



MAGELUNGEN

Utvärdering av Magelungens behandlingsskola låg- och mellanstadium

Rapport 18

Uppföljning och utfall efter behandlingsinsats

2009–2024

Johan Strömbeck
Selma Engdahl
Katarina Apel
Tina Flyckt

2025

Förord

Tack till referensgruppen – Kalle Dahlin, Hans Lindblom och Carina Wilén – som har läst och gett feedback. Tack forskningsansvariga datainsamlare på Magelungen. Tack deltagande barn och föräldrar.

Medverkande författare

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

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

Katarina Apel, socionom, familjebehandlare Magelungen Älvsjö, yngre barn.

Tina Flyckt, lärare, mentor Magelungen Älvsjö, yngre barn.

Innehåll

Sammanfattning	0
Inledning	1
Yngre barn i socialtjänstens vård	1
Risk för negativ utveckling.....	1
Tidiga insatser.....	2
Magelungens behandlingsskola låg- och mellanstadium.....	3
I jämförelse med högstadiet	3
Målgrupp	4
Mål och organisation.....	5
Arbetsätt, struktur, och innehåll.....	6
Tidigare utvärderingar av Magelungens behandlingsskolor	7
Syfte och frågeställningar.....	8
Metod.....	9
Deltagare	9
Mätinstrument	10
Strengths and Difficulties Questionnaire	10
Livets steg	10
IN-BoB, UT-BoB och UPP-BoB.....	10
Skolnärvaro.....	11
Procedur	11
Dataanalys	12
Resultat.....	13
Bortfallsanalys	13
Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp	13
Självskattningar – barnets mående över tid	15
SDQ-S.....	15
Livets steg	16
Föräldrarnas skattning av barnets mående över tid	16
SDQ-F.....	16
Lärarskattning av barnets mående vid behandlingsavslut.....	18
Skolnärvaro.....	18
Nöjdhet.....	19
Barnens upplevelse av Magelungen.....	20
Diskussion	21
Styrkor och svagheter med studien	23

Vidare studier	24
Slutsats.....	24
Referenser	26

Sammanfattning

På grund av den betydande risken för framtida negativ livsutveckling får vissa barn intensiva och kostsamma samhällsvårdande insatser in redan före 12 års ålder. Magelungens behandlingsskola för låg- och mellanstadiet är en sådan insats och riktar sig till barn i åldrarna 6–14. I denna studie undersökte vi målgrupp och utfall för Magelungens låg- och mellanstadieverksamheter och jämförde resultaten högstadieverksamheterna. Deltagare var barn i åldrarna 8–13 ($M = 10,9$, $SD = 1,1$) samt deras föräldrar ($n = 63$). Gruppen jämfördes med 369 ungdomar (12–17 år; $M = 14,1$, $SD = 1,2$) från Magelungens behandlingsskolors högstadieverksamhet. Resultatet visade att måendet vid behandlingsstart var sämre än för normalgrupp och sämre än för Magelungens högstadieelever. Efter behandling förbättrades måendet; svårigheterna minskade, föräldrarna rapporterade minskad belastning, medan barnens skattningar inte visade samma förändring. Livstillfredsställelsen förbättrades inte efter behandling, men uttryckte nöjdhet med Magelungen. Utfallet på låg och mellanstadiet skilde sig inte signifikant från högstadiet. Arbetssättet skiljer sig delvis mellan grupperna, främst genom åldersanpassningar. För framtida utvärderingar bör åldersanpassade skattningar av psykisk hälsa övervägas för att bättre involvera barnen själva.

Inledning

De flesta intensiva och kostsamma insatser som samhällsvårdande instanser erbjuder barn och unga sker i tonåren. Innan dess handlar det oftare om mindre ingripande insatser, så som extra stöd i skolan, tidiga samordnade insatser eller föräldrastöd. För vissa barn är dock problemen så omfattande och uppträder så tidigt att behandlingsinsatser bedöms nödvändiga redan före 12 års ålder. Svårigheterna kan handla om multipla diagnoser, trauma, svåra familjesituationer och/eller ett fysiskt utåtagerande sätt gentemot andra elever och personal.

Magelungen tar emot denna målgrupp – barn vars problem har blivit omfattande redan i tidig ålder. I tidigare rapporter har behandlingsskolan utvärderats (senast i Forskningsrapport 14), men vi har aldrig tidigare undersökt de enheter som arbetar med yngre åldersgrupper separat. I denna rapport granskar vi därför verksamheterna för yngre barn för att se om målgrupp, arbetssätt och utfall skiljer sig åt från behandlingsskolan Heldaig i stort.

Yngre barn i socialtjänstens vård

den 1 november 2023 hade 34 863 barn och unga minst en behovsprövad öppenvårdsinsats. Under hela året 2023 fick totalt 74 663 barn och unga i åldrarna 0–20 minst sådan insats. Av dessa insatser var 18 990 strukturerade öppenvårdsprogram (Socialstyrelsen, 2024a). Strukturerad öppenvård definieras som ”individuellt målinriktade program som är regelbundna, begränsade i tiden och i vilka klienterna är inskrivna och vistas under hel dag eller del av dag” (Socialstyrelsen, 2014).

Av de som deltog i strukturerad öppenvård under 2023 var 9903 i åldern 0–12 år, 7712 i åldern 13–17 år och 1375 i åldern 18–20 år. Andelen av befolkningen i ett strukturerade öppenvårdsprogram var något lägre för barn 0–12 år (0,64 %) än för unga 13–17 år (1,23 %). I gruppen 0–12 år var programmen något vanligare bland pojkar (0,69 %) än bland flickor (0,59 %). Antalet pojkar i denna åldersgrupp 5488, jämfört med 4415 flickor (Socialstyrelsen, 2024a). Andelen av befolkningen som deltagit i strukturerad öppenvård har ökat från 2005 till 2023 (Socialstyrelsen, 2024b).

Risk för negativ utveckling

Erfarenheter under barndomen kan öka risken för en negativ livsutveckling. Skola är här en avgörande skyddsfaktor (Socialstyrelsen, 2010). En fungerande skolgång ger möjlighet till akademisk utveckling, sociala relationer och social kompetens, samt träning i problemlösning och samarbete (Kearney & Graczyk, 2014). Frånvaro från skolan kan därför leda till sämre läskunnighet, lägre akademiska prestationer och sämre måluppfyllelse (Ansari & Pianta, 2019; Ehrlich m.fl., 2018; Gottfried, 2014; Heyne m.fl., 2025).

Låg akademisk prestation är i sin tur en riskfaktor för framtida psykisk ohälsa (Högberg et al., 2024a; Högberg et al., 2024b). I en studie av Högberg med kollegor (2024a) analyserades slutbetyg för 2 252 703 svenskar som avslutade grundskolan mellan 1990 och 2010, och dessa

jämfördes med erfarenhet av psykiatrisk slutenvård upp till åtta år senare. Studien visade ett samband mellan låga betyg, avbruten gymnasieutbildning och internaliserande symptom. Med tanke på dessa betydande risker krävs tidiga och riktade insatser för att bryta utvecklingen.

En paraplyöversikt (Sahle m.fl., 2022) som omfattade 68 översiktsstudier visade att 24 olika negativa livshändelser under barndomen (*eng.* Adverse Childhood Experience; ACE) är kopplade till en ökad risk för vanliga psykiatriska tillstånd, så som ångestsyndrom, depression och självmord. Dessa negativa livshändelser inkluderar bland annat mobbning, misshandel, försummelse och diskriminering på grund av etnicitet eller sexuell läggning. Även familjerelaterade faktorer ingår, exempelvis skilsmässa, konflikter mellan föräldrar och psykisk ohälsa hos föräldrar. Forskning visar dessutom att ju fler ACE en individ utsätts för, desto större blir risken (Metzler m.fl., 2017).

Tidiga insatser

För barn som riskerar en ogynnsam livsutveckling kan tidiga insatser avgörande (Toews m.fl., 2024). Förebyggande arbete kräver samverkan mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Skolan har här ett centralt uppdrag att främja barns utveckling och lärande i en trygg miljö. Utmaningar utanför skolan kan påverka elevernas skolgång, vilket gör det viktigt att tidigt uppmärksamma signaler på behov av stöd. En fungerande skolgång är en stark skyddsfaktor som bidrar till god hälsa och framtida delaktighet i samhället. För att undvika att barn faller mellan stolarna krävs en välfungerande samordning mellan olika aktörer (Skolverket, 2025a).

Skolverket och Socialstyrelsen lyfter gemensamt vikten av tidiga och samordnade insatser (TSI) för barn och unga ned risk för en ogynnsam utveckling. Det är viktigt att tidigt uppmärksamma tecken på risk för en ogynnsam utveckling och sätta in tidiga och samordnade insatser för barn där problematiken riskerar att påverka skolgången negativt, med skolmisslyckande och negativ livsutveckling till följd av (Skolverket, 2025b; Socialstyrelsen & Skolverket, 2023). TSI handlar om att fånga upp barn utifrån svårigheter som blir synliga i hemmet och i skolan. Ett hinder för TSI är organisatoriska glapp.

Trots att behovet av tidiga och samordnade insatser är välkänt, och att tvärprofessionella team lyfts fram som centrala i detta arbete, är tillgången till behandlingsskolor i Sverige begränsad, speciellt för den yngre åldersgruppen. Några aktörer som bedriver behandlingsskolor för barn i låg- och mellanstadieåldrarna är bland andra Eviaskolan (WeMind, 2025) som erbjuder verksamhet för årskurs 4–9, UngArt Resursskola och öppenvård (UngArt, 2025) för årskurs 5–9, samt Tyresö kommuns egna grupper - en kommunal lärostudio med behandling för årskurserna F–3, 1–9 samt F–6. Eller 1–3 och 4–9 (Tyresö kommun, 2025). Alltför ofta är det dock oklart vilka resultat dessa insatser ger och om de vilar på forskningsbaserad kunskap.

Behandlingsskolor, i litteraturen bland annat benämnda *Therapeutic Day Programs*, eller *Alternative Educational Programs*, tycks kunna ge positiva effekter (se Forskningsrapport 14 för beskrivning). Grizenko (1997) undersökte utfallet av en behandlingsskola (*eng.* Day Treatment Program) i en studie med 33 barn (varav 30 pojkar) i åldrarna 5 till 12 år. Barnen

följdes upp fem år efter avslutad behandling. Resultaten visade bland annat på förbättringar i akademiska prestationer, kamratrelationer och övergripande funktionsnivå (*eng. global functioning*).

Magelungens behandlingsskola låg- och mellanstadium

Magelungens behandlingsskola är en form av strukturerad öppenvård som kombinerar behandling och skola. Magelungen har bedrivit integrerad behandling och skola sedan 1995. Behandlingsskolorna utvecklades för att möta behovet av en intensiv behandlingsform som innebär ett mindre ingrepp i familjen än placering på HVB-hem (Marklund m.fl., 2010). År 2005 fick Magelungen grundskoletillstånd, vilket innebar att verksamheten även blev en friskola. Detta öppnade nya möjligheter för skolmässig inkludering och för att eleverna skulle kunna nå kunskapsmålen (Rizzo m.fl., 2019). Tillstånd utfärdades av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och verksamheterna styrs främst av Socialtjänstlagen (SoL, 2001) och Skollagen (2010). Uppdragsgivare för insatser vid Magelungens behandlingsskola är socialtjänsten och skolförvaltningen. Även barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kan vara uppdragsgivare, men detta är idag ovanligt. För närvarande finns Magelungen behandlingsskolor i Gävle, Göteborg, Helsingborg, Jönköping, Solna, Stockholm, Södertälje, Uppsala och Örebro.

Liksom övrig verksamhet inom Magelungen växte behandlingsskolorna fram ur en ambition att överbrygga de organisatoriska mellanrum som uppstår när ett barn samtidigt behöver stöd och insatser från fler aktörer. När ingen aktör ensam kan tillgodose barnets behov och etablerad samverkan saknas finns en risk att barnet och familjen inte får det stöd de behöver. Det är därför viktigt att insatser planeras och genomförs utifrån ett helhetsperspektiv på barnets och familjens situation. Skolverket och Socialstyrelsen identifierar också organisatoriska mellanrum som möjliga hinder för tidiga och samordnade insatser (Skolverket, 2025b).

Magelungens behandlingsskola är organiserad med ett gemensamt ledarskap mellan rektor och behandlingsschef samt ett professionsöverskridande teamarbete. Teamet består av samordnare/ungdomsbehandlare (socionomer/beteendevetare), mentorer (pedagoger/specialpedagoger), familjebehandlare (psykoterapeuter eller liknande) samt ett elevhälsoteam med psykolog, läkare, skolsköterska, kurator och studie- och yrkesvägledare.

Den första behandlingsskolan inom Magelungen var en högstadiesamverksamhet för ungdomar i åldern 12–17 år. År 2008 öppnade den första verksamheten för yngre barn i Stockholm. Som mest har det funnits fyra verksamheter för låg- eller mellanstadieelever. Idag finns tre: ett låg- och mellanstadium i Älvsjö (Stockholm), en integrerad mellan- och högstadiesamverksamhet i Örebro samt, sedan 2025, en mellanstadiesamverksamhet i Södertälje. Utöver dessa har ytterligare två behandlingsskolor tillstånd att ta emot barn i mellanstadiet, från 10 respektive 11 års ålder.

I jämförelse med högstadiet

Verksamheterna för låg- och mellanstadiet tar emot barn i åldrarna 6–13 respektive 10–14 år och har plats för 4 till 15 barn per enhet. Högstadiesamverksamheterna är vanligtvis något större

och tar emot 12–20 ungdomar per verksamhet i åldrarna 10–20 år. Organisatoriskt skiljer sig verksamheterna åt genom att låg- och mellanstadiet har mindre elevgrupper, högre personaltäthet och fler behandlare än högstadiet.

Barn som börjar i behandlingsskola redan under låg- eller mellanstadiet har ofta en svårare och tidigare uppkommen problematik än de elever som blir aktuella först inför eller under högstadiet. Hos den yngre gruppen är en svårare psykiatrisk eller neuropsykiatrisk problematik vanligare, medan social problematik som kriminalitet, alkohol- och drogbruk oftare förekommer i den äldre gruppen.

Behandlingsverksamheten är i grunden densamma på låg-, mellan- och högstadiet. Målsättningen för insatsen och det grundläggande förhållningssättet skiljer sig inte mellan åldersgrupperna. Däremot behöver arbetssätt och metoder i både behandling och skolverksamhet anpassas till barnets ålder och mognad. Yngre barn har svårare att beskriva sitt inre i ord, och kommunicerar i stället genom rörelser, kroppsspråk, mimik och beteenden. Detta kräver ett annat bemötande från behandlare och fler arbetssätt än enbart samtal. För de yngre barnen är leken en central väg till utveckling och förändring. I familjearbetet är den största skillnaden ett ökat behov av föräldrars delaktighet och hållande genom behandlingsprocessen på låg- och mellanstadiet. Föräldrarna behöver bära de yngre barnens behandlings- och utvecklingsprocess på ett annat sätt än vad som krävs för ungdomar på högstadiet.

När barnet börjar i behandlingsskolan ser personalen ofta en snabbare förändring och utveckling hos de yngre barnen än hos de äldre, när rätt insatser sätts in. För de yngre barnen ökar skolnärvaron markant, och de stannar oftare kvar i verksamheten även när konflikter eller svårigheter uppstår - till skillnad från ungdomarna på högstadiet, som oftare avviker från skolan vid konflikter.

Målgrupp

Magelungen behandlingsskola för låg- och mellanstadiet vänder sig till barn och ungdomar i åldern 6–14 år med sociala och psykiska svårigheter. Svårigheterna kan omfatta ångest, depression, isolering, tvångssyndrom, koncentrationssvårigheter, svårigheter med sociala sammanhang, problematiska relationer till jämnåriga och vuxna, problem med konflikthantering, egna riskbeteenden, skolfrånvaro, skolmisslyckanden, neuropsykiatriska funktionsvariationer, språkstörning eller annan kognitiv funktionsnedsättning (Rizzo m.fl., 2019). Många av barnen uppvisar ett utagerande beteende med frekvent våld riktat mot personal, andra barn, den fysiska miljön och ibland mot sig själva. Psykosociala påfrestningar i barnets uppväxtmiljö är också vanliga, såsom anknytningsproblematik, separationer, vårdnadstvister, missbrukande föräldrar, trauman samt att ha bevittnat eller upplevt våld.

De som blir aktuella för insats har omfattande behov av särskilt stöd och har ofta en lång historik av orosanmälningar till socialtjänst från skola och anhöriga, samt av utredningar och behandling hos BUP eller socialtjänst. Svårigheterna har ofta blivit synliga redan i förskolan och funnits sedan småbarnsåren. När barnet börjar skolan har det ofta svårt att vara i grupp har behov av särskilt stöd, exempelvis en egen resurs i separat lokal. Gruppen är heterogen, men gemensamt

för de flesta är omfattande negativa skolerfarenheter och svårigheter att skapa en fungerande skolgång. Många elever har dessutom varit skolfrånvarande under långa perioder.

Hur föräldrar hanterar och bemöter barnets svårigheter påverkar i hög grad behovet av behandlingsinsats. Föräldrar kan själva ha svårigheter som påverkar deras föräldraförmåga. Likaså kan en lång period av kamp och hög stressnivå kan dessutom leda till utmattning, psykisk ohälsa och tömda resurser. Oavsett orsaken finns ofta en bristande föräldraförmåga, där förmågan att ge vägledning, stöd och trygghet behöver stärkas hos de familjer som blir aktuella för insats. Det är vanligt att föräldrarna redan har fått stöd eller behandling från innan barnet kommer till Magelungens behandlingsskola.

Mål och organisation

Det övergripande målet med en insats på Magelungen behandlingsskola är att barnet, familjen och nätverket kommer i gång med sin egen förändrings- och utvecklingsprocess och därefter förmår hålla kvar i denna gynnsamma riktning (Rizzo m.fl., 2019). Ett mer konkret mål kan vara att eleven ska kunna återgå till en ordinarie skola. För barn som börjar på behandlingsskola under låg- och mellanstadiet är en sådan återgång dock ovanlig. I stället arbetar verksamheterna med att skapa samarbete och tillit mellan elev, vårdnadshavare och skolmyndigheten. Familjerna känner sig ofta missförstådda och felbehandlade av tidigare skolor och myndigheter. Målet blir därför att eleven ska trivas i skolan, ha full närvaro, öka sin måluppfyllelse och få erfarenheter av att lyckas i skolan och känna tillhörighet inför fortsatt skolgång och framtida utbildning.

Insatsen syftar till att täcka flera centrala behovsområden inom en och samma verksamhet: behandling, skola, familj och nätverk. Genom tvärprofessionell kompetens samordnas dessa delar av den unges liv i ett gemensamt sammanhang. Insatsen pågår så länge uppdragsgivaren bedömer att den är motiverad - vanligen ett till två år, ibland upp till fyra år. Den unge har en individuellt anpassad studiegång baserad på pedagogisk utredning och åtgärdsprogram. Behandlingsarbetet konkretiseras i en genomförandeplan utifrån de behovsområden uppdragsgivaren har identifierat och de mål familjen uttryckt. Ett viktigt fokus är att skapa en positiv förändrings- och utvecklingsprocess hos vårdnadshavare och nätverk som gynnar den ungebåde på kort och lång sikt. För detta krävs en stark allians mellan hem och skola, där familjens känsla av återupprättelse, efter år av upplevelser av misslyckande och konflikter med tidigare skolor, har stor betydelse.

I den dagliga verksamheten arbetar all personal tillsammans med barn- eller ungdomsgruppen. Här möter den unge ett anpassat sammanhang med hög personaltäthet, kompetens och erfarenhet. Verksamheten vilar på en tydlig struktur som präglas av förutsägbarhet, tydlighet och trygghet. Inom denna struktur används relationer, samspel, samtal och studier för att skapa förändring och utveckling genom en ökad känsla av sammanhang (begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet; KASAM, Antonovsky, 2005). Detta arbete pågår kontinuerligt och liknar ett miljöterapeutiskt sammanhang (Hölcke, 2006). All personal delar ett gemensamt systemiskt förhållningssätt som innebär att involvera familj och nätverk samt att förhålla sig relationellt,

salutogent och icke-dömande. Fokus ligger på den unges och familjens resurser, på vikten av kommunikation, nyfikenhet och respekt (Rizzo m.fl., 2019), vilket bidrar till en pragmatisk hållning till metod. Utöver social- och emotionell färdighetsträning och lågaffektivt bemötande, som ingår i samtliga verksamheter, förekommer ofta inslag av exempelvis mentaliseringsbaserad behandling, anknytningsteori, KBT, motiverande samtal (MI), traumamedveten omsorg (TMO), förstärkningssystem och samtal med samtalskort.

Arbetssätt, struktur, och innehåll

I behandlingsskolor för yngre barn är personaltätheten hög av flera skäl. Barnen har stora svårigheter med kamratrelationer och klarar sällan av att vara i grupp. Även små grupper med upp till fyra elever kan vara utmanande. I verksamheten arbetar teamet - mentor, behandlare/samordnare och familjebehandlare - tätt tillsammans med barnet. Det är svårt att bestämma en specifik tid för behandlande interventioner med barnet och personalen behöver vara lyhörd för när det är läge att samtala och arbeta tillsammans. Det händer ofta i leken eller när barnet sitter själv med en vuxen. Leken är i sig är viktig ett centralt verktyg i verksamheten. Den skapar relation till barnet och fungerar som en väg in till klassrummet. Barnen har ofta ett mycket lågt förtroende för skolan och har tidigare suttit en till en i ett enskilt rum under större delen av sin skoltid. De har sällan övat på att vara en del av en skolklass och behöver nu få möjlighet att göra det. Många har fortsatt behov av en till en undervisning, åtminstone initialt eller under längre tid.

Gruppen yngre barn kräver högre personaltäthet, bland annat eftersom fysiska utbrott förekommer oftare och fler vuxna behövs för att skydda både barnet och andra elever från våld. Verksamheterna har tydliga förhållningssätt för att hantera våld i stunden och för hur personalen agerar i efterhand. Under behandlingsinsatsen arbetar personalen, tillsammans med vårdnadshavare, intensivt för att förbygga våld och ge barnet möjlighet att träna på att reglera starka känslor. Ofta minskar dessa beteenden kraftigt redan efter en kort tid. Utbrott kan fortfarande förekomma, men blir med tiden både färre och mindre intensiva. Personalen arbetar utifrån ett mentaliserande, lågaffektivt och traumamedvetet förhållningssätt. Om en elev blir våldsam flyttar personalen eleven från situationen.

Om våldet är riktat och allvarligt lämnar behandlaren verksamheten med barnet för att tillsammans med vårdnadshavaren prata om händelsen. Om barnet inte går att lugna uppmanas vårdnadshavaren att hämta hem barnet. Det efterföljande samtalet syftar till att skapa förståelse för vad som hänt och diskutera vilka strategier barnet kan använda i stället för fysiskt våld. Detta är en del av en så kallad *omstart*. En omstart innebär att pausa, reflektera och hitta nya sätt att samarbeta för att gå vidare efter en konflikt. Därefter får barnet, tillsammans med trygga vuxna, möta den person som konflikten gällde för att beskriva sin upplevelse och ta del av den andras perspektiv. Syftet är att ge barnet nya verktyg att träna på och erfarenhet av att reparera relationer. Genom denna process får barnet möjlighet att skapa nya arbetsmodeller för att förstå sig själv, sina känslor och sitt beteende i förhållande till andra, lösa konflikter, ta ansvar för sitt agerande och öka sin mentaliseringsförmåga. Även föräldrarna får genom detta arbete

modellerat nya sätt att hjälpa sitt barn. Vid allvarigare utagerande kan personalen behöva mer tid för att utreda händelsen och sätta in rätt stödåtgärder.

I verksamheterna finns flera strukturerade forum och möten som alla syftar till att skapa känsla av sammanhang och trygghet för att främja positiv utveckling och förändring:

- **Tydlig inslussningsprocess:** Noggrann kartläggning av styrkor och utvecklingsområden, tydlig planering som svarar mot målen samt en anpassad kravnivå som ökar sannolikheten för att lyckas. Parallellt sker allians- och trygghetsskapande aktiviteter.
- **Mål och medel-samtal:** Forum för den unga och samordnaren. Huvudsakligt syfte är att hitta en gemensam väg i arbetet mot målen genom att skapa delmål, identifiera resurser och hinder samt pröva nya strategier.
- **Mentorstid:** Forum för den unga och mentorn. Syftet är detsamma som för mål- och medelsamtal, men med fokus på skolprocessen.
- **Familjesamtal:** Forum för familjen och familjebehandlaren. Form och konstellation varierar utifrån behov och förutsättningar och utgår från målen i genomförandeplanen. Exempel är familjesamtal, stödsamtal, familjearbete och familjeaktiviteter.
- **Uppföljningsmöten med uppdragsgivare:** Forumet för team, familj och uppdragsgivare med syfte att följa upp insatsen och justera innehållet.
- **Vi-möten** eller **Elevrådsmöten:** Gemensamt forum för personal och barn/ungdomsgrupp där gemensamma frågor diskuteras. Syftet är att möjliggöra demokratiska processer och delaktighet.
- **Morgonmöten:** Genomgång för all personal om dagens planering och eventuella förändringar samt morgonmöte i klassrummet med eleverna för att gå igenom dagens schema och aktiviteter för att trygga, tydliggöra och förbereda.
- **Social och emotionell färdighetsträning (SEFT) och Fördjupad SEFT:** Syftet är att stimulera relationella färdigheter. Eleverna övar på att utveckla sociala färdigheter och kommunikation. SEFT är ständigt pågående i den dagliga verksamhetsmiljön. För yngre barn handlar detta ofta om att träna detta i lekfulla former. Fördjupad SEFT är ett forum med tydligare inramning där personal och elever arbetar med olika teman utifrån lek och samtal.

Tidigare utvärderingar av Magelungens behandlingsskolor

Behandlingsskolor¹ har funnits inom Magelungen sedan 1995. Under 1990-talet lyftes de fram som ett alternativ till behandlingshem där ungdomen bor hemma men får miljöterapi under dagtid (Hübinette, 1992). Insatsen har beskrivits och utvärderats flera gånger; först i en pilotstudie (Hübinette m.fl., 2003) och därefter i Magelungens rapportserie: rapport 3 från 2010, rapport 4 från 2011, rapport 5 från 2014, rapport 8 från 2017 samt rapport 14 från 2021.

I Forskningsrapport 3 följdes 20 ungdomar från behandlingsskolorna upp och jämfördes med en normalgrupp. Uppföljningen syftade också till att undersöka svårigheter, tillfredsställelse

¹ Först gått under namnet dagverksamhet, därefter Heldag.

med livet, och nöjdhet med insatsen. Forskningsrapport 4 fokuserade på självbild efter behandling. I rapporterna 5, 8 och 14 beskrevs målgrupp och utfall. Resultaten visade på positiva förändringar efter insatsen och att deltagarna var nöjda med Magelungen. Dessa utvärderingar har dock främst omfattat äldre ungdomar. Vi har inte urskilt åldersgrupper och studerat dem separat, vilket innebär att vi inte kunnat säga om målgrupp, insats, eller utfall skiljer sig åt för yngre barn jämfört med äldre ungdomar.

Syfte och frågeställningar

Psykiatriska, sociala och akademiska svårigheter innebär inte bara ett stort lidande för barn och familj, utan också en ökad risk för allvarliga negativa konsekvenser senare i livet. För att följa upp gruppen yngre barn på Magelungens behandlingsskola undersökte vi de fem verksamheter, både nuvarande och tidigare, som specifikt riktar sig till barn i låg- och mellanstadieåldern. Studien syftade till att beskriva målgruppen, analysera utfall för yngre barn och jämföra dessa med högstadieverksamheterna.

Frågeställningar:

- 1) Hur ser måendet ut vid insatsens inledning?
- 2) Sker några måendeförändringar efter behandling på Heldag?
- 3) Hur skattar personal på Heldag ungdomens mående vid avslut jämfört med ungdom och förälder?
- 4) Förändrades närvaron i skolan efter behandling?
- 5) Är barnen nöjda med insatsen?

Metod

Deltagare

Datamaterialet bygger vidare på det som ingått i Forskningsrapport 5, 8 och 14. Gruppen Låg-Mellan bestod av 63 barn (53 pojkar och 10 flickor) i åldrarna 8–13 ($M = 10,9$, $SD = 1,1$), samt deras föräldrar, från Magelungens behandlingsskolors låg- och mellanstadieverksamheter (Tabell 1). Deltagarna kom från fem olika enheter inom Magelungen. En av enheterna har på senare tid integrerats med en högstadieverksamhet. Från högstadieenheter deltog 369 ungdomar (232 pojkar och 137 flickor) i åldrarna 12–17 ($M = 14,1$, $SD = 1,2$), från 16 enheter. Ett fåtal av dessa verksamheter har på senare tid även börjat ta emot mellanstadieelever, då framför allt årskurs 5 och 6.

Tabell 1
Deltagare

	Låg-Mellan	Högstadiet	TOTALT
Antal			
Barn/ungdom ^a	37	355	392
Förälder ^b	57	304	361
Kön			
Pojke	53	232	285
Flicka	10	137	147
Annat	0	0	0
Ålder			
Min-Max	8–13	12–17	8–17
$M (SD)$	10,9 (1,1)	14,1 (1,2)	13,6 (1,6)
Behandlingslängd (mån)			
Min-Max	6,8–63,5	6,1–45,6	6,1–63,5
$M (SD)$	24,9 (11,2)	18,6 (9,1)	19,5 (9,6)

^a Ifyllda SDQ självskattningar vid behandlingsstart (T1).

^b Ifyllda SDQ föräldraskattningar vid behandlingsstart (T1).

Av de 63 barnen på Låg-Mellan hade 45 minst en och 30 hade minst två psykiatriska eller neuropsykiatriska diagnoser. För barn saknades uppgift om diagnos, och ingen uppgav att barnet helt saknade diagnos. De vanligaste diagnoserna var ADHD (59 %), autism (28 %) och trotssyndrom (20 %). Bland övriga diagnoser förekom ADD (5 %), PTSD (5 %), språkstörning (3 %), samt ospecificerat ångesttillstånd (2 %). På högstadiet hade 243 av 369 minst en diagnos, 109 hade minst två, 33 saknade diagnos. För 15 ungdomar saknades uppgift om diagnos, vilket gav en svarsfrekvens på 93 %. De vanligaste diagnoserna i denna grupp var ADHD (46 %), autism (25 %), trotssyndrom (7 %), ADD (6 %) och depression (5 %).

Uppgift om placeringsorsak började samlas in från år 2017. För gruppen Låg-Mellan fanns uppgift i 37 av 47 ärenden (79 %), och för Högstadiet i 155 av 222 ärenden (70 %). På Låg-Mellan handlade placeringsorsakerna främst om svårigheter i skolan, icke fungerande skolgång, konflikter i skolan och hög frånvaro, ofta i kombination med andra orsaker så som samspelssvårigheter, problem med känsloreglering, våld och utbrott, relationsproblem i hemmet samt behov av föräldrastöd. På högstadiet angavs placeringsorsaker bland annat som

icke fungerande skolgång, hög skolfrånvaro, svårigheter i samspel och känsloreglering, psykisk ohälsa, social fobi, konflikter och våld i skola och i hemmet, omsorgsbrist samt bristande familjesystem.

Mätinstrument

Strengths and Difficulties Questionnaire. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997; Goodman m.fl., 1998) är ett formulär som mäter styrkor och svårigheter. Det besvarades av barn från 11 års ålder, deras föräldrar samt behandlingspersonal. Formuläret består av 25 frågor fördelade på fem delskalor med vardera 5 frågor: emotionella symptom, uppförandeproblem, hyperaktivitet/koncentrationsproblem, kamratproblem samt prosocialt beteende. Varje delskala ger ett värde mellan 0 och 10. De fyra problemskalorna summeras till en totalpoäng (Totala svårigheter) med ett spann från 0 till 40. Den utvidgade versionen av SDQ (Goodman, 1999) innehåller även frågor om hur mycket påverkar eller besvärar individen. Denna skala kallas *Impact factor* på engelska och Belastning på svenska (www.uppdragpsyiskhalsa.se). Belastningsskalan går från 0 till 15 för självskattning och föräldraskattning, och från 0 till 9 för lärarskattningen (SDQ-L), som besvarades av behandlingspersonal).

För Låg-Mellan var den interna konsistensen (Cronbach's alfa) av självskattningen vid behandlingsstart tillräckligt hög ($> 0,70$) för endast en av sju skalor (Belastning). För föräldraskattningen och lärarskattningen var fem av sju skalor tillräckligt höga. På högstadiet var den interna konsistensen tillräckligt hög för fem av sju skalor i självskattningen, fem av sju skalor av föräldraskattningen, samt fyra av sju skalor av lärarskattningen.

Livets stegen. Barnen besvarade Livets stegen (Andrews & Withey, 1974; Cantril, 1965; Wiklund m.fl., 1992), ett kort instrument med tre frågor som mäter generell livstillfredsställelse, optimism och framtidstro. Frågorna handlar om (1) hur man uppfattar sitt liv just nu, (2) hur det var för ett år sedan, och (3) hur man tror att det kommer vara om ett år. Skalan stäcker sig från 1 (*sämsta tänkbara liv*) till 10 (*bästa tänkbara liv*). I jämförelsegruppen (University of Bergen, 2025) användes en alternativ version med en 11-gradig från 0 till 10. Formuläret har visat god tillförlitlighet och trovärdighet i tidigare studier (Levin & Currie, 2014; Mazur m.fl., 2018; Mohammed & Warner, 2024) och har bland annat använts i transnationella studier om subjektivt välbefinnande (University of Bergen, 2025).

IN-BoB, UT-BoB och UPP-BoB. Intagningsinformation om Bakgrund och Behandling (IN-BoB; Oldenvi m.fl., 2009) besvarades vid inskrivning (T1) och innehåller frågor om bakgrundsfaktorer och tidigare insatser, såsom uppväxtförhållanden, skolnärvaro, psykiatriska eller neuropsykiatriska diagnoser samt tidigare insatser från socialtjänst, psykiatri och skola. Utskrivningsinformation - Bakgrund och behandling (UT-BoB; Engdahl & Strömbeck, 2020) besvarades vid avslut (T2) och innehåller bland annat av frågor kring avslutad insats, skolnärvaro samt eventuella fortsatta insatser efter behandlingsskolan. Uppföljning av Bakgrund och Behandling (UPP-BoB; Strömbeck m.fl., 2012) besvarades vid uppföljning tolv månader efter avslutad insats (T3). Frågorna rör livssituation, eventuella efterföljande insatser

samt erfarenheter av tiden på Magelungen, inklusive upplevelse av och nöjdhet med insatsen behandlingsskola.

Skolnärvaro. Närvaro i skolan som procent av full tid. Först noterades om eleven studerade heltid eller hade anpassad studiegång. Vid anpassad studiegång registrerades antal schemalagda lektioner per vecka. Därefter noterades elevens närvaro i procent av den schemalagda undervisningen under de senaste sex månaderna. År 2020 ändrades denna period från de senaste sex månaderna till den senaste månaden.

I dataanalysen omvandlades skolnärvaro till procent av heltid, där heltid definierades som 17,25 lektioner per vecka för lågstadiet, 21,3 lektioner per vecka för mellanstadiet och 23,85 lektioner per vecka för högstadiet². Om en elev exempelvis hade 12,5 lektioner per vecka och närvarade vid 50 % av dem, motsvarade detta 6,25 lektioner per vecka, vilket för en mellanstadiellev blir 29,3 % av heltid. Uppgifter om skolnärvaro baserades på 1) administrativt system, 2) lärarens uppskattning, 3) vårdnadshavarens uppskattning eller 4) annan källa.

Procedur

Alla barn och unga som började på Magelungens behandlingsskola tillfrågades om att delta i utvärderingen. Vid studiebesöket eller vid behandlingsstart fick familjen information om utvärderingen och vad deltagandet innebar. Information gavs både muntligt och skriftligt i samtyckesformuläret, som undertecknades av förälder samt av ungdomar över 15 år. Formuläret innehöll information om studiens syfte, vad deltagandet innebar, hur personuppgifter behandlades, samt att det ej skulle påverka behandlingen huruvida familjen valde att delta i utvärderingen eller ej.

Barn och förälder besvarade därefter frågeformulär vid tre tidpunkter: behandlingsstart (T1), behandlingsavslut (T2), och uppföljning tolv månader efter avslut (T3). Formulären besvarades på plats på behandlingsenheten eller i hemmet. Vid det tredje mättillfället kontaktade behandlingspersonal familjen för att boka träff, alternativt skickades formulären hem med post. Om ett barn flyttade över till en annan behandlingsskola inom Magelungen genomfördes uppföljningsmätningen (T3) endast vid ett tillfälle, tolv månader efter behandlingsavslut på den sista enheten.

Utvärderingsmodulen har modifierats över tid. År 2016 togs *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB) och *Livets stege* bort, lärarskattning av SDQ vid T2 lades till, IN-BoB förkortades, och uppföljningstillfället T3 ändrades från 18 månader till 12 månader efter behandlingsavslut. År 2018 utvecklades en barnversion av UPP-BoB, som reviderades 2020,

² Uträkningen baseras på antal dagar och timmar ett läsår ska bestå av. Ett läsår har minst 178 (3 kapitlet 1–2 §§ skolförordningen) och mest 190 dagar (7 kapitlet 17 § skollagen). Förskoleklass ska bestå av minst 525 timmar och grundskolan ska bestå av minst 6890 timmar ([Undervisningstid, lärotider och schema - Skolverket](#)). Uppdelade på stadier ska eleverna få 1882 timmars undervisning i lågstadiet, 2334 timmar i mellanstadiet, 40 timmar i låg- och mellanstadiet och 2634 timmar på högstadiet ([Timplan för grundskolan - Skolverket](#)). Låg: $((1882+20)/3)/((178+190)/2) = 3,45$ timmar per dag. Mellan: $((2334+20)/3)/((178+190)/2) = 4,26$ timmar per dag. Hög: $(2634/3)/((178+190)/2) = 4,77$ timmar per dag.

då frågor om aktuell livssituation - främst riktade till en äldre målgrupp - togs bort. År 2019 tillkom en föräldraskattning av SDQ vid T3 till. UT-BoB för behandlingsskolorna skapades och infördes 2020, och i samband med detta började skolnärvaro samlas in vid T1 och T2.

Dataanalys

För att vara konsekventa användes samma statistiska metoder som i tidigare rapporter (se t ex. (Forskningsrapport 16; Forskningsrapport 17), vilket ökar jämförbarhet (Appelbaum m.fl., 2018). Skillnader i mående vid insatsens start mellan grupperna Låg-Mellan, Högstadiet och icke klinisk jämförelsegrupp analyserades med oberoende *t*-test. Förändringar över tid analyserades med parade *t*-test och effekterstyrkor uttryckta i Cohens *d*. Effekter i intervallet 0,20–0,49 benämndes små, 0,50–0,79 måttliga, $\geq 0,80$ stora, och under $< 0,20$ obefintliga (Cohen, 1988). Tidseffekter beräknades inte för grupper med färre än fyra deltagare.

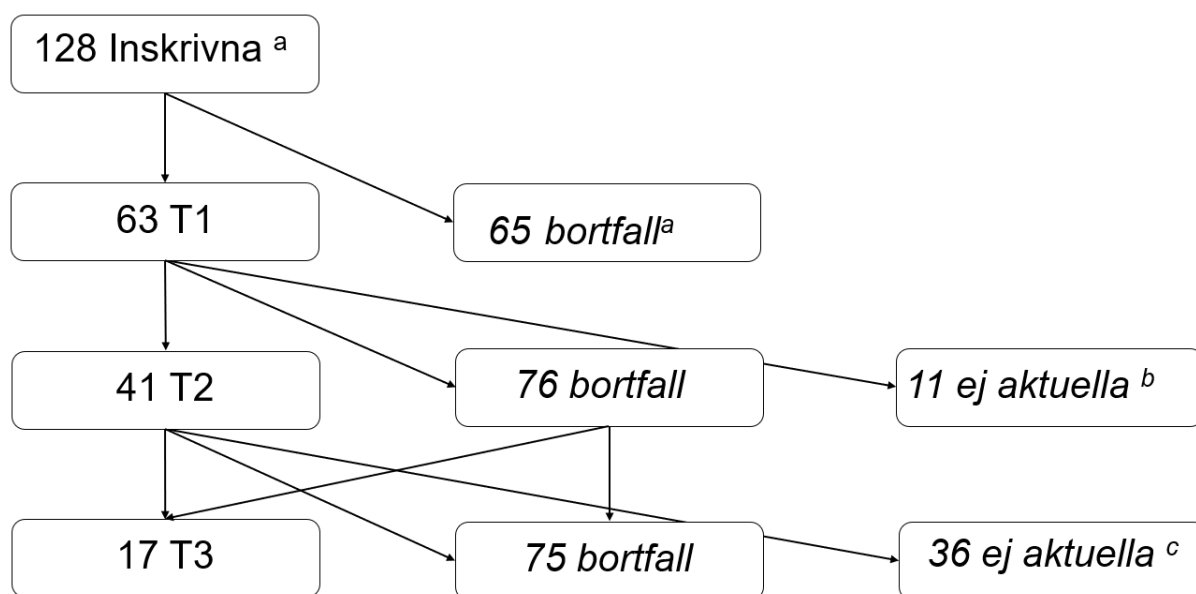
Intern konsistens beräknades med Cronbach's alfa (Cronbach, 1951), där värdena $\geq 0,70$ betraktades som tillräckligt höga. Interbedömarreliabiliteten uppskattades med Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient. Korrelationer mellan 0,10 och 0,29 klassificerades som små, 0,30–0,49 som måttliga, och $\geq 0,50$ som stora (Cohen, 1988).

Andel på kliniskt hög nivå beräknades utifrån gränsvärden från jämförelsegrupper. För SDQ-S baserades gränsvärdet på data insamlat i svenska högstadieskolor år 2020 (Verktyg för Skolfrånvaroproblem, 2021). För SDQ-F användes 90e percentilen för pojkar 11 år (Björnsdotter m.fl., 2013). Jämförelsegruppen för Livets steg kommer ifrån studien *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), där 1044 svenska 11-åringar deltog år 2018 (University of Bergen, 2025). Livets steg dikotomiserades: värden 1–5 klassades som låg tillfredsställelse med livet och 6–10 som hög tillfredsställelse med livet, i enlighet med tidigare HBSC-studier (Levin & Currie, 2014). Acceptabel skolnärvaro definierades som ≥ 90 % av heltid (Kearney & Silverman, 1990). Skillnader i utfall mellan Låg-Mellan och Högstadiet analyserades med oberoende *t*-test för differenspoäng.

Resultat

Bortfallsanalys

Deltagarfrekvens var 49 % vid behandlingsstart, 35 % vid avslut och 18 % vid uppföljningen. Vid tidpunkten för sammanställning av data hade nio ärenden ännu inte avslutats och var därför inte aktuella för T2. De ärenden som inte var aktuella för T3 berodde på att behandlingen varit för kort (< 6 månader), att barnet fortsatt till annan Heldagsverksamhet eller att det ännu inte gått 12 månader sedan behandlingsavslut.



Figur 1. Deltagarantal och bortfall.

^a Uppskattat utifrån uppgifter om deltagarfrekvens 2012–2024, då 49 % deltog.

^b 2 av dessa hade för kort behandlingstid (< 6 månader) och 9 hade vid sammanställning av data ej ännu avslutat behandling.

^c 2 av dessa hade för kort behandlingstid, 11 var ännu inte aktuella för T3 och 23 hade fortsatt till annan Heldagsenhet och skulle göra T3 därefter.

Det kan finnas en viss snedvridning i urvalet, där de som endast deltog vid T1 skiljer sig från dem som även deltog vid T2 och/eller T3. Utifrån mammornas skattningar av SDQ var nivåerna av emotionella symptom, beteendeproblem, hyperaktivitetsproblem, totala svårigheter, belastning, samt prosocialt beteende högre bland dem som deltog vid T2 och/eller T3 jämfört med dem som endast deltog vid T1. Effektstorlekarna var små (0,28–0,38) och inga skillnader var statistiskt signifikanta.

Mående vid behandlingsstart i jämförelse med normalgrupp

Första frågeställningen handlade om ifall målgruppen Låg-Mellan skiljde sig åt gentemot normalgruppen från högstadieverksamheterna. Till att börja med skilde sig Låg-Mellan tydligt

från den icke-kliniska jämförelsegruppen (Tabell 2). Skillnaderna var mycket stora när föräldrarna skattade sina barns svårigheter. Barn i Låg-Mellan hade större svårigheter och besvärades mer av dessa än jämförelsegruppen. Effekttorlekarna var genomgående stora, med högst värde för mammornas skattningar av totala svårigheter ($d = 3,09$). När barnen själva skattade fanns stora skillnader mellan Låg-Mellan och jämförelsegruppen i uppförandeproblem, måttliga skillnader i hyperaktivitetsproblem, kamratproblem och totala svårigheter, samt små skillnader i Belastning. Däremot fanns inga skillnader i emotionella symptom eller prosocialt beteende. Tillfredsställelsen med livet var lägre hos Låg-Mellan än hos jämförelsegrupp.

Tabell 2

Självskattningar av SDQ och Livets steg och föräldraskattningar av SDQ. Låg-Mellan vid T1 i jämförelse med Högstadiet vid T1 och i jämförelse med jämförelsegrupp.

		LM (<i>n</i> = 37)	Hög (<i>n</i> = 354)	JÄ (<i>n</i> = 120) ^a	LM-Hög		LM-JÄ	
SDQ		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Barn	Emotionella symptom	3,2 (2,2)	3,5 (2,4)	3,1 (2,7)	0,56	0,10	0,12	0,02
	Uppförandeproblem	3,7 (1,7)	3,2 (1,9)	2,1 (1,8)	1,51	0,26	4,91**	0,92
	Hyperaktivitetspr.	6,0 (2,2)	5,8 (2,3)	4,7 (2,1)	0,54	0,09	3,38**	0,63
	Kamratproblem	3,7 (2,4)	3,3 (2,0)	2,4 (1,7)	1,15	0,20	3,74**	0,70
	Prosocialt beteende	7,1 (2,0)	7,2 (2,1)	7,3 (2,1)	0,32	0,06	-0,51	0,10
	TOTAL	16,6 (4,9)	15,7 (5,6)	12,3 (6,1)	0,93	0,16	3,95**	0,74
	Belastning	4,2 (3,7)	4,7 (3,5)	3,3 (3,5)	0,78	0,14	1,35	0,25
		(<i>n</i> = 57)	(<i>n</i> = 304)	(<i>n</i> = 438) ^b				
Mamma	Emotionella symptom	5,1 (2,2)	4,3 (2,6)	1,5 (1,8)	2,18*	0,32	13,82**	1,95
	Uppförandeproblem	4,6 (2,1)	3,9 (2,3)	1,0 (1,3)	2,14*	0,34	18,08**	2,55
	Hyperaktivitetspr.	7,6 (2,3)	6,5 (2,5)	2,4 (2,2)	3,09**	0,44	16,70**	2,35
	Kamratproblem	4,4 (2,4)	4,1 (2,3)	1,2 (1,5)	0,60	0,12	13,96**	1,97
	Prosocialt beteende	6,2 (2,1)	6,7 (2,1)	8,4 (1,6)	1,65	0,23	9,39**	1,32
	TOTAL	21,8 (5,7)	18,8 (6,3)	6,1 (5,0)	3,35**	0,48	21,93**	3,09
	Belastning	10,7 (3,1)	9,7 (3,8)	3,5 (3,3) ^c	1,87	0,27	11,11**	2,26
		(<i>n</i> = 30)	(<i>n</i> = 164)	(<i>n</i> = 438) ^b				
Pappa	Emotionella symptom	4,3 (1,8)	4,0 (2,4)	1,5 (1,8)	0,60	0,12	8,24**	1,56
	Uppförandeproblem	3,9 (2,5)	3,6 (2,4)	1,0 (1,3)	0,70	0,14	10,94**	2,06
	Hyperaktivitetspr.	7,4 (2,5)	6,1 (2,4)	2,4 (2,2)	2,83**	0,56	11,93**	2,25
	Kamratproblem	4,0 (2,1)	4,2 (2,2)	1,2 (1,5)	0,36	0,07	9,61**	1,81
	Prosocialt beteende	6,4 (2,5)	6,4 (2,2)	8,4 (1,6)	0,13	0,03	6,34**	1,20
	TOTAL	19,7 (5,7)	17,8 (6,5)	6,1 (5,0)	1,54	0,31	14,68**	2,77
	Belastning	9,2 (3,2)	9,1 (3,9)	3,5 (3,3) ^c	0,13	0,03	7,32**	1,75
LS		(<i>n</i> = 19)	(<i>n</i> = 135)	(<i>n</i> = 1044) ^d				
Barn	Ett år sedan	4,4 (3,0)	3,6 (2,1)					
	Nu	6,7 (2,5)	6,0 (2,1)	7,9 (1,8)	1,33	0,33	2,79**	0,65
	Om ett år	8,8 (1,8)	7,9 (2,1)					

LM = Låg-Mellan. Hög = Högstadiet. JÄ = Jämförelsegrupp.

^a Verktyg för Skolfrånvaroproblem, data från webenkät insamlad år 2021. Högstadiet elever (*n* = 120) i åldrarna 12–14. Deltagare via EHT och från MU Skola borträknade.

^b Björnsdotter m.fl., 2013.

^c Verktyg för Skolfrånvaroproblem, data från webenkät insamlad år 2021. Föräldrar (*n* = 42) till barn i åldrarna 12–14. Deltagare via EHT och från MU Skola borträknade.

^d Health Behavior in School-aged Children study (2018), data från 2016/2017, University of Bergen, 2025.

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

De flesta tester tydde på att måendet var sämre i Låg-Mellan än Högstadiet (Tabell 2). Av 24 skattade variabler var hälsan sämre för Låg-Mellan i 17 av dem, sämre för Högstadiet i 6, och

en skattning var identisk (Prosocialt beteende utifrån pappornas skattningar). Utifrån självskattningarna av SDQ var de totala svårigheterna större hos Låg-Mellan, men Högstadiet uppgav att de besvärades mer av sina svårigheter. Emotionella symptom var högre hos Högstadiet, medan uppförandeproblemen var högre hos Låg-Mellan. Låg-Mellan skattade sin dåvarande, nuvarande och framtida livstillfredsställelse som högre än Högstadiet. Föräldrarnas skattningar av SDQ visade att svårigheterna var större hos Låg-Mellan än hos Högstadiet. Skillnaden i hyperaktivitetsproblem enligt pappornas skattningar var måttlig, medan övriga skillnader var små.

Vid avslut besvarades SDQ förutom av barn och förälder även av behandlingspersonal (Tabell 3). Interbedömarreliabiliteten varierade från obefintlig ($< 0,10$) till stor ($> 0,50$). Den största samstämmigheten fanns mellan mammors och pappors skattningar av kamratproblem, både på Låg-Mellan och Högstadiet, samt mellan barnets och pappans skattning av Belastning på Låg-Mellan. A korrelationerna var 26 större på Högstadiet än på Låg-Mellan, medan 16 var större på Låg-Mellan än Högstadiet. Över lag var korrelationerna oftare högre på Högstadiet. På Låg-Mellan var flera korrelationer mellan barnets skattning och övriga skattningar små eller obefintliga, bland annat för totala svårigheter).

Tabell 3

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

	S-Ma		S-Pa		S-L		Ma-Pa		Ma-L		Pa-L	
	LM	HÖG	LM	HÖG	LM	HÖG	LM	HÖG	LM	HÖG	LM	HÖG
Emotionella symptom	,20	,42**	,07	,27*	,17	,42**	,57**	,62**	,49*	,48**	,62*	,49**
Uppförandeproblem	,05	,27**	,05	,24*	,65*	,43**	,65*	,75**	,71**	,43**	,47	,62**
Hyperaktivitetspr.	,70**	,44**	,51	,35**	,26	,35**	,41	,66**	,69**	,56**	,05	,48**
Kamratproblem	,32	,49**	,38	,41**	,72**	,48**	,78**	,76**	,56**	,59**	,31	,53**
Prosocialt beteende	,07	,20*	-,03	,26*	,72**	,38**	,74**	,36**	,74**	,33**	,34	,51**
TOTAL	-,05	,43**	,17	,37**	,20	,41**	,64*	,68**	,57**	,52**	,51	,57**
Belastning	,31	,32**	,76*	,29*	,41	,28**	,47	,69**	,57*	,53**	,02	,43**

S = självskattning, Ma = mammors skattning, Pa = pappas skattning, L = personalens skattning.

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

Självskattningar – barnets mående över tid

SDQ-S. Barnens uppförandeproblem, hyperaktivitetsproblem och totala svårigheter minskade efter behandlingen, medan prosocialt beteende ökade (Tabell 4). Effekterna var dock små och ingen var statistiskt signifikant ($p < 0,05$). Vid uppföljningen var förändringen fortsatt positiv, med effektstorlekar från små till stora. Uppförandeproblemen minskade mycket, medan hyperaktivitetsproblem och totala svårigheter minskade måttligt. Andelen barn på kliniskt hög nivå³ för totala svårigheter enligt barnens egna skattningar var 22 % före behandling, 15 % efter behandling och 20 % vid uppföljning.

Vid avslut var den genomsnittliga förbättringen av totala svårigheter 2,2 skalsteg på Låg-Mellan och 1,9 skalsteg på Högstadiet. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,79$) och effektstyrkan var obefintlig ($d = 0,06$). Förbättringen av Belastning var i genomsnitt

³ Kliniskt gränsvärde = 21,9. Baserat på den 90e percentilen.

0,3 skalsteg på Låg-Mellan och 0,7 skalsteg på Högstadiet. Även här var skillnaden inte statistiskt signifikant ($p = 0,68$) och effektstyrkan obefintlig ($d = 0,10$).

Vid uppföljningen var den genomsnittliga förbättringen av totala svårigheter 4,8 skalsteg på Låg-Mellan och 2,9 skalsteg på Högstadiet. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,40$) och effektstyrkan var liten ($d = 0,31$). För Belastning hade Låg-Mellan en försämring på i genomsnitt 0,6 skalsteg, medan Högstadiet visade en förbättring på i genomsnitt 1,1 skalsteg. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,24$) och effektstorleken var liten ($d = 0,41$).

Livets steg. Barnen skattade sin egen tillfredsställelse med livet. Vid behandlingsavslut skattade de livet ett år tillbaka som bättre än hur de skattade livet ett år tillbaka vid behandlingsstart (Tabell 4). Den nuvarande livstillfredsställelsen förändrades inte från start till avslut. Framtidshoppet, eller den förväntade tillfredsställelsen med livet, var däremot lägre vid avslut än vid start. En liten grupp barn ($n = 5$) besvarade även Livets steg vid uppföljning. För dessa barn var både livstillfredsställelsen och framtidshoppet lägre vid uppföljning än vid start. Skillnaderna var måttliga men inte statistiskt signifikanta. Andelen barn med en hög livstillfredsställelse var 37 % före behandling, 64 % efter behandling och 17 % vid uppföljningen.

Vid avslut hade livstillfredsställelsen förbättrats med i genomsnitt 2,0 skalsteg på Låg-Mellan och 0,6 skalsteg på Högstadiet. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,17$) och effektstorleken var liten ($d = 0,46$). Vid uppföljning var förändringen obefintligt (0,0 skalsteg) på Låg-Mellan, medan Högstadiet visade en förbättring på 1,0 skalsteg. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,50$) och effektstorleken var liten ($d = 0,32$).

Föräldrarnas skattning av barnets mående över tid

SDQ-F. Baserat på mammornas skattningar förbättrades barnens mående efter behandlingen (Tabell 4). Totala svårigheter och emotionella symptom minskade mycket, medan hyperaktivitetsproblem, uppförandeproblem och Belastning minskade måttligt. Vid uppföljning (T3) hade de totala svårigheterna minskat måttligt, och denna skillnad var statistiskt signifikant. Hyperaktivitetsproblem minskade måttligt, medan emotionella symptom, uppförandeproblem, kamratproblem och Belastning minskade något. Andelen barn på en kliniskt hög nivå på totala svårigheter enligt mammornas skattningar var 88 % före behandling, 75 % efter behandling och 82 % vid uppföljning.

Vid avslut var den genomsnittliga förbättringen av totala svårigheter 5,2 skalsteg på Låg-Mellan och 4,0 skalsteg på Högstadiet. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,36$) och effektstyrkan var obefintlig ($d = 0,19$). För Belastning var förbättringen i genomsnitt 2,5 skalsteg på Låg-Mellan och 2,4 skalsteg på Högstadiet. Även här var skillnaden mellan grupperna inte statistiskt signifikant ($p = 0,88$) och effektstyrkan obefintlig ($d = 0,03$).

Tabell 4

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

			T1 (n = 37)	T2 (n = 26)	T3 (n = 11)	T1-T2			T1-T3		
			M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	M [KI] (SD)	T_{23}	p	d	T_8	p	d
SDQ	Ungdom	Emotionella symptom	3,2 [2,5–4,0] (2,2)	2,8 [2,0–3,6] (2,1)	3,5 [2,2–4,8] (2,0)	0,6	0,56	0,12	0,8	0,43	0,28
		Uppförandeproblem	3,7 [3,1–4,3] (1,7)	3,2 [2,4–4,0] (1,9)	2,9 [1,6–4,2] (1,9)	2,1	0,05	0,42	2,7	0,03	0,92
		Hyperaktivitetsproblem	6,0 [5,3–6,7] (2,2)	5,1 [4,1–6,1] (2,6)	5,5 [3,3–7,7] (3,3)	1,8	0,09	0,36	1,9	0,10	0,62
		Kamratproblem	3,7 [2,9–4,5] (2,4)	3,2 [2,3–4,1] (2,2)	3,1 [2,8–4,4] (1,9)	0,3	0,77	0,06	1,3	0,24	0,42
		Prosocialt beteende	7,1 [6,4–7,8] (2,0)	7,5 [6,8–8,2] (1,8)	7,5 [6,1–9,0] (2,2)	-1,1	0,29	0,22	-0,8	0,46	0,26
		TOTAL	16,6 [15,0–18,2] (4,9)	14,4 [12,0–16,9] (6,2)	15,1 [10,3–19,9] (6,8)	1,6	0,12	0,33	1,9	0,10	0,67
		Belastning	4,2 [2,9–5,5] (3,7)	3,2 [1,7–4,7] (3,5)	5,4 [2,3–8,5] (4,6)	0,4	0,67	0,10	-0,4	0,72	0,13
			T1 (n = 57)	T2 (n = 28)	T3 (n = 13)	T_{27}	p	d	T_{12}	p	d
	Mamma	Emotionella symptom	5,1 [4,5–5,6] (2,2)	3,9 [2,9–4,9] (2,5)	4,4 [3,2–5,6] (2,0)	5,1	<,01	0,96	1,5	0,17	0,41
		Uppförandeproblem	4,6 [4,0–5,2] (2,1)	3,7 [3,0–4,4] (1,8)	3,2 [2,3–4,1] (1,5)	3,5	<,01	0,66	1,6	0,14	0,44
		Hyperaktivitetsproblem	7,6 [7,0–8,2] (2,3)	6,3 [5,5–7,1] (2,2)	6,6 [5,1–8,2] (2,6)	3,7	<,01	0,70	2,1	0,06	0,58
		Kamratproblem	4,4 [3,8–5,0] (2,4)	3,9 [3,0–4,8] (2,4)	3,8 [2,5–5,1] (2,1)	1,8	0,08	0,34	1,3	0,22	0,36
		Prosocialt beteende	6,2 [5,6–6,8] (2,1)	6,6 [5,8–7,4] (2,2)	6,8 [5,2–8,4] (2,7)	-0,9	0,35	0,18	0,1	0,95	0,02
		TOTAL	21,8 [20,3–23,3] (5,7)	17,8 [15,9–19,7] (5,0)	17,5 [14,3–20,8] (4,9)	5,2	<,01	0,99	2,4	0,04	0,72
		Belastning	10,7 [9,9–11,5] (3,1)	8,2 [6,8–9,6] (3,4)	9,3 [6,8–11,8] (4,2)	2,9	<,01	0,56	1,4	0,19	0,39
			T1 (n = 30)	T2 (n = 16)	T3 (n = 1) ^a	T_{11}	p	d			
	Pappa	Emotionella symptom	4,3 [3,6–5,0] (1,8)	3,4 [2,0–4,8] (2,6)		2,9	<,01	0,83			
		Uppförandeproblem	3,9 [3,0–4,8] (2,5)	3,4 [2,0–4,8] (2,6)		5,5	<,01	1,59			
		Hyperaktivitetsproblem	7,4 [6,5–8,3] (2,5)	6,9 [5,9–8,0] (1,9)		1,3	0,12	0,37			
		Kamratproblem	4,0 [3,2–4,8] (2,1)	3,5 [2,3–4,6] (2,2)		0,2	0,41	0,06			
		Prosocialt beteende	6,4 [5,5–7,3] (2,5)	7,0 [5,6–8,4] (2,6)		-1,3	0,10	0,39			
		TOTAL	19,7 [17,6–21,8] (5,7)	17,2 [13,7–20,6] (6,4)		4,7	<,01	1,35			
		Belastning	9,2 [8,0–10,4] (3,2)	8,2 [6,6–9,8] (2,9)		1,0	0,17	0,33			
			T1 (n = 19)	T2 (n = 11)	T3 (n = 5)	T_9	p	d	T_{3-4}	p	d
LS	Barn	Ett år sedan	4,4 [3,0–5,9] (3,0)	6,1 [4,8–7,5] (2,0)	3,2 [1,1–5,2] (2,2)	-1,7	0,12	-0,54	0,0	1,00	0,00
		Nu	6,7 [5,6–7,9] (2,5)	7,2 [6,1–8,3] (1,7)	6,2 [5,2–7,2] (0,8)	-0,3	0,75	-0,10	1,5	0,22	0,78
		Om ett år	8,8 [7,9–9,7] (1,8)	7,9 [6,7–9,1] (1,8)	6,9 [2,8–10,0] (3,6)	2,4	0,04	0,76	1,5	0,21	0,67

^a Redovisas ej på grund av endast en deltagare.

Vid uppföljning var den genomsnittliga förbättringen av totala svårigheter 5,0 skalsteg på Låg-Mellan och 6,1 skalsteg på Högstadiet. Skillnaden mellan grupperna var dock inte statistiskt signifikant ($p = 0,57$) och effektstyrkan var liten ($d = 0,20$). För Belastning var förbättringen i genomsnitt 1,8 skalsteg på Låg-Mellan och 3,1 skalsteg på Högstadiet. Även här var skillnaden mellan grupperna inte statistiskt signifikant ($p = 0,38$) och effektstyrkan var liten ($d = 0,30$).

Enligt pappornas skattningar hade barnens problem minskat efter behandling (Tabell 4). Totala svårigheter, uppförandeproblem och emotionella symptomen minskade mycket, medan hyperaktivitetsproblem och Belastning minskade något. Prosocialt beteende ökade något, men för kamratproblem ingen förändring. Andelen barn på en kliniskt hög nivå på totala svårigheter enligt pappornas skattningar var 87 % före behandling och 63 % efter behandling. Vid uppföljning (T3) deltog endast en pappa, och hans barn befann sig då inte på kliniskt hög nivå.

Vid avslut var den genomsnittliga förbättringen av totala svårigheter 4,7 skalsteg på Låg-Mellan och 3,3 skalsteg på Högstadiet. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,37$) och effektstorleken var liten ($d = 0,28$). För Belastning var förbättringen i genomsnitt 0,8 skalsteg på Låg-Mellan och 2,1 skalsteg på Högstadiet. Även här var skillnaden mellan grupperna inte statistiskt signifikant ($p = 0,31$) och effektstorleken var liten ($d = 0,35$). Endast en pappa deltog vid T3 på Låg-Mellan, vilket innebär att datamaterialet är för litet för att göra en jämförelse mellan grupperna.

Lärarskattning av barnets mående vid behandlingsavslut

I 27 ärenden på Låg-Mellan och 108 på Högstadiet besvarade behandlingspersonal SDQ vid T2 (Tabell 5). Baserat på dessa skattningar var svårigheterna och Belastning större på Låg-Mellan än på Högstadiet. Jämfört med Högstadiet hamnade fler barn i Låg-Mellan i kategorin *Klinisk* och färre i kategorin *Normal*. Detta gällde samtliga delskalor samt för de totala svårigheterna.

Tabell 5

Lärarskattningar av SDQ, (medelvärde och (standardavvikelse). Andel (i procent) av Låg-Mellan (n = 27) och Högstadiet (n = 108) som vid avslut hamnar i respektive kategori, hämtad från Goodman (1997).

	<i>M (SD)</i>		Normal		Gränsfall		Klinisk	
	LM	Hög	LM	Hög	LM	Hög	LM	Hög
Emotionella symptom	4,2 (2,5)	3,7 (2,2)	59	66	11	18	30	17
Uppförandeproblem	3,7 (3,0)	1,9 (1,8)	48	72	0	11	52	17
Hyperaktivitetspr.	6,1 (2,9)	5,0 (2,7)	44	64	11	6	44	31
Kamratproblem	4,1 (2,5)	3,5 (2,2)	44	53	4	15	52	32
Prosocialt beteende	6,1 (2,8)	6,8 (2,2)	63	71	15	17	22	12
TOTAL	18,1 (7,4)	14,0 (5,5)	33	35	7	26	59	39
Belastning *	6,3 (1,8)	5,2 (2,0)						

* I Goodman (1997) användes inte belastning (eng. Impact factor).

Skolnärvaro

Närvaro i skolan var högre efter insatsen än före (Tabell 6). Före insatsen var den genomsnittliga närvaron 26,7 % av heltid, och efteråt hade den stigit till 61,3 %. Vid avslut hade fem elever (71 %) ökat sin skolnärvaro och två elever (29 %) hade minskat den. Före

insatsen var 5 av 14 elever (36 %) helt frånvarande från skolan, jämfört med 0 av 7 elever (0 %) efter insatsen. Före insats hade 2 av 14 elever en acceptabel skolnärvaro, och efter insatsen hade 2 av 7 elever en acceptabel närvaro.

Vid avslut var förbättringen av skolnärvaron i genomsnitt 26 procentenheter på Låg-Mellan och 24 procentenheter på Högstadiet. Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant ($p = 0,89$) och effektstyrkan var obefintlig ($d = 0,05$).

Tabell 6

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

	Före (T1)		Efter (T2)	
	LM	Hög	LM	Hög
	$n = 14$	$n = 92$	$n = 7$	$n = 52$
<i>Närvaro (i %) av heltid</i>				
<i>M (SD)</i>	26,7 (35,8)	18,0 (28,2)	61,3 (28,3)	40,8 (32,5)
<i>Q1-Q3</i>	0,0–46,8	0,0–27,3	44,0–98,0	11,0–69,8
<i>Min-Max</i>	0,0–100,0	0,0–100,0	26,0–100,0	0,0–100,0

Nöjdhet

Vid uppföljningen (T3) fick deltagarna svara på frågor om vad de själva upplevt som hjälpsamt på Magelungen (Tabell 7). De ansåg att samordnare, individualterapi, familjeterapi och skola hade varit till en hel del hjälp eller till mycket hjälp. Gruppaktivitet hade inte varit aktuellt för en deltagare, medan övriga tyckte att det hade varit hjälpsamt. Psykofarmaka och boende hade inte varit aktuellt för de flesta, men en deltagare uppgav att psykofarmaka hade varit mycket hjälpsamt.

Tabell 7

Subjektiv effektutvärdering. Vad deltagarna själva ansåg att de fick hjälp av under tiden på Magelungen. Andel barn (5). $n = 2-4$

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

Deltagarna på Låg-Mellan var över lag positiva till Magelungen; 83 % var positiva eller mycket positiva till Magelungen i sin helhet, medan 17 % var neutrala. Alla uppgav att de hade blivit mycket eller ganska väl bemötta. Två tredjedelar ansåg att personalen hade lyssnat på och förstått dem i ganska eller mycket hög grad, medan en tredjedel upplevde att detta endast skett i viss mån.

Tabell 8

Barnens uppfattning om tiden på Magelungen.

		LM		Hög	
		<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Hur tycker du att du blev bemött på Magelungen över lag?					
	Mycket väl bemött	5	(83)	69	(75)
	Ganska väl bemött	1	(17)	20	(23)
	Ingen åsikt	0	(0)	2	(2)
	Mindre väl bemött	0	(0)	1	(1)
Hur tycker du att Magelungen i sin helhet passade dig?					
	Mycket bra	2	(33)	55	(57)
	Ganska bra	3	(50)	29	(30)
	Varken eller	1	(17)	6	(6)
	Passade mig inte	0	(0)	6	(6)
Tycker du att personalen på Magelungen kunnat lyssna på och förstå dig?					
	Ja, i mycket hög grad	2	(33)	54	(57)
	Ja, i ganska hög grad	2	(33)	24	(26)
	Ja, i viss mån	2	(33)	16	(17)
	Nej, inte tillräckligt	0	(0)	0	(0)
Hade du förtroende för personalen på Magelungen?					
	Ja, i mycket hög grad	3	(50)	55	(57)
	Ja, i ganska hög grad	2	(33)	25	(26)
	Ja, i viss mån	1	(17)	10	(10)
	Nej, inte tillräckligt	0	(0)	6	(6)
Var du och personalen överens om målen för din placering/behandling?					
	Ja, i mycket hög grad	2	(33)	44	(47)
	Ja, i ganska hög grad	2	(33)	29	(31)
	Ja, i viss mån	1	(17)	16	(17)
	Nej, inte tillräckligt	1	(17)	5	(5)
Vilken uppfattning har du om Magelungen i sin helhet?					
	Mycket positiv	2	(33)	51	(54)
	Positiv	3	(50)	31	(33)
	Neutral, varken eller	1	(17)	11	(12)
	Negativ	0	(0)	1	(1)
	Mycket negativ	0	(0)	0	(0)

Barnens upplevelse av Magelungen

Vid uppföljningen fick barnen möjlighet att lämna synpunkter på Magelungens positiva och negativa sidor. Bland de positiva aspekterna nämndes bra lärare, att personalen såg till att alla trivdes, roliga aktivister och fina lokaler. Personalen beskrevs som bra på att behandla och duktiga på att arbeta med mål och uppföljning. En deltagare skrev att Magelungen var en väldigt bra skola och att hen inte hade kommit in på gymnasiet utan deras stöd. Bland de negativa sidorna nämnde att vissa lärare upplevdes som för hårda och att de inte förklarade tillräckligt bra. Eleverna kunde vara störiga och svåra att komma överens med. Dessutom upplevdes sättet att blanda elever med olika diagnoser som en utmaning för eleverna att anpassa sig till.

Diskussion

Studien syftade till att undersöka målgrupp och utfall för låg- och mellanstadieelever på Magelungens behandlingsskolor. Studien syftade även till att jämföra målgrupp och utfall med Magelungens behandlingsskolors högstadieverksamheter. Vi undersökte barnens mående vid insatsens start, förändringar i mående och skolnärvaro över tid, samt deras upplevda nöjdhet vid uppföljning.

Måendet var vid behandlingsstart sämre än hos normalgruppen. Efter insatsen förbättrades måendet; svårigheterna minskade och föräldrarna rapporterade en minskad belastning, men barnen upplevde ingen förändring. Skolnärvaron ökade, barnen var nöjda med Magelungen och kände sig väl bemötta. Livstillfredsställelsen förbättrades dock inte efter behandling.

Jämfört med högstadiet var måendet vid behandlingsstart sämre på låg- och mellanstadiet. Däremot tycktes effekterna på mående inte skilja sig mellan grupperna. Inga skillnader var statistiskt signifikanta, effektstyrkorna var obefintliga eller små, och bland de skillnader som fanns var ungefär lika ofta till fördel för respektive grupp. Även effekterna på skolnärvaro visade inga tydliga skillnader mellan grupperna. Vid uppföljningen var de flesta deltagare nöjda med Magelungen, men på låg- och mellanstadiet baserades detta på ett mycket litet urval.

Resultatet liknar i stort Magelungens tidigare utvärderingar av behandlingsskolorna. Låg- och mellanstadiet skiljer sig från normalgruppen, vilket vi även sett hos ungdomarna i Forskningsrapport 3, 5 och 14. Till skillnad från tidigare undersökningar av avviker dock inte låg- och mellanstadiet från normalgruppen när det gäller emotionella symptom. Detta kan visserligen bero på att den normalgrupp vi nu refererar till (Verktyg för SkolfrånvaroProblem, 2021) skattar sina emotionella symptom högre än den jämförelsegrupp vi använt tidigare (Lundh m.fl., 2008). I övrigt är avvikelserna från normalgruppen i samma storleksordning som i tidigare utvärderingar. Föräldrarnas skattningar visade däremot att svårigheterna var större bland låg- och mellanstadiet än bland Högstadiet, och avvikelserna gentemot normalgruppen var också större än vad som tidigare uppmäts (Forskningsrapport 3, 5, och 14). Detta talar för att svårigheterna kan vara större för låg- och mellanstadiet än för högstadiet.

Liksom i tidigare utvärderingar (Forskningsrapport 3, 8 och 14) ser vi en positiv förändring på gruppnivå, med ökad psykisk hälsa och minskad psykisk ohälsa efter avslutad insats. Resultaten är i stort sett jämförbara med tidigare studier, även om vissa effekter är något större – exempelvis mammornas skattningar av totala svårigheter - 0,99 i nuvarande undersökning mot 0,63 respektive 0,59 i tidigare undersökningar. Andra effekter är däremot mindre, så som barnens skattningar av belastning och livstillfredsställelse, som nu bedömdes som obefintliga, medan tidigare studier visat stora, måttliga eller små effekter. I jämförelse med HSBC-studien var andelen med hög livstillfredsställelse lägre på låg- och mellanstadiet: före behandling 37 %, efter behandling var 64 %, mot 87 % i jämförelsegruppen (University of Bergen, 2025).

I den här rapporten har vi granskat verksamheterna för yngre barn i låg- och mellanstadieåldern för att undersöka huruvida målgrupp, arbetssätt och utfall skiljer sig åt från behandlingsskolornas högstadieverksamheter. Resultatet tyder på att målgruppen på låg- och mellanstadiet har större svårigheter än ungdomarna på högstadiet. Detta framgår särskilt i

föräldrarnas skattningar, där uppförandeproblem, hyperaktivitetsproblem och totala svårigheter var högre i den yngre gruppen. Även personalen beskriver att barnen på låg- och mellanstadiet ibland uppvisar mer avvikande och extrema beteenden, vilket kan motivera den högre personaltätheten och kostnaden för insatsen.

Arbets sättet på låg- och mellanstadiet skiljer sig delvis från högstadiesamheten, men har också många likheter. På sätt och vis kan arbetet variera lika mycket mellan olika enheter och över tid som mellan enheter med olika åldersgrupper. Det är naturligt att arbets sättet anpassas efter barnens ålder. Utöver detta samarbetar behandlare och pedagoger på låg- och mellanstadiet betydligt närmare varandra, och behandlingen pågår under hela skoldagen och i alla moment. I praktiken innebär det att behandlare ofta fungerar som pedagoger och pedagoger som behandlare. Arbetet med de yngre barnen är starkt relationsbaserat, vilket gör att skola och behandling smälter samman. På behandlingsskolan genomsyras nästan all interaktion av ett behandlingsperspektiv. Att vistas i klassrummet och öva på att vara en skolelev är i sig en del av behandlingen. Förmågan att kunna tillgodogöra sig undervisningen stärker självkänslan och ökar tilltron till den egna förmågan i skolsituationer.

Föräldrarnas roll är central. På låg- och mellanstadiet riktas fokus inte bara mot barnen utan även mot föräldrarna. Eftersom föräldrarnas roll är så betydande läggs stor vikt vid ett intensivt familjearbete. Det framgår tydligt att föräldrarna behöver omfattande stöd och vägledning i sin föräldraroll, även efter avslutad behandling. Under utslussfasen genomförs många föräldrasamtal och insatser för föräldrastöd. I denna fas behöver föräldrarna hjälp med att använda de verktyg och strategier de fått med sig under behandlingen. Stödet är viktigt för att upprätthålla strategier och undvika återfall i gamla mönster. Detta understryker behovet av långsiktiga stödinsatser för föräldrar, inte bara under behandling utan även efteråt.

Barn som är placerade i socialtjänstens vård och har erfarenhet av skolmisslyckanden och instabila familjeförhållanden löper en ökad risk för negativ utveckling, vilket bekräftats i forskning om risk- och friskfaktorer. Forskningen om ACE visar hur tidiga negativa erfarenheter kan påverka barns utveckling långt upp i vuxen ålder, särskilt om de inte möts av skyddande faktorer och stödjande insatser (Metzler m.fl., 2017; Sahle m.fl., 2022). Mot denna bakgrund blir det tydligt att även en effektiv insats, som Magelungens behandlingsskolor, sällan är tillräcklig i sig. Den behöver ingå i ett större system av tidiga och samordnade insatser. Att barnen fortfarande uppvisar försämrad psykisk hälsa jämfört med normalgruppen efter avslutad behandling understryker behovet av att insatserna inte bara är intensiva och målinriktade, utan också långsiktiga och förankrade i barnens vardagsmiljöer, särskilt skolan.

Skolan spelar en avgörande roll som både risk- och skyddsfaktor (Kearney & Graczyk, 2014; Skolverket, 2025a; Socialstyrelsen, 2010; Toews m.fl., 2024). För barn med neuropsykiatriska diagnoser och tidigare skolmisslyckanden är det särskilt viktigt att skolan erbjuder anpassningar, trygghet och kontinuitet. Magelungens behandlingsskolor har bidragit till ökad skolnärvaro och ett bättre mående, men för att effekterna ska bestå krävs att skolmiljön fortsätter att vara stödjande även efter avslutad insats. Förbättringarna kan upprätthållas om de strategier och förhållningsätt som eleven och föräldrarna fått med sig under insatsen hålls vid

liv och anpassas efter elevens ålder och utveckling. Samtidigt är längre behandlingstider inte alltid bättre: ibland kan det vara värdefullt att gå vidare och pröva sina färdigheter i en ny miljö.

Barnen på Magelungens behandlingsskolor får med sig en känsla av att ha lyckats. Trots stora svårigheter har de sannolikt en ökad tilltro till sin egen förmåga att klara skolan. Samtidigt är det tydligt att många efter avslutad behandling behöver fortsatt mycket stöd, till exempel på Magelungens högstadiesamhållanden. Barnen får med sig positiva erfarenheter av behandlingen, något som kan kopplas både behandlingsmetoderna och till relationerna. På sikt är målet att eleverna ska kunna använda dessa positiva erfarenheter i nya sammanhang, att kunna generalisera känslan av att lyckas och vetskapen om att vuxna vill dem väl och går att lita på. Behandlingsskolan bidrar i hög grad till att förverkliga barns rättigheter. Hög personaltäthet och små grupper möjliggör en stark individualisering, vilket främjar barnens utveckling och utbildning. I en liten grupp där barnet har relation till alla vuxna blir det lättare att komma till tals. Den höga personaltätheten skapar dessutom en tryggare miljö och ger integrerat psykosocialt stöd.

Styrkor och svagheter med studien

Deltagare i studien var barn i låg- och mellanstadieåldern. Dessa jämfördes med ungdomar i högstadieåldern. En skillnad gentemot tidigare undersökningar av behandlingsskolorna var att UPP-BoB var begränsat. Det fanns ganska lite material från UPP-BoB, väldigt lite fritext och endast upp till sex ungdomar som svarat på resten. Det här beror bland annat på att UPP-BoB inte besvaras efter insats ifall ärendet går över till högstadiesamhållandena, något som var relativt vanligt. Barnversionen av UPP-BoB är också begränsad i omfattning, där den bara innehåller frågor om nöjdhet, inte om skolgång, sysselsättning eller kontakter efter Magelungen.

Ett tillägg från Magelungens tidigare utvärderingar där Livets steg finns inkluderat är att vi inkluderat ett gränsvärde för låg och hög tillfredsställelse med livet som är hämtad från tidigare studier. Alternativa sätt finns för hur grupperna kan indelas. Ett annat sätt är att definiera 0–8 som låg tillfredsställelse med livet och 9–10 som hög tillfredsställelse med livet. Denna kategorisering användes i en nordisk studie. Den visade att 28,4 % av 11–16-åringar i Sverige år 2014 svarade hög tillfredsställelse med livet (Due m.fl., 2019).

Barn från 11 år samt föräldrar fyller i SDQ. Den interna konsistensen av självskattningen av SDQ var lägre för Låg-Mellan än för Högstadiet. Interna konsistensen var även något högre för föräldraskattningen än för självskattningen. Speciellt låg var den interna konsistensen för emotionella symptom (0,53) och uppförandeproblem (0,51). Det här innebär att tillförlitlighetens i barnens egen skattning kan ifrågasättas. Bristen på tillförlitlighet i SDQ visar sig också i den låga korrelation som finns mellan självskattningen och andra skattningar, speciellt för emotionella symptom, uppförandeproblem och totala svårigheter. Det här medför att tolkningen av utfallet som baseras på barnens skattningar bör ske med försiktighet. Bristen på tillförlitlighet i barnens skattningar understryks av personalen på enheterna. Deras bild är också att barnens skattningar av SDQ kan vara något godtyckliga.

Vidare studier

Studien omfattade barn i låg- och mellanstadieåldern, som jämfördes med ungdomar i högstadieåldern. Utvärdering är främst anpassad för ungdomar som är gamla nog att besvara både SDQ och SASB. För de yngre barnen har inget nytt tillkommit i utvärderingen, i stället har vissa frågeformulär tagits bort. För att framöver bättre involvera barnen själva i utvärderingen skulle åldersanpassade skattningar av psykisk hälsa kunna inkluderas.

Detsamma gäller för UPP-BoB, ett formulär som är avsett att fyllas i av ungdomarna ett år efter avslutad insats. För ungdomar på HVB och behandlingsskolors högstadieverksamheter betyder det en ålder på ca 15–18 år, medan barn från låg- och mellanstadiet kan vara aktuella för uppföljning redan vid 12–15 års ålder. Detta har gjort det nödvändigt att anpassa UPP-BoB efter ålder, eftersom vissa frågor inte är relevanta för de yngre grupperna (t ex. frågor om försörjning). Den anpassning som gjordes för några år sedan innebar dock främst att frågor togs bort.

För att bättre fånga förändringar hos barn i låg- och mellanstadieåldern skulle åldersanpassade frågeformulär kunna inkluderas, med frågor som rör psykisk hälsa och psykisk ohälsa. *Outcome rating scale* (ORC; Socialstyrelsen, 2022) mäter mående inom fyra områden: 1) personligt välbefinnande, nära relationer, socialt (vänner, skola, arbete), samt för livet som helhet. Barnversion (CORS) riktar sig till barn i åldrarna 6–12 år. *World Health Organization Wellbeing Index* (WHO5; World Health Organization, 2024) är ett kort instrument med fem frågor som mäter subjektivt välbefinnande. *In my Shoes* (Barnombudet, 2025) är en intervjuetod med frågor om hur unga barn har det och vad de har varit med om.

En annan central aspekt av framgång på behandlingsskolorna är hur det går i skolan. Skolan är en avgörande framgångsfaktor i livet (Dawes, 2017; Socialstyrelsen, 2010), och skolresultaten säger mycket om hur effektiv insatsen behandlingsskola är. Skolframgång bör därför vara en primär utfallsvariabel i utvärderingar av behandlingsskolor. Vi undersöker visserligen skolnärvaro, men andra viktiga dimensioner av skolframgång, så som kunskapsutveckling, inkluderas inte. Däremot har skolframgång på olika sätt berörts i flera av våra tidigare rapporter (Forskningsrapport 3, 6, 10, 13 och 14).

Slutsats

Studien syftade till att undersöka målgrupp, arbetssätt och utfall vid Magelungens behandlingsskolor, samt att jämföra dessa mellan låg- och mellanstadiet och högstadiet. Resultaten visar att barnen på låg- och mellanstadiet tycks ha större svårigheter än de äldre ungdomarna, vilket ställer höga krav på hur insatserna utformas. Arbetssättet varierar naturligt med ålder, men variationen mellan enheter och över tid är minst lika stor som skillnaderna mellan åldersgrupperna.

Utfallet är över lag positivt, med förbättrad psykisk hälsa efter behandling. Resultaten tyder på att behandlingsskolan är lika effektiv för elever i låg- och mellanstadiet som för högstadiet, vilket är betydelsefullt då antalet mellanstadieelever ökar över tid. Samtidigt visar studien att behandlingsskolan i sig inte är tillräcklig för att kompensera för tidigare negativa erfarenheter

och riskfaktorer. Bland barn som riskerar skolmisslyckande är risken för framtida negativ utveckling stor, vilket kräver mer än en enskild insats.

För att upprätthålla förbättringarna behöver strategier och förhållningssätt från behandlingen leva vidare i barnens vardagsmiljöer, särskilt i skolan, och föräldrarna behöver fortsatt stöd. Detta understryker vikten av långsiktiga, samordnade insatser som kombinerar behandling, utbildning och familjestöd. Endast genom ett helhetsgrepp kan risken för återfall i gamla mönster minskas och förutsättningar skapas för en stabil och positiv utveckling.

Referenser

- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality. Results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1–26.
- Ansari, A., & Pianta, R. C. (2019). School absenteeism in the first decade of education and outcomes in adolescence. *Journal of School Psychology*, 76, 48–61. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.07.010>
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R. B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A. M., & Rao, S. M. (2018). Journal article reporting standards for quantitative research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/amp0000191>
- Barnombudet. (2025). *In my shoes*. <https://barnombudet.se/vara-tjanster/kunskap/in-my-shoes/>
- 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>
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psykometrika*, 16(3), 297–337.
- Dawes, M. (2017). Early adolescents' social goals and school adjustment. *Social Psychology of Education*, 20(2), 299–328. <https://doi.org/10.1007/s11218-017-9380-3>
- Due, P., Eriksson, C., Torsheim, T., Potrebny, T., Välimaa, R., Suominen, S., Rasmussen, M., Currie, C., & Damgaard, M. T. (2019). Trends in high life satisfaction among adolescents in five Nordic countries 2002–2014. *Nordisk Välfärdsforskning | Nordic Welfare Research*, 4(2), 54–66. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-02-03>
- Ehrlich, S. B., Gwynne, J. A., & Allensworth, E. M. (2018). Pre-kindergarten attendance matters: Early chronic absence patterns and relationships to learning outcomes. *Early Childhood Research Quarterly*, 44, 136–151. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.02.012>
- Engdahl, S., & Strömbeck, J. (2020). *UT-BoB för Heldag*. Stockholm: Magelungen.
- Engdahl, S., Vesterlund, K., Green, J., & Strömbeck, J. (2023). *Utvärdering av Magelungens behandlingshem. Mentaliseringsbaserad behandling* (Magelungens rapportserie No. 16). Magelungen Utveckling AB.
- Franzén, P., Lindberg Åkerberg, S., Engdahl, S., & Strömbeck, J. (2020). *Uppföljning skola. Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens grundskola och gymnasium* (Magelungens rapportserie No. 13). Magelungen Utveckling AB.
- 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.
- 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). <https://doi.org/10.1007/s007870050057>
- Gottfried, M. A. (2014). Chronic absenteeism and its effects on students' academic and socioemotional outcomes. *Journal of Education for Students Placed at Risk (JESPAR)*, 19(2), 53–75. <https://doi.org/10.1080/10824669.2014.962696>
- Grizenko, N. (1997). Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: A five-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 989–997. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00022>
- Heyne, D., Verstraete, I., & De Wit, M. (2025). Addressing authorized absences: A school district's initiative to examine prevalence and promote proactive attendance practices. *Frontiers in Education*, 10, 1546046. <https://doi.org/10.3389/feduc.2025.1546046>
- Hübinette, M. (1992). *Från "enfald" till mångfald? En beskrivning av ett förändringsarbete på Magelungens behandlingshem 1988–1992*. 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*. Magelungen Utveckling AB.
- Högberg, B., Strandh, M., & Petersen, S. (2024a). Changes in the association between educational achievement, attainment and subsequent mental health: A survival analysis of 21 Swedish graduation cohorts. *BMC Public Health*, 24(1), 3016. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20554-1>
- Högberg, B., Strandh, M., Petersen, S., & Nilsson, K. (2024b). Associations between academic achievement and internalizing disorders in Swedish students aged 16 years between 1990 and 2018. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02597-2>
- Hölcke, F. (2006). *Miljöterapi. Möte med möjligheter*. Stockholm: Magelungen.
- Kearney, C. A., & Graczyk, P. (2014). A Response to Intervention model to promote school attendance and decrease school absenteeism. *Child & Youth Care Forum*, 43(1), 1–25. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9222-1>
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1990). A preliminary analysis of a functional model of assessment and treatment for school refusal behavior. *Behavior Modification*, 14(3), 340–366. <https://doi.org/10.1177/01454455900143007>
- Levin, K. A., & Currie, C. (2014). Reliability and validity of an adapted version of the Cantril Ladder for use with adolescent samples. *Social Indicators Research*, 119(2), 1047–1063. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0507-4>
- Lindberg Åkerberg, S. (2015). *En läsande skola. Beskrivning av ett skolutvecklingsprojekt (Magelungens rapportserie No. 6)*. Magelungen Utveckling AB.

- Lindberg Åkerberg, S. (2019). *Att synliggöra det osynliga. En beskrivning av ett flerårigt skolutvecklingsarbete* (Magelungens rapportserie No. 10). Magelungen Utveckling AB.
- Lundh, L., 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(6), 523–532. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00668.x>
- Marklund, P., Lindgren, T., Lind, M., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2010). *Uppföljning Dag. Uppföljning av ungdomar inskrivna vid Magelungens Dagverksamheter i Stockholm* (Magelungens rapportserie No. 3). Magelungen Utveckling AB.
- Mazur, J., Szkultecka-Dębek, M., Dzielska, A., Drozd, M., & Małkowska-Szkutnik, A. (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Archives of Medical Science*, 1, 182–189. <https://doi.org/10.5114/aoms.2016.60718>
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>
- Mohammed, S. E. E., & Warner, G. (2024). The Cantril Ladder as a measure of well-being and life satisfaction among refugee youth experiencing symptoms of post-traumatic stress. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 26(3), 539–545. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01563-5>
- Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2009). IN-BoB. Intagningsinformation om bakgrund och behandling vid Magelungens behandlingscenter. Stockholm: Magelungen.
- Rizzo, M., Sollermarck, K., & Karlsson-Söderström, P. (2019). *Magelungen Heldag. En handbok om samverkan kring förändring och utveckling*.
- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., & Jorm, A. F. (2022). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(10), 1489–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>
- Skolverket. (2025a). *Extern samverkan för att tidigt möta barns och elevers behov*. <https://www.skolverket.se/larande-och-trygghet/elevhalsa-och-stodinsatser/stod-och-tidiga-insatser/tidiga-och-samordnade-insatser-for-barn-och-unga/extern-samverkan-for-att-tidigt-mota-barns-och-elevers-behov>
- Skolverket. (2025b). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga – TSI. Tidiga och samordnade insatser för barn och unga - Skolverket*
- Socialstyrelsen. (2010). *Social rapport 2010*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Barn och unga. Insatser år 2013. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*.
- Socialstyrelsen. (2022). *ORS (Skattning av förändring)*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/ors-skattning-av-forandring/>
- Socialstyrelsen. (2024a). *Bilaga – Tabeller - Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2023. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2023 - Socialstyrelsen*

- Socialstyrelsen. (2024b). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2023*.
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/statistik-om-socialtjanstinsatser-till-barn-och-unga-2023-2024-10-9204/>
- Socialstyrelsen, & Skolverket. (2023). *TSI-boken. Stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga*.
- Strömbeck, J., Engdahl, S., Englund, C., Rizzo, M., & Sjöblom, K. (2024). *Klivet—Vid långvarig skolfrånvaro. En stödinsats inom Magelungens resursskola* (Magelungens rapportserie No. 17). Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Karlsson-Söderström, P., & Engdahl, S. (2021). *Utvärdering av Magelungen Heldag. Uppföljning och utfall efter behandling* (Magelungens rapportserie No. Forskningsrapport nr 14). Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., & Clinton, D. (2011). *Uppföljning Dag. Självbild efter genomförd behandling vid Magelungens dagverksamhet* (Magelungens rapportserie No. 4). 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 No. Forskningsrapport nr 5). 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 No. Forskningsrapport 8). Magelungen Utveckling AB.
- Strömbeck, J., Oldenvi, I., Westlund, T., & Clinton, D. (2012). *UPP-BoB. Magelungens uppföljning av bakgrund och behandling*. Stockholm: Magelungen.
- Toews, A. J., Letourneau, N., Pohl, C., & Ruse, K. (2024). Effective strategies and interventions for engaging at-risk youth: A rapid systematic review of the literature. *Discover Psychology*, 4(1), 34. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00147-0>
- Tyresö kommun. (2025). *Särskilt stöd*. <https://www.tyreso.se/forskola--skola/skolbarn/sarskilt-stod.html>
- UngArt. (2025). *UngArt*. <https://ungart.se>
- University of Bergen. (2025). *Health Behaviour in School-aged Children*.
<https://www.hbsc.org>
- Verktyg för Skolfrånvaroproblem, data från webenkät insamlad år 2021.
- WeMind. (2025). *Välkommen till Eviaskolan*. <https://wemind.se/hvb-och-skola/eviaskolan/>
- 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>
- World Health Organization (2025). *The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)*. <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>

