



Utvärdering av Magelungens behandlingshem

Rapport 16

Mentaliseringsbaserad behandling.

2009–2022

Selma Engdahl
Kristina Vesterlund
Jim Green
Johan Strömbeck

2023

Förord

Behandlingshem har funnits inom Magelungen ändå sedan starten i början av 90-talet. Även Magelungens utvärderingstradition startade med behandlingshem i och med det forskningsprojekt vid Umeå universitet (Behandlingshemsprojektet) som Magelungens behandlingshem var en del av under åren 1992–1997 (Armeliuss m.fl., 2002). Sedan dess har rapporter om utvärderingar av behandlingshemmen skrivits av Mia Hübinette med kollegor (2003), Tomas Lindgren (2006), Ingemar Oldenvi med kollegor (2008b) och Johan Strömbeck med kollegor (2014 och 2017).

Vi vill rikta ett tack till de ungdomar och föräldrar som deltagit i vår utvärdering, till personal på enheterna som samlat in frågeformulär, samt till den referensgrupp som granskat och tyckt till om manuskriptet: Kalle Dahlin, Ingemar Oldenvi och Tommy Damström.

Medverkande författare

Selma Engdahl, psykolog, forskning- och utvärderingsansvarig Magelungen.

Kristina Vesterlund, socionom, grundläggande psykoterapi steg 1, föreståndare/behandlingschef på Magelungens behandlingshem.

Jim Green, leg. psykolog, samtalsterapeut på Tilliten - en samtalsmottagning för barn och unga, tidigare individualterapeut på Magelungens behandlingshem.

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

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 0 |
| Inledning | 1 |
| Hem för vård eller boende | 1 |
| Forskning om ungdomar i social dygnsvård..... | 2 |
| Mentalisering och mentaliseringsbaserad behandling..... | 3 |
| Att mäta mentaliseringsförmåga..... | 5 |
| Effekter av MBT..... | 6 |
| Andra behandlingshem | 6 |
| WeMind | 7 |
| Fyren | 7 |
| Andra behandlingshem i Sverige som arbetar mentaliseringsbaserat | 7 |
| Magelungens behandlingshem | 8 |
| Verksamhetsinnehåll | 10 |
| MBT på Magelungens behandlingshem | 11 |
| Tidigare utvärderingar av Magelungens behandlingshem..... | 13 |
| Syfte och frågeställningar | 14 |
| Metod..... | 15 |
| Deltagare..... | 15 |
| Mätinstrument..... | 16 |
| Strengths and Difficulties Questionnaire | 16 |
| Livets stege | 17 |
| Structural Analysis of Social Behavior..... | 17 |
| Erfarenheter av Nära Relationer. | 17 |
| Toronto Alexithymia Scale..... | 17 |
| IN-BoB, UT-BoB och UPP-BoB..... | 18 |
| Procedur..... | 18 |
| Dataanalys | 19 |
| Resultat..... | 20 |
| Bortfallsanalys | 20 |
| Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp | 21 |
| Självskattningar – ungdomens mående över tid | 23 |
| SDQ-S | 23 |
| SASB..... | 23 |
| Livets stege | 23 |

| | |
|---|-----------|
| Förälders skattning av ungdomens mående över tid | 25 |
| SDQ-F..... | 25 |
| Lärarskattning av ungdomens mående vid behandlingsavslut | 25 |
| Alexitymi och anknytningsstil..... | 27 |
| ENR..... | 27 |
| TAS-20..... | 28 |
| Funktionsnivå och livssituation efter insats..... | 28 |
| Skolgång och sysselsättning | 29 |
| Kontakter efter Magelungen | 29 |
| Nöjdhet | 30 |
| Ungdomarnas upplevelse av Magelungen..... | 30 |
| Magelungens positiva sidor | 31 |
| Personalen | 32 |
| Fysisk och social miljö..... | 32 |
| Aktiviteter | 33 |
| Skola | 33 |
| Magelungens negativa sidor | 34 |
| Personalens bemötande och kompetens..... | 34 |
| Droger och alkohol samt att ha koll på vad ungdomarna gör | 35 |
| Hantering av konflikter mellan ungdomar | 35 |
| Struktur och regler | 36 |
| Diskussion | 37 |
| Aktuellt resultat i relation till MBT | 39 |
| Korta placeringar | 41 |
| Styrkor och svagheter med studien..... | 42 |
| Vidare studier | 43 |
| Praktiska implikationer..... | 44 |
| Slutsats..... | 45 |
| Referenser | 46 |

Sammanfattning

Placering på behandlingshem är en långvarig insats med stor inverkan på unga personers liv. De ungdomar som bor på Magelungens behandlingshem har under lång tid belastats av allvarliga sociala och psykiatriska svårigheter och är i behov av omfattande stöd och specialiserade behandlingsinsatser. Magelungens behandlingshem har funnits sedan 1993. Behandlingsinnehåll och metod har till viss del förändrats över tid och 2014 implementerades nuvarande metod, mentaliseringsbaserad behandling (MBT). I utvärderingen av Magelungens behandlingshem undersökte vi förändring efter behandling. Vi undersökte symptom, självbild, tillfredsställelse med livet, anknytningsmönster samt aspekter av mentaliseringsförmåga före och efter behandling samt vid en uppföljning ett år efter avslutad behandling. Vid uppföljningen frågade vi även efter livssituation och nöjdhet med behandling. Resultatet visade att svårigheterna minskat efter behandling samt vid uppföljning, att ungdomarna besvärades mindre av sina svårigheter, att självbilden var mer positiv, att andelen ungdomar som skattade trygg anknytning ökade samt att andelen ungdomar som skattade sig över klinisk nivå för alexitymi var lägre efter insats. Flertalet var vid avslut i sysselsättning och merparten flyttade till individuellt stödboende eller hem till förälder. Vårdkonsumtionen efter insats var liten och en majoritet var nöjda med Magelungen. På Magelungens behandlingshem framstår mentaliseringsbaserad behandling som ett lovande arbetssätt och metoden lämpar sig väl i en verksamhet där behandling pågår dygnet runt. Framöver vill vi ta reda på mer om implementeringen av MBT; behandlingstrohet och personalens upplevelse av att arbeta med metoden, samt mer om vilka mätinstrument som bäst fångar mentaliseringsförmåga.

Inledning

Placering på behandlingshem sker av många olika anledningar. Det kan innefatta sådant som psykisk ohälsa, normbrytande beteende, missbruk, eller förhållanden runt den unge och i dess familj som utgör en risk för den unges utveckling och hälsa. Behandlingshem är en omfattande insats som innebär en stor påverkan i den unges liv. Behandlingsarbetet är krävande och kompetenskraven höga. Kunskapen om effekter av social dygnsvård är begränsad (Vinnerljung & Andreassen, 2015). Trots kunskap om effektiva metoder och kvalitetskrav formulerade av Socialstyrelsen får många hem för vård eller boende (HVB) kritik i de granskningar som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utför. Bättre uppföljning behövs för att säkerställa god vård.

Magelungens behandlingshem följs kontinuerligt upp (www.magelungen.com). Vi kontrollerar utfall i form av mående, nöjdhet, samt livssituation och funktionsnivå efter avslutad behandling. Resultat från våra utvärderingar är sammanställda år 2003 (Hübinette m.fl.), 2006 (Lindgren), 2008 (Larsson m.fl., 2008a), och 2017 (Strömbeck m.fl.). Sedan 2014 arbetar Magelungens behandlingshem mentaliseringsbaserat.

Hem för vård eller boende

HVB definieras i Socialtjänstförordningen (2001:937) som ”ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende” (3 kap 1 § SoF). Placering på HVB kan ske med stöd av socialtjänstlagen (SoL) eller lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och regleras i Socialtjänstlagen, Socialtjänstförordningen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20).

Av de barn och unga som placerades av socialtjänsten under år 2018 var 34 % placerade på HVB (Socialstyrelsen, 2020). År 2022 placerades 6100 barn och unga på HVB, vilket utgjorde 23 % av samtliga placerade barn och unga. Pojkarna var i majoritet med 58 % medan flickorna utgjorde 42 %. Sedan 1980-talet har institutionsvården ökat markant (Vinnerljung & Andreassen, 2015), men efter 2018 har antalet HVB-placeringar minskat med mer än hälften (Socialstyrelsen, 2023). En stor del av individ- och familjeomsorgens (IFO) budget går dock åt till behandlingshemmen; år 2019 gick ungefär 22 % av den totala kostnaden för IFO, ca 11,3 miljarder, till behandlingshem (Giselsson m.fl., 2021).

HVB är en institution som kan variera med avseende på målgrupp, arbetssätt, storlek, rättsliga ramar och ägarstruktur (Giselsson m.fl., 2021). Bestämmelser om egenkontroll finns formulerade i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (HSLF-FS 2016:55 § 4, s. 2), där egenkontrollen bland annat ska innehålla en analys av mål, arbetssätt och metoder, oplanerade avslut samt om placerade personers erfarenhet av vården har hämtats in och beaktats. Vård på HVB måste dokumenteras i enlighet med 11 kap. § 5 och 6 i SoL och SOSFS 2014:5 (Socialstyrelsen, 2020).

Forskning om ungdomar i social dygnsvård

Det saknas studier om vilka insatser som ges på HVB i Sverige, hur de uppfattas samt vilken effekt de har (Socialstyrelsen, 2020; Vinnerljung & Andreassen, 2015). Det saknas också statistik över hur många avbrott eller sammanbrott som sker (Giselsson m.fl., 2021). Vänder vi oss till den internationella litteraturen finns däremot studier, men dessa behöver sättas i relation till den varierade målgruppen och innehållet i behandlingen.

Forte (Vinnerljung & Andreassen, 2015) konstaterar i sin sammanställning av forskning om den sociala dygnsvården att det finns mycket lite kunskap om effekter av institutionsvård i Norden och om effekter över tid. De påtalar att registerstudier visar att det går sämre i livet inom en rad områden för barn och unga som varit placerade på institution. Den genomsnittliga effekten av dygnsvård är låg. Variationen i utfallet är stor, vilket innebär att behandlingseffekten i en del studier varit god. Dessutom finns en omfattande risk för så kallade negativa smittoeffekter; att negativa beteendemönster lärs in och överförs mellan de boende. En studie visade till exempel att unga som före behandling inte visat upp något kriminellt beteende hade två och en halv gånger så stor risk att arresteras för kriminella handlingar jämfört med unga som i stället varit placerade i familjehem.

Studier om beteendeproblem och antisocialt beteende finns sammanställda i två meta-analyser. Där jämförs institutionsvård med icke institutionsvård, så som funktionell familjeterapi (FFT), multisystemisk terapi (MST) och Treatment Foster Care Oregon (TFCO). I den ena meta-analysen visade TFCO något bättre utfall än institutionsvård (Gutterswijk m.fl., 2020), och i den andra var utfallet av sedvanlig icke-institutionsbaserad vård bättre än sedvanlig institutionsvård, men inte bättre än evidensbaserad institutionsvård (Strijbosch m.fl., 2015).

Lanier med kollegor (2020) sammanställde studier om behandling inom psykiatrisk dygnsvård (*eng.* psychiatric residential treatment facilities) i USA för unga med psykisk ohälsa. I flertalet av de 47 inkluderade studierna var behandlingseffekten övervägande positiv, men det fanns också studier som redovisade osäkra eller blandade resultat och även de som inte visade någon positiv förändring. Översikten hade inte som syfte att svara på frågan om dygnsvård för barn och unga med mental ohälsa generellt är en effektiv insats, eftersom verksamheterna var alltför olika, utan syftade till att öka kunskapen om vilka specifika metoder eller interventioner som är effektiva inom ramen för dygnsvården. Kunskapsläget bedömdes otillräckligt för att besvara denna fråga och författarna efterfrågade mer forskning med fokus på metoder och interventioner inom dygnsvård.

Om kunskapsläget kring specifika metoder är otillräckligt, vad säger forskningen om vilka faktorer som kan öka möjligheterna för ett gynnsamt behandlingsresultat? Att tidigt involvera familjen som en tillgång i behandlingen lyfts som en av de viktigaste faktorerna för att lyckas. För att institutionsvård ska leda till positivt utfall för den unge behöver insatserna vara komplexa och multisystemiska. Fyra dynamiska skyddsfaktorer eller processer som ökar förutsättningarna för ett lyckat behandlingsresultat som också håller över tid har identifierats i

forskning. Dessa är föräldrainvolvering och att ha en fungerande familj, att ha förmåga till självkontroll och självreglering, social kompetens samt att ha en fungerande skolgång (Vinnerljung & Andreassen, 2015). Vård på behandlingshem är således ett mycket komplext uppdrag, där det utöver att använda evidensbaserade metoder eller metoder med väl dokumenterad effekt för behandlingshemmets målgrupp, också handlar om att inrikta behandling på mer än de svårigheter som föranlett en placering, och på det större system som ungdomen ingår i före och efter placering. Ett sätt att arbeta på behandlingshem som involverar flera av dessa dynamiska skyddsfaktorer är mentaliseringsbaserad behandling.

Mentalisering och mentaliseringsbaserad behandling

Mentaliseringsbaserad terapi (MBT) är en evidensbaserad behandlingsmetod som ursprungligen utvecklades för arbete med vuxna med emotionellt instabilt personlighetsyndrom (EIPS, även benämnt borderline personlighetsyndrom; Bateman m.fl., 2014). MBT har därefter också tillämpats på andra patientgrupper varvid anpassade behandlingsmodeller tillkommit, såsom MBT för ungdomar (MBT-A), MBT för barn (MBT-C), MBT för familjer (MBT-F) och MBT för antisocial personlighetsstörning. Med barn och unga används MBT till exempel för att arbeta med affektreglering, impulskontroll och självskadebeteende. Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd eller substansbruk ses inte som ett hinder för behandling (Socialstyrelsen, 2023). MBT finns även anpassad för personer med ätstörningsproblematik, MBT-ED (Robinson m.fl., 2019). MBT för vuxna, både i öppenvård och heldygnsvård, innehåller i vanliga fall en kombination av individuell psykoterapi och gruppterapi, medan MBT för ungdomar i olika behandlingskontexter typiskt också innefattar familjeterapeutiska inslag. I behandlingen ingår vanligtvis även en psykoedukativ modell som används som introduktion till MBT (Bateman m.fl., 2014). Utmaningen att hjälpa ungdomar med multiproblematik, en grupp som är högt riskutsatta, har sämre prognos och sämre tillgång till det stöd och den vård de har behov av, har lett till utvecklingen av Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT). Det är en MBT-baserad multimodal insats för ungdomar med komplex psykisk ohälsa kombinerad med social sårbarhet, utformat som ett teoretiskt och praktiskt ramverk för personer som jobbar med stöd till dessa unga (Bevington m.fl., 2013).

MBT utvecklades under 1990-talet och har sitt teoretiska ursprung i anknytningsteori, psykodynamisk psykoterapi, utvecklingspsykologi och neuropsykologi (Bateman m.fl., 2014; Socialstyrelsen, 2022). Mentalisering, det centrala begreppet i teoribildningen, syftar till en människas förmåga att reflektera kring egna och andras inre tillstånd. Denna förmåga utvecklas från barnets första tid i relation med vuxna som genom spegling och samspel hjälper barnet att förstå och tolka känslor och inre upplevelser. Mentaliseringsförmågan utvecklas under hela barnets uppväxt och präglas i olika faser av tre olika så kallade förmentaliserande lägen (Kéri & Wiwe, 2017). Dessa lägen kännetecknas av konkret tänkande, oförmåga att skilja på inre och yttre (egna och andras) känslor och tankar, respektive av att tanke- och känslolivet är frånkopplade varandra. Barn når en mer stabil förmåga till mentalisering vid ungefär fyra till fem års ålder (Kéri & Wiwe, 2017).

Mentalisering beskrivs i fyra olika dimensioner med två motpoler i varje dimension: internt – externt fokus, automatisk – kontrollerad, kognition – affekt samt själv – andra. När vi har god förmåga att mentalisera rör vi oss flexibelt mellan dessa poler och fastnar inte enbart i ett fokus eller ett sätt att förstå världen eller oss själva (Bateman & Fonagy, 2016). Mentalisering kan också beskrivas som förmågan att se oss själva och andra som intentionella varelser vars beteende styrs av inre mentala tillstånd (Allen m.fl., 2008). Viktigt är att vara medveten om att dessa inre tillstånd inte går att se, utan att vår tolkning av andra alltid som bäst är en kvalificerad gissning av vad som pågår inom en annan människa samt att dessa inre tillstånd kan förändras snabbt (Bateman & Fonagy, 2016).

Såväl vuxna som barn kan förlora mentaliseringsförmågan vid förhöjd stress, ångest eller starka känslor och falla tillbaka i förmentaliserande tillstånd. Vid exempelvis psykiatriska tillstånd såsom emotionell instabilitet är tröskeln sänkt för aktivering av anknytningsystemet och deaktivering av mentaliseringsförmågan (Fonagy & Luyten, 2009). Det innebär en ökad sårbarhet för att tappa förmågan att skilja mellan egna och andras mentala tillstånd, hyperkänslighet för andras mentala tillstånd och en nedsatt förmåga att integrera tankar och känslor. Likaså hamnar personen snabbare i mentaliseringssvikt och det tar längre tid att återfå mentaliseringsförmågan efteråt. Tillstånd som emotionell instabilitet innebär inte en konstant nedsatt förmåga till mentalisering, utan under trygga förhållanden kan mentaliseringsförmågan vara god (Bateman & Fonagy, 2016). En nedsatt mentaliseringsförmåga tros hänga samman med utveckling av ett antal psykiatriska tillstånd, medan en fungerande mentaliseringsförmåga tvärtom kan ses som en skyddsfaktor mot psykisk ohälsa (Fonagy & Luyten, 2009).

Interventioner inom MBT syftar till att stimulera individens mentaliseringsförmåga, att väcka reflektion kring det inre livet hos sig själv och andra och genom detta öka förståelsen för hur en individ tänker och känner kring sig själv och andra och hur detta i sin tur påverkar hans beteende. Behandlingen syftar även till att belysa hur förvrängda uppfattningar om egna och andras mentala tillstånd och intentioner kan leda till destruktiva relationsmönster och handlingar (Bateman m.fl., 2014). Interventioner anpassas till den enskilda individens nivå, både sett till generell förmåga och sinnesstämning vid tillfället för behandlingen. Mer utforskande och utmanande interventioner, som ställer högre krav på reflektion och mentalisering hos klienten är inte effektiva om personen är i ett förhöjt affektläge (Bateman m.fl., 2014). Interventionerna syftar då till att hjälpa individen att återfå mentaliseringsförmågan, genom stöttning, spegling och empati, för att senare kunna utforska situationen närmre (Karterud & Bateman, 2016).

En viktig faktor i detta arbete är den terapeutiska hållningen; behandlaren uppmanas att vara nyfiken, öppensinnad och ”icke-vetande” i sitt sätt att närma sig klientens inre, samt att dela med sig av sina egna inre upplevelser på ett genuint sätt (Bateman m.fl., 2014). Syftet med att dela egna tankar och känslor med klienten kan sägas vara att agera förebild för hur god mentalisering kan se ut (Tromp m.fl., 2021), samt att skapa ett klimat där sådant samspel uppmuntras. Genom detta förhållningssätt stimuleras individens nyfikenhet på egna och andras mentala tillstånd och i ett gemensamt arbete kan beteenden och interpersonella skeenden göras begripliga.

Ett begrepp som blivit alltmer centralt i teoribildningen är epistemisk tillit (*eng.* epistemic trust). För att lära oss av vår omgivning behöver vi känna att de har något att komma med som är viktigt för oss och som vi kan ta med oss till andra sammanhang och relationer. Vi behöver känna att den andra personen är uppriktig och genuin i sin önskan att hjälpa oss. Har vi med oss negativa relationella erfarenheter förväntar vi oss ofta tvärt om att andra inte vill oss väl och tolkar deras kommunikation och intentioner genom ett filter av misstro. För att ett barn ska bygga epistemisk tillit behöver det bli bemött som en autonom tänkande och kännande individ där de egna upplevelserna blir emottagna som värdefulla och viktiga, inte enbart för att barnet ska börja lita till sig själv och sin egen förmåga, utan också för att det ska ha förmåga att lära av sin sociala omgivning (Bateman & Fonagy, 2016).

Att mäta mentaliseringsförmåga

Mentaliseringsförmåga kan mätas genom standardiserade intervjuer eller genom frågeformulär, och kan vara användbart i forskningsstudier, i utvärderingar, i utredningar och vid behandlingsplanering. I en systematisk översikt om evidensläget för MBT av Malda-Castillo med kollegor (2019) listas vilka utfallsmått som använts vid effektstudier. Det har varit vanligt att inkludera mått på aspekter av psykisk hälsa och psykisk ohälsa, till exempel Becks Depression Inventory (BDI) för att mäta depression, eller World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) för att mäta livskvalitet, eller bredare mått på psykisk ohälsa, som Youth Self Report (YSR) och Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Även mått på aspekter av, eller som relaterar till, mentaliseringsförmåga är inkluderade som utfallsmått. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Erfarenheter av Nära Relationer (ENR), Reflective Functioning Questionnaire (RFQ) samt Reflective Functioning Questionnaire for Youth (RFQ-Y) förekommer som utfallsmått i varsin studie i översikten (Malda-Castillo m.fl., 2019). TAS-20 har också använts i en svensk studie av Löf med kollegor (2018).

TAS-20 mäter alexitymi, vilket kan definieras som svårigheter med att identifiera och beskriva sina känslor, att känna igen och förstå andras känslor, samt ett funktionellt eller utilitaristiskt sätt att tänka där fokus ligger på yttre fenomen och händelser snarare än inre tillstånd (Lane m.fl., 2000; Schroeders m.fl., 2022). TAS-20 är framför allt relaterat till mentalisering av egna känslor samt grad av externt fokus i tänkandet, där högre skattade svårigheter att identifiera och beskriva det egna känslolivets samt högre grad av externt tänkande kan sägas fånga upp en lägre nivå av inre och affektivt fokuserad mentalisering (Löf m.fl., 2018). I en dansk studie av MBT för ungdomar med emotionell instabil personlighetsstörning mättes mentaliseringsförmåga med RFQ-Y (Sharp m.fl., 2009), ett självskattningsformulär med 46 frågor som visat goda psykometriska egenskaper (Bo m.fl., 2017).

Enligt mentaliseringsteorin finns det samband mellan anknytningsmönster och mentaliseringsförmåga, där en trygg anknytning anses främja mentaliseringsförmågan (Rydén & Wallroth, 2008). Sambandet mellan anknytningsstil och mentalisering har getts stöd i flera studier både med klinisk och icke-klinisk population (Bateman & Fonagy, 2004; Cortés-García m.fl., 2021; Kuiper & Bekker, 2012). Löf med kollegor (2018) skriver att en otrygg anknytningsstil minskar

en individs förmåga att reflektera över sina egna och andras tankar och känslor. De använde i sin utvärdering av MBT för patienter med EIPS utfallsmått som var relaterade både till mentaliseringsförmåga och till svårigheter vanliga hos målgruppen; TAS-20 och SASB som utfallsmått och ett mått på anknytningsstil (Relationship Questionnaire, RQ) som moderator. ENR är ett annat instrument som mäter anknytningsstil som visat på goda psykometriska egenskaper (Sarling m.fl., 2021).

Effekter av MBT

SBU:s upplysningstjänst (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2021) har svarat på frågan om effekter av MBT och refererar i sitt svar till fyra systematiska översikter. Den första handlade om effekten av MBT bland patienter med emotionellt instabilt personlighetssyndrom. Resultatet visade att MBT var en av de metoder som kunde ha positiv effekt för patientgruppen. Två systematiska översikter sammanställde effekten på unga och vuxna med självskadebeteende och konstaterade en eventuell positiv effekt. Den fjärde och sista översikten handlade om MBT för barn i åldrarna 6–12 år och deras föräldrar. Denna visade på potentiellt gynnsamma utfall för föräldrar och på barnets sociala funktion, men att studiernas kvalitet och undersökningsdesign gjorde slutsatsen osäker.

Evidensen för MBT har också sammanställts i en systematisk översikt av Malda-Castillo med kollegor (2019). Där konstaterades att MBT som behandlingsmetod var lovande. En övervägande del av studierna handlade om behandling vid EIPS. Vad gäller MBT vid behandling av barn och unga fanns ett visst stöd, men det efterlystes fler välkontrollerade studier.

Tromp med kollegor (2021) har utvärderat MBT-A för unga (14–23 år) med svår psykiatrisk problematik och samsjuklighet vid ett psykiatriskt behandlingscenter i Nederländerna. Insatsen som utvärderades bestod av sex månaders dygnet runt behandling följt av sex månaders dagbehandling på centret. Insatsen fortsatte därefter med öppenvårdsbehandling en gång i veckan. Behandlingen innehöll socioterapi (*eng.* sociotherapy), flera former av gruppterapi och familjebehandling (MBT-F). Samtlig personal hade ett mentaliserande förhållningssätt. En positiv förändring påvisades för ungdomarna både i psykiatriska symptom, symptom kopplade till personlighetspatologi, samt allmän och hälsorelaterad livskvalitet. Utöver statistiskt signifikanta skillnader efter behandling, bedömdes flera av förändringarna som kliniskt signifikanta, särskilt gällande internaliserande problematik, såsom depressiva symptom, ångestproblematik, affektiv instabilitet och identitetsproblem. I föräldrarnas skattningar syntes flera av förändringarna tidigare än i de ungas självskattningar, vilket enligt Tromp med kollegor visar på fördelar med en multi-informerad studiedesign för att bättre förstå komplexiteten i psykiatriska svårigheter och behandlingseffektivitet.

Andra behandlingshem

År 2020 fanns det i Sverige 1066 registrerade HVB med plats för 14 013 personer (Giselsson m.fl., 2021). Av dessa är det långt ifrån alla som utvärderar sin verksamhet. Krica skriver på sin hemsida (www.krica.se) att de veckovis utvärderar sin behandling med Outcome Rating

Scale (ORS), men det saknas på hemsidan resultat utifrån detta. Viksjö (www.viksjojogard.se) deltog liksom Magelungen i Behandlingshemsprojektet på 90-talet. Humana (www.humana.se) är en stor aktör med många behandlingshem. De skriver på sin hemsida att de utvärderar med bland annat instrumenten SDQ och Guided Assessment of Intervention Need (GAIN). Två verksamheter som utvärderar sin behandling och tillhandahållit resultat av dessa utvärderingar är WeMind och Fyren.

WeMind. WeMind bedriver tre behandlingshem i Stockholm och utvärderingen av ett av deras behandlingshem, för pojkar 14 till 18 år med social och psykiatrisk problematik, finns rapporterad i WeMinds kvalitetsberättelser och kvalitetsrapporter. Utvärderingen består bland annat av att undersöka utfall i form av mående, delaktighet, samt måluppfyllelse vid avslut och vad ungdomarna går vidare till efter avslutad behandling. För ungdomar som skrevs ut 2016 till 2021 var målen i vårdplanen helt uppfyllda för 41 % och för 24 % till stor del uppfyllda. Efter behandling gick 71 % vidare till mindre resurskrävande insatser, eller inga insatser. Vad gäller skattade depressionssymptom rapporteras att 21 % av utskrivna ungdomar nådde en kliniskt signifikant förbättring. För de ungdomar som vid inskrivning skattade sig på en klinisk nivå för depressionssymptom var andelen som uppvisade en kliniskt signifikant symptomreduktion vid avslut 67 % (WeMind HVB, 2022). Vid avslut hade 57 % av ungdomarna en total svårighetspoäng på 14 eller lägre på SDQ, vilket tolkades som låga nivåer av svårigheter inom delskalornas problemområden, och 77 % hade en belastningspoäng på 0 eller 1. Data för förändring över tid på SDQ redovisas inte (WeMind HVB, 2022).

Fyren. I en utvärdering av HVB-hemmet Fyren i Ljungby kommun (Anderberg, u.å.) jämfördes ungdomarnas situation före respektive efter insats, bland annat avseende boendesituation, försörjning och sysselsättning och avseende förändring av psykiska problem. Gällande det sistnämnda så var efter behandling 53 % förbättrade, 40 % oförändrade och 8 % försämrade. De områden där störst andel förändrades till det bättre handlade om boende, försörjning, fritid, sysselsättning, relationer till närstående och psykisk hälsa. Studien var delvis retroaktiv och avsåg ärenden som skrivits ut från verksamheten under en åttaårsperiod. Uppgifter avseende ungdomens situation och mående innan insats samlades således in i efterhand och motsvarande uppgifter efter insats utgjordes av en beskrivning av ungdomens nuläge vid studiens genomförande, vilket var upp till 9 år efter utskrivning från Fyren. Utifrån informationen gjorde personal subjektiva bedömningar av de förändringar som skett för ungdomen sedan inskrivning i verksamheten.

Andra behandlingshem i Sverige som arbetar mentaliseringsbaserat

En sökning i november 2023 på HVB-guiden, som är den största söktjänsten för HVB-hem i Sverige, gav av 699 träffar på HVB-hem för barn och unga (0–25 år) endast två träffar på HVB-hem med sökord MBT och sex träffar på HVB-hem med sökord mentalisering. Ett av dessa är Magelungens behandlingshem. Av övriga sju behandlingshem så uppger endast ett av dessa på sin hemsida att deras behandling innehåller någon form av mentaliseringsbaserat arbetssätt; en psykologledd grupp som syftar till att stärka ungdomarnas mentaliseringsförmåga.

Genom en sökning via Google med sökord HVB, behandlingshem samt MBT och olika formuleringar av mentalisering och mentaliseringsbaserat arbete identifierade vi ett annat behandlingshem för ungdomar som uppger att de arbetar mentaliseringsbaserat. Risingegården (www.risingegarden.se), ett behandlingshem för flickor 12–18 år, skriver på sin hemsida att de använder mentaliseringsbaserad miljöterapi och även erbjuder MBT-samtal individuellt samt MBT-grupp. Verksamheten arbetar även med andra behandlingsmetoder och förhållningssätt såsom dialektisk beteendeterapi (DBT), motiverande samtal (MI), lågaffektivt bemötande (LAB), traumamedveten omsorg (TMO) och Vägledande samspel (ICDP). Risingegården skriver att alla deras personalgrupper har handledning i mentaliseringsbaserat miljöterapiarbete och att ambitionen är att all behandlingspersonal ska få utbildning i MBT.

Utöver detta kunde vi identifiera ytterligare en handfull behandlingshem för barn och ungdomar som i beskrivningen av sina verksamheter nämner ”mentalisering” som en av de metoder de erbjuder: Gotländska HVB, Västerbo Social Omsorg som driver fyra HVB-hem samt Kubbonge HVB. Den sistnämnda anger inte MBT eller mentaliseringsbaserat arbete som metod men beskriver att syftet med behandlingen hos dem är att stärka ungdomens mentaliseringsförmåga och genom detta påverka och minska ungdomens svårigheter. Inget av ovanstående behandlingshem redovisar på sin hemsida uppföljning av utfall i verksamheterna.

Magelungens behandlingshem

Magelungen HVB Söder är ett HVB i Stockholm med elva platser, målgruppen är ungdomar 13–20 år med psykosocial problematik. Exempel på diagnoser och svårigheter är PTSD, depression, EIPS, social fobi, dissociativa tillstånd, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som leder till större svårigheter i vardagen, självskadebeteende, självmordsförsök och allvarliga självmordstankar, svår ångestproblematik samt olika riskbeteenden. Många av de ungdomar som placeras har haft låg eller ingen skolnärvaro över tid. Behandlingshemmet tar inte emot ungdomar med missbruksproblematik eller kriminalitet. Om en ungdom druckit alkohol eller tagit droger och i övrigt tillhör vår målgrupp kan ett samarbete upprättas med Maria Ungdom/Mini Maria runt individen. Detta görs om socialtjänst, berörd ungdom, Maria Ungdom och Magelungen tror det är en framkomlig väg. Att vara drog- eller alkoholpåverkad i verksamheten kan leda till att placeringen avbryts.

Samtliga ungdomar placeras genom socialtjänsten som bedömt att ungdomen inte ska bo kvar i sin hemmiljö, inte kan tillgodogöra sig behandling i öppenvård och att placering i familjehem inte är tillräckligt utifrån ungdomens behov. Många av de ungdomar som placeras på Magelungen HVB har tidigare varit placerade i familjehem eller på annat HVB. De flesta är placerade enligt SoL men behandlingshemmet tar också emot ungdomar som placeras enligt LVU. Beslutet om LVU kan vara utifrån ungdomens eget beteende och/eller hemmiljö.

Magelungen HVB är alltid bemannat med minst två personal, dagtid vardagar 4-6 personal. All personal är anställda som miljöterapeuter och har förutom det en specifik behandlingsuppgift som individualterapeut, familjebehandlare eller samordnare i behandlingsteam runt ungdom. Därtill finns behandlingspersonal som enbart arbetar kvällar/nätter och helger. All personal oavsett specifik yrkesroll har ett arbetsschema där kvällar, nätter och sovande jour ingår. Undantag är föreståndare/chef och biträdande föreståndare som arbetar dagtid samtliga

vardagar. Att samtliga behandlare arbetar på dygnetrunt-schema bygger på idén att väva ihop de olika behandlingsinslagen. Två personal finns på plats för sovande jour alla nätter. Jourrummen är strategiskt belägna så att personal kan höra ljud från de allmänna utrymmena nattetid så att ungdomar lätt kan påkalla uppmärksamhet. All personal deltar i behandlingshemmets veckovisa konferens, ett forum för samordning av behandlingsinsatser runt enskilda ungdomar utifrån aktuellt läge och målsättning samt för övergripande behandlingsfrågor. Personalen är utbildade socionomer, beteendevetare, psykologer och socialpedagoger. För samtalsterapeuter i verksamheten är kravet grundläggande utbildning i psykoterapi, motsvarande Steg 1. För personal som enbart arbetar kvällar, nätter och helger krävs inte högskoleexamen men annan adekvat eftergymnasial utbildning.

Magelungen HVB har funnits i privat ägo sedan 1993, innan dess drevs behandlingshemmet av Landstingets omsorgsnämnd. Magelungen HVB är en verksamhet inom Magelungen Utveckling AB, ett medarbetarägt aktiebolag. År 2001 övertog Magelungen ytterligare ett HVB och under 20 år drev Magelungen två behandlingshem, Magelungen HVB Farsta och Magelungen HVB Södermalm, med samma målgrupp och behandlingsinnehåll. Farsta hade tolv platser och Södermalm hade elva platser plus två utslussningslägenheter i anslutning till behandlingshemmet. 2019 flyttade HVB Södermalm till Svedmyra och bytte då namn till Magelungen HVB Söder. På grund av låg efterfrågan slogs de två behandlingshemmen ihop 2021 i HVB Söders lokaler i Svedmyra.

Redan från start, 1993, organiserades behandlingsarbetet utifrån att tre delar erbjöds till alla ungdomar: miljöterapi, individualterapi och familjebehandling, utöver boende och skola. Personalen organiserades utifrån detta med skilda arbetsuppgifter och olika utbildning, där de olika delarna i samverkan med varandra utgjorde en multisystemisk och multimodal behandlingsmiljö. Fram till 2012 var den strukturerade miljöterapi på dagtid en stor del av det miljöterapeutiska innehållet. Den strukturerade miljöterapi bestod av fasta aktiviteter som hade en bestämd form med noggrann planering och uppföljning.

Att stötta ungdomarna till en fungerande skolgång har alltid varit en del av Magelungens behandlingsmodell. När Magelungen tog över behandlingshemmet på Södermalm fanns där redan en integrerad skola. Ungdomarna gick då i skola 2–3 dagar per vecka. Även ungdomarna på HVB Farsta hade tillgång till skola inom Magelungen, som bedrivit skola i olika former sedan 1995. Då forskning tydligt visade på skolframgång som en viktig skyddsfaktor i livet och att skolmisslyckanden i form av ofullständiga eller låga betyg i grundskolan innebär en överrisk för negativ psykosocial utveckling för placerade barn och unga (Socialstyrelsen, 2010) beslutades det 2012 att den huvudsakliga aktiviteten dagtid skulle vara skola. För ungdomar som gått ut grundskolan kunde praktikplats vara en alternativ sysselsättning. Behandlingshemmen hade då tillgång till varsin skolenhet, där endast ungdomar från behandlingshemmen gick, i anslutning till eller nära boendet. Det byggde på ett tätt samarbete mellan behandlingshem och skola, där behandlingspersonal (samordnare) ingick som en del av personalgruppen i skolverksamheten och på så sätt kunde följa ungdomarna och ge behandlingsstöd genom hela dagen. Undervisningen var individanpassad och ungdomarna läste de ämnen de hade behov av i den omfattning de hade förmåga till. Utifrån fortsatt utvecklingsarbete för ökat skolfokus flyttades HVB:s skola 2019 till Magelungens resursskola i Älvsjö, bland annat för att eleverna skulle ha tillgång till samtliga ämnen. Samordnare från behandlingshemmen följde med eleverna även dit. 2020 avvecklades behandlingshemmens skolenhet på grund av svårighet att

organisera skolan utifrån ett litet elevunderlag. Eleverna ingick därefter i Magelungens Heldag och resursskola. Därefter har ungdomarna utifrån behov erbjudits plats i Magelungens resursskolor, på grund- eller gymnasienivå alternativt bibehållit sin pågående skolplacering utanför Magelungen.

Verksamhetsinnehåll

Verksamhetens strävan är att behandlingshemmet ska utgöra ett sammanhang som ger möjlighet för ungdomen att känna sig trygg och som främjar utveckling. I verksamheten finns en gemensam struktur och behandlarnas uppgift är att inom den strukturen möta upp individen i de behov den har och med vetskap om den målsättning som finns.

Innan en ungdom tas emot på Magelungen HVB sker en ärendepresentation av handläggare på socialtjänsten. Bakgrund och nuvarande livssituation beskrivs, fokus ligger på behov, styrkor och svårigheter i nuläget. Socialtjänsten och Magelungen HVB gör en gemensam bedömning om verksamheten passar för ungdomens behov av omvårdnad och behandling. Om socialtjänst och Magelungen är överens om att ungdomen ska erbjudas plats, bjuder Magelungen in till studiebesök för att berätta om verksamheten och visa lokalerna. Därefter får ungdom och vårdnadshavare fatta beslut och meddela socialtjänsten.

Varje enskild ungdom har en vårdplan från socialtjänsten med formulerade mål och en genomförandeplan som upprättas på HVB. I genomförandeplanen specificeras hur arbetet för att uppnå behandlingsmålen ska utföras. Vårdplan och genomförandeplan följs upp, i möte med ungdom, vårdnadshavare, behandlingsteam och uppdragsgivare, och utvärderas kontinuerligt under placeringstiden. Initialt hålls ett målformulerande möte, ett så kallat samuppdrag. Under mötet får samtliga inblandade, ungdom, vårdnadshavare och socialtjänst, berätta vad den önskar att tiden på Magelungen HVB ska leda till, var önskar de att ungdomen befinner sig, vad gäller boende, mående, sociala relationer och sysselsättning, när placeringen avslutas. Detta möte är främst en terapeutisk intervention

Varje ungdom får när den placeras ett behandlingsteam bestående av samordnare, individualterapeut och familjebehandlare. Behandlingsteamet utgör en viktig grund för arbetet runt den enskilda ungdomen vad gäller planering på sikt och i vardagen, kontakt med vårdnadshavare och övrigt nätverk, skola, andra vårdgivare och i uppföljning med socialtjänst. Verksamheten utgår ifrån att ungdomen har skola eller annan daglig sysselsättning och det är behandlingspersonalens uppgift att stödja ungdomen i att ta sig till och från skolan och ge stöd i skolarbetet i övrigt.

Miljöterapi är grunden för verksamheten, såväl i strukturerade aktiviteter som i den gemensamma tillvaron i huset. Det miljöterapeutiska arbetet präglas av ett mentaliseringsbaserat förhållningssätt. Varje ungdom ska uppmärksammas med respekt och förståelse för sina behov och svårigheter. Behandlingshemmets uppgift är att skapa en miljö där det finns utrymme att göra saker tillsammans och att prata enskilt eller i grupp. Verksamheten lägger stor vikt vid att ungdomarna får social träning genom att göra aktiviteter och umgås med de andra ungdomar i huset. Eftersom många av de placerade ungdomarna har bristande skolgång har de också gått

miste om det sociala sammanhanget med andra jämnåriga. Miljöterapi ger också möjlighet att med stöd av personal öva på praktiska livsfärdigheter inför ett framtida mer självständigt liv.

Verksamheten har ett flertal forum för behandling i grupp för att stärka ungdomarnas känsla av sammanhang och trygghet med personal och övriga ungdomar. Syftet är även att stärka ungdomarnas delaktighet och självbestämmande över verksamheten och sin behandling. Vismöten äger rum en gång i veckan och syftar till att skapa en vi-känsla i verksamheten. All personal och alla ungdomar samlas för att samtala om en fråga. Samtalet syftar till att stimulera mentaliseringsförmågan och ska locka till ett utforskande av egna och andras tankar och upplevelser. Husmöte en gång i veckan har fokus på frågor av mer praktisk karaktär. Mötet hålls av föreståndaren och innehåller information från personal samt är ett forum där ungdomarna kan ta upp åsikter, idéer, klagomål och önskemål

Utifrån de placerade ungdomarnas ålder och de svårigheter många av dem har strävar verksamheten efter så tydlig struktur och förutsägbarhet som möjligt. Rutiner finns kring innetider i huset och när ungdomarna ska vara på sina rum för natten. Dock är förhållningssättet och bemötandet av respektive ungdom individuellt anpassat efter deras behov av stöd. Verksamheten som helhet är en öppen och fri verksamhet som bygger på ungdomens egen motivation och på samråd med uppdragsgivare och föräldrar kring i vilken grad ungdomen också uppmuntras verka utanför verksamhetens lokaler genom kamratrelationer, aktiviteter och kontakt med anhöriga. HVB Söder har få men tydliga regler och förhållningssätt i verksamheten. Dessa gäller alkohol, droger, våld och hot.

Behandlingshem utgör en speciell behandlingskontext så till vida att många av ungdomarna som placeras inte själv valt att bo på behandlingshem och att ta emot den behandling som erbjuds. De kan ha möjlighet att tacka nej till en specifik placering, men kanske inte att helt tacka nej till insats. Det kan handla om att ungdomen står utan andra alternativ. Det gör att motivationen till att delta i de olika behandlingsdelarna varierar och att mycket behandlingsarbete behöver ske utanför strukturerade grupper och samtal för att komma alla ungdomar till del. All tillvaro på behandlingshemmet är lika viktig för att öva och befästa den utveckling och det lärande som sker. Det är också i arbetet som sker dygnet runt som relationer byggs och prövas, och ungdomen kan uppleva sig sedd och bekräftad i alla sina aspekter. Att använda en metod och ett förhållningssätt som genomsyrar samtliga inslag i verksamheten och som bärs av all personal ökar sannolikheten att samtliga ungdomar, oavsett vilka forum de förmår delta i, tar del av det som främjar deras utveckling.

MBT på Magelungens behandlingshem

Magelungens behandlingshem arbetar sedan 2014 med en anpassad modell av MBT som grund för behandlingsarbetet. Beslutet att implementera en mentaliseringsbaserad behandlingsmetod på Magelungen HVB fattades av chefer för de två HVB som då fanns inom Magelungen. Det fanns behov av en genomgripande metod och MBT bedömdes passa Magelungens behandlingshems målgrupp och ligga nära de metoder och det förhållningssätt behandlingshemmen hade sedan tidigare. Arbetssättet är utformat efter generella principer i MBT som återkommer i flera MBT-program. Anpassning av behandlingsmetoden samt implementering skedde med stöd och vägledning av två erfarna kliniker, utbildare och handledare inom mentaliseringsbaserad behandling och mentaliseringsbaserad miljöterapi knutna till Institutet för mentalisering i Oslo,

som utbildar inom olika former av MBT. Efter implementeringen har verksamheten fortlöpande tillsett att all personal utbildas i MBT. Anställda har utbildats i mentaliseringsbaserad miljöterapi, individualterapi och familjeterapi, företrädesvis genom Institutet för mentalisering i Oslo men även Anna Freud Center i London och genom Magelungen Akademi utbildningar samt genom gemensamma utbildningsdagar för samtlig personal.

Hela arbetsgruppen har sedan införandet av metoden haft regelbunden MBT-handledning. Utöver detta har individualterapeuter, familjehandlare och samordnare haft skilda handledningsgrupper för mentaliseringsbaserat behandlingsarbete utifrån de specifika rollerna. Detta har varierats med perioder av teamhandledning där varje team handleds kring de ungdomar de arbetar med. Behandlingsteamet är centralt i organiseringen av mentaliseringsbaserat arbete. Teamet behöver utrymme att reflektera tillsammans och ta vara på de perspektiv och upplevelser som teamet tillsammans bär, för att bättre förstå ungdomen och dennes svårigheter och utifrån detta bemöta ungdomen på sätt som främjar utveckling. Mentalisering ses inte främst som en förmåga behandlingen utvecklar och stärker hos ungdomarna genom personalens förhållningssätt, utan ett klimat som genomsyrar hela verksamheten. Strävan är att ett mentaliseringsfrämjande klimat ska finnas även personal emellan, såväl tillsammans med ungdomar som i forum där inga ungdomar deltar. Möten i verksamheten är utformade på ett sådant sätt att de uppmanar till öppenhet kring tankar och känslor, för att säkerställa att mentalisering främjas i alla delar av behandlingsarbetet. Personalens mentaliseringsförmåga utsätts också för påfrestningar i behandlingsarbetet och påverkas av de relationella processer som ständigt pågår, och personal kan då agera eller ta beslut utifrån bristande mentalisering, till exempel vid rädsla eller obehag. Därför blir personalens förmåga att få syn på sin egen mentaliseringssvikt, förmåga att snabbt återfå mentaliseringsförmågan samt att i efterhand ta ansvar och reparera viktiga förutsättningar för en gynnsam behandlingsmiljö.

I behandlingen ingår individualterapi, gruppterapi/psykoedukativ grupp, familjehandling och miljöterapi. Individualterapi erbjuds på en fast tid en till två gånger i veckan för varje ungdom, utifrån behov och önskemål. I individualterapiarbetet ges möjlighet att tillsammans belysa och undersöka händelser på boendet under den gångna veckan, eller andra händelser som är angelägna för ungdomen. Vidare är det individualterapeutiska arbetet fokuserat på tankar och känslor som uppstår inom ramen för den terapeutiska relationen och terapeuten uppmanar till nyfikenhet på de relationella fenomen som kan förekomma där. Därav är det viktigt att terapeuten delar med sig av egna tankar och känslor som uppstår i terapirelationen. Individualterapi kan modifieras utifrån vad ungdomen förmår och vill, om ungdomen finner det alltför svårt att sitta i ett rum och samtala kan annan form erbjudas som exempelvis promenad.

Gruppterapi eller psykoedukativ grupp, det som på Magelungen Söder HVB kallas för MBT-grupp, äger rum en gång i veckan och leds av två behandlare. MBT-gruppen kretsar kring olika teman som syftar till att stimulera mentalisering hos ungdomarna och har ett utforskande arbetssätt. Temana har psykoedukativa inslag och kan exempelvis beröra vänskapsrelationer, olika känslor eller hur man hanterar ångest. Dessa teman formuleras ofta som en frågeställning att arbeta med. Gruppen ger tillfälle att fundera kring angelägna frågor och möjlighet att få ta del av andras perspektiv.

Familjebehandlingen syftar till att utforska och stärka ungdomens kontakt med familjenätverket. Detta genom samtal där ungdom, anhörig och familjeterapeut arbetar tillsammans för att förbättra kommunikation och höja eller återfå mentalisering i relationen. I de fall där det inte är möjligt att arbeta på det sättet ges i stället separata samtal med ungdom respektive familj, men med samma målsättning. Samtalen kan också ske med annan person i nätverket som är viktig för ungdomen. Familjebehandling erbjuds en gång i veckan eller varannan vecka. Kontakt med vårdnadshavare och andra för den unge betydelsefulla personer i nätverket ses som mycket viktig och uppmuntras och arbetas för även utanför familjeterapin.

Det miljöterapeutiska arbetet på behandlingshemmet utgörs av alla de små och stora möten som sker i det dagliga boendet och i behandlingsarbetet. Det kan exempelvis röra en konflikt, ett missförstånd eller ett utforskande samtal över middagsbordet. Det är ett ständigt pågående relationellt arbete mellan varje enskild personal och ungdom, där personalen i fråga tar ansvar för att arbetet blir konstruktivt, till exempel genom att reparera konflikter och att i efterhand hjälpa ungdomen att begripliggöra vad som skett i laddade situationer. Behandlingen anpassas alltid efter den enskilda ungdomens behov och förutsättningar och kan därför se olika ut. Tillsammans skapar delarna en dynamisk behandling och trygg miljö för ungdomen att växa i.

Tidigare utvärderingar av Magelungens behandlingshem

Magelungens behandlingshem har utvärderats under lång tid och dess resultat har framställts i flertalet rapporter med övervägande positiva resultat (Armelius m.fl., 2002; Hübinette m.fl., 2003; Larsson m.fl., 2008a; Lindgren, 2006; Strömbeck m.fl., 2017). Utöver detta finns en rapport om behandlingsarbetets organisation och omorganisation (Hübinette, 1992) och en där målgruppen på såväl behandlingshemmet som andra verksamheter inom Magelungen beskrivits (Strömbeck m.fl., 2014). I ett forskningsprojekt från Umeå universitet (Armelius m.fl., 2002) följdes såväl personal som ungdomar upp. Resultatet visade på en blandad bild, där en del ungdomar förbättrades utifrån vissa mått och aspekter (t ex den allmänna funktionsnivån) men inte andra. Personalen var dock överens om att ungdomarna förbättrats. Ungdomar med psykosproblematik förbättrades mer än ungdomar utan psykosjukdom.

I sammanställningen från 2008 (Larsson m.fl., 2008a, 2008b), där självskattningsformulär kompletterades med intervjuer och med frågor om livssituation efter behandling, deltog 17 ungdomar från båda behandlingshemmen, på Södermalm och i Farsta. Resultatet visade på en symptombelastad grupp vid behandlingsstart som förbättrats efter behandling. De bodde vid uppföljningen utanför institutioner, försörjde sig på egen hand, och studerade eller arbetade.

I den senaste sammanställningen från 2017, som delvis bygger på samma data som i föreliggande rapport, var utfallet positivt, med minskade svårigheter som ungdomarna också besvärades mindre av, högre tillfredsställelse med livet samt en mer positiv självbild, med högre nivåer av bland annat självacceptans och att tycka om sig själv samt mindre självhat och självanklagan (Strömbeck m.fl., 2017). Mindre positiva utfall har också förekommit. Den positiva förändringen har inte gällt alla (Larsson m.fl., 2008a; Strömbeck m.fl., 2017), och missnöje har också uttryckts. Däribland missnöje med behandlingen i stort, med behandlings-

personal och bli lyssnad på. Dessa röster är dock i minoritet, och den övervägande majoriteten har i stället varit positiva.

Sammanfattningsvis finns flertalet uppföljningar av Magelungens behandlingshem, där resultaten varit övervägande positiva, fastän behandlingsutfallen har varierat. En styrka i undersökningarna är att utfallsvariablerna varit flera. Förändring efter behandling har inte enbart beskrivits utifrån symptomförändringar och självskattad tillfredsställelse med livet, utan också utifrån djupintervjuer samt utifrån faktisk livssituation och funktionsnivå. En återkommande brist i tidigare underökningar har varit det stora bortfallet.

Placering på behandlingshem är en omfattande insats med betydande påverkan på barn och unga som befinner sig i en utsatt situation. På Magelungens behandlingshem är målgruppen psykiatriskt belastade med stora relationella och psykosociala svårigheter. Av denna anledning är kvalitetssäkring och systematisk uppföljning avgörande för att försäkra sig om att insatsen gör nytta och att den inte är till skada.

SBU har identifierat kunskapsluckor gällande effekter av behandling (SBU, 2023). Effekter av behandling är också ett prioriterat område för forskning inom socialtjänsten (SBU, 2019). Såväl kunskapen om effekter av behandling på behandlingshem (Giselsson m.fl., 2021; Socialstyrelsen, 2020; Vinnerljung & Andreassen, 2015) som evidensen för mentaliseringsbaserad behandling är begränsad (Malda-Castillo m.fl., 2019). Alltför lite resurser sätts till utvärderingsansvariga på behandlingshem (Giselsson m.fl., 2021). Magelungens ständigt pågående systematiska utvärderingar sammanställs med jämna mellanrum (senast Strömbeck m.fl., 2017). I föreliggande rapport med data insamlade sedan 2009 med svar från ungdomar och föräldrar, insamlade före och efter behandling samt vid ett uppföljningstillfälle, och som denna gång förutom mående och livssituation även avsåg fånga upp aspekter av eller faktorer relaterade till mentaliseringsförmåga.

Syfte och frågeställningar

Studien syftade till att utvärdera Magelungens HVB, med fokus på utfall, livssituation och nöjdhet, utifrån följande frågeställningar:

- 1) Hur ser måendet ut vid insatsens inledning?
- 2) Sker några måendeförändringar efter behandling på HVB?
- 3) Förändras ungdomarnas mentaliseringsförmåga över tid utifrån förändring i självskattad anknytningsstil och drag av alexitymi?
- 4) Hur ser funktionsnivån och livssituationen ut efter insatsens avslut?
- 5) Är ungdomarna nöjda med insatsen?

Metod

Undersökningen var huvudsakligen designad på samma sätt som i Forskningsrapport 14 (utvärdering av Magelungen Heldag), med samma respondenter, samma mättillfällen, samt ett par mätinstrument som är desamma, men där två ytterligare mätinstrument har lagts till i utvärderingen av Magelungens HVB som syftar till att fånga aspekter av eller faktorer relaterade till mentaliseringsförmåga.

Deltagare

I studien inkluderades boende på Magelungens HVB Farsta, HVB Södermalm och sedermera HVB Söder, under åren 2009–2022. Deltagare i studien var 144 ungdomar (102 flickor, 41 pojkar och en ungdom med annan könstillhörighet) i åldrarna 13–18 år ($M = 15,7$, $SD = 1,2$) och 95 vårdnadshavare. I sju ärenden rapporterades annan än biologisk förälder ha deltagit, där fem var familjehemsföräldrar och två var far- eller morförälder. Lärarskattningen av SDQ (SDQ-L) skattades av behandlingspersonal på behandlingshemmet. Genomsnittlig behandlingstid var 14,7 månader ($SD = 10,4$). Längsta behandlingstiden varade 47 månader.

Uppgift om eventuell psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos har samlats in vid behandlingsstart sedan 2017 och uppgift om diagnos fanns i 54 av 58 ärenden. Nästan tre fjärdedelar av dessa ungdomar hade minst en psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos och knappt hälften av ungdomarna hade två eller fler diagnoser. Vanligaste diagnosen var ADHD (31 ungdomar), följt av diagnos inom autismspektrum (18 ungdomar), depression och trotsyndrom (5 ungdomar vardera). Övriga diagnoser som förekom i ungdomsgruppen var språkstörning, aktivitets- och uppmärksamhetsstörning, lindrig intellektuell funktionsnedsättning, social fobi, ångestsyndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), EIPS, bipolär sjukdom, tvångssyndrom, dissociativt syndrom samt psykos.

Placeringsorsak började samlas in 2017 och beskrevs av behandlare i ungdomens team vid behandlingsstart. Av 58 ärenden fanns uppgift i 52 av dessa om orsak till placering. Ofta angavs en kombination av anledningar. Det som förekom oftast, i knappt två av tre ärenden, var orsaker kopplade till familj och hemsituation. En majoritet av dessa rörde konflikter eller bråk i familjen. Andra beskrev bristande eller otillräcklig föräldraförmåga, omsorgssvikt, svårigheter kring att upprätthålla vardagsrutiner i hemmet för ungdomen samt andra faktorer i hemmiljön som gjorde en placering aktuell, såsom förälders missbruk. I drygt hälften av ärendena angavs skolproblematik såsom bristande eller ej fungerande skolgång, hög skolfrånvaro, hemmasittarproblematik eller bristande stöd och rutiner kring skolgång som anledning till placering. Näst därefter, i drygt 40 procent av ärendena, angavs olika former av psykisk ohälsa som anledning till placering. Ofta förekommande var ångestproblematik, självskadebeteende, suicidtankar eller historik av tidigare suicidförsök. Även depression, tvång och ospecificerad psykisk ohälsa förekom i beskrivningarna. I flera fall beskrevs den psykiska ohälsan som långvarig. I knappt 40 procent angavs olika former av normbrytande beteende som orsak till placering. I dessa ärenden var bristande impuls kontroll, utåtagerande beteende, aggressionsutbrott, hotfullt eller våldsamt beteende vanligast, följt av oro för eller bruk av alkohol eller droger. Något färre

beskrev att ungdomen hade begått kriminella handlingar eller beskrev andra riskbeteenden samt oro för att ungdomen befann sig i riskmiljöer. I knappt en tredjedel av ärendena angavs tidigare placering som orsak, antingen till följd av att tidigare eller pågående placering i familjehem bedömts som otillräcklig för den unges behov alternativt att familjehemsplacering eller tidigare HVB-placering inte fungerat eller avslutats i sammanbrott. I ett par ärenden beskrevs placering på Magelungen HVB som nästa steg i form av en öppnare placering för ungdomar som kom från placering på SiS-hem (Statens institutionsstyrelse). Övriga anledningar som nämndes var konflikter i andra sammanhang än i familjen, såsom i skola, med kompisar eller med andra vuxna eller behov av att träna på socialt samspel, bristfällig kontakt med hälso- och sjukvård samt att öva självständighet inför eget boende.

Mätinstrument

Magelungen har en grundläggande idé om att utvärdera samtliga behandlingsinsatser utifrån samma struktur, såsom respondenter och mättillfällen. Tidigare har det också funnits en tanke om att använda samma mätinstrument. Valet föll på SDQ, SASB och Livets steg. Med tiden har detta korrigerats och anpassats utefter målgrupp och huvudsakligt syfte med insatsen. På Magelungens behandlingshem utökades utvärderingsbatteriet med formulären ENR och TAS-20 i samband med att Magelungens HVB började arbeta mentaliseringsbaserat.

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 fem delskalor om vardera fem 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.uppdragpsyiskhalsa.se). Intern konsistens (Cronbach's alfa) varierade för självskattningen vid T1 från 0,60 till 0,84¹ och för föräldraskattningen vid T1 från 0,63 till 0,82². För 12 av de 14 analyserna klassades alfanivån som tillräckligt hög (d.v.s. över 0,70; Kline, 2009).

¹ SDQ Ungdom: Emotionella symptom = 0,73; Beteendeproblem = 0,70; Hyperaktivitetsproblem = 0,74; Kamratproblem = 0,60; Prosocialt beteende = 0,77; Totala svårigheter = 0,78, Impact Factor = 0,84.

² SDQ Förälder: Emotionella symptom = 0,73; Beteendeproblem = 0,77; Hyperaktivitetsproblem = 0,76; Kamratproblem = 0,63; Prosocialt beteende = 0,79; Totala svårigheter = 0,78, Impact Factor = 0,82.

Livets stege. Livets stege (eng. Ladder of Life) härstammar från Cantrils Self-anchoring Striving Scale (Cantril, 1965). Det är ett kort instrument bestående av tre frågor som avser att mäta generell tillfredsställelse med livet, optimism och framtidstro. Frågorna handlar om hur en uppfattar sitt liv just nu, för ett år sedan, och hur en tror att det kommer bli om ett år. Skalan är 1–10, där tio står för bästa tänkbara liv och ett är sämsta tänkbara liv (Andrews & Withey, 1974; Wiklund m.fl., 1992). Ungdomarna besvarade frågorna om sig själva.

Structural Analysis of Social Behavior. Structural Analysis of Social Behavior (SASB) mäter självbild och är baserat på interpersonell teori. Självskattningsversionen SASB Interex frågeformulär (SASB Self-image third surface) användes, bestående av 36 påståenden, där vissa är positivt och andra negativt formulerade. Instrumentet byggs upp av två dimensioner: positiv - negativ och kontroll - autonomi som i sin tur delas upp i åtta kluster: Spontanitet, Accepterar sig själv, Tycker om sig själv, Tar hand om sig själv, Kontrollerar sig själv, Anklagar sig själv, Hatar sig själv och Försummar sig själv. Klustervärden kan variera mellan 0–100 (Benjamin, 1974, 1996). Fram till 2015 användes översättningen från 1988 (Armelius & Benjamin, 1988) och därefter användes Version 2.0 (Armelius & Birgegård, 2009). Ungdomarna besvarade denna om sig själva. Den interna konsistensen (Cronbach's alfa) varierade vid T1 från 0,47 (Spontanitet) till 0,87 (Hatar sig själv). Alfa var för sju av åtta kluster tillräckligt höga³.

Erfarenheter av Nära Relationer. Erfarenheter av nära relationer (ENR) är ett självskattningsformulär som mäter anknytningsstil i nära relationer utifrån två dimensioner: undvikande och ängslighet/ångest. Det utvecklades av Brennan med kollegor (1998), översattes till svenska av Broberg och Granqvist (2003) och modifierades av Broberg och Zahr (2003). Formuläret består av 36 påståenden som skattas på en sjugradig skala där 1 betyder 'Instämmer inte alls', 4 är 'Neutral/blandad' och 7 är lika med 'Instämmer helt'. Respondenten ombeds tänka på den person som står en närmast och kryssar för ifall denna är en person som en är i ett fast förhållande med, en förälder, ett syskon, en vän, eller någon annan som står en nära. Svaren summeras upp till två skalor, anknytningsrelaterat Undvikande och anknytningsrelaterad Ångest och kan anta värden mellan 1 och 7 (medelpoäng). Utifrån de två skalorna, eller dimensionerna, bildas olika anknytningsmönster: trygg, upptagen, avfärdande samt rädslofylld. Cronbach's alfa var vid T1 0,92 för Ångest och 0,91 för Undvikande.

Toronto Alexithymia Scale. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) utvecklades av Bagby med kollegor (1994) och översattes till svenska av Simonsson-Sarnecki med kollegor (2000). Formuläret mäter drag av alexitymi och består av 20 påståenden som besvaras på en skala från ett till fem, där ett står för 'Helt fel', tre betyder 'Varken eller', och fem står för 'Helt rätt'. Dessa mäter tre olika delskalor: 1) Svårigheter att identifiera känslor och att differentiera mellan känslor och andra fysiska upplevelser (SIK), 2) Svårigheter att beskriva känslor för andra (SBK), och 3) externt orienterat tänkande (EOT), och summeras ihop till en totalpoäng som kan anta värdena 20–100. SIK består av sju frågor och kan anta värdena 7–35, SBK består av fem frågor och kan anta värdena 5–25 och EOT består av åtta frågor och kan anta värdena 8–40. Cronbach's alfa var vid T1 0,85 för SIK, 0,80 för SBK, 0,50 för EOK, samt 0,83 för total-

³ Spontanitet = 0,47; Accepterar sig själv = 0,86; Tycker om sig själv = 0,85; Tar hand om sig själv = 0,71; Kontrollerar sig själv = 0,79; Anklagar sig själv = 0,85; Hatar sig själv = 0,87; Försummar sig själv = 0,75.

poängen. Kliniskt gränsvärde är 21,0 för SIK, 15,8 för SBK, 20,2 för EOK och 53,4 för totalpoängen.

IN-BoB, UT-BoB och UPP-BoB. Intagningsinformation om Bakgrund och Behandling (IN-BoB; Oldenvi m.fl., 2009), UT-BoB för Behandlingshem (Engdahl & Strömbeck, 2020) och Uppföljning av Bakgrund och Behandling (UPP-BoB; Strömbeck m.fl., 2012) är formulär konstruerade för att fånga upp bakgrundsfaktorer samt tidigare och fortsatta insatser. Frågorna handlar bland annat om uppväxtförhållanden, anledning till placering, boendesituation, sysselsättning och skolnärvaro. I UPP-BoB rör frågorna bland annat nuvarande livssituation, insatser efter Magelungen HVB samt vad ungdomen tyckte om sin tid på behandlingshemmet. Instrumenten är baserade på Bakgrund och Behandling (BoB; Clinton m.fl., 1995) och Magelungens Uppföljning av Bakgrund och Behandling (MUBoB; Larsson m.fl., 2006). Exempel på frågor i UPP-BoB: ”Hade du förtroende för personalen på Magelungen?”, ”Hur tycker du att Magelungen i sin helhet passade dig?”, och ”Hur skulle du beskriva Magelungens positiva sidor?”.

Procedur

Datansamlingen gick i huvudsak till på samma sätt som i Magelungens tidigare utvärderingar (se t.ex. Forskningsrapport 14 eller Forskningsrapport 15). Magelungen genomför löpande systematisk utvärdering i alla sina behandlingsverksamheter. På varje behandlingsenhet utses en forskningsansvarig person, som tillsammans med enhetschef ansvarar för att alla som skrivs in i verksamheten tillfrågas om att delta samt att all data samlas in från ungdom och föräldrar. Allt material skickas in till Magelungens Forskning och utvärderingsenhet som sammanställer data. Deltagare rekryterades vid behandlingsstart genom att ungdomar och föräldrar informerades om Magelungens utvärdering och tillfrågades om att delta. Inför det första mättillfället (T1) delades ett information- och samtyckesformulär ut till ungdom och förälder tillsammans med frågeformulären. Då 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 behandlingsinsatsen.

Deltagandet skedde vid tre mättillfällen: T1) vid behandlingsstart, T2) vid behandlingsavslut samt T3) uppföljning 12 eller 18⁴ månader efter behandlingsavslut. Vid T3 deltog endast ungdom. Ungdomar besvarade frågor om sig själva och föräldrar besvarade frågor om sitt barn. Vid T1 och T2 besvarades frågorna på plats på behandlingshemmet. Vid T3 erbjöd behandlare ungdomen möjlighet att träffas. Alternativt skickades formulären samt ett frankerat svarskuvert hem med post, vilket ungdomen skickade tillbaka eller lämnade till personal om de träffades.

Mätinstrumenten har varierats något över tid. Vid studiens start användes formulären SDQ, SASB, Livets steg, IN-BoB och UPP-BoB. Ett par förändringar skedde sedan år 2016: IN-BoB förkortades, TAS-20 och ENR lades till, och en lärarskattning av SDQ vid T2 lades till.

⁴ Var först 18 månader, men ändrades sedan till 12 månader efter behandlingsavslut.

T3 genomfördes först 18 månader efter behandlingsavslut men ändrades sedan till 12 månader efter avslut. UT-BoB lades till år 2020. Fråga om skolnärvaro lades till vid T1 och T2 år 2020.

Dataanalys

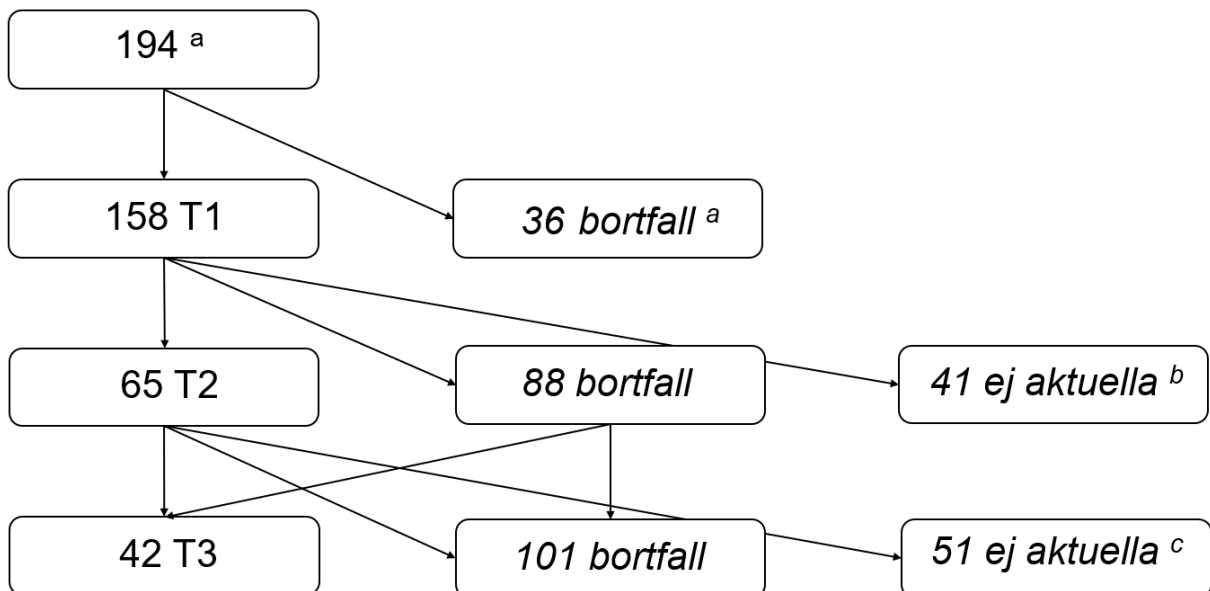
Oberoende *t*-test användes först för att undersöka huruvida de som fallit bort efter första mättillfället skiljde sig åt jämfört med de som även deltagit vid andra och/eller tredje mättillfället, och därefter för att undersöka eventuella skillnader vid T1 mellan undersökningsgruppen och icke-klinisk 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 benämndes som *stora*. Värden under 0,20 räknades som *ingen effekt* (Cohen, 1988).

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). Kliniskt gränsvärde (cut off) för TAS-20 sattes utifrån den 90e percentilen och baserades på medelvärde och standardavvikelse i Simonsson-Sarnecki med kollegor (2000). Anknätningsstil räknades ut utifrån svaren i ENR på samma sätt som jämförelsegruppen i Strand och Ståhl (2008) och i enlighet med Brennan med kollegor (1998).

Resultat

Bortfallsanalys

Deltagarfrekvensen var vid behandlingsstart 81 %, vid avslut 42 % och vid uppföljningsmätningen 29 %. Vid T2 var 35 ärenden inte aktuella eftersom behandlingstiden var för kort (<6 månader) och 6 ärenden var inte aktuella för att de vid tidpunkten för datasammanställningen inte ännu var avslutade (Figur 1). Vid T3 var 35 ärenden ej aktuella för att behandlingstiden varit för kort, för 11 hade det ännu inte gått 12 månader från behandlingsavslut vid tidpunkten för datasammanställning, och 5 ärenden var ej aktuella för att de gick vidare till Magelungen BO (och skulle därmed göra T3 12 månader efter avslut från den insatsen).



Figur 1. Deltagarantal och bortfall.

a = Uppskattat utifrån uppgifter om deltagarfrekvens 2012–2022, då 81 % deltog.

b = 35 av dessa hade för kort behandlingstid (<6 månader) och 6 hade vid sammanställning av data ej ännu avslutat behandling.

c = 35 av dessa hade för kort behandlingstid, 11 var ännu inte aktuella för T3 och 5 hade fortsatt till Magelungen BO och skulle göra T3 därefter.

En viss snedvridning i urvalet var möjlig, där de som endast deltog vid T1 skiljde sig åt i jämförelse med de som även deltog vid T2 och/eller T3. Detta bedömt utifrån jämförelser av ungdomarnas skattningar av SDQ, SASB och Livets stegen, samt mammornas skattningar av SDQ. I 14 av jämförelserna var skillnaderna sådana mellan grupperna att de som endast deltog vid T1 visade på ett sämre mående och i 11 av jämförelserna var i stället måendet sämre för de som även deltog vid T2 och/eller T3. Skillnaderna var inte statistiskt signifikanta och effektstyrkorna var små eller obefintliga. Undantaget var högre grad av beteendeproblem för de som endast deltog vid T1 utifrån mammornas skattningar, där skillnaden var statistiskt signifikant ($p = 0,04$) och effektstyrkan måttlig ($d = 0,55$).

Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp

Ungdomarna på Magelungens HVB avvek vid behandlingsstart från normalgrupp (Tabell 1). Måendet var sämre, med större svårigheter som de också besvärades mer av, en mindre positiv och mer negativ självbild och en lägre tillfredsställelse med livet. Skillnaderna var stora och statistiskt signifikanta; 12 av 18 effektstyrkor räknades som stora, en som mellanstor, tre som små och en som obefintlig. Undantaget var Prosocialt beteende, där skillnaden inte var statistiskt signifikant och effektstyrkan obefintlig. Ungdomarna på HVB accepterade sig själva mindre, tyckte mindre om sig själva, hade mer självanklagan, självhat och självförsummelse än normalgrupp.

Tabell 1

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

| | | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | | | |
|------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|----------|----------|-----------------|
| | | T1 (<i>n</i> = 144) | Normalgrupp ^a | <i>t</i> | <i>d</i> | + 1SD |
| SDQ | Emotionella symp. | 5,5 (2,6) | 2,6 (1,8) | 16,9** | 1,5 | 63 |
| | Beteendeproblem | 3,1 (2,2) | 1,9 (1,7) | 7,6** | 0,7 | 35 |
| | Hyperaktivitetspr. | 6,0 (2,4) | 3,8 (2,2) | 11,1** | 1,0 | 58 |
| | Kamratproblem | 3,6 (2,1) | 1,9 (1,6) | 11,4** | 1,0 | 49 |
| | Prosocialt beteende | 7,6 (2,1) | 7,5 (1,8) | 0,6 | 0,1 | 17 ^b |
| | TOTAL | 18,1 (6,1) | 10,1 (5,2) | 16,9** | 1,5 | 68 |
| | Impact factor | 7,7 (4,5) | 3,3 (3,2) | 11,4** | 1,2 | 59 |
| <i>(n</i> = 138) | | | | | | |
| SASB | Spontanitet | 47,1 (19,2) | 53,2 (14,4) | 4,1** | 0,4 | 42 ^c |
| | Accepterar | 44,7 (28,9) | 67,5 (20,3) | 10,5** | 1,0 | 53 |
| | Tycker om | 41,6 (26,2) | 60,4 (19,7) | 9,2** | 0,9 | 54 |
| | Tar hand om | 48,7 (22,6) | 54,7 (16,8) | 3,4** | 0,3 | 33 |
| | Kontrollerar | 47,0 (23,8) | 54,9 (17,2) | 4,4** | 0,4 | 52 ^c |
| | Anklagar | 48,5 (30,9) | 24,6 (21,5) | 10,4** | 1,0 | 52 ^b |
| | Hatar | 43,3 (30,0) | 18,7 (19,0) | 11,7** | 1,1 | 55 ^b |
| | Försummar | 44,0 (24,5) | 27,1 (16,9) | 9,3** | 0,9 | 51 ^b |
| <i>(n</i> = 120) | | | | | | |
| Livets steg | Ett år sedan | 3,4 (2,5) | 6,3 (1,9) | 14,6** | 1,5 | 53 ^b |
| | Nu | 4,4 (2,1) | 7,2 (1,7) | 16,0** | 1,6 | 80 ^b |
| | Om ett år | 6,6 (2,8) | 8,2 (1,3) | 9,9** | 1,0 | 43 ^b |

a = Lundh m.fl., 2008 (SDQ), *n* = 986; Katarina Alanko, personlig kommunikation, 2022 (Impact factor), *n* = 259; Birgegård & Claesson, opublicerat material (SASB), *n* = 488; Kjell Hansson, personlig kommunikation, 2006 (Livets steg), *n* = 652.

b = Mer än en standardavvikelse under medelvärdet.

c = Mer än en standardavvikelse över eller under medelvärdet.

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

Även utifrån föräldrarnas skattningar avvek ungdomarna på Magelungens HVB från normalgrupp (Tabell 2). De mådde sämre, och skillnaderna var stora. Samtliga skillnader var statistiskt signifikanta och effektstyrkorna var stora. Störst var skillnaderna för Totala svårigheter (SDQ) och för Impact factor, det vill säga hur mycket ungdomarna besvärades av sina svårigheter, där medelvärdet var mer än två standardavvikelser ifrån normalgruppens medelvärde. För de

emotionella symptomen befann sig 77 % respektive 80 % av ungdomarna på HVB mer än en standardavvikelse ifrån normalgruppens medelvärde.

Tabell 2

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

| | | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|----------|----------|-----------------|
| | | T1 (<i>n</i> = 95) | Normalgrupp ^a | <i>t</i> | <i>d</i> | + 1SD |
| Mamma | Emotionella symp. | 5,7 (2,6) | 1,5 (1,8) | 18,3** | 2,1 | 77 |
| | Beteendeproblem | 3,5 (2,5) | 1,1 (1,3) | 11,3** | 1,3 | 58 |
| | Hyperaktivitetspr. | 6,1 (2,5) | 2,3 (2,1) | 15,1** | 1,7 | 73 |
| | Kamratproblem | 4,1 (2,3) | 1,4 (1,8) | 12,3** | 1,4 | 56 |
| | Prosocialt beteende | 6,7 (2,4) | 8,3 (1,7) | 7,5** | 0,9 | 45 ^b |
| | TOTAL | 19,4 (6,2) | 6,4 (5,2) | 20,8** | 2,4 | 85 |
| | Impact factor | 11,1 (3,8) | 3,0 (3,3) | 15,7** | 2,3 | 84 |
| T1 (<i>n</i> = 49) | | | | | | |
| Pappa | Emotionella symp. | 5,3 (2,1) | 1,5 (1,8) | 13,6** | 2,1 | 80 |
| | Beteendeproblem | 3,6 (2,7) | 1,1 (1,3) | 10,71** | 1,6 | 57 |
| | Hyperaktivitetspr. | 5,6 (2,6) | 2,3 (2,1) | 10,0* | 1,5 | 67 |
| | Kamratproblem | 3,7 (2,0) | 1,4 (1,8) | 8,3** | 1,3 | 47 |
| | Prosocialt beteende | 6,3 (2,2) | 8,3 (1,7) | 7,5** | 1,1 | 49 ^b |
| | TOTAL | 18,2 (6,0) | 6,4 (5,2) | 14,6** | 2,2 | 84 |
| | Impact factor | 10,7 (3,7) | 3,0 (3,3) | 12,8** | 2,2 | 90 |

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.

Vid avslut besvarades SDQ förutom av ungdom och förälder även av behandlingspersonal (Tabell 3). Korrelationerna baserades som mest på tjugo skattningar (ungdom – personal) och som minst på sju skattningar (pappa – personal). Samstämmigheten mellan bedömare varierade kraftigt, från .91 (mellan mamma och pappa för emotionella symptom) till -.45 (Impact factor mellan mamma och personal).

Tabell 3

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

| | S-Ma | S-Pa | S-L | Ma-Pa | Ma-L | Pa-L |
|---------------------|-------|------|------|-------|-------|-------|
| Emotionella symp. | .51** | .58* | .22 | .91** | .34 | .52 |
| Beteendeproblem | .74** | -.15 | .21 | .36 | .90** | .89** |
| Hyperaktivitetspr. | .43* | -.01 | -.22 | .83** | .64 | .89** |
| Kamratproblem | .36 | .62* | .40 | .56 | .45 | .76* |
| Prosocialt beteende | .21 | .14 | .50* | .56* | .28 | .75 |
| TOTAL | .53** | .01 | -.10 | .36 | .19 | .73 |
| Impact factor | .44* | .38 | .14 | .79* | -.45 | -.34 |

S = Självskattning, *Ma* = mammas skattning, *Pa* = pappas skattning, *L* = personalens skattning.

* = *p* < .05

** = *p* < .01

Självskattningar – ungdomens mående över tid

SDQ-S. Svårigheterna minskade för ungdomarna över tid (Tabell 4), något som syns i alla fyra problemskalor samt i de totala svårigheterna. Impact factor, det vill säga hur mycket ungdomarna besvärades av sina svårigheter, minskade också från T1 till T2 och från T1 till T3. Skillnaderna över tid var statistiskt signifikanta, undantaget prosocialt beteende mellan T1 och T2. Effektstyrkorna varierade från stora till obefintliga. Störst var effekten i Impact factor före behandling i jämförelse med vid uppföljningen ($d = 0,81$). Andelen ungdomar som befann sig över det kliniska gränsvärdet för Totala svårigheter var före behandling 56 %, efter behandling 35 % och vid uppföljningen 31 %.

SASB. Självbilden blev mer positiv över tid (Tabell 4). Accepterar, Tycker om och Tar hand om ökade både vid avslut och uppföljning i jämförelse med behandlingsstart, skillnader som var statistiskt signifikanta och med små eller måttliga effektstyrkor. Anklagar, Hatar och Försummar minskade både från T1 till T2 och från T1 till T3. Dessa skillnader var statistiskt signifikanta och effektstyrkorna var små eller måttliga. Skillnaderna i Spontanitet och Kontrollerar sig själv var obefintliga och ej statistiskt signifikanta. Undantaget var en ökning i självkontroll vid behandlingsavslut, en liten och statistiskt signifikant skillnad, där förändringen gick i riktning mot normalgrupps skattning av kontroll.

Livets steg. Tillfredsställelsen med livet var högre både vid avslut och uppföljning i jämförelse med behandlingsstart (Tabell 4). Framtidshoppet, eller den förväntade tillfredsställelsen med livet ett år fram i tiden ökade också. Skattningen av livet för ett år sedan förändrades inte mellan T1 och T2, däremot var den högre vid T3 än vid T1.

Tabell 4

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

| | | <i>M [KI] (SD)</i> | <i>M [KI] (SD)</i> | <i>M [KI] (SD)</i> | <i>T1-T2</i> | | | <i>T1-T3</i> | | |
|--------|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|----------|----------|-----------------------|----------|----------|
| | | <i>T1 (n = 144)</i> | <i>T2 (n = 65)</i> | <i>T3 (n = 42)</i> | <i>t₆₄</i> | <i>p</i> | <i>d</i> | <i>t₄₁</i> | <i>p</i> | <i>d</i> |
| SDQ | Emotionella symp. | 5,5 [5,0–5,9] (2,6) | 4,9 [4,2–5,5] (2,6) | 4,2 [3,4–5,0] (2,6) | 2,5 | 0,01 | 0,31 | 3,6 | <,01 | 0,56 |
| | Beteendeproblem | 3,1 [2,7–3,4] (2,2) | 1,9 [1,4–2,4] (1,9) | 2,0 [1,5–2,4] (1,6) | 4,2 | <,01 | 0,52 | 2,3 | 0,03 | 0,35 |
| | Hyperaktivitetspr. | 6,0 [5,6–6,4] (2,4) | 5,0 [4,4–5,7] (2,4) | 4,7 [3,8–5,6] (2,8) | 2,5 | 0,01 | 0,32 | 2,1 | 0,04 | 0,33 |
| | Kamratproblem | 3,6 [3,3–4,0] (2,1) | 3,3 [2,7–3,8] (2,1) | 3,0 [2,4–3,5] (1,7) | 2,3 | 0,02 | 0,29 | 2,3 | 0,01 | 0,36 |
| | Prosocialt beteende | 7,6 [7,3–8,0] (2,1) | 7,8 [7,2–8,3] (2,0) | 8,4 [7,7–9,0] (2,1) | -1,2 | 0,25 | 0,15 | -2,3 | 0,02 | 0,36 |
| | TOTAL | 18,1 [17,1–19,1] (6,1) | 15,1 [13,8–16,5] (5,4) | 13,8 [12,0–15,7] (5,9) | 4,6 | <,01 | 0,57 | 3,7 | <,01 | 0,57 |
| | Impact factor | 7,7 [6,9–8,5] (4,5) | 6,0 [5,0–7,0] (3,9) | 5,8 [4,4–7,1] (4,4) | 3,6 | <,01 | 0,46 | 5,1 | <,01 | 0,81 |
| | | <i>T1 (n = 138)</i> | <i>T2 (n = 60)</i> | <i>T3 (n = 43)</i> | <i>t₅₉</i> | | | <i>t₄₁</i> | | |
| SASB | Spontanitet | 47,1 [43,8–50,3] (19,2) | 46,1 [41,6–50,6] (17,5) | 41,3 [34,4–47,2] (19,2) | -0,9 | 0,35 | 0,12 | -0,5 | 0,64 | 0,07 |
| | Accepterar | 44,7 [39,8–49,6] (28,9) | 55,3 [48,4–62,2] (26,9) | 58,2 [50,4–65,9] (25,3) | -3,7 | <,01 | 0,48 | -4,1 | <,01 | 0,64 |
| | Tycker om | 41,6 [37,2–46,0] (26,2) | 50,1 [43,6–56,6] (25,3) | 54,6 [46,5–62,6] (26,2) | -4,3 | <,01 | 0,55 | -4,7 | <,01 | 0,72 |
| | Tar hand om | 48,7 [44,9–52,5] (22,6) | 57,3 [51,7–62,9] (21,8) | 61,5 [54,2–68,8] (23,8) | -3,6 | <,01 | 0,47 | -4,0 | <,01 | 0,62 |
| | Kontrollerar | 47,0 [43,0–51,0] (23,8) | 52,1 [47,3–56,9] (18,7) | 47,4 [41,4–53,5] (19,7) | -2,4 | 0,02 | 0,31 | -0,65 | 0,52 | 0,10 |
| | Anklagar | 48,5 [43,2–53,7] (30,9) | 39,2 [31,8–46,6] (28,6) | 31,7 [23,5–40,0] (26,9) | 3,9 | <,01 | 0,50 | 4,1 | <,01 | 0,64 |
| | Hatar | 43,3 [38,2–48,3] (30,0) | 33,0 [25,6–40,4] (28,8) | 27,1 [19,3–34,8] (25,2) | 4,2 | <,01 | 0,54 | 4,5 | <,01 | 0,69 |
| | Försummar | 44,0 [39,8–48,1] (24,5) | 33,4 [27,3–39,4] (23,4) | 29,6 [23,3–36,0] (20,6) | 4,0 | <,01 | 0,52 | 3,0 | <,01 | 0,47 |
| | | <i>T1 (n = 120)</i> | <i>T2 (n = 59)</i> | <i>T3 (n = 42)</i> | <i>t₅₅</i> | | | <i>t₄₀</i> | | |
| LS | Ett år sedan | 3,4 [3,0–3,9] (2,5) | 3,4 [3,0–3,9] (1,9) | 4,4 [3,6–5,1] (2,4) | 0,0 | 0,98 | 0,00 | -4,3 | <,01 | 0,67 |
| | Nu | 4,4 [4,0–4,8] (2,1) | 6,2 [5,7–6,7] (1,9) | 6,2 [5,5–6,9] (2,2) | -5,6 | <,01 | 0,75 | -4,9 | <,01 | 0,75 |
| | Om ett år | 6,6 [6,1–7,1] (2,8) | 7,4 [6,8–8,0] (2,3) | 7,3 [6,5–8,1] (2,5) | -3,0 | <,01 | 0,41 | -2,7 | <,01 | 0,42 |
| | | <i>T1 (n = 54)</i> | <i>T2 (n = 21)</i> | <i>T3 (n = 10)</i> | <i>t₁₉</i> | | | <i>t₉</i> | | |
| ENR | Ängslighet/Ängest | 3,5 [3,1–3,9] (1,5) | 3,3 [2,8–3,8] (1,1) | 3,4 [2,3–4,4] (1,5) | 1,4 | 0,20 | 0,30 | 1,7 | 0,12 | 0,54 |
| | Undvikande | 3,0 [2,7–3,4] (1,4) | 2,7 [2,1–3,2] (1,3) | 2,6 [1,9–3,2] (1,0) | 2,4 | 0,03 | 0,53 | 1,7 | 0,13 | 0,53 |
| | | <i>T1 (n = 63)</i> | <i>T2 (n = 24)</i> | <i>T3 (n = 12)</i> | <i>t₂₃</i> | | | <i>t₁₁</i> | | |
| TAS-20 | SIK | 20,0 [18,1–21,7] (7,3) | 18,6 [15,5–21,7] (7,3) | 17,8 [11,2–24,3] (8,5) | 0,6 | 0,55 | 0,12 | 0,8 | 0,42 | 0,24 |
| | SBK | 16,1 [14,7–17,4] (5,3) | 14,0 [11,8–16,1] (5,2) | 13,7 [10,1–17,3] (5,7) | 2,9 | <,01 | 0,59 | 1,1 | 0,29 | 0,33 |
| | EOT | 21,2 [20,6–21,9] (4,8) | 20,0 [18,1–21,9] (4,5) | 19,7 [15,6–23,7] (6,4) | 1,8 | 0,08 | 0,37 | 1,1 | 0,28 | 0,33 |
| | TOTAL | 57,3 [55,6–58,9] (13,1) | 52,6 [46,6–58,6] (14,3) | 51,1 [39,4–62,7] (18,5) | 1,9 | 0,08 | 0,38 | 1,1 | 0,28 | 0,33 |

Förälders skattning av ungdomens mående över tid

SDQ-F. Utifrån föräldrarnas skattningar var deras barns mående bättre efter behandling i jämförelse med innan behandling (Tabell 5). Totala svårigheter och Impact factor var lägre, både utifrån mammornas och pappornas skattningar. De största skillnaderna, med stor effektstyrka, syntes i hur mycket ungdomarna besvärades av sina svårigheter (Impact factor). Minst var förändringen i beteendeproblem enligt mammornas skattning, och förändringen i kamratproblem enligt pappornas skattningar. Gällande de totala svårigheterna befann sig före behandling 80 % av ungdomarna enligt mammornas skattning och 78 % utifrån pappornas skattning över det kliniska gränsvärdet. Efter behandling var motsvarande andel 58 % för mammornas skattningar och 50 % för pappornas skattningar.

Lärarskattning av ungdomens mående vid behandlingsavslut

I 21 ärenden besvarade behandlingspersonal SDQ vid T2 (Tabell 6). Utifrån dessa skattningar hamnade endast 10 % av ungdomarna i kategorin 'Normal' för totala svårigheter, medan 90 % hade högre poäng och därmed kategoriserades som 'Gränsfall' eller 'Klinisk'. För de fem delskalorna i SDQ kategoriserades en större andel av ungdomarna som normal än som klinisk.

Tabell 6

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

| | T2 (n = 21) | Normal | Gränsfall | Klinisk |
|---------------------|-------------|--------|-----------|---------|
| Emotionella symp. | 4,3 (2,0) | 57 | 14 | 29 |
| Beteendeproblem | 3,0 (2,7) | 43 | 19 | 38 |
| Hyperaktivitetspr. | 5,5 (2,2) | 48 | 10 | 42 |
| Kamratproblem | 3,0 (1,7) | 67 | 10 | 23 |
| Prosocialt beteende | 5,5 (2,4) | 57 | 14 | 29 |
| TOTAL | 15,9 (4,5) | 10 | 48 | 42 |
| Impact factor* | 5,7 (1,6) | | | |

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

Tabell 5

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

| | | | <i>M</i> [<i>KI</i>] (<i>SD</i>) | <i>M</i> [<i>KI</i>] (<i>SD</i>) | <i>T1-T2</i> | | |
|-----|-------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|----------|----------|
| | | | <i>T1</i> (<i>n</i> = 95) | <i>T2</i> (<i>n</i> = 26) | <i>t</i> ₂₅ | <i>p</i> | <i>d</i> |
| SDQ | Mamma | Emotionella symp. | 5,7 [5,2–6,3] (2,6) | 4,7 [3,6–5,7] (2,7) | 1,6 | 0,11 | 0,32 |
| | | Beteendeproblem | 3,5 [3,0–4,0] (2,5) | 2,8 [1,9–3,6] (2,1) | 0,5 | 0,60 | 0,10 |
| | | Hyperaktivitetspr. | 6,1 [5,5–6,6] (2,5) | 5,0 [4,3–5,7] (1,8) | 3,4 | <,01 | 0,66 |
| | | Kamratproblem | 4,1 [3,6–4,5] (2,3) | 3,2 [2,4–3,9] (1,9) | 2,5 | 0,02 | 0,49 |
| | | Prosocialt beteende | 6,7 [6,2–7,2] (2,4) | 7,3 [6,5–8,1] (2,1) | -1,3 | 0,19 | 0,26 |
| | | TOTAL | 19,4 [18,1–20,6] (6,2) | 15,6 [13,5–17,7] (5,1) | 2,8 | 0,01 | 0,54 |
| | | Impact factor | 11,1 [10,3–11,8] (3,8) | 8,7 [7,1–10,3] (3,9) | 4,9 | <,01 | 0,95 |
| | | | <i>T1</i> (<i>n</i> = 49) | <i>T2</i> (<i>n</i> = 14) | <i>t</i> ₁₂ | | |
| | Pappa | Emotionella symp. | 5,3 [4,7–5,9] (2,1) | 3,9 [2,4–5,3] (2,5) | 2,6 | 0,02 | 0,72 |
| | | Beteendeproblem | 3,6 [2,8–4,3] (2,7) | 1,7 [0,7–2,7] (1,7) | 0,8 | 0,42 | 0,23 |
| | | Hyperaktivitetspr. | 5,6 [4,9–6,4] (2,6) | 4,6 [3,4–5,9] (2,2) | 2,2 | 0,05 | 0,61 |
| | | Kamratproblem | 3,7 [3,1–4,3] (2,0) | 3,8 [2,5–5,1] (2,3) | 0,6 | 0,53 | 0,18 |
| | | Prosocialt beteende | 6,3 [5,7–7,0] (2,2) | 7,6 [6,3–8,9] (2,3) | -2,5 | 0,03 | 0,68 |
| | | TOTAL | 18,2 [17,0–19,4] (6,0) | 14,0 [11,3–16,7] (4,7) | 2,3 | 0,04 | 0,64 |
| | | Impact factor | 10,7 [9,7–11,8] (3,7) | 9,0 [6,9–11,1] (3,7) | 3,5 | <,01 | 0,96 |

Alexitymi och anknytningsstil

ENR. I ENR ombads deltagarna skatta sin relation med den person som hen upplever sig stå närmast. 10 av de 21 deltagare som besvarat ENR vid både T1 och T2 och/eller T3 angav vid någon av de senare mättillfällena en annan relation än vid T1.

Vid behandlingsstart var skillnaden i anknytningsrelaterad Ångest jämfört med normalgrupp (Strand & Ståhl, 2008) liten och statistiskt signifikant. Vid avslut fanns inte denna skillnad kvar. Vid uppföljning var skillnaden liten men inte statistiskt signifikant. Ungdomarna på behandlingshemmet skattade vid start också lite högre på anknytningsrelaterat Undvikande än normalgrupp; skillnaden var dock inte statistiskt signifikant. Vid avslut och vid uppföljning fanns ingen skillnad mellan grupperna. Ungdomarnas anknytningsrelaterade ångest minskade över tid, en förändring som dock inte var statistiskt signifikanta (Tabell 4). Vid avslut var minskningen liten och vid uppföljning var den måttlig i effektstyrka. Undvikande minskade efter behandling och vid uppföljning i jämförelse med före behandling, skillnader som var måttliga i effektyrka. Minskningen i undvikande vid T2 var statistiskt signifikant.

Utifrån svaren på ENR kategoriserades ungdomarnas anknytningsstil som trygg, rädslofylld, upptagen eller avfärdande (Tabell 7). De tre sistnämnda klassas som otrygga anknytningsstilar, där rädslofylld innebär en hög skattning både av ångest och undvikande. I jämförelse med normalgrupp hade färre vid behandlingsstart en trygg anknytningsstil och fler en rädslofylld anknytningsstil.

Vid behandlingsavslut kategoriserades sju ungdomar till samma anknytningsstil och tolv ungdomar till en annan anknytningsstil än vid behandlingsstart. För tio deltagare gick förändringen i positiv riktning mot ökad trygghet, där fyra ungdomar gick från rädslofylld till trygg, tre från upptagen till trygg, två från rädslofylld till upptagen och en från rädslofylld till avfärdande. En ungdom bytte anknytningsstil från upptagen till avfärdande. En ungdom gick från trygg till rädslofylld.

Vid uppföljning hade tre samma anknytningsstil som före behandling medan den för sju ungdomar hade förändrats; två gick från upptagen till trygg, en från avfärdande till trygg, en från rädslofylld till trygg, en från rädslofylld till avfärdande, en från upptagen till rädslofylld och en från trygg till rädslofylld,

Tabell 7

Anknytningsstil utifrån ENR.

| | T1 (n = 54) | T2 (n = 19) | T3 (n = 10) | Normalgrupp* (n = 313) | Skattning av delskalor ENR |
|-------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------|------------------------------|
| Trygg | 37,0 | 50,0 | 50,0 | 49,2 | Låg ångest, lågt undvikande. |
| Rädslofylld | 29,6 | 10,0 | 30,0 | 14,7 | Hög ångest, högt undvikande. |
| Upptagen | 20,4 | 15,0 | 10,0 | 23,3 | Hög ångest, lågt undvikande. |
| Avfärdande | 13,0 | 25,0 | 50,0 | 10,0 | Låg ångest, högt undvikande. |

* = I Strand och Ståhl (2008).

TAS-20. Vid T1 avvek deltagarna från en icke-klinisk jämförelsegrupp bestående av svenska studenter i åldrarna 18–49 år (Simonsson-Sarnecki m.fl., 2000), med högre värden på alla tre delskalor samt totalpoäng. Förändringarna i Svårighet att identifiera känslor (SIK) var obefintliga (T1 till T2) eller små (T1 till T3) och icke statistiskt signifikanta (Tabell 4). Svårighet att beskriva känslor för andra (SBK) hade minskat efter behandling; en skillnad som var statistiskt signifikant med en måttlig effektstyrka. Förändringarna i Externt orienterat tänkande (EOT) samt i totalpoäng var inte statistiskt signifikanta och hade små effektstyrkor. Andelen deltagare som skattade sig över kliniskt gränsvärde minskade över tid. För SIK var andelen deltagare som befann sig över det kliniska gränsvärdet före behandling 46 %, efter behandling 33 % och vid uppföljning 25 %. För SBK var denna andel 62 % vid T1 och 42 % vid både T2 och T3. För EOT var andelen ungdomar över det kliniska gränsvärdet 56 % vid T1, 54 % vid T2 och 50 % vid T3. För totalpoängen slutligen var andelen 68 % före behandling och 50 % såväl efter behandling som vid uppföljning.

Funktionsnivå och livssituation efter insats

Sedan uppgift om skolnärvaro börjat samlas in har sju ungdomar varit aktuella för mätning vid T1 och T2. Av dessa fanns uppgift om skolnärvaro vid båda mättillfällena för fyra ungdomar; två hade oförändrad skolnärvaro vid avslut jämfört med vid inskrivning, en hade förbättrat sin skolnärvaro och en hade minskat sin närvaro i skolan.

Frågor om ungdomens boende och sysselsättning vid utskrivning från behandlingshemmet lades till 2021. Av de elva ungdomar som skrivits ut och ingick i studien gick sju vidare till individuellt stödboende, två flyttade hem till förälder och två flyttade till ett annat HVB-hem. Sex ungdomar gick på gymnasiet, tre hade full eller nästan full närvaro månaden innan avslut, en hade drygt 60 procents närvaro, varav en hade anpassad skolgång med fåtal lektioner i veckan. Två av ungdomarna hade utöver studier extrajobb på kväll eller helg. En ungdom hade avslutat grundskola och skulle börja gymnasiet efter sommaren. Två ungdomar studerade i grundskolan med 17 respektive 50 procents närvaro sista månaden. En ungdom hade vid avslut en pågående praktikplats samt extrajobb och en ungdom hade vid avslut ingen sysselsättning.

Undantaget ett par T3or som genomfördes mer än tre år⁵ efter behandlingsavslut genomfördes uppföljningsskattningen 10–36 månader efter behandlingsavslut ($M = 18$ månader). Deltagarna besvarade då frågor om nuvarande levnadssituation och utbildning. Antal ungdomar som besvarade dessa frågor varierade mellan 40 och 42. På fråga om boendesituation uppgav mer än var tredje ungdom att de bodde ensamma, varav en med barn, en dryg fjärdedel uppgav att de bodde tillsammans med förälder, knappt var femte bodde tillsammans med partner, varav två med eget barn. Knappt en av tio bodde på någon form av behandlingshem eller stödboende. Enstaka ungdomar bodde på internat, i familjehem eller hos släktingar.

Vad gäller ungdomarnas försörjning så svarade en knapp fjärdedel att de försörjde sig själva genom lön, studiemedel, föräldraförsäkring eller liknande och utöver dessa uppgav två att de

⁵ Fyra T3-skattningar gjordes 36 till 68 månader efter behandlingsavslut.

försörjde sig själva i kombination med försörjningsstöd eller någon form av sjukersättning. Drygt en fjärdedel uppgav enbart försörjningsstöd och en femtedel uppgav att de var beroende av andra, till exempel föräldrar eller partner, för sin försörjning. Knappt en av sex försörjde sig helt eller delvis genom sjukpenning, sjukbidrag eller sjukpension.

Skolgång och sysselsättning. Flertalet av ungdomarna uppgav att de studerade, drygt 62 %. Av dessa studerade knappt två tredjedelar heltid, resterande studerade mellan 25 och 60 % alternativt uppgav inte studiernas omfattning. Knappt två tredjedelar studerade på gymnasiet, ett par av dessa på folkhögskola, och var femte antingen på grundskolenivå eller på individuellt alternativ (IMA) på gymnasiet. En studerade på lärarprogrammet och en skulle just påbörja en yrkesutbildning. Sju ungdomar arbetade (17,5 %) varav två arbetade heltid eller mer, en arbetade halvtid och tre arbetade extra vid sidan om heltidsstudier. Sju ungdomar var arbetslösa (17,5 %), tre på heltid och fyra uppgav ej omfattning. Tre ungdomar var sjukskrivna på heltid och två var föräldralediga på heltid.

Vad gäller avklarade studier så uppgav knappt tre av fyra att de hade gymnasiebehörighet, det vill säga godkända betyg från grundskolan och knappt 15 procent att de hade godkända betyg från gymnasiet. Då den senare frågan kunde missförstås är en rimligare uppskattning, utifrån ungdomarnas svar om nuvarande sysselsättning, att andelen ungdomar med gymnasieexamen vid uppföljningen var mellan fem och tio procent.

Kontakter efter Magelungen. Vid uppföljningen hade ungefär en tredjedel av deltagarna haft erfarenhet av kontaktperson eller kontaktfamilj, och knappt en fjärdedel hade varit på ett behandlings- eller utredningshem (Tabell 8). En fjärdedel av deltagarna hade också tagit del av annan behandling eller andra insatser från socialtjänsten, och vanligast var stödboende eller träningslägenhet. Övriga insatser var Magelungen Heldag och SiS. Nästan hälften hade vid uppföljningen fått psykoterapi eller individuella samtal via psykiatrin, knappt hälften medicinerade och drygt var fjärde deltagare hade erfarenhet av psykiatrisk öppenvård.

Tabell 8
Kontakter efter Magelungen. Andel (%). n = 41.

| | Ingen erfarenhet | Mindre än 1 år | Mer än 1 år |
|----------------------------------|------------------|----------------|-------------|
| Från socialtjänst | | | |
| Familjesamtal | 91 | 6 | 3 |
| Kontaktperson/kontaktfamilj | 67 | 22 | 11 |
| Jourplacering | 94 | 6 | 0 |
| Familjehem | 94 | 3 | 3 |
| Behandlings- eller utredningshem | 78 | 8 | 14 |
| Annan behandling | 75 | 11 | 14 |
| Från psykiatri | | | |
| Psykoterapi/individuella samtal | 56 | 22 | 22 |
| Psykiatrisk öppenvård | 57 | 17 | 26 |
| Psykiatrisk slutenvård | 74 | 15 | 12 |
| Medicinering | 53 | 9 | 38 |
| Psykologutredning | 61 | 33 | 6 |
| Annan behandling | 100 | 0 | 0 |

Nöjdhet

Ungdomarna svarade vid uppföljningen på frågan ”I vilken utsträckning fick du hjälp av följande under din tid på Magelungen?” (Tabell 9). Drygt hälften av deltagarna tyckte att individualterapi hade varit till en hel del eller mycket hjälp. Familjeterapi hade varit till en hel del eller mycket hjälp för två av fem deltagare, men inte varit aktuellt för en femtedel. Mest hjälpsamt svarade ungdomarna att samordnare varit, där nästan en fjärdedel svarade att det varit till en hel del hjälp och drygt hälften att de fått mycket hjälp.

Tabell 9

Subjektiv effektutvärdering. Vad deltagarna själva ansåg att de fick hjälp av under tiden på Magelungen. Andel ungdomar (%). n = 40.

| | Inte aktuellt | Ingen hjälp | Lite hjälp | En hel del hjälp | Mycket hjälp |
|----------------------|---------------|-------------|------------|------------------|--------------|
| Individualterapi | 7,5 | 10,0 | 27,5 | 27,5 | 27,5 |
| Familjeterapi | 20,5 | 17,9 | 20,5 | 20,5 | 20,5 |
| Gruppaktiviteter | 20,5 | 20,5 | 35,9 | 10,3 | 12,8 |
| Boende på Magelungen | 7,9 | 7,9 | 15,8 | 26,3 | 42,1 |
| Samordnare | 0,0 | 5,1 | 17,9 | 23,1 | 53,8 |
| Magelungens skola | 7,5 | 10,0 | 25,0 | 25,0 | 32,5 |
| Psykofarmaka | 21,6 | 24,3 | 18,9 | 21,6 | 13,5 |

En majoritet var nöjda med Magelungen. De flesta tyckte att de blivit ganska eller mycket väl bemötta på Magelungen (Tabell 10). En stor andel tyckte att Magelungen i sin helhet passade dem ganska eller mycket bra, medan en femtedel svarade att det inte passade dem. En övervägande del av de svarande kände sig också lyssnade på och de hade förtroende för personalen. Emedan 70 % svarade att deras uppfattning om Magelungen i sin helhet var positiv eller mycket positiv svarade 17,5 % att de var negativa eller mycket negativa till Magelungen i sin helhet.

Ungdomarnas upplevelse av Magelungen

Vid uppföljningen fick ungdomarna även lämna synpunkter genom att besvara frågorna: ” Hur skulle du beskriva Magelungens positiva sidor?” och ”Hur skulle du beskriva Magelungens negativa sidor eller det som kan förbättras?” De hade också möjlighet att därefter lämna ytterligare kommentarer under ”Övriga synpunkter på Magelungen”. För de ungdomar som enbart lämnade kommentar under övriga synpunkter så har dessa svar lagts till i sammanställningen nedan. Flertalet som svarade på hur de upplevt tiden på Magelungen lyfte både positiva och negativa sidor. Fyra av ungdomarna lämnade kommentar enbart om Magelungens negativa sidor.

Tabell 10

Ungdomens uppfattning om tiden på Magelungen.

| | <i>n (%)</i> |
|--|--------------|
| Hur tycker du att blev bemött på Magelungen över lag? | |
| Mycket väl bemött | 24 (61,5) |
| Ganska väl bemött | 10 (25,6) |
| Ingen åsikt | 2 (5,1) |
| Mindre väl bemött | 3 (7,7) |
| Hur tycker du att Magelungen i sin helhet passade dig? | |
| Mycket bra | 14 (34,1) |
| Ganska bra | 15 (36,6) |
| Varken eller | 4 (9,8) |
| Passade mig inte | 8 (19,5) |
| Tycker du att personalen på Magelungen kunnat lyssna på och förstå dig? | |
| Ja, i mycket hög grad | 13 (31,0) |
| Ja, i ganska hög grad | 18 (42,9) |
| Ja, i viss mån | 6 (14,3) |
| Nej | 5 (11,9) |
| Hade du förtroende för personalen på Magelungen? | |
| Ja, i mycket hög grad | 19 (48,7) |
| Ja, i ganska hög grad | 9 (23,1) |
| Ja, i viss mån | 7 (17,9) |
| Nej, inte tillräckligt | 4 (10,3) |
| Var du och personalen överens om målen för din placering/behandling? | |
| Ja, i mycket hög grad | 12 (30,8) |
| Ja, i ganska hög grad | 12 (30,8) |
| Ja, i viss mån | 10 (25,6) |
| Nej | 5 (12,8) |
| Vilken uppfattning har du om Magelungen i sin helhet? | |
| Mycket positiv | 16 (40,0) |
| Positiv | 12 (30,0) |
| Neutral, varken eller | 5 (12,5) |
| Negativ | 3 (7,5) |
| Mycket negativ | 4 (10,0) |

Magelungens positiva sidor

Av de 41 deltagarna som deltog i uppföljningen besvarade 36 frågan om Magelungens positiva sidor. De teman som framkom i ungdomarnas svar var personalen, individanpassat stöd, aktiviteter, skola samt den fysiska och social miljön.

Personalen. Nästan tre fjärdedelar av ungdomarna beskrev personalen som en av Magelungens positiva sidor. Här framkom flera underteman, varav det allra vanligaste var att personalen var lätt att prata med eller var bra på att lyssna. Personalen beskrevs också som snälla, pålitliga och att de fanns där för en.

”Den tiden jag bodde på Magelungen hade de väldigt bra personal. Jag hade lätt för att prata med personalen och de lyssnade väldigt bra så det byggde en trygghet i mig”.

”De lyssnar och tar in det man säger. De finns alltid där för en”.

Ett ytterligare tema var att känna sig sedd och förstådd av personalen.

”Snälla människor. Väldigt ofta blivit sedd och förstådd”.

”Man känner sig förstådd. Man är aldrig ensam, finns alltid någon att prata med! (...) Och att man kände de litade på en”.

Flera ungdomar beskrev att personalen visade en stor vilja att hjälpa och göra sitt bästa för ungdomarna och några tog upp personalens kunskap och kompetens.

”Personalen är pålitliga och snälla. De gör alltid sitt bästa för att lyssna, förstå och hjälpa ungdomar. De är lätta att prata med (...)”.

”Stor vilja hos personalgrupp att hjälpa. Bred kunskap. Alla gör sitt bästa för att målen ska nås”.

Möjligheten att skapa personliga relationer till personalen beskrevs också som något positivt och flera beskrev upplevelsen av att personalen brydde sig om ungdomarna. Några nämnde också hög personaltäthet respektive låg personalomsättning som positivt.

”Bra och förståelig personal. Man fick möjlighet att skapa personliga relationer med personal. Dom man litade på och anförtrorde sig till fick man prata mer med”.

”Den låga personalomsättningen. Det personliga mötet med personalen. Att få uppleva något som i alla fall liknar ett hem. Att personalen verkligen brydde sig och ville hjälpa”.

”De är hjälpsamma förståndiga och utbildade när det kommer till ungdomar. De tar en till hjärtat”.

Fysisk och social miljö. Drygt var femte ungdom tog upp någon aspekt av den fysiska eller sociala miljön. Det handlade om sådant som att känna sig trygg, det sociala klimatet på behandlingshemmet, att få det en behövde i form av levnadsstandard och känslan av ett hem.

”God sammanhållning. Trygg miljö. Möjlighet till direkt inflytande. Öppenhet. (...) Frikostighet när det gäller mat, möblering, aktiviteter, m.m.”.

”Ett fint ställe placerat på en trygg del av Södermalm. Bra tillgång till skola och möjligheter. Man får ett eget rum, personalen (en viss del) är trevliga och lyhörda, möjlighet till stödlägenhet, stort hus (...)”.

”Jag tyckte om personalen och upplägget. Det kändes som ett hem i den grad ska. Det var bra med aktiviteter och struktur och hjälp/stöttning”.

Individanpassat stöd. Knappt var femte ungdom beskrev ett individanpassat stöd och att behandlingen anpassades efter var och ens behov som en positiv sida.

”Väldigt bra bemötande mot olika ungdomar med olika svårigheter. Mycket omtänksamma och brydde sig om ungdomarna”.

”Jag tycker Magelungen var bra i allmänt. Man kände sig inte lika ensam. Dom såg ens personliga behov och gick inte efter en ram för alla”.

”Kompetent och positiv personal som tror jag på ens förmåga att lyckas. Välutformade insatser för unga och deras behov. Bra individanpassat stöd”.

”Mycket individuell omsorg! (...) Allt jag har att säga är tack för den hjälpen ni har gett mig. Jag tar med allt jag lärde mig hos er och använder det i världen. Som sagt tidigare, det var precis det jag behövde under precis den perioden jag behövde det”.

Aktiviteter. Knappt en av fem nämnde aktiviteter som en del av Magelungens positiva sidor. Flera tog upp att de var roliga och utvecklande, men också det positiva i att även de mer vardagliga aktiviteterna skapade struktur och gemenskap.

”Behandling utifrån behov. Vi gjorde många roliga aktiviteter som man själv kanske inte skulle göra”.

”Meningsfulla, trevliga, roliga aktiviteter som planeras med personalen, samt ungdomsgruppen sinsemellan”.

”Aktiviteter, att lära sig laga mat, disk, städa”.

”Att man fick klädpengar och att man fick jobba lite på sommaren. Gemenskapen på tisdagslunchen, familjeterapin m.m.”.

Skola. Knappt var femte ungdom tog upp antingen tillgång till skola i anslutning till behandlingshemmet eller det de upplevde som positivt med skolan.

” Bra lärare med ett starkt engagemang. (...) De av Magelungens enheter jag varit i kontakt med har varit ett stort stöd när det gäller skola. De har skapat möjligheter att ta igen missad/utebliven skolgång, samt hjälpt mig att få ett sammanhang, efter längre tid utan sysselsättning”.

” (...) otroligt bra skola för ungdomar i behov av extra stöd i studierna”.

” (...) det är bra att det finns en skola också”.

”Flexibiliteten i lösningar med skolan”.

Ett par svar föll inte in under temana ovan och beskrev Magelungens mer allmänt: *”Bra ställe”*, *”Välutformade insatser för unga och deras behov”* och *”Bra organisation i grunden med många verksamheter”*. Slutligen svarade en ungdom *”vet ej”* och en att det var svårt att uttrycka i ord.

Magelungens negativa sidor

Av de 41 ungdomar som deltog i uppföljningen besvarade 35 frågan om Magelungens negativa sidor. Teman som framkom i svaren var personalens bemötande och kompetens, att behandlingsformen inte upplevdes som hjälpsam, hur konflikter och kränkningar mellan ungdomar hanterats, arbete och policy kring droger och alkohol, bristande koll på ungdomar nattetid samt några mindre teman som nämndes av en eller två ungdomar.

Personalens bemötande och kompetens. I ungdomarnas beskrivning av negativa sidor eller saker som kan förbättras var återigen personalens agerande det mest frekventa temat och togs upp av drygt var femte ungdom som deltog i uppföljningen. Det rörde sig framför allt om att personalen skulle kunna vara mer lyhörd, lyssna mer och ta mer hänsyn till ungdomarna, men en ungdom beskrev också att hen känt sig illa bemött och inte respekterad av personal. Ett par ungdomar tog upp kommunikation mellan personal, att personal saknade kompetens för ungdomens svårigheter eller att medicinhanteringen hade brister.

”Minns att personal många gånger inte lyssnat och gjort som ungdomar önskade. (...) Lyssna mer på ungdomen, utgå från hens behov. Anställ bättre personal som inte är så kalla”.

”Börja sätta sig in i ungdomarnas situation”.

” (...) personalen kan nog vara lite mer lyhörd”.

”Dålig kompetens för mina problem. Överreagerade för mitt beteende”.

”Utdelning av medicin kommer jag ihåg var ett stort problem och dålig kommunikation bland personalen”.

En ungdom uttryckte också vad hen under placeringen upplevt som negativt, men som hen senare såg annorlunda på:

”Vissa gånger kände vi oss inte lyssnade på och [att] hänsyn togs till oss ungdomar, men nu i efterhand vet jag inte om jag håller med mig själv”.

Behandlingsformen upplevdes inte som hjälpsam. En av sju ungdomar beskrev på olika sätt att behandlingen inte hade passat dem, antingen för att det saknades rätt kompetens eller arbets sätt eller för att behandlingen i sig inte var lämplig för deras svårigheter. En tog upp den arbetsstruktur behandlingshemmet har, där all personal arbetar dygn och möter ungdomarna i hela verksamheten, även behandlande psykolog, vilket ungdomen upplevde som negativt. En ungdom lyfte bristande kompetens i behandling av EIPS, trauma och självskada vilket ungdomen beskrev lett till fortsatt lidande under behandlingen.

”Eftersom att jag är emot behandlingshem så kan jag inte rikta allt mot Magelungen men tycker i allmänhet att behandlingen inte är till någon stor hjälp speciellt inte för mig”.

”Jag anser att Magelungen bör gå en grundlig utbildning i hur man behandlar EIPS för att sluta förstärka självskadebeteenden. (...) Jag anser att Magelungen bör ta i beaktning att majoriteten av de tjejer som kommer till verksamheten har blivit utsatta för traumatiserande övergrepp. Framför allt sexuella övergrepp och destruktiva relationer bör lyftas mer. (...)”.

”Mer fokus på att komma någonstans än att bara försöka lösa förflutna ting som inte längre spelar roll”.

”Personalen försökte så gott de kunde. Felplacering!”

”Tips: Anställ inte någon som psykolog på stället som samtidigt arbetar som personal övrigt”.

En ungdom som var mycket negativ till hela sin placering på Magelungen beskrev att det hen innan placering blivit lovad att själv kunna styra över sin placering och hur mycket hen skulle bo på behandlingshemmet, och avbryta om hen inte trivdes, men i stället känt sig rädd, kontrollerad och inte lyssnad på av personal. Hen beskrev att hen kände sig lurad och besviken på alla inblandade vuxna.

Droger och alkohol samt att ha koll på vad ungdomarna gör. Drygt var sjunde ungdom tog upp brister i arbetet kring droger och alkohol, och lika många tog upp att personalen inte hade tillräcklig koll på vad som hände i huset, framför allt på natten då personalen hade sovande jour. Här lyftes både behovet av att arbeta mer fokuserat mot droger, ha mer koll på vad som händer samt att inte skriva in ungdomar med en drogproblematik på behandlingshemmet.

”Jag anser att Magelungen bör jobba hårdare mot alkohol och droger och framför allt lyfta ordet missbruk samt mekanismerna bakom”.

”Drogpolicyn var ej hjälpsam. Inga konsekvenser när man bröt mot regler. Att bli utskriven utan urinprov - obegripligt! (...)”

”Magelungen skriver ibland in ungdomar med problematik man inte har kompetens för (droger)”.

”Att vi ungdomar kunde göra precis som vi ville på natten. (dricka och knarka)”.

”Ibland hade de dålig koll på vad som händer i huset”.

”Sovande jour - allt skit som hände på natten”.

Hantering av konflikter mellan ungdomar. Några ungdomar, knappt var tionde, tog upp att Magelungens HVB behöver bli bättre på att hantera och bemöta konflikter och kränkande beteende mellan ungdomar.

”Magelungen skulle behöva bli bättre på att hantera ungdoms konflikter”.

"(...) Uppmärksammas mer vid mobbning".

"Noggrannare med att uppmärksamma kränkningar och snicksnack boende emellan. Det hände ganska ofta att ungdomarna snackade skit om personalen och om varandra utan att det uppmärksammades. Att ungdomar snackar skit går inte att komma ifrån men att prata om kränkande behandling med hänvisning till likabehandlingsplanen tror jag personligen skulle vara en bra idé".

Struktur och regler. Knappt en av tio tog upp regler och struktur som ett förbättringsområde.

"Mer struktur, tydliga regler".

"Vissa regler skulle ha förtydligats".

"(...) Bättre middagsstruktur".

"Lite orättvist ibland".

Övriga teman som en eller ett par deltagare tog upp var tillgången på personal när andra ungdomar mådde dåligt, att ungdomsgruppens problematik var för varierande, läkarkontakten på behandlingshemmet och bristande kommunikation mellan personal. En ungdom beskrev att för tidig utflytt från behandlingshemmet och förlusten av stödet hen hade på behandlingshemmet hade lett till försämrat mående.

" (...) För varierande problematik hos ungdomarna - för mixat!"

"Om en ungdom mådde dåligt fanns inget kvar för de andra, all personal fanns med den som mådde först dåligt".

"Att det ska räcka till personal till ungdomarna (...)".

"Bättre läkarkontakter. Problem med medicinering. (...)".

"Jag flyttade ut för tidigt. Jag började må dåligt igen när jag inte längre bodde och inte heller hade kvar min samordnare".

Utöver detta svarade fyra vet ej/kommer ej på något, en att det inte finns så mycket allmänt negativt, en skrev att det mesta hen upplevt som dåligt berodde på hens personliga svårigheter och nämnde inget område och slutligen två svarade med nej/ingen kommentar.

Diskussion

Syftet med undersökningen var att utvärdera Magelungens behandlingshem, med fokus på utfall i form av måndeförändringar, aspekter av och faktorer relaterade till mentaliseringsförmåga, funktionsnivå och livssituation, samt nöjdhet med behandlingsinsatsen. Ungdomarna på Magelungens behandlingshem mådde vid insatsens inledning sämre än icke-klinisk jämförelsegrupp. Både efter behandling och vid uppföljning hade måendet förändrats till det bättre; svårigheterna minskade, skattat både av ungdom och förälder, ungdomarna besvärades mindre av sina svårigheter och självbilden var vid avslut och uppföljning mer positiv och mindre negativ än före behandling. Tillfredsställelse med livet och framtidshopp ökade likaså.

För att mäta aspekter av eller relaterade till mentaliseringsförmåga användes självskattning av alexitymi och anknytningsmönster. Den tydligaste skillnaden i skattad alexitymi var att svårigheterna minskade i delskalan svårighet att beskriva känslor. Övriga skillnader var små. Andelen ungdomar som skattade sig över kliniskt gränsvärde minskade från behandlingsstart till avslut och uppföljning för alla tre delskalor samt totalpoäng. Jämfört med normalgrupp skattade färre ungdomar vid behandlingsstart en trygg och fler en rädslofylld anknytningsstil. Andelen som skattade en trygg anknytningsstil ökade efter insats. Vid behandlingsstart var både anknytningsrelaterad ångest och anknytningsrelaterat undvikande något högre än normalgrupp. Dessa skillnader kvarstod inte efter behandling. Tydligast skillnad över tid var en minskning i ungdomarnas skattning av undvikande.

Vid avslut hade merparten av ungdomarna sysselsättning, med viss variation i omfattning samt grad av närvaro, och merparten flyttade till individuellt stödboende eller hem till förälder. En liten andel flyttade till annat HVB. Vid uppföljningen bodde knappt en av tio på någon form av behandlingshem eller stödboende. Knappt två av tre studerande, knappt en femtedel arbetade och nästan tre av fyra hade gymnasiekompetens. Vanligaste vårdformen eller vårdkontakten efter HVB var medicinering och psykoterapi eller individuella samtal, samt psykiatrisk öppenvård. De flesta var nöjda med Magelungen; 70 procent var positiva eller mycket positiva, medan 17,5 procent var negativa eller mycket negativa. Det ungdomarna skattade som mest hjälpsamt under placeringen var samordnare, följt av boende på Magelungens HVB.

Resultatet ligger i stort i linje med vad som framkommit i Magelungens tidigare undersökningar. Ungdomarna på HVB är en högt symptombelastad grupp som avviker stort från normalgrupp på flera mått på mående. Avvikelserna är ungefär lika stora som de noterade i Forskningsrapport 5 från 2014. Dock är de mindre gällande självanklagan, självhat och självförsummelse, men större för emotionella symptom. Förändringarna efter behandling var positiva även i Forskningsrapport 2 och Forskningsrapport 8. Effektstyrkorna var högre än i Forskningsrapport 2, där utfallsvariablerna och mätinstrumenten delvis var andra och där effekterna endast var små eller obefintliga (KASAM: 0,07; YSR: 0,27; Livets steg: 0,25). I jämförelse med Forskningsrapport 8 (som nuvarande undersökning bygger vidare på) var i stället effektstyrkorna generellt lägre, däribland Impact 0,46 mot tidigare 0,74, tillfredsställelse med livet 0,75 mot tidigare 1,04 och Tycker om sig själv 0,55 mot tidigare 0,98.

Flera faktorer kan bidra till förändrad behandlingseffekt. Det kan handla om förändringar i målgruppen, förändringar i verksamheten och i de organisatoriska förutsättningarna för verksamheten. Våra data visar inga stora förändringar av målgrupp, det har varit och fortsätter vara en belastad grupp som placeras på HVB. Vi kan se att de ekonomiska förutsättningarna förändrats över tid, där verksamheten behövt hitta vägar att fortsatt erbjuda högkvalitativ vård med minskade resurser. Magelungens HVB har sedan 2014 genomgått flera organisatoriska förändringar, bland annat införandet av MBT, flytt av skolverksamhet samt sammanslagning av de två behandlingshemmen. Den tidsperiod föreliggande resultat jämförs med hade mycket hög grad av stabilitet i organisation och personalgrupp vilket kan vara en delförklaring till den skillnad vi ser. Vi ser också att effektstyrkorna rapporterade i Forskningsrapport 8 (Strömbeck m.fl., 2017) var ovanligt höga, både i jämförelse med denna studie men också i jämförelse med Magelungens tidigare utvärderingar av våra behandlingshem (se Forskningsrapport 2) och även delvis i jämförelse med andra behandlingsinsatser inom Magelungen (se t ex. Forskningsrapport 14).

Liksom i Forskningsrapport 2 (Larsson med kollegor, 2008a) levde en stor andel vid uppföljning aktiva liv sysselsatta i skola eller med arbete och med ett självständigt boende. Trots att en stor andel var nöjda med och hade förtroende för Magelungen och tyckte att personalen kunnat lyssna på och förstå dem, var det ändå en lite större andel som var missnöjda i föreliggande undersökning i jämförelse med Larsson med kollegor (2008a).

Att jämföra resultaten i denna rapport med de resultat som WeMind och Fyren redovisat är svårt då vi till stor del använder skilda metoder, mätinstrument och mättillfällen. WeMind ligger närmst i metod, då de också använder skattning av psykiskt mående vid behandlingsstart och avslut, bland annat med SDQ. Jämförelsen försvåras av att de inte har redovisat förändring över tid utan endast problembelastning vid avslut av insats. Däremot redovisar WeMind måluppfyllelse, vilket inte är fokus i Magelungens systematiska utvärderingar.

Måluppfyllelse är ett intuitivt och talande mått på förändring då det på ett enkelt sätt besvarar frågan om vad behandlingen resulterat i, till skillnad från en beskrivning av måendeförändring som är svårare att omsätta i vilken betydelse förändringen har för ungdomarna. Trots det till synes enkla utfallsmåttet finns dock anledning att ifrågasätta hur tillförlitligt mått måluppfyllelse faktiskt är. Faktorer som hur målen formuleras, av vem, vem som avgör ifall ett mål är uppfyllt och hur detta går till, samt antal mål som formuleras och hur många av dem som faktiskt presenteras, är sådant som påverkar resultatet.

Både föreliggande studie och utvärderingen av Fyren visade på en positiv utveckling över tid för ungdomarna sett till psykiskt mående och funktionsnivå efter insats. Resultatet behöver dock fortsatt följas upp och då med ett minskat bortfall eftersom det riskerar att vara de ungdomar med negativ livsutveckling som inte deltar vid uppföljning efter behandlingsavslut. Magelungens utvärdering hade vid uppföljning (T3) ett betydligt högre bortfall än vad Fyren redovisade, där 81 procent deltog i studien. I Fyrens utvärdering var de ungdomar de inte fick kontakt med eller som avböjde medverkan tyngre belastade vad gäller drogproblematik, kriminalitet, umgänge med personer som använder droger och begår brott samt psykisk ohälsa

före inskrivning i verksamheten. På Magelungen var skillnaderna mellan de som endast deltog före behandling och de som även deltog vid avslut och/eller uppföljning små eller obetydliga.

Utvärderingen av Fyren byggde på data som samlades in upp till nio år efter utskrivning från HVB-hemmet. Detta gör att resultaten bör tolkas med försiktighet då data kan ha lägre tillförlitlighet vid en retroaktiv insamling samt att lång tid förflutit mellan insats och mättillfälle i flera fall. Oaktat dessa begränsningar är all uppföljning av hur det går över tid för ungdomar som varit placerade på behandlingshem betydelsefull, då vi vet att detta är en riskutsatt grupp för fortsatt negativ livsutveckling.

Aktuellt resultat i relation till MBT

MBT skapades ursprungligen för att behandla vuxna med emotionellt instabilt personlighetsyndrom, men har efter det anpassats för behandling av fler psykiatriska tillstånd samt för behandling av unga och deras familjer. På Socialstyrelsen (2022) står till exempel att läsa att målgrupp för MBT är ”barn och ungdomar med självskadebeteende, låg impuls kontroll eller svårigheter med affektreglering”. MBT syftar till ”att öka förståelsen för sina egna och andras känslor samt hur dessa påverkar ens egna och andras handlingar”.

Magelungens HVB implementerade mentaliseringsbaserad behandling som metod och förhållningssätt eftersom en ökad förmåga att mentalisera förväntades gynna de ungdomar som behandlingshemmet tar emot. Psykisk ohälsa, psykiatriska tillstånd samt otrygga anknytningsmönster har visat samband med lägre mentaliseringsförmåga. Mentalisering antas också ha betydelse för bland annat affektreglering, impuls kontroll, att skapa och bibehålla relationer samt upplevelse av agens i det egna livet (Bateman & Fonagy, 2016). Förmågor som ungdomarna har behov av att stärka och utveckla och ta med sig vidare i livet.

MBT ses som väl lämpad för behandlingshemmets målgrupp och verksamhet. Den anpassas efter den enskilda individen och den fokuserar på här och nu, vilket gör att träningsarenan blir stor då den går att använda i de flesta situationer som uppstår under en dag. Metoden bygger på relation, öppenhet och nyfikenhet, och strävar efter att bygga tillit och förmågor som leder till fortsatt utveckling efter avslutad behandling. Det är en icke-konfrontativ metod vilket främjar utforskande och tillitsskapande relationer. Att fokus på mentalisering präglar hela behandlingskontexten, inte minst personalens förmåga och utrymme att reflektera över sig själva och ungdomarna, ses också som en styrka eftersom personalens förmåga att möta ungdomen med bibehållen mentaliseringsförmåga och med lägre grad av stress och affekt, även när ungdomens känslor är starka, utgör en viktig del av behandlingsmiljön.

Vad säger resultaten om ungdomarnas mentaliseringsförmåga vid behandlingsstart och kan vi efter avslutad insats se några förändringar i ungdomarnas förmåga att mentalisera utifrån de mätinstrument vi använt? Vi kan konstatera att ungdomarna på Magelungens HVB, efter införandet av MBT, skiljde sig från normalgrupp vid behandlingsstart avseende högre skattad alexitymi samt lägre skattning av trygg anknytningsstil respektive högre rädslofylld anknytningsstil. Detta skulle kunna tyda på en lägre förmåga att mentalisera kring sig själv samt

en ökad utmaning att mentalisera i relation till andra utifrån en högre grad av ångestdrivna eller undvikande anknytningsstrategier. Vad gäller förändring över tid förelåg endast mindre förändringar sett till effektstorlek eller statistiskt signifikanta förändringar. Däremot minskade andelen ungdomar som skattade sig över kliniskt gränsvärde för alexitymi och den avvikelse från normalgrupp som fanns i anknytningsrelaterad ångest och undvikande vid behandlingsstart kvarstod inte vid behandlingsavslut. Likaså minskade anknytningsrelaterat undvikande över tid och en tredjedel av ungdomarna som skattade anknytningsstil vid T1 och T2 gick från otrygg till trygg anknytningsstil. Att undvikande minskade hos ungdomarna och att andel med trygg anknytningsstil ökade kan innebära ett ökat utrymme och gynnsammare förutsättningar för mentalisering, då känslor i nära relationer kan tolereras i högre utsträckning och anknytnings-systemet inte lika lätt aktiveras och slår ut mentaliseringsförmågan.

Mentaliseringsförmåga är dock inte det primära eller viktigaste måttet för behandlingsutfall. Även om ökad förmåga att mentalisera i teorin kan antas leda till andra positiva förändringar skulle inte detta utfallsmått ge oss tillräcklig information om insatsen gett önskat resultat. För ungdomarna är förbättrat mående och minskade svårigheter i livet viktigare utfallsmått – bättre psykiskt mående, en mer positiv självbild, bättre fungerande relationer och större förmåga att genomföra studier och arbete är alla tydligare markörer för en framgångsrik behandling. Samtidigt, om vi ser detta ur ett mentaliserande perspektiv skulle det kunna uttryckas som att de egna känslorna och tolkningen av egna och andras intentioner och känslor inte längre lägger krokben för oss i livet.

Då detta är en naturalistisk studie där vi inte kontrollerat för andra påverkande variabler eller jämfört med en grupp som fått en annan eller ingen behandlingsinsats, så kan vi inte uttala oss om ifall det är metoden och arbetssättet på behandlingshemmet som har lett till de resultat vi ser. Här får vi nöja oss med att konstatera att flera saker kan bidra till en ungdoms utveckling och förbättrade mående över tid. Det är ett viktigt resultat att vi ser att ungdomarna generellt mår bättre och att de lyckas bibehålla en mer fungerande vardag med skola, sysselsättning och självständigt boende alternativt kan återgå till att bo med sin familj.

Ett viktigt syfte med en systematisk utvärdering är också att påvisa om en insats leder till oönskade negativa effekter för individen eller om en positiv utveckling uteblir trots insats. För en del av behandlingshemmets målgrupp kan även en oförändrad skattning av mående och funktionsnivå samtidigt med avsaknad av negativ livsutveckling ses som ett gynnsamt resultat, då de placerats på grund av hög risk för fortsatt negativ utveckling och skada. Behandlingens viktigaste uppgift blir då att vända denna utveckling och hjälpa ungdomen genom en turbulent och svår tid. För dessa ungdomar kan resultatet av det stöd och den hjälp de tagit emot under placeringstiden visa sig först efteråt, då de är redo att ta nya kliv i livet.

I datamaterialet finns ungdomar som skattat inga eller mycket låg grad av svårigheter och psykisk ohälsa vid behandlingsstart, och som vid behandlingsavslut skattat sämre mående och högre grad av svårigheter. Dessa visar en negativ förändring och bidrar i sammanställningen av data till lägre positiv effekt. Det kan dock ur ett mentaliserande perspektiv ses som en positiv utveckling ifall detta är en ungdom som vid inledning av placeringen inte velat dela eller förmått se eller närma sig sina svårigheter och sårbarheter, men som under tiden på behandlingshemmet

har utvecklat en mer nyanserad bild av sig själv och hur hen behöver vara i världen, det vill säga att hen får vara en person med olika och motstridiga känslor och behov som ibland har det svårt och kan få stöd i detta.

Korta placeringar

I föreliggande utvärdering finns inte uppgift om huruvida ärenden fullföljts enligt uppdrag eller avslutats i förtid genom ändrade förutsättningar eller sammanbrott i placeringen. Detta har följts upp på behandlingsenheterna men har inte sammanställts centralt. Dock har vi data över placeringstid. I utvärderingen är gränsen för när ett ärende ska följas upp vid T2 och T3 satt vid sex månaders placering. Detta eftersom det är ovanligt att en fullföljd placering med uppnådda behandlingsmål är kortare än sex månader. För ungdomarna som deltog i studien var den genomsnittliga behandlingstiden knappt 15 månader. Därför kan vi anta att flertalet av de korta ärendena avslutades i förtid och inte till följd av fullföljd behandling.

När vi jämförde placeringsorsak med andel placeringar som avslutats inom sex månader framträdde ett tydligt mönster. Av samtliga ärenden där placeringsorsak angetts resulterade 26 procent i kort placering. Detta kan jämföras med att 71 procent av ärenden med tidigare historik av drogbruk eller riskfyllt alkoholbruk och 60 procent av ärenden som angett kriminellt beteende som orsak till placering avslutats inom sex månader. Sammantaget för normbrytande beteende låg andelen korta ärenden på 45 procent. Av ärenden där ungdomen hade varit tidigare placerad i familjehem, på annat HVB-hem eller på SiS-institution avslutades 59 procent inom sex månader. Den placeringsorsak med lägst andel korta placeringar var de som beskrev faktorer i familje- eller hemsituationen, där endast 15 procent resulterade i en kort placering. Gemensamt för dessa var att hemsituationen endast var en del av orsaken. I fyra femtedelar av dessa angavs även tidigare placering utanför hemmet, oro för eller bruk av alkohol och droger eller kriminellt beteende som anledning till placering. Bilden som framträder stämmer väl med forskning som visat att erfarenhet av tidigare placering utanför hemmet samt beteendeproblem hos den unge vid insatsens början utgör tydliga riskfaktorer för sammanbrott i samhällsvård (se bland annat Oosterman m.fl., 2007, eller Vinnerljung m.fl., 2001).

Det är viktigt att fundera över varför det ser ut så. Till del kan det handla om att ungdomar med uttalad drogproblematik och kriminellt eller normbrytande beteende inte utgör behandlingshemmets målgrupp, och att struktur, ramar och behandling därför inte är anpassade för denna målgrupp. Det kan handla både om bristande kompetens och rutiner på behandlingshemmet och om att ett behandlingshem med lägre grad av yttre kontroll inte är tillräckligt för dessa ungdomar. När vi ser till kritik som en del ungdomar framfört vid uppföljningen så rör den bland annat behandlingshemmets regler och rutiner kring droger och alkohol och att den sovande jousen innebär en lägre grad av kontroll av vad ungdomarna gör nattetid. Magelungens HVB arbetar i stor utsträckning med att bygga tillit i relationerna mellan ungdom och personal. En tillit som bygger på att ungdomen respekteras, bekräftas och bemöts som en tänkande och kännande autonom individ som vill ta ansvar i sitt eget liv. Likaså är ömsesidig tillit en förutsättning för behandling eftersom ett öppet behandlingshem som Magelungens HVB inte kan

bygga på kontroll och tvång och att ungdomen därför själv behöver välja både att följa gemensamma regler och att ta emot hjälp.

Att det framträder ett så tydligt mönster ger oss också viktig information om vad dessa ärenden kräver av behandlingsverksamheten och av socialtjänsten som placerar ungdomen. Då vi känner till att dessa faktorer utgör en extra risk för att placeringen avbryts i förtid behöver vi se till att övriga förutsättningar är så gynnsamma som möjligt. Det är oftare i ärenden med sammanbrott i tidigare placering eller med hög oro kring ungdomens eget beteende, som frågan om placering ställs i akut läge med önskan om snabb placering. Detta leder till sämre möjlighet av matchning och till att viktig information kan förbises eller inte komma fram, till exempel omfattningen av ungdomens drogproblematik. Ungdomar som kommer med tidigare misslyckade placeringar i bagaget har ofta med sig en låg tilltro till att någon eller något kommer att vara till hjälp och behöver tryggas och förberedas i högre grad vid insatsens start än andra ungdomar. Det är viktigt att inte hoppa över de steg som kan bygga trygghet, såsom delaktighet inför inflytt, att få besöka behandlingshemmet, träffa personal och höra om hur vardagen och behandlingen ser ut, att behandlingshemmet vid inflytt kan tillse att ungdomens tilltänkta samordnare finns på plats och tar emot första dagen och att ungdomens team finns i tjänst regelbundet under de första dygnet på boendet.

Styrkor och svagheter med studien

Magelungens utvärderingar har pågått sedan slutet av 90-talet. Fastän mätinstrument, respondenter och mättillfällen delvis ändrats över tid är den huvudsakliga undersökningsdesignen densamma. Dessutom finns stora likheter mellan utvärderingarna av Magelungens olika behandlingsinsatser, något som möjliggör jämförelser både över tid och mellan insatser.

Inbyggt i Magelungens utvärderingsdesign finns därmed också återkommande styrkor (t ex naturalistisk design) och svagheter (däribland avsaknad av kontrollgrupp). Låg svarsfrekvens och bortfall vid eftermätning och uppföljning minskar generaliserbarheten. Detta medför att det blir osäkert att veta säkert ifall resultatet gäller hela populationen (alltså för alla ungdomar på Magelungen) eller endast den undersökta gruppen. Trots arbete med att förbygga bortfall tycks detta vara ett problem som är svårt att bygga bort.

Nytt i denna studie är ett par instrument som ska mäta aspekter av eller relaterade till mentaliseringsförmåga. Instrumentet valdes ut i samspråk med forskare och praktiker inom fältet, och har tidigare används i studier kring mentalisering. TAS-20 har tidigare använts för att mäta "self-rated affective mentalisation" (Löf m.fl., 2018). Instrumentet har i upprepade undersökningar uppvisat god faktorstruktur och reliabilitet (Taylor m.fl., 2003). TAS-20 har också föreslagits som mått på förmåga till mentalisering av Bateman och Fonagy (2012). Trots detta är formuläret oprövat som utfallsmått vid MBT. ENR tycks kunna vara ett tillförlitligt mått på anknytningsstil, men begreppet är ändå särskilt från mentaliseringsförmåga. Som mått på förändrad mentaliseringsförmåga är därför både TAS-20 och ENR tveksamma.

Till skillnad från att endast förlita sig på en respondent eller informant, till exempel en ungdoms skattning, tillfrågas förälder och vid behandlingsavslut även behandlingspersonal om att uppskatta ungdomens symptom via formuläret SDQ. Detta är en styrka med studien då vi kan undersöka samstämmighet mellan bedömare (så kallad interbedömarreliabilitet). Trots att viss diskrepans mellan bedömare är förväntad är dock den stora skillnaden som uppstår i vissa delskalor förvånande. Att belastningspoängen (Impact factor) är negativt korrelerad mellan föräldraskattningen och personalskattning, där högre värden skattade av förälder hänger samman med lägre värden skattade av personal, är svårt att förklara.

Systematisk utvärdering av en behandlingsverksamhet har flera viktiga syften och kan gagna det sociala arbetet på flera sätt. Utöver att undersöka utfall kan det bidra till kompetensutveckling för den personal som genomför och tar del av utvärderingen. Anderberg (2015) skriver i utvärderingen av HVB-hemmet Fyren att ett överordnat syfte i deras undersökning varit att ”uppföljningen ska ge personalen en ökad kunskap och beprövad erfarenhet om sin målgrupp och den förändring de genomgår” (s. 7). Anderberg lyfter även att en uppföljning kan vara behandlingsfrämjande för den enskilda individen. På Magelungen är uppföljningstillfället en möjlighet att återkoppla och konsolidera det som skett under insatsen. Det kan även utgöra en trygghet samt ha en behandlande effekt att ha en inplanerad kontakt med någon i teamet när ungdomen ska lämna det sammanhang som utgjort hela hans tillvaro under lång tid.

Att utvärdera en verksamhet med en naturalistisk studiedesign, med låg kontroll över variabler och i en komplex behandlingsverksamhet, medför många utmaningar och begränsningar, samtidigt som det innebär en styrka att forskningen närmar sig praktiken och kunskapandet blir en ömsesidig process mellan forskare och praktiker. Ju fler som utforskar och utvecklar metoder för naturalistiska studier i pågående verksamheter med all dess komplexitet, desto större blir mängden kunskap och förståelse för dessa unga och vad som faktiskt hjälper dem vidare i livet.

Vidare studier

I jämförelse med andra verksamhetsområden inom Magelungen innefattar utvärderingen av vårt behandlingshem fler antal mätinstrument. En del av dessa är beprövade sedan tidigare, medan andra (TAS-20 och ENR) lades till när verksamheten började arbeta mentaliseringsbaserat. Mentaliseringsförmåga kan vara värd att mäta dels i kartläggningssyfte före behandling, dels som ett utfallsmått.

Då ett alltför stort utvärderingsbatteri kan vara tidskrävande och upplevas belastande av såväl ungdom som personal skulle det framöver kunna kortas ner. Exempelvis skulle ENR kunna ersättas med en kortare version med nio frågor i stället för nuvarande 36 (Sarling m.fl., 2021). Avses mentaliseringsförmåga mätas skulle också andra instrument kunna vara att föredra för att fånga mentaliseringsförmåga, till exempel RFQ-Y. En central fråga handlar om ifall instrumenten upplevs som meningsfulla och användbara av behandlingspersonalen. En annan handlar om ifall de är användbara för att beskriva utfall i form av förändring efter behandling.

Alla placeringar ser inte heller likadana ut. Vad och i vilken omfattning en ungdom tar del av olika behandlingsinslag kan variera. Om vi framöver inkluderar information om behandlingsinnehåll i varje ärende så går det att fånga upp mer specifikt vad som kan påverka utfallet. På samma sätt kan ett mått på behandlingstrohet gällande MBT inkluderas för att undersöka hur pass implementerad och levande metoden är på behandlingshemmet, och hur mycket det påverkar förändring i mentaliseringsförmåga.

I utvärderingar av behandlingsinsatser kan utfall mätas på olika sätt; förutom utfallsvariabler kan mätinstrument och analysmetod variera. För att underlätta jämförelser mellan verksamheter och för att lära om vilka metoder och förhållningssätt som fungerar för vilka målgrupper, finns dock stora fördelar med en likriktning i undersökningar. WeMind undersöker bland annat måluppfyllelse och vad ungdomen går vidare till efter avslutad behandling. Magelungen har i den systematiska utvärderingen börjat registrera anledning till avslut för att bland annat kunna notera andel avbrott och sammanbrott, samt uppgift om insats utanför Magelungen efter avslut.

En viktig utfallsvariabel att mäta handlar om närvaro i skolan. Framgång i skolan är en stark skyddsfaktor. Inom Magelungens andra verksamheter (se t ex Forskningsrapport 11) har denna variabel mätts under en längre tid. I utvärderingen av HVB lades den till i april 2020 och sammanställning av data i föreliggande rapport är begränsad, då endast sju ungdomar varit aktuella för före- respektive eftermätning och data vid minst två mättillfällen endast finns för fyra ungdomar. Magelungen kommer att fortsätta mäta och rapportera skolnärvaro utifrån att skolframgång är en viktig skyddsfaktor för dessa ungdomar.

Praktiska implikationer

Magelungens behandlingshem arbetar mentaliseringsbaserat, något som tycks vara relativt ovanligt bland behandlingshem i Sverige. Åtminstone nämns det inte som arbetsmetod i Giselsson med kollegor (2021) och få behandlingshem uppger på sin hemsida eller i söktjänst att de arbetar med metoden. Metoden är skapad för behandling av EIPS och har utvecklats för andra personlighetssyndrom, psykiatriska diagnoser och målgrupper, såsom MBT-C och MBT-A för barn respektive ungdomar. MBT-A har även tillämpats inom heldygnsvård i andra europeiska länder. Det har även utvecklats en mentaliseringsbaserad insats för svårt belastade unga med social och psykiatrisk multiproblematik som är svåra att nå med behandlingsinsatser.

Är då MBT rätt för alla våra ungdomar? Kan och bör det implementeras brett eller bör det riktas till vissa patientgrupper? Här är det viktigt att se att mentaliseringsbaserad behandling utgör ett ramverk, där även andra metoder och anpassningar till specifika diagnoser eller svårigheter ryms. Till exempel är autismspektrum-diagnos vanligt i behandlingshemmets målgrupp. För dessa behöver MBT kombineras med en mer pedagogisk ansats och det utforskande arbetet anpassas till vad som är meningsfullt för ungdomen. MBT är ett levande redskap som kan och ska anpassas efter förmågor och förutsättningar hos ungdomen. Det är dock en viktig fråga och en utökad analys av målgrupp kopplat till utfall kan i framtiden ge svar på om metoden visar sig mer eller mindre lämpad för olika undergrupper.

Slutsats

HVB är en omfattande och resurskrävande insats som varje år berör många individer varav en stor andel är unga i en utsatt livssituation. Trots detta är kunskapen om dess effekter låg. För att citera Vinnerljung och Andreassen (2015, s. 4): ”Det är en paradox att man lägger stora resurser på att placera ungdomar på institution, men mycket få resurser på att ta reda på hur de fungerar”. Dessutom saknas kunskap om vad det är som gör skillnad, alltså vilka metoder eller interventioner som kan göra skillnad och som passar att använda på ett behandlingshem. Magelungen har sedan start systematiskt utvärderat de egna behandlingsverksamheterna.

Magelungen HVB Söder är en högkvalitativ verksamhet där välutbildad behandlingspersonal arbetar dygnet runt, med en tydlig ram och ett teoretiskt grundat arbetssätt. Utvärderingen av Magelungens behandlingshem visar på lovande resultat, med positiva förändringar i mående och livssituation och hög grad av nöjdhet efter insats. Något som skapar osäkerhet i resultatets generaliserbarhet är dock det stora bortfallet.

Mentaliseringsbaserad behandling som metod och förhållningssätt har i det dagliga arbetet på behandlingshemmet efter implementering fortsatt uppfattas som gynnsam för ungdomarna och väl anpassad till verksamhetens uppdrag och arbetssätt. Detta tillsammans med det positiva utfallet gör att vi bedömer att MBT med fördel kan användas i arbete med ungdomar placerade på HVB. För ungdomar med låg tillit till vuxna och till samhället i stort blir personalens förmåga att möta dem där de befinner sig avgörande för en lyckad insats. För unga i samhällets vård kan en trygg miljö med genuina relationer till personal de upplever bryr sig om, lyssnar till och förstår dem, med kompetens och kunskap som ungdomen litar till, leda till en livsavgörande förändring.

Referenser

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing Inc..
- Anderberg, M. (u.å.). *Hur har det gått för ungdomarna på HVB-hemmet Fyren? En uppföljning*. Linnéuniversitetet/Ljungby kommun.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, *1*, 1–26.
- Armeliuss, K., & Benjamin, L. S. (1998). SASB. Strukturell Analys av Socialt Beteende.
- Armeliuss, B.-Å., Fransson, P., Henningsson, M., Hemphälä, M., & Sundbom, E. (2002). *En 5-årsstudie av patienter och personal vid Magelungen 1992–1997*. Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bateman, A., Bales, D., & Hutsebaut, J. (2014). *A quality manual for MBT*.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. Oxford University Press.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, *81*(5), 392–425.
- Benjamin, L. S. (1996). Introduction to the special section on Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1203–1212.
- Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., & Asen, E. (2013). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, *18*(1), 46–51. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00666.x>
- 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>
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD.

Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8(4), 396–401.
<https://doi.org/10.1037/per0000210>

- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. I J. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46–76). New York: Guilford Press.
- Broberg, A., & Granqvist, P. (2003). Erfarenheter av nära relationer.
- Broberg, A., & Zahr, M. (2003). Erfarenheter av nära relationer/modifierad.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick (NK): Rutgers University Press.
- Clinton, D., Norring, C., & Eriksson, B. (1995). BoB. Frågeformulär om bakgrund och behandling vid Anorexi/bulimi. Stockholm: SUFSA.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2:a uppl.). New York: Routledge.
- Cortés-García, L., McLaren, V., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2021). Attachment, mentalizing, and eating disorder symptoms in adolescent psychiatric inpatients and healthy controls. A test of a mediational model. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01017-z>
- Engdahl, S., & Strömbeck, J. (2020). UT-BoB för Behandlingshem. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2006). MUBoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Giselsson, E., Degner, J., & Wassberg, A. (2021). *HVB-hem i praktiken. Från forskningsresultat till (be)handling*. Lund: Studentlitteratur.
- 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>

- Gutterswijk, R. V., Kuiper, C. H. Z., Lautan, N., Kunst, E. G., Van Der Horst, F. C. P., Stams, G. J. J. M., & Prinzie, P. (2020). The outcome of non-residential youth care compared to residential youth care. A multilevel meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, *113*, Article 104950. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104950>
- Hübinette, M. (1992). *Från "enfald" till mångfald? En beskrivning av ett förändringsarbete på Magelungens behandlingshem 1988-1992*. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Hübinette, M., Lindgren, T., & Westlund, T. (2003). *Forskningsprojekt vid Magelungens behandlingscenter 1999-03-01 t o m 2002-12-31. Behandlingsresultat av dag- och dygnet-runt behandling för ungdomar med allvarliga psykiska problem*. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2016). *Mentaliseringsbaserad terapi. Manual och bedömningsskala*. Malmö: Liber.
- Kéri, V., & Wiwe, M. (2017). *Mentalisering och psykisk ohälsa hos ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Kline, R. B. (2009). *Becoming a behavioral science researcher. A guide to producing research that matters*. New York: The Guildford Press.
- Kuiper, G. S., & Bekker, M. H. J. (2012). Attachment, mentalization and eating disorders. A review of studies using the Adult Attachment Interview. *Current Psychiatry Reviews*, *8*(4), 326–336. <https://doi.org/10.2174/157340012803520478>
- Lane, R. D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. E., & Kaszniak, A. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosomatic Medicine*, *62*(4), 492–501. <https://doi.org/10.1097/00006842-200007000-00007>
- Lanier, P., Jensen, T., Bryant, K., Chung, G., Rose, R., Smith, Q., & Lackmann, L. (2020). A systematic review of the effectiveness of children's behavioral health interventions in psychiatric residential treatment facilities. *Children and Youth Services Review*, *113*, Article 104951. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104951>
- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2008a). *Ungdomsförändring (UNGFÖR). En retrospektiv uppföljning med kliniskt fokus vid Magelungens Behandlingscenters HVB-institutioner. Kartläggning av utfall bland 17 ungdomar (Magelungens rapportserie Forskningsrapport nr 2)*. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Larsson, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2008b). *Ungdomsförändring (UNGFÖR). Utveckling av vetenskaplig och kliniskt relevant metodik för forskning och kvalitetssäkring vid Magelungens Behandlingscenters HVB-institutioner. Processbeskrivning och analys (Magelungens rapportserie Forskningsrapport nr 1)*. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.

- Lindgren, T. (2006). *Magelungens behandlingscenter. MBC Farsta. MBC Södermalm*. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- 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.
- Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status. A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *92*(4), 465–498. <https://doi.org/10.1111/papt.12195>
- 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>
- Robinson, P., Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2019). *Hunger. Mentalization-based treatments for eating disorders*. New York: Springer International Publishing.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Sarling, A., Jansson, B., Englén, M., Bjärtå, A., Rondung, E., & Sundin, Ö. (2021). Psychometric properties of the Swedish version of the experiences in close relationships – relationship structures questionnaire (ECR-RS global nine-item version). *Cogent Psychology*, *8*(1), 1926080. <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1926080>
- SBU. (2019). *Prioriteringar för forskning inom socialtjänsten*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/prioritering-av-vetenskapliga-kunskapsluckor/prioriteringar-for-forskning-om-socialtjansten/>
- SBU. (2023). *Kunskapsluckor*. <https://www.sbu.se/sv/kunskapsluckor-sok/?freetext=hvb&page=2>
- Schroeders, U., Kubera, F., & Gnambs, T. (2022). The structure of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). A meta-analytic confirmatory factor analysis. *Assessment*, *29*(8), 1806–1823. <https://doi.org/10.1177/10731911211033894>
- Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., Patel, A. B., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *73*(4), 311–338. <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.4.311>

- Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L.-G., Törestad, B., Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2000). A Swedish translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Cross-validation of the factor structure. *Scandinavian Journal of Psychology*, *41*, 25–30.
- Socialstyrelsen. (2010). *Social rapport 2010*.
- Socialstyrelsen. (2020). *Placerade barn och unga. Handbok för socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen. (2022). *MBT (Mentaliseringsbaserad terapi)*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/mbt-mentaliseringsbaserad-terapi/>
- Socialstyrelsen. (2023). *Metodguiden för socialt arbete*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/>
- Socialstyrelsen. (2023). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2022*.
- Strand, L., & Ståhl, K. (2008). *Att skatta sin kärleksrelation. En studie av självskattningsinstrumentet ENR* [Examensuppsats]. Stockholms universitet.
- Strijbosch, E. L. L., Huijs, J. A. M., Stams, G. J. J. M., 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. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2015.09.018>
- Strömbeck, J., Karlsson-Söderström, P., & Engdahl, S. (2021). *Utvärdering av Magelungen Heldag. Uppföljning och utfall efter behandling* (Magelungens rapportserie Forskningsrapport nr 14). Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2014). *Målgruppsbeskrivning. Kartläggning av 139 ungdomar som placerats på Magelungens behandlingshem, resursboende och dagverksamheter år 2009-2012* (Magelungens rapportserie Forskningsrapport nr 5). Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2017). *Behandlingsresultat Magelungen. Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet (HSP), behandlingshem och resursboende (B0)*. (Magelungens rapportserie Forskningsrapport 8). Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2012). UPP-BoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling. Stockholm: Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Palmér, R., Sundberg Lax, I., Fäldt, J., Karlberg, M., & Bergström, M. (2019). *Utfall av ett KBT-baserat behandlingsprogram för hemmasittare. Utvärdering av Magelungens Hemmasittarprogram (HSP)* (Magelungens rapportserie 11). Stockholm: Magelungen Utveckling AB.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277–283. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00601-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00601-3)
- Tromp, N., van Dijk, R., Saunders, R., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-Based Treatment in adolescent inpatients. A naturalistic multi-informant study of outcomes. *Journal of Personality Disorders*, 35(6), 881–901. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_517
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.
- Vinnerljung, B., & Andreassen, T. (2015). *Barn och unga i samhällets vård. Forskning om den sociala dygnsvården* (Forskning i korthet 4). Stockholm: FORTE.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M., & Kyhle Westermarck, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar. Om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Wiklund, I., Gorkin, L., Pawitan, 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>
- WeMind (2022). Kvalitetsrapport.
- WeMind HVB (2022). Kvalitetsberättelse.

