2,2	92
<i>n = 10</i>						
Pappa	Emotionella symp.	2,8 (2,2)	1,5 (1,8)	2,2*	0,7	50
	Beteendeproblem	4,3 (2,1)	1,1 (1,3)	7,5**	2,4	100
	Hyperaktivitetspr.	6,0 (1,8)	2,3 (2,1)	5,5**	1,8	90
	Kamratproblem	4,1 (2,8)	1,4 (1,8)	4,6**	1,5	60
	Prosocialt beteende	5,5 (3,4)	8,3 (1,7)	5,0**	1,6	60 <sup>b</sup>
	TOTAL	17,2 (4,9)	6,4 (5,2)	6,5**	2,1	90
	Impact factor	7,7 (4,9)	3,0 (3,3)	4,1**	1,4	56

*a = Björnsdotter m.fl., 2013 (SDQ), n = 365; Katarina Alanko, personlig kommunikation, 2022 (SDQ Impact Factor) n = 96.*

*b = Mer än en standardavvikelse under medelvärdet.*

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

## *Utfall – Funka Familjehem*

*SDQ-S.* Prosocialitet hade vid behandlingsavslut ökat och totala svårigheter vid uppföljning minskat, med stora effektstyrkor (Tabell 9). Stor *negativ* effekt syntes vid behandlingsavslut för hyperaktivitetsproblem, där svårigheterna blivit större. Övriga effekter var små eller obefintliga och ingen förändring var statistiskt signifikant. Andel barn/ungdomar som gällande totala svårigheter befann sig på en kliniskt hög nivå var 50 % före behandling, 40 % efter och 25 % vid uppföljning. Beteendeproblemen hade vid behandlingsavslut minskat enligt en deltagare och varit oförändrade enligt fyra. Vid uppföljningen hade de minskat enligt två, ökat enligt en och förblivit oförändrade enligt en.

Två barn/ungdomar hade också svarat på ifall problemen blivit bättre eller sämre vid behandlingsavslut, varvid den ena svarade att problemen blivit 'något bättre' och den andra att det blivit 'mycket bättre'. Magelungen hade även på andra sätt varit 'bara lite' till hjälp enligt den ene, och 'väldigt mycket' till hjälp enligt den andre.

*SDQ-F.* Utifrån föräldrarnas skattningar hade barnens svårigheter minskat och de besvärades även mindre av svårigheterna efter behandling än innan (Tabell 9). För mammornas skattningar var tre av dessa effekter stora, tre var måttliga och en var liten, men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta. Utifrån pappornas skattningar hade de totala svårigheterna hos barnet minskat för en och ökat för två. Efter behandling besvärades två mindre och en mer av sina svårigheter jämför med före behandling. Inga föräldrar deltog vid uppföljningsmätningen (T3). För mammornas skattningar av barnets totala svårigheter var 92 % vid behandlingsstart på en kliniskt hög nivå. Vid avslut var andelen 80 %. För pappornas skattningar av de totala svårigheterna var 80 % före och 67 % efter på en kliniskt hög nivå. Beteendeproblemen hade efter behandling minskat enligt fyra mammor och ökat enligt en. Utifrån pappornas skattningar hade beteendeproblemen i stället minskat för en och ökat för två barn/ungdomar.

Samtliga tre mammor tyckte att barnets problem blivit 'mycket bättre' efter behandling. De två papporna som besvarat samma fråga vid behandlingsavslut tyckte att problemen blivit 'något bättre'. Mammorna tyckte att Magelungen varit 'ganska mycket' (två deltagare) eller 'väldigt mycket' (en deltagare) till hjälp, och papporna (en deltagare) tyckte att Magelungen varit till 'ganska mycket' hjälp.

*Livets steg.* För barnen/ungdomarna var tillfredsställelsen med livet något högre efter behandling, men effektstyrkan var obefintlig och skillnaden icke statistiskt signifikant (Tabell 10). För samtliga tre barn/ungdomar som även hade deltagit vid uppföljningen hade tillfredsställelsen med livet ökat. Mammornas tillfredsställelse med livet hade ökat efter behandling, en skillnad som var stor men ej statistiskt signifikant. För papporna hade tillfredsställelsen med livet efter behandling ökat för en, minskat för en, och varit oförändrad för en. De föräldrar som deltagit vid uppföljningen hade inte deltagit vid T1, vilket förhindrar en jämförelse.

*Konfliktnivå.* Ett barn/en ungdom uppgav minskad frekvens av konflikter i familjehemmet vid behandlingsavslut, men som därefter ökade till uppföljningen. För den andra blev konfliktnivån stegvis högre från behandlingsstart till avslut och uppföljning. Av familjehems-

Tabell 9  
 Funka Familjehem. Självskätkning och föräldarskätkning av SDQ. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärdet, samt standardavvikelse (SD) vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).

SDQ	Ungdom	M [KI] (SD)		M [KI] (SD)	T1-T2	T1-T3					
		T1 (n = 12)	T2 (n = 5)				T3 (n = 4)	t <sub>4</sub>	p	d	t <sub>3</sub>
Mamma	Emotionella symp.	3,6 [2,2-5,0] (2,2)	4,0 [0,0-8,6] (3,7)	3,0 [0,8-5,3] (1,4)	0,2	0,84	0,09	0,8	0,50	0,40	
	Beteendeproblem	3,6 [2,1-5,0] (2,3)	3,6 [1,9-5,3] (1,3)	3,0 [0,0-7,5] (2,8)	1,0	0,37	0,45	0,5	0,64	0,26	
	Hyperaktivitetspr.	6,2 [4,6-7,7] (2,4)	6,0 [4,5-7,5] (1,2)	4,3 [1,0-7,5] (2,1)	-2,5	0,07	-1,10	0,8	0,50	0,28	
	Kamratproblemen	3,3 [1,6-4,9] (2,6)	3,1 [0,0-7,5] (3,5)	1,8 [0,0-4,1] (1,5)	0,1	0,93	0,04	0,0	1,00	0,00	
	Prosocialt beteende	7,4 [5,5-9,3] (3,0)	8,4 [5,3-11,5] (2,5)	9,3 [7,8-10,0] (1,0)	2,1	0,11	0,92	0,4	0,72	0,20	
	TOTAL	16,6 [12,2-21,0] (6,9)	16,7 [7,0-26,4] (7,8)	12,0 [0,9-23,1] (7,0)	-0,1	0,94	-0,04	1,7	0,19	0,83	
	Impact factor	3,6 [1,9-5,2] (2,6)	3,2 [0,0-7,1] (3,1)	3,0 [0,0-6,4] (2,2)	0,0	1,00	0,00	-0,2	0,85	-0,10	
		T1 (n = 13)	T2 (n = 5)	T3 (n = 0)	t <sub>4</sub>						
					1,5	0,21	0,67				
					2,1	0,11	0,92				
				-0,8	0,47	-1,67					
				2,4	0,07	1,10					
				0,5	0,65	0,22					
				1,1	0,32	0,51					
				1,2	0,30	0,54					
		T1 (n = 10)	T2 (n = 3)	T3 (n = 0)							
Pappa	Emotionella symp.	2,8 [1,2-4,4] (2,2)	0,7 [0,0-3,5] (1,2)								
	Beteendeproblem	4,3 [2,8-5,8] (2,1)	3,7 [0,0-7,5] (1,5)								
	Hyperaktivitetspr.	6,0 [4,7-7,3] (1,8)	6,7 [1,5-10,0] (2,1)								
	Kamratproblemen	4,1 [2,1-6,1] (2,8)	4,3 [0,0-9,5] (2,1)								
	Prosocialt beteende	5,5 [3,1-7,9] (3,4)	6,7 [1,5-10,0] (2,1)								
	TOTAL	17,2 [13,7-20,7] (4,9)	15,3 [7,7-22,9] (3,1)								
	Impact factor	7,7 [4,0-11,3] (4,9)	6,8 [0,0-15,0] (3,3)								

Tabell 10  
 Funka Familjehem. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärdet, samt standardavvikelse (SD) för konfliktnivå och Livets steg vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).

		M[KI] (SD)	M[KI] (SD)	M[KI] (SD)	T1-T2	T1-T3
		T1 (n=3)	T2 (n=6)	T3 (n=4)	t	p
					d	d
					t	p
					d	d
<b>Konfliktnivå</b>						
Ungdom		4,7 [1,0-10,0] (4,7)	2,5 [0,8-4,2] (1,6)	2,8 [0,8-4,8] (1,3)		
		T1 (n=8)	T2 (n=8)	T3 (n=2)		
Mamma		5,0 [1,5-8,5] (4,1)	2,8 [1,2-4,4] (1,9)	1,5 [0,0-7,9] (0,7)		
		T1 (n=6)	T2 (n=5)	T3 (n=2)		
Pappa		3,7 [0,0-7,7] (3,9)	2,0 [0,5-3,5] (1,2)	2,0 [1,0-10,0] (1,4)		
		T1 (n=1)	T2 (n=0)	T3 (n=1)		
Annat		3		1		
		T1 (n=9-10)	T2 (n=4-5)	T3 (n=3)	$t_{3,4}$	
<b>Livets steg</b>						
LS Ungdom		4,5 [2,4-6,6] (2,9)	4,0 [2,3-5,8] (1,4)	3,7 [1,0-8,8] (2,1)	0,6	0,58
Nu		6,0 [4,5-7,5] (2,1)	5,5 [2,7-8,3] (1,7)	6,7 [2,9-10,0] (1,5)	0,3	0,79
Om ett år		8,1 [6,4-9,8] (2,2)	7,7 [5,6-9,8] (1,7)	8,3 [3,2-10,0] (2,1)	1,3	0,26
		T1 (n=12)	T2 (n=6)	T3 (n=2)	$t_4$	
<b>Livets steg</b>						
LS Mamma		6,3 [4,6-8,0] (2,6)	5,2 [2,1-8,2] (2,9)	7,5 [1,1-10,0] (0,7)	0,9	0,41
Nu		5,4 [3,5-7,2] (2,9)	7,5 [5,3-9,7] (2,1)	8,5 [2,1-10,0] (0,7)	1,8	0,14
Om ett år		7,5 [5,9-9,1] (2,6)	8,7 [7,0-10,0] (1,6)	9,5 [3,1-10,0] (0,7)	1,6	0,18
		T1 (n=10)	T2 (n=4)	T3 (n=2)		0,73
<b>Livets steg</b>						
LS Pappa		6,8 [5,3-8,3] (2,2)	7,3 [3,7-10,0] (2,2)	6,0 [1,0-10,0] (1,4)		
Nu		7,2 [5,9-8,5] (1,9)	7,5 [4,2-10,0] (2,1)	7,0 [1,0-10,0] (1,4)		
Om ett år		8,9 [8,1-9,7] (1,1)	8,5 [6,9-10,0] (1,0)	8,5 [2,1-10,0] (0,7)		



föräldrarna skattade tre att konflikterna hade minskat vid avslut och för två familjehemsföräldrar var den oförändrad på lägsta möjliga nivå (det vill säga 1).

*Skolnärvaro.* Närvaron i skolan var för Funka Familjehem ( $n = 8$ ) före behandlingsstart i genomsnitt 57 % av heltid. En fjärdedel var då helt frånvarande från skolan och en fjärdedel kom upp till en acceptabel nivå av skolnärvaro<sup>8</sup>. Uppgifter om skolnärvaro fanns vid T2 endast för tre deltagare; närvaron i skolan var för den första 100 % såväl före som efter behandling. Den andre gick inte alls i skolan före behandling men var efteråt i skolan 66 % av heltid. Den tredje gick från att gå i skolan 57 % vid start för att vid avslut ha en närvaro på 0 %.

*Boende.* I drygt 73 % av ärendena fanns uppgift vid insatsens avslut om barnet/ungdomen bodde kvar i samma familjehem, och i knappt 29 % av ärendena fanns uppgift vid uppföljning om de bodde kvar i samma familjehem som vid insatsens början. Av dessa bodde knappt 64 % kvar i samma familjehem vid avslut av insats. Av de drygt 36 % som inte bodde kvar i samma familjehem hade en flyttat hem till förälder, en bodde i nytt familjehem, en avslutades till följd av att ungdomen avvikit från familjehemmet och en avslutades till följd av sammanbrott i behandlingen och ny placeringsform var ej angiven. Vid uppföljning bodde hälften kvar i samma familjehem som vid insatsens början. Av de två som inte bodde kvar var en placerad på HVB och för en var placering ej angiven. Sammantaget hade drygt 45 % flyttat från det familjehem de bodde i vid insatsens början vid avslut eller uppföljning.

### *Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp – Funka + Behandlingsfamilj*

Ungdomarna på Funka + Behandlingsfamilj avvek delvis från normalgrupp vid insatsens start (Tabell 11). De skattade sina beteendeproblem, hyperaktivitetsproblem och kamratproblem, samt de totala svårigheterna som större. Däremot skilde de sig inte gällande de emotionella symptomen eller prosocialt beteende. Tillfredsställelsen med livet var sämre nu och för ett år sedan, men ingen skillnad syntes i framtidshopp (d.v.s. Livets stege Om ett år). Sju av tio skillnader var statistiskt signifikanta. Tre effekter var obefintliga, en var liten, en var måttlig och fem var stora.

---

<sup>8</sup>  $\geq 90$  % av heltid.

Tabell 11

*Självskattningar av SDQ och Livets steg. Funka + Behandlingsfamilj vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse över normalgruppens medelvärde.*

		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
		T1 ( <i>n</i> = 26)	Normalgrupp <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>d</i>	+ 1SD
SDQ	Emotionella symp.	2,6 (2,1)	2,6 (1,8)	0,0	0,0	27
	Beteendeproblem	3,4 (2,0)	1,9 (1,7)	4,4**	0,9	35
	Hyperaktivitetspr.	6,2 (2,2)	3,8 (2,2)	5,5**	1,1	46
	Kamratproblem	3,0 (2,3)	1,9 (1,6)	3,4**	0,7	35
	Prosocialt beteende	7,3 (2,2)	7,5 (1,8)	0,6	0,1	19 <sup>b</sup>
	TOTAL	15,1 (5,6)	10,1 (5,2)	4,8**	1,0	46
	Impact factor	4,6 (3,6)	3,3 (3,2)	2,0*	0,4	27
Livets steg	Ett år sedan	4,5 (2,8)	6,3 (1,9)	4,6**	0,9	26 <sup>b</sup>
	Nu	5,2 (1,8)	7,2 (1,7)	5,9**	1,2	61 <sup>b</sup>
	Om ett år	8,1 (1,9)	8,2 (1,3)	0,4	0,1	13 <sup>b</sup>

*a = Lundh m.fl., 2008 (SDQ), n = 986; Katarina Alanko, personlig kommunikation, 2022 (SDQ Impact Factor), n = 259; Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006 (Livets steg), n = 652.*

*b = Mer än en standardavvikelse under medelvärdet.*

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

Av föräldraskattningarna av SDQ att döma skilde sig ungdomarna på Funka + Behandlingshem åt gentemot normalgrupp (Tabell 12). Inom samtliga delskalor hade de mer svårigheter, mindre prosocialt beteende och de besvärades mer av sina svårigheter. Skillnaderna var statistiskt signifikanta. Två effektstyrkor var måttliga och de resterande tolv klassades som stora.

Tabell 12

*Föräldraskattningar av SDQ. Funka + Behandlingsfamilj vid inskrivning (T1) i jämförelse med normalgrupp. + 1 SD anger andel som hamnar mer än en standardavvikelse över normalgruppens medelvärde.*

		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
		T1 ( <i>n</i> = 25)	Normalgrupp <sup>a</sup>	<i>t</i>	<i>d</i>	+ 1SD
Mamma	Emotionella symp.	3,9 (2,2)	1,5 (1,8)	6,4**	1,3	52
	Beteendeproblem	4,9 (2,8)	1,1 (1,3)	12,8**	2,6	84
	Hyperaktivitetspr.	6,9 (2,4)	2,3 (2,1)	10,5**	2,2	84
	Kamratproblem	3,3 (2,8)	1,4 (1,8)	4,9**	1,0	48
	Prosocialt beteende	7,5 (1,6)	8,3 (1,7)	2,3*	0,5	32 <sup>b</sup>
	TOTAL	19,0 (7,3)	6,4 (5,2)	11,4**	2,4	88
	Impact factor	9,3 (4,7)	3,0 (3,3)	7,7**	1,7	80
<i>n = 11</i>						
Pappa	Emotionella symp.	3,9 (1,4)	1,5 (1,8)	4,4**	1,3	54
	Beteendeproblem	5,0 (1,8)	1,1 (1,3)	9,7**	3,0	100
	Hyperaktivitetspr.	7,0 (1,6)	2,3 (2,1)	7,4**	2,3	100
	Kamratproblem	3,0 (2,3)	1,4 (1,8)	2,9**	0,9	45
	Prosocialt beteende	7,4 (1,7)	8,3 (1,7)	1,7*	0,5	18 <sup>b</sup>
	TOTAL	18,9 (4,7)	6,4 (5,2)	7,9**	2,4	100
	Impact factor	7,4 (3,6)	3,0 (3,3)	4,2**	1,3	73

*a = Björnsdotter m.fl., 2013 (SDQ), n = 365; Katarina Alanko, personlig kommunikation, 2022 (SDQ Impact factor), n = 96.*

*b = Mer än en standardavvikelse under medelvärdet.*

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

## Utfall – Funka + Behandlingsfamilj

*SDQ-S.* De totala svårigheterna minskade efter behandling, och ungdomarna besvärades mindre av sina svårigheter (Tabell 13). För de fyra ungdomar som deltog vid uppföljningen hade de totala svårigheterna minskat, medan *impact* hade ökat – de besvärade alltså mer av sina svårigheter vid uppföljningen än före behandling. Av de 14 jämförelserna visade elva på en positiv förändring och tre på en negativ utveckling. Totalt var dock endast 1 av 14 jämförelser statistiskt signifikant – vilken var minskningen i kamratproblem från T1 till T2. Fem av effektstyrkorna var obefintliga, tre var små och sex var måttliga. Andelen där de totala svårigheterna var på en kliniskt hög nivå var före behandling 46 %, efter behandling 20 % och vid uppföljning 50 %.

Beteendeproblemen hade efter behandling minskat för fem ungdomar, ökat för tre och varit desamma för två. På gruppnivå hade beteendeproblemen minskat, en skillnad med liten effektstyrka som inte var statistisk signifikant. Vid uppföljningen hade beteendeproblemen ökat för två ungdomar och minskat för två. På gruppnivå innebar detta ingen skillnad; effektstyrkan var obefintlig och skillnaden icke statistiskt signifikant.

Två av ungdomarna tyckte att problemen var 'ungefär lika' efter behandling, två tyckte att de var 'något bättre' och en att de blivit 'mycket bättre'. Tre ungdomar tyckte att Magelungen varit 'bara lite' till hjälp på andra sätt, en till 'ganska mycket' hjälp, medan två tyckte 'inte alls' till annan hjälp.

*SDQ-F.* Föräldrarnas skattningar visade på minskade svårigheter hos ungdomarna och att de besvärades mindre av sina svårigheter efter behandling (Tabell 13). Störst var effekten av *impact factor*, både vid T2 och T3 enligt mammornas skattningar, samt effekten i minskade totala svårigheter från T1 till T2 enligt papporna. Av 21 jämförelser var fyra effekter obefintliga, fem små, nio måttliga och tre effekter stora. Endast 4 av 21 skillnader var dock statistiskt signifikanta. För de två papporna som deltagit vid T3 hade ungdomens totala svårigheter minskat för en och ökat för en.

Utifrån föräldrarnas skattningar av ungdomens beteendeproblem hade dessa på gruppnivå minskat över tid. Vid en jämförelse mellan mammornas skattningar hade beteendeproblemen vid avslut minskat för sex, ökat för två och varit desamma för två ungdomar. Vid uppföljningen hade de minskat för tre, ökat för en och varit desamma för två ungdomar. Utifrån pappornas skattningar hade beteendeproblemen vid avslut minskat för fyra, ökat för en och varit desamma för en ungdom, och vid uppföljningen hade de minskat för båda ungdomarna.

Utifrån mammornas skattningar befann sig 80 % av ungdomarna på en kliniskt hög nivå före behandling, 60 % efter behandling och 50 % vid uppföljningen. Utifrån pappornas skattningar var andelen ungdomar på en kliniskt hög nivå 82 % före behandling, 50 % efter och 100 % (2 av 2) vid uppföljningen.

Föräldrarna tyckte att ungdomarnas problem blivit mindre efter behandling. Vid behandlingsavslut svarade två mammor att problemen var 'ungefär lika', två att det var 'något

Tabell 13  
 Funka + Behandlingsfamili. Självskattning och föräldraskattning av SDQ. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärdet, samt standardavvikelse (SD) vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).

SDQ	Ungdom	M [KI] (SD)		M [KI] (SD)		M [KI] (SD)		T1-T2		T1-T3	
		T1 (n = 26)	T2 (n = 10)	T3 (n = 4)	t <sub>9</sub>	p	d	t <sub>3</sub>	p	d	
Emotionella symp.	Beteendeproblem	2,6 [1,7-3,4] (2,1)	2,1 [1,0-3,2] (1,5)	3,8 [0,0-9,3] (3,5)	2,2	0,06	0,69	0,2	0,82	0,12	
	Hyperaktivitetspr.	3,4 [2,6-4,2] (2,0)	2,8 [1,5-4,1] (1,8)	3,3 [0,6-5,9] (1,7)	0,8	0,44	0,25	0,3	0,78	0,15	
	Kamratproblemen	6,2 [5,3-7,1] (2,2)	6,3 [4,7-7,8] (2,2)	6,0 [4,2-7,8] (1,2)	-0,6	0,58	-0,18	-2,3	0,10	-1,16	
	Prosocialt beteende	3,0 [2,0-3,9] (2,3)	1,7 [0,5-2,9] (1,6)	3,0 [1,2-4,8] (1,2)	2,3	0,05	0,73	1,1	0,34	0,56	
	TOTAL	7,3 [6,4-8,2] (2,2)	7,5 [6,2-8,8] (1,8)	8,3 [4,7-10,0] (2,2)	0,2	0,83	0,07	1,0	0,39	0,50	
	Impact factor	15,1 [12,8-17,4] (5,6)	12,9 [9,0-16,7] (5,3)	16,0 [7,5-24,5] (5,4)	1,6	0,14	0,52	0,4	0,69	0,22	
Mamma	Emotionella symp.	4,6 [3,2-6,0] (3,6)	2,2 [0,0-4,5] (3,2)	5,0 [0,0-15,0] (7,8)	1,8	0,10	0,58	-0,6	0,64	0,32	
	Beteendeproblem	T1 (n = 25)	T2 (n = 10)	T3 (n = 6)	t <sub>9</sub>			t <sub>3</sub>			
	Hyperaktivitetspr.	3,9 [3,0-4,8] (2,2)	3,4 [2,2-4,6] (1,7)	3,3 [0,0-6,6] (3,1)	0,6	0,54	0,20	0,4	0,69	0,17	
	Kamratproblemen	4,9 [3,8-6,1] (2,8)	2,7 [1,4-4,0] (1,8)	3,0 [0,7-5,3] (2,2)	2,3	0,05	0,72	1,5	0,19	0,63	
	Prosocialt beteende	6,9 [6,0-7,9] (2,4)	6,2 [4,8-7,5] (1,8)	5,7 [3,0-8,3] (2,5)	-0,3	0,78	-0,09	1,3	0,25	0,53	
	TOTAL	3,3 [2,1-4,4] (2,8)	2,9 [1,5-4,4] (2,0)	2,8 [0,4-5,3] (2,3)	0,4	0,73	0,11	1,4	0,23	0,56	
Pappa	Emotionella symp.	7,5 [6,8-8,2] (1,6)	7,2 [6,1-8,3] (1,5)	8,7 [7,2-10,0] (1,4)	2,3	0,05	0,74	0,9	0,39	0,38	
	Beteendeproblem	19,0 [16,0-22,1] (7,3)	15,2 [11,1-19,2] (5,7)	14,8 [6,1-23,6] (8,3)	1,0	0,33	0,32	1,9	0,11	0,79	
	Hyperaktivitetspr.	9,3 [7,3-11,2] (4,7)	5,3 [2,6-7,9] (3,7)	6,0 [1,8-10,2] (4,0)	4,4	<,01	1,4	2,5	0,06	1,01	
	Kamratproblemen	T1 (n = 11)	T2 (n = 6)	T2 (n = 2)	t <sub>5</sub>						
	Prosocialt beteende	3,9 [2,9-4,9] (1,4)	3,7 [1,2-6,1] (2,3)	6,0 [0,0-10,0] (1,4)	0,8	0,46	0,33				
	TOTAL	5,0 [3,8-6,2] (1,8)	3,3 [0,7-5,6] (2,2)	5,0 [0,0-10,0] (2,8)	1,7	0,14	0,71				
Impact factor	Emotionella symp.	7,0 [5,9-8,0] (1,6)	5,5 [3,2-7,8] (2,2)	8,0 [0,0-10,0] (2,8)	1,2	0,30	0,48				
	Beteendeproblem	3,0 [1,5-4,5] (2,3)	1,8 [0,6-3,1] (1,2)	4,0 [4,0-4,0] (0,0)	1,3	0,26	0,52				
	Hyperaktivitetspr.	7,4 [6,2-8,5] (1,7)	7,5 [5,2-9,8] (2,2)	8,5 [2,2-10,0] (0,7)	0,4	0,71	0,16				
	Kamratproblemen	18,9 [15,7-22,0] (4,7)	14,3 [7,9-20,8] (6,1)	23,0 [0,0-40,0] (7,1)	2,6	0,05	1,06				
	Prosocialt beteende	7,4 [4,9-9,8] (3,6)	5,0 [0,1-9,9] (4,3)	8,5 [0,0-15,0] (2,1)	1,2	0,30	0,53				
	TOTAL										

Tabell 14

*Funka + Behandlingsfamili. Medelvärde (M), 95 % konfidensintervall [KI] runt medelvärde, samt standardavvikelse (SD) för konfliktnivå och Livets steg vid inskrivning (T1), avslut (T2) och uppföljning (T3).*

		<i>M</i> [KI] (SD)	<i>M</i> [KI] (SD)	<i>M</i> [KI] (SD)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
		T1 ( <i>n</i> = 8)	T2 ( <i>n</i> = 3)	T3 ( <i>n</i> = 3)	T1-T2			T1-T3		
<b>Konfliktnivå</b>										
Ungdom		3,3 [2,2-4,3] (1,3)	2,0 [0,0-4,5] (1,0)	3,3 [0,5-6,2] (1,2)						
		T1 ( <i>n</i> = 15)	T2 ( <i>n</i> = 7)	T3 ( <i>n</i> = 4)	<i>t</i> <sub>4</sub>			<i>t</i> <sub>3</sub>		
Mamma		5,6 [4,1-7,1] (2,7)	4,1 [1,6-6,7] (2,7)	1,8 [1,0-2,6] (0,5)	1,6	0,20	0,70	1,7	0,19	0,83
		T1 ( <i>n</i> = 5)	T2 ( <i>n</i> = 2)	T3 ( <i>n</i> = 0)						
Pappa		6,6 [4,0-9,2] (2,1)	4,5 [1,0-10,0] (5,0)							
		T1 ( <i>n</i> = 0)	T2 ( <i>n</i> = 0)	T3 ( <i>n</i> = 1)						
Annan										
		T1 ( <i>n</i> = 23)	T2 ( <i>n</i> = 7-11)	T3 ( <i>n</i> = 2-3)	<i>t</i> <sub>3-7</sub>					
LS Ungdom		4,5 [3,3-5,7] (2,8)	3,7 [1,8-5,6] (8,7)	3,7 [1,0-10,0] (3,2)	0,3	0,76	0,11			
	Nu	5,2 [4,4-6,0] (1,8)	7,4 [5,8-9,0] (2,4)	6,5 [1,0-10,0] (3,5)	1,6	0,15	0,58			
	Om ett år	8,1 [7,3-9,0] (1,9)	8,7 [7,0-10,0] (1,9)	10,0 [10,0-10,0] (0,0)	1,0	0,39	0,50			
		T1 ( <i>n</i> = 23-24)	T2 ( <i>n</i> = 11)	T3 ( <i>n</i> = 5-6)	<i>t</i> <sub>8</sub>			<i>t</i> <sub>4,5</sub>		
LS Mamma		4,0 [2,9-5,0] (2,6)	2,6 [1,3-3,8] (1,9)	3,6 [0,3-6,9] (2,7)	1,2	0,28	0,38	0,9	0,41	0,41
	Nu	4,9 [4,0-5,8] (2,1)	5,7 [4,0-7,3] (2,5)	5,8 [2,7-8,9] (2,5)	0,7	0,51	0,23	0,1	0,91	0,05
	Om ett år	8,6 [8,1-9,2] (1,3)	7,9 [6,9-8,8] (1,5)	8,3 [7,5-9,0] (0,8)	0,5	0,65	0,17	0,5	0,62	0,22
		T1 ( <i>n</i> = 10-11)	T2 ( <i>n</i> = 6)	T3 ( <i>n</i> = 2)	<i>t</i> <sub>3</sub>					
LS Pappa		5,0 [3,4-6,6] (2,4)	2,8 [1,4-4,1] (1,3)	6,0 [1,0-10,0] (2,8)	0,5	0,67	0,23			
	Nu	4,9 [3,4-6,4] (2,3)	6,2 [4,3-8,1] (1,8)	7,0 [1,0-10,0] (1,4)	0,8	0,47	0,42			
	Om ett år	8,7 [7,8-9,5] (1,2)	7,0 [3,5-10,0] (3,3)	7,3 [1,0-10,0] (1,8)						

bättre' och fyra att det var 'mycket bättre'. En pappa tyckte att det var 'ungefär lika', två att det var 'något bättre' och en att det var 'mycket bättre'. Föräldrarna tyckte också att Magelungen varit till hjälp på andra sätt: av mammorna svarade en 'bara lite', fem 'ganska mycket' och två 'våldigt mycket'. Av papporna svarade en 'bara lite', en 'ganska mycket' och två 'våldigt mycket'.

*Livets stege.* För ungdomarna hade tillfredsställelsen med livet efter behandling ökat, en måttlig förändring som dock inte var statistiskt signifikant (Tabell 14). Av de som deltog vid uppföljningen hade den ökat för två och minskat för en. För föräldrarna hade tillfredsställelsen med livet ökat efter behandling, skillnader som var måttliga eller små men inte statistiskt signifikanta. Vid en jämförelse mellan T1 och T3 hade tillfredsställelsen med livet vid T3 ökat för papporna men inte för mammorna.

*Konfliktnivå.* Enligt mammorna hade konfliktnivån i hemmet minskat över tid, effekter som är måttliga men inte statistiskt signifikanta. En ungdom skattade att konflikterna hade minskat vid behandlingsavslut, medan en annan skattade att de ökade över tid. Den pappa som deltog skattade konflikterna som mer frekventa efter behandling i jämförelse med före.

*Skolnärvaro.* Bland de deltagare där skolnärvaro redovisats både före behandling och efter behandling alternativt vid uppföljningen hade skolnärvaron ökat för tre och minskat för två. På gruppnivå var skolnärvaron 16,9 % av heltid före behandling, 54,4 % efter och 48,3 % vid uppföljningen (Tabell 15). Före behandling var 30 % av deltagarna helt frånvarande från skolan, efter 18 % och vid uppföljning 33 %. Andelen som kommer upp i en acceptabel nivå<sup>9</sup> av närvaro i skolan var vid T1 0 %, T2 36 % och vid T3 33 %.

Tabell 15

*Funka + Behandlingsfamilj. Skolnärvaro de senaste sex månaderna/den senaste månaden angivet i M (SD), kvartilavvikelse, samt minimum och max-värden.*

	Före (T1) <i>n</i> = 10	Efter (T2) <i>n</i> = 11	Uppföljning (T3) <i>n</i> = 6
<i>Närvaro (i %) av heltid</i>			
M (SD)	16,9 (20,4)	54,4 (40,6)	48,3 (43,1)
<i>Q1-Q3</i>	0,0-35,0	12,0-92,0	0,0-92,5
<i>Min-Max</i>	0,0-50,0	0,0-100,0	0,0-100,0

<sup>9</sup> ≥90 % av heltid.

## Diskussion

Syftet med studien var att jämföra målgruppen på Funka med normalgrupp, undersöka utfall efter behandling utifrån psykisk ohälsa, psykisk hälsa, beteendeproblem, konfliktnivå och närvaro i skolan, samt måluppfyllelse i form av kontinuitet i boende.

Funka Hemma avvek vid insatsens start från normalgrupp. De hade högre grad av psykisk ohälsa och lägre grad av psykisk hälsa. Efter behandling hade konfliktnivån minskat, närvaro i skolan ökat, måendet hos barnet/ungdomen förbättrats och likaså hade tillfredsställelsen med livet hos föräldrarna ökat. Drygt fyra av fem bodde också kvar hemma såväl vid behandlingsavslut som vid uppföljning.

Funka Familjehem avvek vid påbörjad insats delvis från normalgrupp. Efter insats hade svårigheterna minskat något enligt barnen/ungdomarna. Förändringen var tydligare då familjehemsföräldrarna tillfrågades. Både barn/ungdom och föräldrar uppgav dock att problemen minskat vid avslut. Familjehemsmammornas tillfredsställelse med livet förbättrades också, medan familjehemspappornas i stort var oförändrad. För det fåtal tidsjämförelser som gick att göra för konfliktnivå och skolnärvaro gick resultatet åt båda håll; det ökade i vissa ärenden och minskade i andra. Vid avslut bodde två tredjedelar kvar i samma familjehem som vid insatsens start, och vid uppföljningen ungefär hälften.

Funka + Behandlingsfamilj avvek delvis från normalgrupp baserat på ungdomarnas skattningar och avvek helt baserat på föräldrarnas skattningar. Förändringen var därefter över tid något positiv, med bland annat minskade beteendeproblem, minskad konfliktnivå enligt mammorna, och ökad närvaro i skolan. I andra utfallsmått syntes ingen tydlig förändring, eller rentav en negativ förändring (som i ungdomens skattning av *Impact factor* vid uppföljningsmätningen). Såväl ungdomar som föräldrar uppgav att problemen hade blivit mindre och att de fått hjälp av Magelungen.

Då detta är första sammanställningen av Magelungens utvärdering av Funkaprogrammen kan vi inte sätta resultatet i relation till tidigare rapporter från Magelungen gällande just Funka. Däremot kan vi jämföra med sammanställningar av andra utvärderingar inom Magelungen, vilket möjliggörs av att studierna i stort delar samma mätillfällen, deltagare och mätinstrument. I likhet med andra målgrupper, som den på Heldag och Hemmasittar-programmet (Forskningsrapport 11; Forskningsrapport 14), avvek även Funka från normalgrupp. Skillnaden efter behandling följde sedan i stort samma mönster, med en övervägande positiv förändring i primära utfallsmått, fastän individuella skillnader förekom.

Funka + Behandlingsfamilj har många likheter med TFCO, som i studier visat på minskade externaliserande och internaliserande svårigheter, såsom beteendeproblem, depression och ångest (Kyhle Westermarck m.fl., 2010), vilket även våra resultat verkar peka mot. Andra insatser som vänder sig till samma eller liknande målgrupper är bland andra FFT, ISSP och MST. Där var inget program överlägset kontrollgrupp (SBU, 2020). Att jämföra resultaten med föreliggande studie försvåras dock av skillnader i studiernas upplägg och programmets målsättning. Många insatser riktas specifikt mot kriminalitet eller bruk/missbruk av droger eller

alkohol, medan Magelungens Funkaprogram i stället har bredare målgrupp och behandlingsmål, och har som målsättning att skapa förändring inom flera områden.

Magelungens Funkaprogram är utformade med kända risk- och skyddsfaktorer såsom beteendeproblem och skolmisslyckanden i åtanke. Ett positivt utfall medför därmed större chans att undvika framtida negativa livshändelser, som en livsbana kantad av brottslighet och missbruk. I utvärderingen mäter vi förutom måluppfyllelse även dynamiska riskfaktorer, det vill säga riskfaktorer som är möjliga att påverka, så som beteendeproblem, konfliktnivå i hemmet och skolfrånvaro. Att dessa faktorer tycktes ha minskat såväl vid behandlingsavslut som vid uppföljning är därmed en framgång.

En annan riskfaktor är sammanbrott i familjehem, en risk som är betydande för Funkaprogrammens målgrupp. När ett sammanbrott väl skett innebär detta i sin tur en ökad risk för framtida negativa utfall. Att förebygga sammanbrott är därför av stor betydelse. Risk för sammanbrott i familjehem varierar, bland annat med ålder, erfarenhet av tidigare placeringar samt beteendeproblem. I tidigare studier varierar andelen sammanbrott mellan ca 20–40 %, och upp till 50 % för tonåringar (Oosterman m.fl., 2007). För tonåringar sker en stor del av sammanbrotten tidigt i placeringen (Egelund & Vitus, 2009; Olsson m.fl., 2012). Detta är förekomst av sammanbrott på gruppnivå, där grad och typ av svårigheter inom gruppen varierar. Eftersom omfattande beteendeproblem är vanligt förekommande på Magelungens Funkaprogram, i kombination med att en stor andel är tonåringar med erfarenhet av tidigare placeringar, är målgruppen än mer riskutsatt.

På Funka Familjehem bodde två tredjedelar kvar i samma familjehem vid insatsens avslut som de gjorde vid start, och vid uppföljning bodde ungefär hälften kvar. Sammantaget hade drygt 45 % flyttat från familjehemmet sex månader efter avslutad insats. Det betyder att andelen sammanbrott är jämförbar med tidigare studier vad gäller gruppen familjehemsplacerade barn och unga, och troligen lägre än för jämförbar målgrupp med ökad risk för sammanbrott. Det vi inte vet på Funka Familjehem är anledning till avslut, samt i hur stor del av ärendena som flytten från familjehemmet kan definieras som ett sammanbrott.

Att bli placerad utanför hemmet är i sig en riskfaktor för framtida svårigheter, varför insatser som minskar risken för detta eller har som syfte att undvika placering är avgörande för den unges fortsatta utveckling. För de unga som tar del av Funka hemma finns vid insatsens start en överhängande risk för placering utanför hemmet och insatsen ses inte sällan som ett sista försök för att undvika placering. Enligt resultaten bodde åtta av tio kvar hemma efter avslutad Funka hemma-insats och vid uppföljning bodde sju av tio kvar i hemmet.

Behandlingsarbete vid beteendeproblem är en svårbehandlad grupp (Kyhle Westermark m.fl., 2010). Relationerna i hemmet prövas och skolprestationerna försämras. I längden kan den kriminella banan ha gått så långt att ungdomen är en fara för samhället och anses förr eller senare behöva avlägsnas från sin familj. Utmaningen blir här att återskapa ett kraftfullt band till familjen och samtidigt skydda samhället från brott. Funkaprogrammen riktar sig till en målgrupp där normbrytande beteende är vanligt förekommande, något som också syntes när placeringsorsak noterades vid behandlingsstart. Vanligt förekommande var olika former av skolproblematik, konflikter i hemmet, samt våld och missbruk eller misstanke om missbruk.



Att såsom i Magelungens Funka Familjehem erbjuda stöd till familjehemsföräldrar som leder till att de känner sig bättre rustade att hantera barnets problematik och möta dess behov, att ge dem inflytande i vårdens planering samt erbjuda stöd i att samordna olika instanser runt barnet kan bidra till att skapa stabilitet i vården och minska de negativa utvecklingseffekter vi ser hos gruppen placerade barn och unga (se bl.a. Khoo & Skoog, 2014, Samrai m.fl., 2011 eller Vanderfaeillie m.fl., 2013). Forskningen pekar även på behovet av att erbjuda alternativa och preventiva insatser för att undvika att barn placeras, och om de placeras bör målet vara en kort placering med hög grad av stöd och behandling både till familjehem, den unge och, i de fall hemflytt är målet med insatsen, till den biologiska familjen. Detta är särskilt avgörande för tonåringar med beteendeproblematik och erfarenhet av tidigare placeringar, eftersom detta är den grupp som löper högst risk för nya avbrott eller sammanbrott i placeringen.

Vilken insats är då att föredra för en målgrupp med normbrytande beteenden och andra beteendeproblem? Åström med kollegor (2020) argumenterar för behandlingsfamilj som alternativ och pekar på brister i behandling i grupp, så som på HVB och SiS. Inte heller familjehem är att föredra på grund av att många slutar i sammanbrott. Andra menar att valet av vård borde avgöras av faktorer som typ av problematik, grad av svårigheter, samt barnets ålder (Strijbosch m.fl., 2015). När det gäller öppenvårdsinsatser för tonåringar med svåra beteendeproblem och samtidigt missbruk har forskning visat på effekten av familjebaserade program (Baldwin m.fl., 2012) och flera studier har visat att MDFT, en familjeorienterad multisystemisk insats som fokuserar på risk- och skyddsfaktorer, var mer effektiv än andra insatser och ledde till förbättringar även på andra utfallsmått än återfall i kriminalitet eller missbruk (Liddle m.fl., 2004; Stanton & Shadish, 1997; Tanner-Smith m.fl., 2013; van der Pol m.fl., 2018), och särskilt gynnsam vid hög problembelastning och psykiatrisk komorbiditet (Henderson m.fl., 2010; Hendriks m.fl., 2012; van der Pol m.fl., 2017). Detta gör att även med försiktigt positiva resultat som i föreliggande rapport, kan familjebaserade multimodala program såsom Magelungens Funkaprogram ses som lovande för den grupp unga som trots tidigt identifierade riskfaktorer i sin livsmiljö ofta kämpar för en god framtid utan tillräckligt sammanhållet stöd från samhället.

Det saknas tillräcklig kunskap om effekter av behandlingsprogram vid normbrytande beteende, samt hur väl stöd till föräldrar och stöd till familjehem fungerar. Detta trots den omfattning av placeringar och öppenvårdsinsatser från socialtjänsten som sker varje år. Om inte rätt stöd sätts in riskerar svårigheterna att förvärras, och kan i längden leda till utanförskap och kriminalitet (Andershed & Andershed, 2015; Socialstyrelsen, 2010).

Det finns ett behov av evidensbaserade program för dessa ungdomar. Vid utvärderingar av behandlingsinsatser är effekten såklart viktig. Behandlingsinsatser behöver vara effektiva, exempelvis genom att minska ett dåligt mående, öka närvaron i skolan eller avvärja ett begynnande missbruk. Men det är inte allt. För att behandlingsinsatser ska fungera i praktiken behöver de vara genomförbara, ekonomiskt försvarbara, samt accepterade av såväl ungdomar, föräldrar, som av behandlingspersonal. Utöver detta ställer det krav på utföraren, en slutsats som även Kyle Westermarck (2009) förde fram i utvärderingen av TFCO, där hon skriver att implementering av behandlingsprogrammet kräver en stabil organisation, där resurser och kompetens samlas. På Magelungen finns förutsättningar för att bedriva förstärkt

familjehemsvård och behandlingsfamilj, med en organisation som arbetat med strukturerade öppenvårdsprogram i över 20 års tid.

### *Styrkor och svagheter med studien*

Utfallet mättes med flertalet variabler och har skattats av flera respondenter. Aspekter av psykisk hälsa och psykisk ohälsa skattades av de unga och föräldrar i frågeformulär, konfliktnivå i hemmet skattades med hjälp av en fråga, och uppgifter om skolnärvaro inhämtades. Detta sammanlagt gav en bild av hur det gick för ungdomarna och familjen. En styrka med utvärderingen är att dessa utfall även kombinerats med en beskrivning av måluppfyllelse, det vill säga om de unga bodde kvar hemma eller i sitt familjehem.

Resultatet i studien är dock inte helt tillförlitligt, och många gånger beror detta på det ringa deltagarantalet. Om fem föräldrar har skattat konfliktnivån före och efter behandling säger detta inte mycket om populationen, det vill säga om resultatet för gruppen som helhet. Det ringa antalet deltagare vid flera av mätningarna ger utslag i de stora konfidensintervallen kring medelvärdena för skattningarna av SDQ, särskilt tydligt i Funka Familjehem. Det är svårt att veta var populationens medelvärde befinner sig vid respektive mätpunkt och därmed även svårt att uttala sig om huruvida en förändring har skett.

Det är också tydligt att insamlingen till utvärderingen fungerar bättre med vissa variabler än andra. Utvärderingen består av SDQ, Livets steg, samt skattningar av konfliktnivå, skolnärvaro samt boende. Detta för att kunna mäta utfallet utifrån flera variabler, där vissa är mer breda, andra är smalare och har valts just för att de passar målgruppen och målet med insatsen. Konfliktnivå är en sådan variabel som är specifik för Funkaprogrammen. Den finns inte i övrig utvärdering inom Magelungen. Det är också en variabel som ofta saknas, trots att övriga variabler kan finnas på plats. Andra gånger saknas ett eller flera mättillfällen. Det här medför att det inte går att uttala sig om huruvida en förändring har skett.

Variabler kan också vara bristfälligt ifyllda. Skolnärvaro var ibland besvarad endast utifrån hur många procent av schemalagda lektioner eleven närvarat, och det har saknats information om hur många lektioner som finns på schemat. Vanligt bland denna målgrupp är att ha anpassade scheman, med färre lektioner. Därför är det stor skillnad att närvara 50 % av 25 lektioner jämfört med 50 % av 10 lektioner.

Trots det på sina håll låga deltagarantalet är det ändå värt att sammanställa resultatet. Det här är den första rapporten om Funkaprogrammen och det är en central del av en utvärdering att med jämna mellanrum också sammanställa resultaten. Fördelarna är flera; förutom att faktiskt sammanställa resultatet är det även ett tillfälle att undersöka själva undersökningen. Fungerar den som den ska? Fungerar datainsamlingen vid alla tre mättillfällen och är det rätt variabler som används?

## *Vidare studier*

Magelungen utvärderar många stöd- och behandlingsinsatser på liknande sätt. Fördelen med en likartad design och återkommande mätinstrument är flera, och viktigast är kanske att jämförbarheten ökar; det skapar en möjlighet att jämföra såväl målgrupp som utfall av insatsen. Skillnaderna behöver dock bejakas och utvärdering av Funkaprogrammen kan framöver behöva modifieras för att bättre kunna återspegla målgrupp och insatsernas huvudsakliga målsättning.

Alla tre Funkaprogrammen har som mål att bidra till mer funktionella beteenden och ett positivt samspel i hemmet. Då nuvarande utvärdering mer fokuserar på mående, eller psykisk hälsa och psykisk ohälsa, kan fokus framöver mer vara på normbrytande beteenden och beteendeproblem såsom kriminalitet och missbruk. I tidigare studier av TFCO har till exempel registeruppgifter och officiella data, alternativt självrapportering om återfall i brott, droganvändning samt anknytning till skolan använts som utfallsmått (Åström m.fl., 2020).

Då normbrytande beteenden är vanligt förekommande är ett viktigt utfall även framtida förekomst av kriminalitet och missbruk. I Bergström och Højman (2016) till exempel användes våldsbrott och antal dagars placering i låsbar institutionsvård som utfallsmått. Dregan med kollegor (2011) har visat att barn från både familjehem och institutionsvård i vuxen ålder har förhöjd risk för emotionella svårigheter och beteendeproblem. Liksom i planerade studier av Magelungens hemmasittarprogram, skulle därför ett fjärde och ett femte mättillfälle kunna läggas till, där data hämtas från register.

Viktiga framgångsfaktorer som kan användas som utfallsmått och som även efterfrågats av personal på Funkaprogrammen, är mått på föräldraförmåga, förälderns funktionsförmåga, eller förälderns tro på sin egen förmåga, till exempel Alabama Parenting Questionnaire (APQ-9; Essau m.fl., 2006). Implementerat på Funka Hemma och Funka Familjehem är även mått på behandlingstrohet och skattas av behandlingspersonal varannan vecka, något som framöver kan införlivas i utvärderingen. Utöver det planeras också mått på behandlingstrohet för Funka + Behandlingsfamilj.

## Slutsats

Det här är den första sammanställningen av utvärderingen av Magelungens Funkaprogram. Resultatet är övervägande positivt med lägre konfliktnivå, minskade beteendeproblem, förbättrat mående samt ökad närvaro i skolan efter avslutad insats och vid uppföljning. Än viktigare är att en stor andel av barnen/ungdomarna på Funka Hemma efter avslutad insats fortsatt bor hemma hos sina föräldrar, och på Funka Familjehem har en majoritet kunnat stanna i sitt familjehem och därmed kunnat undvika ett sammanbrott. Med uppfyllda mål minskar antalet riskfaktorer och skyddsfaktorer ökar i barnets och familjens liv. Genom sammanställningen ser vi att Magelungens Funkaprogram för många unga och deras familjer utgör en preventiv och stödjande insats som minskar riskfaktorerna för en utsatt grupp som redan belastas av många riskfaktorer och få skyddsfaktorer.

Trots det goda utfallet finns många tveksamheter i undersökningen som gör att resultatet behöver tolkas med försiktighet. Förutom ett stort bortfall så är undersökningsgruppen för Funka Familjehem och Funka + Behandlingsfamilj försvinnande liten. Slutsatsen blir därmed att denna utvärdering måste fortgå, men att den framöver med fördel kan kompletteras med andra forskningsfrågor och en starkare undersökningsdesign.

## Referenser

- Andershed, A.-K., & Andershed, H. (2015). Risk and protective factors among preschool children. Integrating research and practice. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12(4), 412–424. <https://doi.org/10.1080/15433714.2013.866062>
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1–26.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R., & Bean, R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse. A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281–304. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x>
- Bath, H., & Seita, J. (2019). *De tre pelarna i traumamedveten omsorg. Att skapa en läkande miljö "de övriga 23 timmarna"*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, M., & Baviskar, S. (2021). A systematic review of some reliability and validity issues regarding the Strengths and Difficulties Questionnaire focusing on its use in out-of-home care. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 18(1), 1–31. <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1788477>
- Bergström, M., & Højman, L. (2016). Is multidimensional treatment foster care (MTFC) more effective than treatment as usual in a three-year follow-up? Results from MTFC in a Swedish setting. *European Journal of Social Work*, 19(2), 219–235. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1030361>
- 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>
- Borg, E., & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare* (3:e uppl.). Malmö: Liber.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Dregan, A., Brown, J., & Armstrong, D. (2011). Do adult emotional and behavioural outcomes vary as a function of diverse childhood experiences of the public care system? *Psychological Medicine*, 41, 2013–2220. <https://doi.org/doi:10.1017/S0033291711000274>
- Egelund, T., & Vitus, K. (2009). Breakdown of care. The case of Danish teenage placements. *International Journal of Social Welfare*, 18(1), 45–56. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2008.00564.x>
- Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Journal of Child and Family Studies*, 15(5), 595–614. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9036-y>
- 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 Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791–799. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00494>

- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire. A pilot study on the validity of the self-report version. *Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125–130. <https://doi.org/10.1007/s007870050057>
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., & Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents. Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885–897.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy. Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 119–126.
- Holm, C., Sundberg Lax, O., & Nylén, K. (2015a). *FUNKA Familjehem. En handbok för behandlare*. Magelungen.
- Holm, C., Sundberg Lax, O., & Nylén, K. (2015b). *FUNKA Hemma. En handbok för behandlare*. Magelungen.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior Modification*, 14(3), 340–366. <https://doi.org/10.1177/01454455900143007>
- Khoo, E., & Skoog, V. (2014). The road to placement breakdown. Foster parents' experiences of the events surrounding the unexpected ending of a child's placement in their care. *Qualitative Social Work*, 13(2), 255–269. <https://doi.org/10.1177/1473325012474017>
- Kline, R. B. (2009). *Becoming a behavioral science researcher. A guide to producing research that matters*. New York: The Guildford Press.
- Kyhle Westermark, P. (2009). *MTFC. En intervention för ungdomar med beteendeproblem* [Avhandling]. Lunds universitet.
- Kyhle Westermark, P., Hansson, K., & Olsson, M. (2010). Multidimensional treatment foster care (MTFC). Results from an independent replication. *Journal of Family Therapy*, 33(1), 20–41. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00515.x>
- Leathers, S. J. (2006). Placement disruption and negative placement outcomes among adolescents in long-term foster care. The role of behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 307–324. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.003>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., & Gardner, F. (2022). Research Review. The most effective parenting program content for disruptive child behavior – a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(2), 132–142. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13483>
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. C. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse. Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36, 49–63.
- 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.
- Magelungen. (u.å.). *FUNKA + Behandlingsfamilj. Handbok för behandlare*.

- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care. Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363–1374. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00189-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00189-7)
- Olsson, M., Egelund, T., & Høst, A. (2012). Breakdown of teenage placements in Danish out-of-home care. Breakdown of teenage placements out-of-home care. *Child & Family Social Work*, 17(1), 13–22. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00768.x>
- Oosterman, M., Schuengel, C., Wim Slot, N., Bullens, R. A. R., & Doreleijers, T. A. H. (2007). Disruptions in foster care. A review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 53–76. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2006.07.003>
- Sallnäs, M., Vinnerljung, B., & Westermark, P. K. (2004). Breakdown of teenage placements in Swedish foster and residential care. *Child and Family Social Work*, 9, 141–152.
- Samrai, A., Beinart, H., & Harper, P. (2011). Exploring foster carer perceptions and experiences of placements and placement support. *Adoption & Fostering*, 35(3), 38–49.
- SBU. (2017). *Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn*. SBU utvärderar, nr 265.
- SBU. (2018). *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. SBU utvärderar, nr 279.
- SBU. (2020). *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter*. SBU utvärderar, nr 308.
- Skoog, V., Dalin, R., Rönnbäck, E., Khoo, E. (2012). *Instabilitet för barn i samhällsvård*. Socionomens forskningssupplement, (31), 34–43.
- Socialdepartementet, 2012/13:10. *Stärkt stöd och skydd för barn och unga*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition/2012/09/prop.-20121310/>
- Socialtjänstlagen, SoL 2001:453 (2001). [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)
- Socialstyrelsen. (2010). *Social rapport 2010*.
- Socialstyrelsen (2011). *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS 2011:9
- Socialstyrelsen. (2020). *Placerade barn och unga. Handbok för socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen. (2021a). *Barn och unga placerade i familjehem*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/barn-och-unga-i-socialtjansten/placerade-barn-och-unga/familjehem/>
- Socialstyrelsen. (2021b). Nya rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn och brott. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/nya-rekommendationer-for-socialtjanstens-arbete-med-barn-och-brott/>
- Socialstyrelsen. (2022a). *Bilaga - Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2021* [Excel-fil]. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/barn-och-ungdom/>
- Socialstyrelsen. (2022b, september). *Metodguiden i socialt arbete*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/>
- Socialstyrelsen. (2022c). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2021*.

- Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse. A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, *122*, 170–191.
- Strijbosch, E. L. L., Huijs, J. A. M., Stams, G. J. J., Wissink, I. B., van der Helm, G. H. P., de Swart, J. J. W., & van der Veen, Z. (2015). The outcome of institutional youth care compared to non-institutional youth care for children of primary school age and early adolescence. A multi-level meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, *58*, 208–218.
- Strijker, J., Knorth, E. J., & Knot-Dickscheit, J. (2008). Placement history of foster children. A study of placement history and outcomes in long-term family foster care. *Child Welfare League of America*, *87*(5), 107–124.
- Strömbeck, J., Karlsson-Söderström, P., & Engdahl, S. (2021). *Utvärdering av Magelungen Heldag. Uppföljning och utfall efter behandling*. (Forskningsrapport Nr 14; Magelungens rapportserie). Magelungen.
- 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). Magelungen.
- Tanner-Smith, E., Wilson, S., & Lipsey, M. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse. A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *44*, 145–158.
- van der Pol, T. M., Henderson, C. E., Hendriks, V., Shaub, M. P., & Rigter, H. (2018). Multidimensional family therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *62*(6), 1573–1588.
- van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M., Stams, G., Doreleijers, T., Domburgh, L., & Vermeiren, R. (2017). Research review. The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(5), 532–545.
- Vanderfaellie, J., Van Holen, F., Vanschoonlandt, F., Robberechts, M., & Stroobants, T. (2013). Children placed in long-term family foster care. A longitudinal study into the development of problem behavior and associated factors. *Children and Youth Services Review*, *35*(4), 587–593. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.12.012>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Berlin, M. (2014). Placement breakdowns in long-term foster care - a regional Swedish study. Long-term foster care breakdown. *Child & Family Social Work*, *22*(1), 15–25. <https://doi.org/10.1111/cfs.12189>
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Kyhle Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar. Om ungdomar i fosterhem och på institution*. Centrum för utvärdering av socialt arbete.
- Westerberg, V. (2011). *Sammanbrott i samhällsvård. En studie om barns placeringsmönster* (Nr 3; Rapportserien). FoU Västernorrland.



- 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*(3), 187–201. <https://doi.org/10.1007/BF00635618>
- Åström, T., Bergström, M., Håkansson, K., Jonsson, A. K., Munthe, C., Wirtberg, I., Wiss, J., & Sundell, K. (2020). Treatment Foster Care Oregon for delinquent adolescents. A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 30*(4), 355–367. <https://doi.org/10.1177/1049731519890394>

