



MAGELUNGENS
BEHANDLINGSCENTER AB

**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**

SLUTRAPPORT

Juni 2003

Mia Hübinette
Tomas Lindgren
Torgny Westlund

Innehåll

Presentation	3
Målgrupp	
Bakgrund	4
Frågeställningar	5
Behandlingsmetod	
Forskningsmetod	7
Pilotprojekt	8
Förändringar i upplägg	9
Forskningsinstrument i projektet	10
Besvarade frågeställningar	12
Våra erfarenheter av implementering	13
Rapportering och spridning	14
Forskningsresultat	15
Generella resultat	
Diskussion	19
Förändringar framåt	21
Varför bedriver vi denna typ av utvärdering?	
Fallbeskrivningar	22
Diskussion om forskningens plats i behandlingsarbetet	29
Övergripande utvärdering	
Forskningsorganisation 2003	31
Sammanfattning	36
Referenser	38

PRESENTATION

Magelungens behandlingscenter ser mångfalden som en terapeutisk möjlighet och uppmuntrar olika teoretiska synsätt inom en sammanhållen behandlingsram. Vi har en strävan att anlägga olika perspektiv på ungdomens problematik för att därigenom öka möjligheterna för ungdom och familj att hitta nya handlingsalternativ.

Problem är komplexa till sin natur och en rimlig utgångspunkt är att vara tvärvetenskaplig: "Variation är den främsta metoden att möta komplexitet"

Personalen vid Magelungens behandlingscenter har förutom högskoleutbildning kunskap och vidareutbildning inom skilda teoriskolor, metoder och vetenskaper; psykodynamisk/objektrelationsteori, självpsykologi, systemiskt synsätt, lösningsinriktade metoder, salutogent synsätt, kognitiv terapi, neuropsykiatrisk kunskap.

Magelungens personal har lång erfarenhet av målgruppen och är organiserade i grupper med tydliga terapeutiska roller utifrån terapiformer; miljöterapeuter, familj-/nätverksterapeuter och individualterapeuter. Legitimerade psykoterapeuter finns inom verksamheterna.

Magelungens behandlingscenter består idag av två behandlingshem: MBC Farsta och MBC Södermalm, en Dagverksamhet, Träningslägenheter, MBC Stödboendet samt Resursenhet där vi kan erbjuda en mängd insatser som polikliniska behandlingskontakter som individual- och familjeterapi, korttidsterapi, konsultationer, utbildnings- och handledningsuppdrag. De olika enheterna har ett nära samarbete och kompletterar varandra. Detta ger uppdragsgivaren ett stort utbud av flexibla lösningar inför ett samarbete med Magelungen. Ungdomspsykiatrisk konsult är knuten till verksamheten.

Magelungen har även startat upp ett MTFC-projekt (Multidimensional Treatment Foster-Care) som är ett behandlingsprogram i förstärkta familjehem för ungdomar med asocialt beteende.

Magelungens behandlingscenter är ett personalägt aktiebolag. Alla delägare arbetar i verksamheten och har på bolagsstämman utsett en styrelse som tillsatt VD som har övergripande ledningsansvar för organisationen.

Vår tanke kring organisationen är att den ska vara öppen och i ständig utveckling. Organisationen ska erbjuda möjligheter och vara ett kreativt utrymme för såväl uppdragsgivare, ungdom och familj/nätverk som för personalen inom Magelungens behandlingscenter. Vi eftersträvar att vara en lärande organisation som erbjuder möjligheter till mångfald och nyskapande.

Målgrupp

Magelungens behandlingscenter erbjuder vård och behandling till ungdomar som bedöms ha psykotisk, borderline eller allvarlig neurotisk problematik.

Ungdomarna kan vara traumatiserade, ha adoptionsproblematik

Många av ungdomarna har varit utsatta för olika former av övergrepp.

Ungdomarna kan även ha neuropsykiatriska diagnoser som ADHD och Asperger.

Symtom kan vara suicidförsök, självskadande beteende, impulsgenombrott, vanföreställningar, tvångstankar.

Ungdomar med kriminalitet och missbruk som huvudsaklig problematik tar vi inte emot.

Bakgrund

Institutionen startade 1978 som ett ungdomshem inom Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting. 1988 omorganiserade vi verksamheten. Personalgruppen delade upp sig i tre team: Miljöterapeuter, Familjeterapeuter och Individualterapeuter som arbetade utifrån olika teoretiska utgångspunkter. 1993 övergick Magelungens behandlingscenter från Stockholms Läns Landsting till privat regi i form av personalkooperativ i aktiebolagsform. Detta innebar inga förändringar gällande målgrupp och verksamhetens inriktning. Under följande år vidareutvecklade vi arbetet både på institutionen genom att ta emot ungdomar dagtid som bodde i hemmet och genom träningslägenheter vid utslussning. 1996 startade vi en separat dagverksamhet i Farsta där vi erbjuder samma behandlingsinnehåll med miljö-, familje- och individualterapi. Kvällar, nätter och helger kan ungdomar och familjer nå oss per telefon.

2001 startade vi ett stödboende för ungdomar i behov av mera vuxenstöd än vad träningslägenheterna kan erbjuda. Samma år övertog vi driften av Vita Bergens behandlingshem på södermalm i Stockholm. En verksamhet som tidigare bedrivits i Landstingets regi. Samtidigt erbjöd vi samtliga månadsanställda att bli delägare i företaget. I dag är det 42 delägare i Magelungens behandlingscenter som alla arbetar i verksamheterna.

Vi kan idag erbjuda våra uppdragsgivare, kommuner och landsting: Två behandlingshem med dygnet-runt-boende, Dagverksamhet, Stödboende och Resursenhet med träningslägenheter, polikliniska kontakter samt olika former av kontaktmannaskap samt enskild undervisning. En del av behandlingscentrets verksamhet utgörs av konsultations-, utbildnings- och handledningsverksamhet.

Vi har på olika sätt löpande dokumenterat och utvärderat vår verksamhet:
Omorganiseringen 1988 i tre arbetsgrupper dokumenterades och utvärderades 1992:
"Från enfald till mångfald? - en beskrivning av ett förändringsarbete vid Magelungens behandlingshem 1988-92".

Magelungen deltog under tiden 1992-97 i "Paraplyprojektet": - Samordnad forskning kring behandlingshem för psykotiska patienter, som bedrivs, Psykologiska institutionen, Umeå Universitet. I detta projekt följdes ett antal ungdomar under och efter behandlingstiden samt att vårdklimatet på Magelungen studerades. Slutrapporten är publicerad: "En femårsstudie av patienter och personal vid Magelungen 1992-1997. Slutrapport nr 20 från Behandlingshemsprojektet," ISSN 1400-8742

Dokumentation och beskrivning av det miljöterapeutiska arbetet på Magelungen som utgavs i bokform 1996: Hölcke.F "Miljöterapi - Möte med möjligheter". Boken har tryckts i en tredje upplaga.

Vi är måna om att kontinuerlig utvärdering sker av behandlingen. Vid intagningsmöten, enligt den s.k. SAMUPPDRAGSMODELLEN lägger vi stor vikt vid att ta reda på uppdragsgivarens, familjens/nätverkets och ungdomens behov och önskemål om förändring inför inskrivning vid Magelungen.

Fokuseringen är på framtidsvisioner och vad som skall vara uppnått efter behandlingstiden: "Vad kommer skillnaden att vara då vi avslutar vårt samarbete, jämfört med idag? Utifrån detta formuleras ett "Samuppdrag" som ligger till grund för behandlingsarbetet: "Hur ska målen uppnås? Vilka ska samarbeta och hur ofta ska vi

träffas? Det ska vara ”mätbara” konkreta formuleringar som tydligt kopplas till de olika delarna i behandlingsinnehållet. Utvärderingar sker kontinuerligt med uppdragsgivare, familj/nätverk och ungdom.

Utvärderingsresultat är efterfrågat av våra uppdragsgivare och det är viktigt att resultaten kan jämföras med andra behandlingsinsatser. Då det i dagsläget saknas gemensamma utvärderingsinstrument inom ungdomsvården valde vi att själva utarbeta ett forskningsprogram med vedertagna instrument. Inom Magelungens organisation finns förutsättningar för att integrera behandling och metodutveckling med forskning och utvärdering. Vi ser här en möjlighet att bygga in kontinuerlig uppföljning i behandlingen som kan ge direkt återkoppling i behandlingsarbetet för både ungdomar och terapeuter. Vi ser forskningen som en viktig del av den kvalitetssäkring som vi vill erbjuda våra kunder och samarbetspartners. Med stöd av Socialstyrelsen har vi utvecklat en forskningsdesign som kan fungera både som utvärderingsinstrument och som informationskälla i det kliniska arbetet. Det har varit stimulerande och intressant att införa ett ”forskningstänkande” i det dagliga arbetet även om implementeringen av forskningen som en ”naturlig del” i institutionsarbetet inte alltid varit problemfritt.

Frågeställningar i forskningsprojektet

Vi projektets start ställde vi oss följande frågor:

Vilket mätbart resultat ger behandlingen?

Hur ser skillnaden i behandlingsresultat ut mellan behandlingshemmets dygnet-runt-behandling och dagverksamheten?

Hur pass samstämmiga är de olika instrumenten som vi valt –

både då det gäller ungdomarnas egna svar och terapeuternas bedömningar? samt behandlingsresultatet i relation till familj/nätverks känsla av sammanhang (KASAM)

Hur samstämmiga är uppdragsgivarna (kommun och/eller landsting) – familj/nätverk – ungdom och MBC om behandlingens resultat?

Vår ambition i pilotprojektet var att hitta användbara mätinstrument utifrån flera perspektiv för att beskriva förändringar och behandlingsresultat. Lärdomar och resultat av detta upplägg är relevanta för andra institutioner som bedriver vård och behandling med ungdomar, liksom den kunskapsöverföring som detta projekt innebär för våra uppdragsgivare och samarbetspartners som socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Genom att forskningen byggts in i verksamheten på Magelungen möjliggörs en direkt återkoppling till både ungdomar och terapeuter som kan bidra till förbättrat behandlingsresultat och önskvärd kvalitetsutveckling.

Behandlingsmetod

Behandlingsarbetet på Magelungens behandlingscenter bygger på ungdomens, familjens/nätverkets och uppdragsgivarens behov och önskemål om förändring. En bärande idé är att på behandlingshemmen skapa ett sammanhang som för alla parter är meningsfullt, begripligt och hanterbart.

Behandlingsinnehållet består av strukturerad miljöterapi, skola, individuell psykoterapi samt familje-/nätverksterapi.

STRUKTURERAD MILJÖTERAPI

På Behandlingshemmen och på Dagverksamheten finns schemalagd, strukturerad miljöterapi som bedrivs utifrån salutogena tankegångar och kognitiva metoder; Miljöterapi är gruppfokuserad med individuellt formulerade målsättningar – ungdomens egna resurser förstärks och utvecklas. Ungdomen har möjlighet att lära sig att fungera i grupp, hantera känslor och upplevelser och hitta nya sätt att relatera till andra. Den strukturerade miljöterapien dagtid bedrivs inom en fast tidsstruktur med hög kontinuitet vad gäller innehåll och personal.

Det miljöterapeutiska arbetet innebär också arbetsträning och möjlighet att utveckla kreativitet, lust och lekfullhet.

FAMILJ/NÄTVERK

Familjeterapi har sin grund i systemteorin såsom den utvecklats i det systemiska tänkandet. Målsättningen med det terapeutiska arbetet är att vidga synen på "problemet", och att tillsammans med familjen hitta nya förklaringar som ger möjlighet att välja andra handlingsalternativ och hitta nya sätt att fungera tillsammans.

Sammanhangen runt ungdomarna består ofta av fler personer än mamma, pappa och syskon. Det kan vara fränskilda föräldrar med nya familjer, släktingar och andra personer som finns runt ungdomen och familjen. Detta innebär att den inskrivna ungdomen kan ha familje-/nätverksmöten med olika personkretsar.

INDIVIDUELL PSYKOTERAPI

På behandlingshemmen och vid dagverksamheten erbjuds ungdomen samtal en till tre gånger per vecka med sin individualterapeut. Mötet mellan ungdom och terapeut i vardagen ger båda möjlighet att använda gemensamma erfarenheter.

Individualterapi är ett utrymme för ungdomen att prata om saker som känns angelägna. Terapi är ett sätt att träna sig på att vara i relation med en annan människa, och där av få nya erfarenheter av sig själv. En ökad medvetenhet om hur man själv fungerar i möte med andra kan leda till att man frigör mer resurser och skapar förutsättningar för att fatta nya beslut.

De teoretiska referensramarna har sin grund i olika skolor; Objektrelationsteori, självpsykologi, och kognitiv teori

SKOLA

Magelungens behandlingscenter har fyra heltidsanställda lärare som undervisar ungdomar inskrivna vid Magelungen. På behandlingshemmen ligger tonvikten på skola två-tre dagar per vecka, och på Dagverksamheten 3 dagar/vecka. Magelungens lärare har också "kvällsskola" som en extraresurs en kväll i veckan där Magelungens elever och placerade som går i vanlig skola erbjuds extra stöd och läxhjälp.

Övrig tid på institutionen finns personal tillgänglig för ungdomarna. Här ges utrymme både för gemensamma och individuella initiativ. En kväll varannan vecka är det ungdomsgrupp, där ungdomarna tillsammans med gruppledarna kan ventilera ämnen som berör dem gemensamt.

Verksamheten förutsätter ett nära samarbete med familj och nätverk. Föräldrarna deltar periodvis i det miljöterapeutiska arbetet. Familjer och nätverk inbjuds till en gemensam öppet-hus-middag en söndag i månaden.

Vi har helgstängt var fjärde helg. Då bor ungdomen hemma eller hos någon i sitt nätverk. En jourtelefon finns där personal kan nås av ungdom och familj.

MBC Träningslägenheter

Boendet i träningslägenheter syftar till att stödja och frigöra ungdomens egna resurser till ett självständigt liv. Omfattningen på kontaktmantimmar styrs utifrån behov och önskemål som beslutas gemensamt på möten med MBC:s samordnare, uppdragsgivare och ungdom-familj/nätverk. Målsättningen är att successivt minska det professionella stödet så ungdomen klarar av eget boende.

Alla ungdomar i träningsboende träffas tillsammans med personal på gemensam middag en gång i veckan för att dels få träning i att vara i grupp och dels ha ett forum för att diskutera och ventilerade bekymmer och glädjeämnen.

Samordnarna finns tillgängliga dagtid för att kunna träffa ungdomen och finns till hands för råd och stöd.

Övrig tid finns en jourtelefon där ungdom och familj/nätverk kan nå personal

MBC Stödboendet

I Stödboendet bor ungdomen tillsammans med andra ungdomar i en villa uppdelad på tre lägenheter. Personal finns i huset mån-torsd 9.00-22.00, fred-sönd 16.00-22.00 för att stödja och uppmuntra ungdomens positiva resurser. Stödboendet syftar till att stödja och frigöra ungdomens egna resurser till ett självständigt liv. I boendet finns möjlighet att öva sig på förmågan att samarbeta, fatta beslut och fullfölja planeringar. Det kollektiva stödboendet hjälper ungdomar med tendens till isolering att undvika detta dels genom samvaron med andra ungdomar och dels med stöd av personal som t ex kan erbjuda väckning och hjälp att komma iväg till aktivitet på morgonen.

En söndag i månaden inbjuds familj/nätverk till middag.

Övrig tid finns en jourtelefon där ungdom och familj/nätverk kan nå personal.

Forskningsmetod

Inför uppstarten av projektet undersökte vi vilka olika typer av forskningsinstrument som kunde vara relevanta för vår undersökning. Vi hade diskussioner kring de olika instrumenten och synpunkter på den problemorienterade inriktningen som instrumenten generellt har. Vi tog del av tidigare gjord forskning och gjorde förfrågningar omkring eventuellt pågående projekt. Vid den senare frågeställningen upptäckte vi att väldigt lite forskning är för närvarande igång vad gäller vår verksamhet. Vi tog kontakt med professor Kjell Hansson vid Socialhögskolan i Lund för konsultation gällande forskningsupplägg som skulle passa oss. Utifrån diskussioner med och handledning av Kjell Hansson bestämde vi oss för följande upplägg för Magelungens behandlingscenter:

Samtliga ungdomar i Dag- och i Dygnet-runt verksamheterna erbjuds att delta i programmet.

Ungdomar inskrivna vid Magelungens behandlingscenter och familjer informeras om projektet och erbjuds att delta. Utvärdering och forskning byggs in som ett bestående inslag i MBC: s utbud och utgör en del av kvalitetsutvecklingen av verksamheten. Terapeuterna inom MBC involveras i pågående datainsamling och delrapporter. Bedömningar och skattningar kan användas i behandlingsplaner på Magelungen.

Ungdomarna fyller i på egen hand eller med hjälp av kontaktmannen på MBC -YSR, ett frågeformulär som beskriver yttre och inre livssituation

- FoF frågor om familjemedlemmar.
- KASAM salutogent självsvarfsformulär som syftar till att beskriva känslan av sammanhang

Föräldrar och nätverk fyller i:

- KASAM
- CBCL bedömningar av ungdomens beteende och symtom

Behandlingsteamet runt ungdomen fyller i:

- TRF bedömningar av ungdomarnas yttre och inre livssituation
- GAF-skala där ungdomens mentala hälsa skattas. GAF-skalan i DSM IV-diagnosen används i forskningssammanhang som en standardiserad termometer över mental hälsa

1. Ungdomar som skrivs in vid MBC informeras om pågående projekt och får efter 1 månad fylla i formulären: YSR, FoF, Livets steg samt KASAM. Föräldrar/nätverk får KASAM-formulär och CBCL. Behandlingsteamet TRF-formulär och GAF
2. Samma material administreras därefter var 6:e månad
3. Samma material administreras vid utskrivning tillsammans med MBC:s utvärderingsenkät.

Ytterligare en uppföljning som ovan planeras ett år efter utskrivning.

Samtliga formulär och enkäter administreras av forskningsansvariga Mia Hübinette och Torgny L Westlund, Magelungens behandlingscenter som bearbetar och tolkar materialet under ledning av professor Kjell Hansson, Lunds universitet.

Allt insamlat material behandlas konfidentiellt och resultat presenteras i oidentifierad form.

Alla formulär är ungdomens eget material som de erhåller vid utskrivningen.

Vi rekviderade enkäter, formulär och manualer och beslutade oss för att genomföra ett pilotprojekt.

Genomförande av pilotprojekt

Syftet med ett pilotprojektet i initialfasen var att prova genomförandet av distribution, ifyllande av enkäter och formulär samt insamlande och bearbetning av data.

I pilotprojektet deltog sju ungdomar vid Magelungens Behandlingshem och åtta ungdomar vid Dagverksamheten. Dessa ungdomar i åldern 13-19 år hade varit inskrivna vid Magelungen mellan 2 och 16 månader. Med andra ord hade ungdomarna i pilotprojektet varit delaktiga i behandlingen vid Magelungen olika lång tid.

Forskningsprojektet presenterades för ungdom och familj av forskningsansvariga vid Magelungen. Vid detta tillfälle fick familjen även en skriftlig beskrivning av syfte och tillvägagångssätt. Vid nästa träff med familj och ungdom frågade vi om de var villiga att delta i projektet. Samtliga familjer sa sig vara positiva till projektet och fick enkäter att fylla i. I vissa fall på plats, medan andra fick med sig formulär hem tillsammans med frankerade kuvert att återsända materialet till oss. För ungdomarnas del distribuerades formulär och enkäter av samordnaren där ungdomen antingen med stöd eller på egen hand fyllde i och återlämnade materialet till samordnare eller forskningsansvariga.

När det gäller personalens skattning av ungdomarna i TRF-enkäten var detta samordnarens uppgift att antingen själva eller i samarbete med lärarna svara på frågorna angående ungdomarna.

Instrument:

YSR	Youth Self Report	<i>TM Achenbach-91 A.Broberg -94</i>
CBCL	Child Behaviour Check List	<i>TM Achenbach</i>
TRF	Teacher's Report Form	<i>TM Achenbach A Broberg</i>
SCL-90	Symtom Check List	<i>Derogatis-94</i>
KASAM	Känsla Av SAMmanhang	<i>Antonovsky-88 Hansson mfl -95</i>
GAF-skala	DSM IV-diagnos	

MBC:s utvärderingsenkät efter avslutad behandling.

Enkäterna började distribueras under våren-99 och i vissa fall tog det lång tid att få enkäterna tillbaka. Dels beroende på prioritering av uppgifter för samordnare och dels på grund av vissa ungdomars svårigheter att ge sig själva tid att i lugn och ro fylla i enkäterna. Detta ledde till att tidsintervallet mellan exempelvis TRF och YSR ibland blivit alltför långt. Samordnaren fyllde i sin enkät i maj, medan YSR inte kom förrän i oktober.

Under pilotprojektets gång hade vi flertalet förfrågningar och kontakt med andra vårdgivare som varit intresserade av vårt upplägg och våra erfarenheter av genomförandet.

Förändringar i upplägg

När materialet bearbetats och vi gått igenom detta tillsammans med Kjell Hansson beslutade vi oss för att göra vissa förändringar i upplägget inför det fortsatta projektet:

1. Viktigt att redan vid inskrivning vid MBC så snabbt som möjligt distribuera och insamla materialet. Detta för att få en så tidig bedömning av symtom som möjligt.
Vår hypotes är att problembilden förändras i intagningsarbetet och att det redan då sker en förskjutning till en mera positiv bild, både i och med att MBC förmedlar hopp och att en direkt förändring sker genom inskrivningen på MBC, och då speciellt vad gäller dygnet-runt behandlingen.
2. Vi tar bort SCL-90 från forskningsbatteriet eftersom denna enkät i mångt och mycket ger samma information som YSR.
3. Vi inför "Frågor om familjemedlemmar" (Expressed emotions) som mäter känslomässigt överengagemang samt uttryck för global kritik och upplevd kritik. Den svenska versionen består av 34 påståenden. Mamma, pappa eller annan i nätverket fyller i formuläret i relation till ungdomen och ungdomen svarar på enkäten i relation till mamma, pappa och/eller annan.

4. Vi inför "Livets stege" som mäter optimism. Översta steget föreställer bästa tänkbara liv och nederst värsta tänkbara liv. Man markerar var man står idag, var man var för ett år sedan och var man kommer att vara om ett år.

Inför den fortsatta forskningen på Magelungen kommer vi 2003 att införa ytterligare ett instrument

5. "Jag tycker jag är" för att få ett mått på självkänslan hos de ungdomar som finns i behandlingen. Vi tror att detta kan vara ett betydelsefullt mått som inte så tydligt är synligt i de material som vi använt under projektiden.

Forskningsinstrument i projektet

YSR	Youth Self Report
TRF	Teachers Report Form
CBCL	Child Behaviour Check List

Dessa tre självsvarfsformulär av Aschenbach har likartat innehåll. En del fokuserar på ungdomens kompetens när det gäller skola och andra sociala aktiviteter. Den andra delen är en symtomlista med 108 item uppdelade i åtta undergrupper som mäter:

Tillbakadragenhet	<i>undvikande av vissa situationer</i>
Kroppsliga problem	<i>somatiska symtom</i>
Ängslan/depression	<i>ångest och obehag</i>
Sociala problem	<i>problem i umgänget med andra</i>
Tankestörning	<i>svårigheter i tankeförmåga, fantasi-verklighet</i>
Kriminalitet	<i>i förhållande till samhällets normer</i>
Aggressivitet	<i>aggressivt beteende gentemot andra</i>
Uppmärksamhet	<i>svårigheter att fokusera</i>

Dessa undergrupper är i sin tur grupperade i:

Internaliserade problem	<i>symtom som vänds inåt mot den egna personen</i>
Externaliserade problem	<i>symtom som riktas utanför den egna personen</i>
Total summa	<i>sammanlagd totalsumma av symtom</i>

FoF - Frågor om Familjemedlemmar

Expressed Emotion (EE). Begreppet har sitt ursprung i de studier av schizofreni på 50-talet där man sökte orsaken till insjuknandet och återfall efter sjukhusvistelse i familjens kommunikation. Emotionellt laddade familjerelationer blir påfrestande för patienten och olika faktorer studerades som verkade höja risken för återfall. Om en förälder skattades högt på förekomst av kritiska kommentarer, fientlighet eller tecken på känslomässig överinvolvering innebar det ett högt EE med förhöjd risk.

De tidiga studierna karaktäriseras av ett linjärt tänkande där föräldrarnas kommunikation ansågs orsaka patientens sjukdom medan man med dagens cirkulära syn kan se EE som ett mått på den ömsesidiga interaktionen i familjen. Man har även sett EE som en stressreaktion på sjukdomen som sedan påverkat återinsjuknandet.

Studier har även redovisat betydelsen vid depression, bipolär sjukdom, affektiv sjukdom och ätstörningar.

Frågor om Familjemedlemmar (FoF)

Vi har valt detta självvarsinstrument då det är enklare att administrera än de gängse EE – instrumenten men också för att det har ett interaktionistiskt perspektiv där dyaderna i familjen studeras, och där var och ens upplevelse undersöks utifrån den systemiska tanken att varje familjemedlem äger sin ” sanning”.

Formuläret som kan sägas mäta temperaturen i familjen består av 30 påståenden som skall skattas på en 5 – gradig skala (nästan aldrig - nästan alltid) och redovisas med följande del-skalor som var och en kan vara predicerande.

1. Upplevd kritik/ UK (Perceived Criticism PC)

”Han/ hon är fientligt inställd mot mig”. ”Han / hon försöker ändra på mig”.

2. Upplevd emotionell involvering/ UEI (Perceived Emotional Involvement PEI)

”Han / hon vet hur jag känner mig.”

3. Kritiska kommentarer/ KK (Critical Remarks CR).

”Jag kritiserar honom / henne”. ”Det finns saker hos honom/ henne som irriterar mig”.

4. Emotionell överinvolvering/EÖI (Emotional OverInvolvement EOI).

Man reagerar starkt på vad den andra gör, säger och känner.

”Han/ hon får mig att må psykiskt dåligt” ”Jag kan inte sova på grund av honom/ henne.”

Skillnader mellan klinisk och icke klinisk grupp. (Hansson, Jarbin 1997)

	Icke klinisk N=81		Klinisk N= 197	
	M	(s)	M	(s)
Upplevd Kritik	1,83		2,07	(0,67)
	(0,58)			
Upplevd emotionell involvering	2,90		2,51	(0,60)
	(0,31)			
Kritiska kommentarer	1,82		2,56	(0,76)
	(0,34)			
Emotionell överinvolvering	2,20		2,71	(0,64)
	(0,27)			

KASAM

Är ett självvarsformulär som mäter välbefinnande enligt Antonovskys Känsla av Sammanhang. Det vill säga hur begriplig, hanterbar och meningsfull tillvaron är för ungdom och föräldrar.

Livets steg

Mäter optimism och livsförväntningar på en skala 1-10

Var befinner du dig just nu? För ett år sedan och ett år framåt

Jag tycker jag är

Är ett självsvarfsformulär som skattar ungdomens uppfattning om sig själv. Skalorna består av ett antal påståenden som samlas i olika områden av självupplevande:

- Fysiska egenskaper hos ungdomen; utseende, kroppsupplevelse
- Psykiska egenskaper hos ungdomen; färdigheter, talanger, begåvningar och psykisk stabilitet, styrka, ångest, aggressivitet.
- Ungdomens relationer till andra; till föräldrar och till kamrater.

GAF-skala

YSR, CBCL, FoF och Livet stege distribueras i anslutning till intagningsmöten där Magelungens forskning presenteras. TRF-blanketten och GAF-skalebedömning görs av terapeuter och lärare under den första månaden på Magelungen.

Besvarade frågeställningar

När vi nu avslutat två faser i forskningsprojektet ; pilotprojekt och nybörjarfasen kan vi av resultaten få en bild av

Vilken typ av problem har de ungdomar som blir placerade på Magelungens behandlingscenter? och vilka grupperingar kan man urskilja?

Sedan starten har 70-talet ungdomar placerats på Magelungens behandlingscenters dag- och dygnet-runt verksamheter. Hur ser ungdomsgruppen ut?

Finns skillnader mellan dag- och dygnet-runt placeringar? Finns det tydliga könsskillnader?

Under projektet har vi första mätningar på sammanlagt 45 ungdomar, varav 15 ungdomar var/är placerade på dagverksamheten. Av de 45 ungdomarna är 31 flickor och 14 pojkar.

Vilka skillnader kan man se utifrån instrumenten på symtombilden för ungdomarna?

Hur samstämmiga är instrumenten i relation till varandra?

I det kliniska arbetet har vi fokuserat på Aschenbach formulär för att få information om hur ungdomen själv, föräldrar och behandlare ser på symtombilden. Det visar sig att vi i de allra flesta fall är överens om hur problemen ser ut. I de fall då bilderna gått isär har forskningsenkäterna gett en signal om att vi i behandlingsarbetet bör undersöka skillnaderna.

Hur kan man använda forskningen aktivt i behandlingen?

Denna frågeställning är central för oss utifrån våra erfarenheter av deltagandet i "Paraplyprojektet". Vi var som tidigare beskrevs varit med i projektet som bedrevs av Umeå Universitet under åren 1992-1997. Slutrapporten var färdig i november 2002. Vår bestämda uppfattning är att om forskningen ska få en självklar plats inom en organisation så måste feed-back till personalen ske kontinuerligt och "nära" Exempel på detta beskrivs under "Case-studies". Där vi beskriver två av ungdomarna som har genomgått behandling och har komplett ifyllt forskningsbatteri.

Resultatet av forskningsprojektet är för oss mycket värdefullt. Vi har samlat på oss mycket erfarenheter och har många idéer och formulerat metoder för Magelungens fortsatta forskning. Vi har också ett stort grundmaterial där det finns möjlighet att göra en uppföljning tre år efter utskrivning på de ungdomar som påbörjat forskningen under projekttidens gång.

En aspekt av att bedriva forskning på behandlingsinstitutioner som är tydlig för oss är att forskning är resurskrävande, både personellt och ekonomiskt. Det finns heller inte någon tradition och kultur bland behandlingspersonal att bedriva forskning. Att skapa kultur tar tid, Magelungens behandlingscenter har genom projektet påbörjat en kulturbyggande som vi hoppas ger ringar på vattnet för att ge forskningen en given plats i organisationer.

Våra erfarenheter av att implementera forskningen

När vi står inför att avsluta denna del projektet kan vi se att det projektet rent vetenskapligt resulterat i är att vi kan belysa de svårigheter som implementeringen av en forskningsorganisation stöter på hur viktigt än syftet är.

Vi har under projekttiden inte fullt ut lyckats med att administrera enkäter och forskningsmaterial på ett tillräckligt tillförlitligt sätt. Forskningsmaterialet har av olika anledningar inte prioriterats och har ibland inte genomförts enligt planeringen. Anledningen har varit att det varit mycket annat som prioriterats före administrering av forskningsmaterialet i det dagliga arbetet på institutionerna och att föräldrarnas formulär ibland tagit lång tid att samla in.

När Magelungens behandlingscenter startade upp projektet var vi ett företag med 23 månadsanställda som var fördelade på tre enheter. Ansvar för att forskningsenkäter distribuerades och samlades in av två personer. Under projekttiden expanderade organisationen. Dels öppnade vi ett Stödboende med plats för fem ungdomar, och dels övertog vi huvudmannskapet för ett behandlingshem med tio platser som tidigare tillhörde Stockholms läns landsting. Personalgruppen fördubblades och nya verksamheter skulle konsolideras i Magelungens organisation. Svårigheter blev tydliga i att manifesteras forskningens position då många andra processer var mera påtagliga. Forskningen var under en period inte så prioriterad som det skulle vara önskvärt att den vore. Under en period har enkäter inte blivit distribuerade, inte varit fullständigt ifyllda och framförallt har vi tappat mättillfällen. Detta har resulterat i ett för stort bortfall om statistiken ska bli tillförlitlig. Vi kan heller inte säga något om vilka ungdomar det är som representerar bortfallet. Är det ungdomar som skulle ha visat på sämre resultat? Eller är bortfallet "slumpmässigt"?

Det är också viktigt att hela tiden hålla forskningen prioriterad i verksamheten. Vi kan se hur vi under projektet från början hade en entusiasm kring forskningen och alla var med på vikten av att enkäter distribuerades och samlades in. Intresset och aktualiteten avmattades då den initiala perioden var över och under samma period expanderade organisationen. Detta innebar att forskningen inte längre prioriterades i den stora omdaning av personalgrupper och verksamheter. Vi har under perioden haft en stort antal ungdomar, närmare 70 placeringar vid de olika verksamheterna på Magelungen. I projektets början var vi som tidigare nämnts en mycket mindre

organisation och det är möjligt att vi hade haft ett mindre bortfall om inte organisationen hade expanderat 2001.

En annan svårighet som vi arbetar på är hur vi ska få in material efter avslutad behandling. Här är bortfallet hittills stort, men vi fortsätter att på olika sätt få in enkäter. En idé kring detta kan vara att ungdomarna ett år efter utflyttning inte vill "påminnas" med symtomlistor och inte tycker att fullföljandet av enkätifyllandet är viktigt när behandlingen avslutats.

Rapportering och spridning

Under projekttiden har intresset för projektet varit stort och vi på olika sätt delat med oss av våra resultat och erfarenheter. Vi har inbjudits till seminariedagar anordnade av Stiftelsen Allmänna Barnhuset som handlade om forskning och utvärdering. Vi har presenterat forskningsprojektet och konsulterats av Stiftelsen Credo, Nacka kommun, Stockholm HVB, Länna hemmet och Västerås kommun för att vara dem behjälpliga och vara idégivare för att bygga upp egna forskningsprojekt. Psykoterapiinstitutet här i Stockholm anordnade två seminariedagar "Unga Vuxna" där en av dagarna fokuserade på forskning och utvärdering. Vi var då där och presenterade vårt upplägg. Föreläsningen var uppskattad av deltagarna. Vi har också delat med oss av våra erfarenheter till uppdragsgivare.

Magelungens behandlingscenter har under det senaste året anordnat tre utbildningar för institutionspersonal. En viktig del av dessa utbildningar har varit att diskutera forskning och medverka till att lyfta fram forsknings plats på behandlingsinstitutioner. Det har varit intressanta diskussioner kring vad forskning kan visa och hur forskning påverkar behandlingen. Vi har delat med oss av våra erfarenheter av de svårigheter, men också de stora möjligheter som integrerad forskning innebär. Vi har visat hur forskningen kan bidra med information och diskussion i behandlingsplaneringen.

FORSKNINGSRESULTAT 1999-2002

Deltagare och bortfall

De som deltagit i studien är ungdomar som varit inskrivna vid Magelungens Behandlings-center AB åren 1999-2002, deras familjer samt anställda på MBC.

45 ungdomar har deltagit i studien på så sätt att antingen de själva, deras familj eller behandlare på MBC har fyllt i enkäter om dem under deras behandlingstid på MBC.

Könsfördelningen på de deltagande ungdomarna var 31 flickor och 14 pojkar.

15 ungdomar har fått behandling vid MBCs dagverksamhet,

19 stycken vid Farsta dygnet-runt

11 stycken vid MBC Södermalm dygnet-runt. (MBC Södermalm tillkom i maj-01)

Under den aktuella perioden så har cirka 75 ungdomar varit inskrivna på MBC minst en månad och därmed varit berättigade deltagare i studien.

Bortfallet är alltså cirka 40% vilket är mycket högt och gör att man bör vara mycket försiktig i hantering och tolkning av de resultat som framkommit.

GENERELLA RESULTAT

Skillnader i ungdomarnas problemnivå mellan tre olika MBC-verksamheterna

De tre deltagande verksamheterna på MBC var Dygnet-runt Södermalm (Söder) Dygnet-runt Farsta (Farsta) och Dagverksamheten (Dag).

Graden av problematik hos ungdomarna på dessa institutioner skattades via föräldrarskattning (CBCL), ungdomsskattning (YSR) samt behandlars skattning (TRF) på de tre Achenbachskalorna *Internaliserade problem*, *externaliserade problem* samt *Totala problem* (se tabell I).

Tabell I Medelvärde (M) och standardavvikelse (SD) på Achenbachskalorna vid ungdomarnas inskrivning, uppdelat på tre institutioner

		Totala problem		Externaliserade Problem		Internaliserade Problem	
	N	M	SD	M	SD	M	SD
Ungdomsskattning							
Söder	9	58	34.7	16.6	14.1	19.3	14
Farsta	11	78.3	31.2	20.2	10.4	28.8	11.1
Dag	12	54.5	30.7	19	14	18.8	12.4
Föräldrarskattning¹							
Söder	9	71	30.3	22.9	18.6	20.4	5.9
Farsta	15	60	25.7	21.2	13.4	20	9.5
Dag	12	55.9	36	16.2	10.1	19.7	14
Behandlarskattning							
Söder	11	47.2	22.9	11	9.2	17.5	8.4
Farsta	15	55.4	23	15.4	10.9	19.4	9
Dag	12	50	40.4	14.8	16.8	13.7	11.2

¹ Då båda föräldrar fyllt i CBCL har här moderns enkät använts

T-test gjordes för att se om det fanns någon skillnad i problemområden hos ungdomarna i de olika verksamheterna på MBC.

I föräldrarnas och behandlarnas skattning av ungdomarnas problemområden fanns det ingen signifikant skillnad på någon av Aschenbachskalorna mellan de tre undersökta MBC-institutionerna. I ungdomskattningen fanns det en tendens till signifikant skillnad på totala problem och internaliserade problem mellan Farsta och Dag, där problemen var större hos ungdomarna på Farsta institutionen ($t = 1.882$, $p < 0.1$) ($t = 1.942$, $p < 0.1$). Dessutom fanns en tendens till signifikant skillnad på internaliserade problem mellan Farsta och Söder, där problemen var större på Farsta institutionen ($t = 1.833$, $p < 0.1$).

Då det inte fanns några säkerställda signifikanta skillnader mellan ungdomarna på de olika institutionerna räknas de som en gemensam grupp i övriga analyser (se tabell 2).

Hur stora problem har ungdomar som placeras på MBC?

Vid en jämförelse med en föräldrarskattning på CBCL för en svensk normalpopulation ungdomar 12-16 år (Larsson & Frisk 1999) ligger MBC-ungdomarnas medelvärde vid inskrivning mer än tre standardavvikelser högre än normalgruppens på alla tre skalorna (för MBC-ungdomarnas medelvärde se tabell 2).

Aschenbach skalorna är inte utprövad på någon klinisk population i Sverige. Om man jämför MBC-ungdomarnas resultat med en klinisk population ungdomar i USA 12-18 år (Aschenbach 1991) ligger dock MBC-ungdomarnas resultat i paritet eller något högre än denna grupp på alla tre delskalorna. Detta gäller både för CBCL, YSR och TRF. Här bör också påpekas att normalpopulationen i USA ligger högre än den svenska normalpopulationen. Detta gör att det är möjligt att den kliniska gruppen ungdomar i USA också ligger högre än vad en svensk klinisk population skulle göra.

Könsskillnader i problemnivå hos ungdomar placerade på MBC

Pojkar och flickor separerades för de olika skattningarna för att se om det fanns några könsskillnader i problemgrad mellan pojkar och flickor som varit placerade på MBC. (se tabell 2 nästa sida)

Tabell 2 Medelvärde (M) och standardavvikelse (SD) på Aschenbachskalorna vid inskrivning, uppdelat på kön samt för hela gruppen.

	N	Totala problem		Externaliserade Problem		Internaliserade Problem	
		M	SD	M	SD	M	SD
Ungdomsskattning							
Pojkar	12	54.3	31.3	19.3	15	18.7	13.2
Flickor	20	71.9	32.4	18.8	11.4	25.8	12.2
Alla	32	63.9	32.1	18.4	12.5	23	12.5
Föräldrarskattning¹							
Pojkar	14	54.7	31.1	18.7	15.6	15.6	8.3
Flickor	22	65.6	29.7	20.7	12.9	22.8	10.6
Alla	36	61.4	30.3	19.9	13.8	20	10.3
Behandlarskattning							
Pojkar	14	48.5	35.7	14	14.5	14.4	9.8
Flickor	24	53	25	13.9	11.5	18.6	9.4
Alla	38	51.3	29	13.9	12.5	17	8.7

¹ Då båda föräldrar fyllt i CBCL har här moderns enkät använts

T-test gjordes för att se om skillnaderna mellan könen var signifikanta. I föräldrarskattningen var skillnaden mellan flickor och pojkar signifikant på internaliserade problem, där flickorna hade mer problem ($t = 2.164$, $p < 0.05$). Inga andra signifikanta skillnader fanns. Trenden var dock i alla jämförelser att flickorna hade mer internaliserade problem än pojkarna och mer totala problem än pojkarna.

Skillnader mellan Föräldrarskattning, Ungdomsskattning och Behandlarskattning

För att se om det fanns några skillnader mellan de olika grupperna som skattat problem gjordes t-test mellan dessa. Endast de ungdomar som hade skattats i båda de grupper som jämfördes togs med i respektive analys. Det fanns en signifikant skillnad mellan ungdomsskattningen och behandlarskattningen på totala problem och internaliserade problem (se tabell 3). Mellan behandlarskattning och föräldrarskattning samt mellan föräldrarskattning och ungdomsskattning fanns inga signifikanta skillnader (se tabell 4 och 5)

Tabell 3 Skillnad mellan behandlarskattning och ungdomsskattning

	N	Behandlarskattning M	Ungdomsskattning M	T-värde	P-värde
Totala problem	24	43.4	59.4	-2.040	0.047*
Internaliserade problem	24	16.5	20.5	-1.278	0.208
Externaliserade problem	24	9.8	16.3	-2.336	0.024*

* signifikant på $p < 0.05$

Tabell 4 Skillnad mellan behandlarskattning och föräldrarskattning

	N	Behandlarskattning M	Föräldrarskattning M	T- värde	P-värde
Totala problem	28	49	58	-1.071	0.289
Internaliserade problem	28	15.6	18.4	-1.097	0.278
Externaliserade problem	28	13.7	19.5	-1.580	0.120

Tabell 5 Skillnad mellan föräldrarskattning och ungdomskattning

	N	Föräldrarskattning M	Ungdomsskattning M	T- värde	P-värde
Totala problem	21	56.5	60.6	-0.396	0.694
Internaliserade problem	21	21.1	21.1	0	0
Externaliserade problem	21	15	16.9	-0.538	0.594

Skillnader mellan mammors och pappors bedömning av sitt barns problem

För att se om det fanns några skillnader mellan hur mammor och pappor skattar ungdomarnas problem gjordes t-test mellan deras skattningar av ungdomarnas problem vid inskrivning. Endast de ungdomar som skattats av båda föräldrarna togs med i analysen. Inga signifikanta skillnader fanns mellan föräldrarnas skattningar. Trenden var dock att mammorna skattade att ungdomarna hade mer problem än vad papporna skattade. Detta gällde för alla tre skalorna (se tabell 6).

Tabell 6 Skillnad mellan mammor och pappors skattning vid inskrivning

	N	Mammaskattning M	Pappaskattning M	T- värde	P-värde
Totala problem	19	60.9	49.2	1.190	0.242
Internaliserade problem	19	21.9	16.7	1.433	0.161
Externaliserade problem	19	18.3	13.9	1.118	0.271

DISKUSSION

Då bortfallet var mycket högt måste man hantera alla resultat och de slutsatser man drar av dessa mycket försiktigt.

Skillnader i ungdomarnas problemnivå mellan tre olika MBC-verksamheterna

Analysen visade att det inte fanns några säkerställda skillnader i problem mellan ungdomarna på de olika verksamheterna på MBC. En tendens till skillnad fanns dock mellan institutionen i Farsta och de andra två institutionerna på internaliserade problem. Detta förklaras troligtvis med att Farsta haft 17 flickor som deltagit i studien och endast 2 pojkar, och flickorna överlag visade upp mer internaliserade problem än pojkarna.

I övrigt kan det tyckas förvånansvärt att dygnet-runt institutionerna och dagverksamhetens ungdomar har ungefär lika mycket problem och samma typ av problem. Vad är det då som avgör vilken typ av behandling som väljs? En trolig förklaring är att det finns en skillnad som inte har med ungdomens enskilda problem att göra. Dygnet-runt-placering väljer man nog oftast då det är omöjligt för ungdomen att bo kvar i hemmet, vilket kan bero på annat än ungdomens problem, såsom till exempel familjeklimatet eller föräldrarnas egna problem. Detta är något som inte framkommer via Aschenbachskalorna utan andra instrument behövs. I det fortsatta utvärderingsarbetet kommer sådana instrument troligen inkluderas i MBCs testbatteri. Redan idag använder MBC instrumentet *Frågor om familjemedlemmar* (FoF) för att mäta familjesituationen, dock hitintills endast för utvärdering av enskilda ungdomars behandling.

Könsskillnader i problemnivå hos ungdomar placerade på MBC

Trenden att flickorna hade mer internaliserade problem och totala problem än pojkarna fanns i alla skattningarna. En signifikant könsskillnad fanns också i föräldrarskattningen där flickorna hade mer internaliserade problem än pojkarna.

Även om endast en skillnad var signifikant är det ändå ett intressant mönster att flickorna ligger högre på internaliserade och totala problem, medan könens externaliserade problem ligger på samma nivå. Ofta brukar det vid generaliseringar heta att pojkar visar sina svårigheter mer utåt medan flickorna vänder problemen inåt. Stämmer detta skulle då dessa resultat kunna tyda på att flickorna behöver ha mer problem än pojkarna för att få behandling på MBC. Det finns alldeles för lite belägg för att man ska kunna dra någon säker slutsats, men onekligen grund för en hypotes som är värd att undersökas vidare.

Hur stora problem har ungdomar som placeras på MBC?

En jämförelse med en normalpopulation visade att MBCs ungdomar har mycket större problem än "vanliga" ungdomar. Magelungens placerade passar in i gruppen för

ungdomar med kliniska svårigheter när man jämför med en sådan grupp från USA. Visserligen är den svenska jämförelsegruppen något lägre i ålder, men det finns inget i varken den svenska eller amerikanska jämförelsegruppen som tyder på att resultatet på Aschenbachskalorna stiger med ålder. Man kan därmed konstatera att de ungdomar som kommer till MBC verkligen är i behov av hjälp/behandling.

Skillnader mellan föräldraskattning, ungdomsskattning och behandlarskattning

Det fanns en signifikant skillnad mellan ungdomsskattningen och behandlarskattningen på internaliserade problem och totala problem. Där ungdomarna skattade att de hade större problem än vad behandlarna skattade att de hade. Det är ett vanligt fenomen att ungdomar och ofta även föräldrar skattar sina problem som större än vad till exempel behandlare eller familjehem gör.

Mer anmärkningsvärt är då att man trots allt ligger så pass nära varandra i bedömningen av problemgrad som man gör. Framförallt gäller detta ungdoms och föräldraskattningen som bara skiljer sig åt ett par poäng på de olika skalorna. Denna överensstämmelse i problembeskrivning stärker validiteten i undersökningen på så sätt att man kan känna sig säkrare på att man verkligen får fram vilka problem ungdomarna på MBC har och hur kraftiga de är. Framöver kommer även uppdragsgivaren (socialtjänst och/eller psykiatri) och lärare att skatta ungdomens problem, något som förhoppningsvis ytterligare kommer stärka validiteten.

Skillnader mellan mammor och pappors bedömning av ungdomsproblem

Det fanns inte några signifikanta skillnader mellan föräldrarnas bedömning av ungdomarnas problem. Det fanns dock en tydlig trend då mammorna skattade att ungdomarna hade större problem än vad papporna skattade att ungdomarna hade på alla tre skalorna.

Inget särskilt överraskande resultat då man tänker på att det är vanligare att mammorna är hemma mer än papporna. Vilket man kan tänka sig leder till att de träffar ungdomen mer och då både ser mer av och påverkas mer av dennes svårigheter.

Förändringar framåt

I MBCs testbatteri kommer vi framöver inkludera testet *Jag tycker jag är*. Det mäter upplevelser av sig själv som kan härröras till begreppen självkänsla och självförtroende, vilket är något som saknas i vårt nuvarande testbatteri. Även andra test skulle kunna vara passande såsom exempelvis test som visar hur mycket ens problematik styr ens liv. Det finns dock som tidigare nämnts en risk att ett för stort testbatteri ökar bortfallet, och då vi redan har problem med högt bortfall vill vi inte i nuläget utöka testbatteriet för mycket. Testbatteriet får inte heller vara för stort då vi har många och täta uppföljningsmätningar. Täta uppföljningar görs för att åtminstone delvis kunna kontrollera för att vi saknar kontrollgrupp.

Varför bedriver vi denna typ av utvärdering?

Vi tycker det är en självklarhet att man måste använda vetenskapliga metoder för att ta reda på om den behandling man bedriver också ger resultat. Det är ett skydd för ungdomar och familjer som deltar i vår behandling att vi kan visa vad den ger för effekter. Våra uppdragsgivare som betalar för behandlingen ska också veta vad den behandling de köper ger för resultat.

Att vi valt kvantitativa metoder som främsta arbetssätt kommer sig av att vi anser det är den lättaste metoden att använda om man vill få fram generella resultat för hela gruppen ungdomar på MBC. Man får på detta sätt även fram resultat som går förhållandevis fort att ta till sig, vilket är viktigt för att de ska kunna spridas till utomstående.

Vi är medvetna om begränsningarna med kvantitativ metod inom behandlingsforskning. En sådan begränsning är att forskningsteamet väljer hur man mäter förändring och styr på så sätt forskningen. En annan begränsning är att det är svårt att få kvantitativ forskning att mäta den komplexitet som finns vid den typen av behandlingsarbete som bedrivs på MBC där många olika behandlingsformer erbjuds. Det gör att det är svårt att förstå att utifrån kvantitativa data förstå vad i behandlingen som åstadkommer förändringar. Förhoppningsvis kommer vi i framtiden kunna inkludera andra metoder i vårt utvärderingsarbete så att vi kan få svar på frågor som inte kan besvaras av vårt nuvarande forskningsupplägg.

FALLBESKRIVNINGAR

Enkätresultaten används på MBC även för att utvärdera behandlingen av enskilda ungdomar. För att ge en bild av hur detta utvärderingssystem fungerar redovisas i denna rapport resultaten från tre av de ungdomar som deltagit i forskningsprojektet. De har varit inskrivna vid vår dagverksamhet eller något av våra två dygnet-runt behandlingshem. En beskrivning av hur behandlingsteamerna för respektive ungdom resonerar kring resultaten redovisas också. För att anonymitetsskydda ungdomen redovisas inte hans/hennes riktiga namn, ej heller vid vilken specifik institution han/hon varit inskriven vid eller vid vilken tidpunkt han/hon var inskriven vid MBC.

De mätinstrument som använts vid fallstudierna är problemskattning av ungdom (YSR), förälder (CBCL) och behandlare¹ (TRF), samt Livets steg och Kasam för både ungdom och förälder.² Alla dessa används inte i varje fallbeskrivning utan varierar beroende på vilka som fyllts i.

Fall 1: Åsa

Bakgrund

Åsa (fingerat namn) bodde på MBC ca ett år. Det övergripande skälet till placeringen var att Åsa isolerat sig i hemmet och inte gick utanför dess väggar.

Åsa deltog under placeringen i alla de terapiformer som MBC erbjuder.

Resultatbeskrivning Åsa

Tabell 7 Totalpoäng på alla instrumenten för Åsa

	Inskrivning	6 månader	14 Mån. Utskrivning
YSR	67	58	37
CBCL	27	36*	20
TRF	18	65	63
Livets Stege ¹	2,2,4	2,3,4	
Kasam Åsa	103	120	127
Kasam Mamma	146	141	138

¹ Första siffran står för på vilken nivå på livets steg (skala 1-10) hon anser att hennes liv var för ett år sen, andra siffran för nivån idag och tredje siffran vilket steg hon tror hon är på om ett år

När man tittar på resultaten kan man konstatera att Åsa anser att hennes problem minskat under tiden på MBC samt att hennes känsla av sammanhang har ökat. Varken behandlaren eller Åsas mamma ser dessa förändringar. Åsas mamma såg dock Åsas problematik från början som mindre än Åsa själv och ligger fortfarande lägre än Åsa vid utskrivning.

¹ Oftast ifylld av ungdomens samordnare, en person som fungerar som kontaktperson för ungdomen och dess nätverk

² För vidare beskrivning av mätinstrumenten se kapitlet Mätinstrument.

Åsa skattar själv att hennes problem ligger på 67 poäng vid inskrivning. Efter 6 månader har hon sjunkit till 58 poäng för att vid utskrivning vara nere på 37 poäng. En förändring på en standardavvikelse (sd) brukar ses som en klinisk signifikant förändring. Åsas resultat från inskrivning till utskrivning innebär en förändring på över två sd³ och måste ses som betydande förändring. Samma sak gäller hennes känsla av sammanhang där hon börjar på 103 för att sedan vara på 127 vid utskrivning.

Åsas mammas bedömning av Åsas problem, är mer konstant över tid. Den stiger något mellan inflytt och sex månader för att sedan sjunka igen till utskrivning. Ingen signifikant förändring har skett med Åsas mammas Känsla av sammanhang, även om den sjunkit något under behandlingstiden.

Behandlaren har skattat Åsas problem till 18 poäng vid inskrivning. Vid nästa skattning har det stigit kraftigt till 65 poäng för att sedan ligga på ungefär samma nivå vid utskrivning.

Frågor om Familjemedlemmar

Mo om Åsa

	Inflytt	6 mån	14 mån (utfl)
Upplevd Kritik	2,57	2,86	3,00
Upplevd emotionell involvering	2,00	2,20	2,00
Kritiska kommentarer	2,30	2,70	3,20
Emotionell överinvolvering	2,88	2,88	3,25

Åsa om Mo

	Inflytt.	6 mån	14 mån (utflytt.)
Upplevd kritik	2,71	2,86	2,14
Upplevd emotionell involvering	1,60	2,00	2,20
Kritiska kommentarer	2,90	2,30	1,70
Emotionell överinvolvering	2,13	2,13	2,00

Åsa om Fa

	Inflytt	6 mån	14 mån (utflytt.)
Upplevd Kritik		2,29	2,29
Upplevd emotionell involvering		1,40	2,20
Kritiska kommentarer		1,20	1,10
Emotionell överinvolvering		1,38	1,13

³ Standardavvikelsen som använts här är den för den amerikanska normeringen för YSR icke klinisk grupp flickor 12-18 år. (Achenbach 1991)

Behandlingsteamets syn på behandlingsresultatet

Innan resultatet på forskningsenkäterna presenteras för behandlingsteamet är de ganska tveksamma om behandlingen gett resultat. De beskriver små förändringar, Åsa har till exempel kunnat delta lite mer i MBC's olika verksamheter allt eftersom placeringen fortgått. Bland annat har hon fått lättare att delta i miljöterapi tillsammans med de andra ungdomarna. Någon större förändring av hennes fungerande tycker teamet dock sig inte ha sett. Familjeterapeuten påpekar dock att familjen beskrivit större förändringar, bland annat lättnader i kommunikationen när Åsa varit hemma.

När behandlingsteamet får resultaten från enkäterna redovisade för sig blir de lite förvånade, men efter en stunds diskussion så får de grepp om varför det ser ut som det gör.

Samordnarens förklaring till sin låga skattning av Åsas problem vid inskrivningen är att hon fyllde i enkäten redan en månad efter Åsa placerades på MBC och därför inte kände henne tillräckligt väl⁴. Teamet är överens om att de förändringar som skett med Åsa under tiden på MBC kanske inte är så uppenbara för omvärlden, men om man ser dem från Åsas synvinkel kan man förstå att hon beskriver en klar förändring och förbättring. Det kan förklara skillnaderna mellan Åsas beskrivning av minskade problem kontra behandlaren och mammas mer oförändrade syn.

Behandlingsteamet kommer nu också på fler saker som man sett förändras hos Åsa under tiden på MBC. De påminner sig om den isolerade situation Åsa var i när hon blev placerad på MBC, och ser att hon nu fått större möjlighet att röra sig fritt, att hon deltagit i aktiviteter som varit omöjliga att delta i tidigare, att hon mot slutet kunde be om hjälp på ett sätt hon inte kunde vid inskrivning.

När det gäller Åsas förbättrade känsla av sammanhang menar teamet att Åsas brutna isolering är en viktig förklaring. De tror att detta gett henne en ökad upplevelse av att ha kontroll över sitt liv då hon kunnat ta sig mellan olika miljöer så som hemmet och MBC. Även att hon kunnat delta i aktiviteter på MBC tror teamet påverkat hennes hopp om att kunna delta i samhällsaktiviteter framöver och därigenom gett ökat hopp om framtiden.

Familjeterapeuten intervjuades och kom med följande synpunkter på resultatet av FoF (Åsa om mo)

Man fick det bättre hemma - modern blev mer lugn i och med flytten till magelungen . Det blev mindre bråk och Åsa stängde inte in sig på rummet utan ” öppnade sin dörr” hade lust till relation.Moderns oro minskade i och med att Å. Inte var hemma men familjeterapi har haft liten effekt – möjligen att var och en kom till tals i samtalen(KK) Å. Försvarar sina föräldrar, vill inte vara till besvär, (mo ansvarar för 2 döttrar efter skilsmässan). Åsa är rädd om modern vid avslutet av beh.(EÖI)

Modern var kritisk i början, orolig när Å. Kom hem när det var jobbigt på Magelungen-hon klarade inte av att vara på M. och var inte välkommen hem. Hemma körde Å. Sitt eget race – Där var 3 kvinnor som alla ville bestämma.(UK)

Å. Ser idag sin mo. med andra ögon.(UEI)

⁴ Framöver kommer behandlingspersonal fylla i enkäter två månader efter ungdomen skrivits in på MBC

Sammanfattningsvis är intrycket att resultaten på forskningsenkäterna hjälpt teamet tänka i nya banor kring behandlingen och fått dem att observera framgångar i behandlingen som de tidigare inte riktigt upptäckt.

Fall 2: Therese.

Bakgrund

Therese (fingerat namn) har växt upp tillsammans med sin pappa som varit psykiskt sjuk under hela hennes uppväxt. De har levt mycket isolerade och Therese enda kontakt med omvärlden har varit skolan. Pappa har även under lång tid utsatt Therese för sexuella övergrepp. I början av tonåren hamnade Therese på psykiatrisk klinik, anledningen var olika typer av ångestbesvär och depression. Hon var sedan föremål för flera olika typer av interventioner inom psykiatrin under ett par år, den största delen av denna tid var hon dock på sluten ungdomsavdelning. Hon placerades till slut i ett familjehem och snart efter detta skrevs hon in vid MBC. Efter utskrivning från MBC har hon fortsatt i psykoterapi hos den terapeut hon hade på MBC. En terapi som troligtvis kommer fortsätta flera år framöver. Hon har även fortsatt kontakt med sin samordnare från MBC som hon träffar ett par gånger i halvåret.

Resultatbeskrivning Therese

Observera att den första mätningen är först 12 månader efter inskrivning. Detta på grund av att forskningsprojektet inleddes först då.

Tabell 2 Totalpoäng på alla mätinstrumenten för Therese

	12 månader	30 Månader	40 månader utskrivning	18 mån efter utskrivning
YSR	62	64	47	51
CBCL ¹	55	31	18	5
TRF	55	45	38	
Livets Stege ²	7,8,4	6,8,5	6,8,8	9,9,7
Kasam Ungdom	112	130	135	130

¹ Ifyllt av familjehem

² Första siffran står för på vilken nivå på livets steg (skala 1-10) hon anser att hennes liv var för ett år sen, andra siffran för nivån idag och tredje siffran vilket steg hon tror hon är på om ett år. Se avsnitt om forskningsinstrument i projektet.

Therese skattar att hennes problem har en klinisk signifikant minskning från första mätning till utskrivningsmätning. Resultatet ligger sedan kvar på nästan samma nivå från utskrivning till uppföljningen efter 18 månader. Therese skattar dock sina problem vid utskrivning som inom nivån för ungdomar med kliniska svårigheter (Aschenbach 1991). På livets steg skattar Therese sin livssituation som varande ganska konstant vid alla mätningar. Hennes hopp inför hur det ska vara nästa år ökar dock konstant från första mätning fram till utskrivning. Therese känsla av sammanhang har en tydlig ökning från första mätning till andra och stiger sedan något vid utskrivning.

Therese familjehemsamma ser en kraftig kliniskt signifikant minskning av Therese problem från första mätningen till utskrivning. De sjunker sedan till en ännu lägre nivå 18 månader efter utskrivning, då problemen är nere på en nivå som ligger inom normalpopulationen.⁵

Samordnaren ser en kliniskt signifikant minskning av Therese problem från första mätning till utskrivning. Samordnaren skattar Therese problem, vid utflytt, som liggande precis under nivån för ungdomar med kliniska svårigheter.⁶

Frågor om Familjemedlemmar.
Mo om Therese

	e. 12 mån	e. 30 mån	
Upplevd kritik	1,71	1,14	
Upplevd emotionell involvering	2,40	2,80	
Kritiska kommentarer.	1,70	1,50	
Emotionell överinvolvering	2,38	1,75	

Therese om mo.

	e. 12 mån	e. 30 mån	
Upplevd kritik	2,14	1,86	
Upplevd emotionell involvering	2,60	2,40	
Kritiska kommentarer	2,80	2,30	
Emotionell överinvolvering	2,25	2,25	

Therese om Fa.

	e. 12 mån	e. 30 mån	
Upplevd kritik	3,14	2,86	
Upplevd emotionell involvering	3,00	2,20	
Kritiska kommentarer	3,50	3,20	
Emotionell överinvolvering	3,50	3,38	

Fa. om Therese

		e. 30 mån	
Upplevd kritik		2,00	
Upplevd emotionell involvering		2,80	
Kritiska kommentarer		2,00	
Emotionell överinvolvering		2,38	

Trots att den första mätningen görs först efter 12 mån. präglas relationen till fadern av höga värden i samtliga delskalor. Dock har värdet på upplevd emotionell involvering

⁵ Jämförelsegrupp och standardavvikelse för att se klinisk signifikant skillnad är här taget från den svenska normeringen av CBCL (Larsson & Frisk 1999).

⁶ Jämförelsegrupp och standardavvikelse för att se klinisk signifikant skillnad är här taget från amerikanska normeringen av icke-kliniska flickor på TRF (Achenbach 1991).

minskat kraftigt vilket skulle kunna tolkas positivt men även övriga delskalor minskar och det blir intressant att följa de senare mätningarna .

Behandlingsteamets syn på behandlingsresultatet

Behandlingsteamet ser behandlingen av Therese som mycket lyckad. Hon har varit och är mycket motiverad till behandling och man tror att hon haft stor nytta av alla de terapiformer som hon deltagit i på MBC.

De förändringar man ser är stora. Behandlingsteamet beskriver Therese vid inskrivningen på MBC som en "vargunge bland människor". Hon kunde till exempel inte sköta sin hygien, hon visste inte hur hon skulle bete sig i sociala sammanhang. Hon saknade erfarenhet av relationer i huvudtaget förutom den till sin pappa, och hon var livrädd för allting som fanns utanför hemmets väggar.

Idag har alla dessa saker förändras. Therese har idag jämnåriga vänner och hon kan röra sig fritt i samhället. Hon har fått stärkt självförtroende och insikt i hur hon är och hur man måste vara för att fungera bland andra. Hon bearbetar även sin relation till fadern i individualterapi och börjar mer och mer ifrågasätta fadern och den uppväxt hon haft.

När resultaten på forskningsenkäterna presenteras för teamet blir de inte förvånade. Att hennes känsla av sammanhang stigit är självklart då hon idag tar del av omvärlden på ett helt annat sätt än tidigare och att hon arbetar hårt för att kunna styra sitt liv själv och inte låta hennes svårigheter och historia hindra henne.

Resultaten på Livets steg gläder teamet då de ser frukten av det arbete som gjordes för att förbereda Therese inför utskrivningen från MBC. De beskriver Therese som mycket orolig och även ovillig inför detta. Att hon då vid utskrivningen har sin högsta skattning på hur bra hennes liv kommer att vara om ett år, ses som tecken på att denna attityd förändrades.

Problemskattningarna tycker man också motsvarar den bild man har av Therese förändring. Hon har kvar en stor del av sina symptom även om de minskat betydligt. Det som framförallt förändras är hennes insikt över sin situation. Vilket lett till en förändrad attityd gentemot sina problem och den plats de tar i hennes liv. I början kunde hon se sig mycket som ett offer som inte kunde påverka sin situation medan hon idag gör allt för att hantera sina svårigheter och vägrar låta dessa styra hennes liv i fel riktning.

Teamet har en känsla av att Therese är försiktig med att tillstå för stora förbättringar av sin situation, detta då hon är orolig för att den behandling och stöd hon fortfarande erhåller ska dras in. Detta skulle kunna innebära att Therese skattar sina problem lite större än hon verkligen upplever dem.

Förklaringen till att familjehemmets skattning av Therese problem sjunkit så kraftigt tror teamet beror på att Therese idag kan hantera sina problem så att de inte syns hemma i familjehemmet.

Behandlingsteamet påpekar vidare att det är en hel del av Therese förändringar som inte fångas upp av de instrument som används. Man tycker inte att den ovan nämnda

insikten i sin situation och den attitydförändring till sina problem den åstadkommit syns i resultaten. Vidare saknar man att det inte finns något instrument som mäter de förändringar i emotionalitet och emotionell hantering/reglering som Therese idag har. Man ser denna förändring som mycket viktig för Therese utveckling både hitintills och framåt.

Sammantaget kan man se att resultaten från enkäterna stämmer ganska bra överens med vad teamet ser av förändringar hos Therese, men att de inte tycker att de fångat upp några av de viktigaste förändringarna som skett.

Upplevelsen är även att teamet fått hjälp i sin förståelse av vilka förändringar Therese genomgått av resultaten från enkäterna. Det är lättare att se de förändringar som instrumenten mäter och också att nå fram till de förändringar som Therese genomgått som inte fångas upp av mätinstrumenten

Diskussion om forskningens plats i behandlingsarbetet

I de två ovan beskrivna utvärderingarna av ungdomar som fått behandling på MBC kan man se att resultaten på mätinstrumenten påverkar behandlarnas syn på behandlingen. Som exempel kan tas behandlingsteamet kring Åsa som fått en mer positiv syn på vad tiden på MBC åstadkommit när de såg Åsas egna skattningar av sina problem. Det är därför viktigt att fortsätta integrera denna typ av utvärdering i behandlingsarbetet. Redan idag används resultaten på mätinstrumenten ibland vid behandlingskonferenser på MBC, vid vilka man diskuterar hur behandlingen fungerat och hur den ska se ut framöver. Detta kommer fortsätta och även intensifieras så att detta material kommer till nytta inte bara för att utvärdera avslutad behandling, utan även användas som ett hjälpmedel under pågående behandling.

Diskussioner förs även om hur man ska använda materialet tillsammans med ungdom, familj och uppdragsgivare. Att för dem löpande presentera utvärderingsresultat så de ser vilka eventuella förändringar som skett kan ge ökad motivation till fortsatt förändringsarbete. Detta kan även fungera som ett kontrollinstrument för att få reda på om den behandling de deltar i, alternativt betalar för, verkligen ger resultat.

Det finns alltså mycket goda skäl för att fortsätta använda denna typ av material inte enbart för att se på generella resultat av behandlingsarbetet på MBC, utan även för att utvärdera och hjälpa till vid den enskilda ungdomens behandling. Påpekas bör dock att detta aldrig helt kan ersätta andra mer kvalitativa utvärderingssätt. Den dialog som finns mellan de olika behandlarna i behandlingsteamet och deras dialog med ungdomen och dess nätverk är grunden för att veta hur behandlingen fungerar och hur den ska fortsätta framöver. Som komplement till detta fungerar dock denna typ av kvantitativt material utmärkt och bör finnas med i den typ av verksamhet som MBC bedriver.

Behandlingsteamerna har också påpekat att de instrument som används missar att mäta en del förändringar hos ungdomen som är centrala. Det ligger mycket i denna kritik och vi kommer kontinuerligt se över om det finns andra instrument som vi också skulle kunna använda för att få en mer heltäckande bild av ungdomens förändring. Detta är dock en balansgång, då det finns en risk att testbatteriet blir för stort. Ett sätt att hantera detta kan vara att behandlingsteamerna själva inkluderar extra mätinstrument för att kunna utvärdera en enskild ungdom.

Övergripande utvärdering av forskningsprojektet

Den grundläggande frågan som forskningen ska ge svar på är om vi verkligen gör det vi säger att vi gör? Forskningen är ett sätt att ta reda på om vi verkligen gör det. De frågor som vi ställde oss vid projektets start har vi i dagsläget inte fått vetenskapligt bevisade svar på trots att vi arbetat hårt med att få ett fungerande utvärderingsprogram. Det största problemet är att inte tillräckligt många ungdomar har deltagit fullt ut i projektet. Bortfallet är stort och ännu större när det gäller uppföljningsmätningar, vilket har omöjliggjort statistiska analyser på resultatet av behandlingen. Analyser av behandlingsresultat är också extra känslig då designen på Magelungens utvärdering har den svagheten att kontrollgrupp saknas. Ett visst bortfall får man nog räkna med vid denna typ av undersökning, då deltagarna kan uppleva det

som obehagligt att fylla i enkäter om vilka problem de har etc. Dessutom är det ganska tidskrävande att fylla i alla enkäter och vissa faller bort på grund av detta.

Det räcker dock inte som förklaring till det stora bortfall som denna studie har haft. Det har funnits brister i datainsamlandet från vår sida. Ett problem har varit att vi inte har haft möjlighet att ha en person vars huvudsakliga uppgift har varit att sköta utvärderingsarbetet. Ansvaret har varit fördelat på flera personer som har haft forskningen som en mindre del av sina arbetsuppgifter. Utifrån detta är vår målsättning att snarast kunna tillsätta en utvärderingstjänst på deltid.

Vi har alltså ett alldeles för stort bortfall i våra studier för att det ska kunna betraktas som vetenskapligt underbyggda resultat. Men det ger oss en tendens och framförallt visar det tydligt på riktlinjer för fortsatt forskning. Det är uppenbart att vi måste ännu tydligare och än mera kontrollerat genomföra de mätningar som vi föresatt oss att göra fortsättningsvis inom Magelungen. Vi vill också genomföra uppföljande kvalitativa intervjuer med utflyttade ungdomar för att förstå och få ungdomens bild av behandlingens effekter.

Ett aber när man utvärderar behandling är, enligt professor Kjell Hansson att processforskning kräver att man vet resultatet av behandlingen för att kunna relatera processen till något. Detta blir tydligt då man som Magelungen arbetar med tonåringar. "Resultatet" av behandlingen är kanske inte omedelbar utan det är uppföljningen 3 år efter avslutad behandling som den verkliga effekten av perioden eventuellt kan ses. Magelungens projekttid med stöd av Socialstyrelsen på tre år innefattar inte tiden mellan avslut av behandlingen och avslutande mätning.

När det gäller problemet kring randomiserade grupper som också kan ses som en viktig del i vetenskaplighet är det tyvärr inte möjligt för oss att använda en experimentell design med randomiserade grupper. För att kontrollera denna brist använder vi oss av många olika mätinstrument och flera olika bedömare, samt har täta uppföljningsmätningar.

Det har varit en lång process att skapa en tydlig struktur kring forskningen i den nya organisationen. Forskningsprojektet 1999-2002 avslutades med en heldagsutbildning med professor Kjell Hansson för hela personalgruppen. Temat var behandlingsforskning i allmänhet och Magelungens forskning i synnerhet. Fokus var på hur forskningen ska bedrivas framåt och vikten av en tydlig struktur som följs.

Forskningsorganisationen på Magelungens behandlingscenter 2003

Magelungens behandlingscenter vill permanenta en tjänst på 50 % som forskningsansvarig, inom organisationen. Forskningsansvarig är psykolog med specialkunskaper i forskning och ett brinnande intresse för att utveckla och bedriva forskning och utvärdering. Denna person ansvarar för att forskningsansvariga på respektive enhet distribuerar och samlar in material enligt nedanstående handlingsplan.

Forskningsansvarig på Magelungen har forskningen som huvuduppgift oavsett organisationens övriga liv.

Riktlinjer för forskningshantering vid Magelungens behandlingscenter AB

Utdelningen av forskningsenkäter ska ske vid Informationsmötet med uppdragsgivare och familj/nätverk.

Avsätt en stund i slutet av mötet för att genomföra detta (ca 15 minuter se nedan för vilken info som ska med). Att det måste ske redan då är för att vi annars missar effekterna av det inledande behandlingsarbetet (i tidigare forskning kring behandling har man ibland funnit de största effekterna redan i inledningsskedet). Familjerna har ju då ännu inte tackat ja till placeringen därför är det viktigt att trycka på att de endast ska fylla i enkäterna om de tackar ja (annars får de återlämna eller slänga dem). Enkäterna ska sedan lämnas in vid samuppdragsmötet (se inhämtningskedjan nedan). Det är mycket viktigt att de lämnas in samtidigt för alla familjer så påminn dem i samband med att de tackar ja. Att det är så viktigt beror på att materialet inte kan användas gemensamt om inlämningstiden skiljer sig för mycket mellan olika deltagare. Vilket skulle omöjliggöra generella analyser av effekten av att ingå i MBC's behandling.

Detta ska finnas med i informationen:

1. Deltagande i forskningsprojektet är helt frivilligt och inget krav för att få behandling hos MBC.
2. Man kan när som helst avsluta sitt deltagande i forskningsprojektet utan att det påverkar behandlingen på MBC.
3. Materialet används tillsammans med andra familjers enkäter för att mäta generella effekter av MBC's behandlingsprogram. Materialet är då anonymt för alla utom forskningsansvarig, det vill säga inga namn finns med och det är omöjligt att utläsa individuella svar efter databearbetning. Detta gäller självklart även ev. publiceringar av resultat.
4. Materialet kan även användas individuellt för att utvärdera den enskilda behandlingen, de som då har tillgång till resultatet är personal på den institution som ungdomen är placerad samt forskningsansvariga på MBC. Om man inte vill att personalen ska ha tillgång till ens enkäter, kan man undanbe sig att materialet används för att utvärdera den enskilda behandlingen och endast delta i den generella utvärderingen. Den

enskildes svar hålls anonym gentemot uppdragsgivare och övriga i nätverket. Det vill säga soc. får inte se vad mamma fyllt i, eller pappa får inte se vad ungdom fyllt i. Generella effekter av den individuella behandlingen kan dock presenteras om alla ger sitt ok till detta.

5. Det är mycket viktigt att kunna utvärdera behandlingen så att man vet att den ger den kvalitet vi utlovar. Dels för vår egen skull, så att vi kan förändra vårt sätt att jobba om vi inte når tillräckliga resultat. Men kanske framförallt viktig för att familj/nätverk och uppdragsgivare ska kunna bedöma vår kvalitet och se om vi gör ett bra jobb.
6. När ni delar ut enkäterna visa då vem som ska fylla i vad samt hur de ska fyllas i (se nedan).
7. Påpeka även att det är viktigt att de skriver datum för ifyllandet på enkäten.
8. Ge varje familjemedlem ett ex av vårt informationsblad om forskningsprojektet

Dessa enkäter ska fyllas i av ungdom:

YSR (den gula enkäten)
Frågor Om Familjemedlemmar (FOF) (En om mamma och en om pappa)
KASAM
Livets stege
Jag tycker jag är

Dessa enkäter ska fyllas i av föräldrarna

CBCL (den blå enkäten) De ska fylla i varsin om ungdomen
FOF De ska fylla i varsin om sin relation till ungdomen
KASAM De ska fylla i varsin om sig själva

Samordnare ska fylla i:

TRF Du ska endast fylla i sid 3-4 (den gröna enkäten)
Gaf-skattning Här kan du ta hjälp av övriga i teamet

Lärare ska fylla i:

TRF Hela enkäten OBS: Endast om ungdomen går i MBC's skola.

Uppdragsgivare ska fylla i:

CBCL
MBC utvärderingsenkät vid utskrivning

Inhämtningskedja

1. Ge information om forskning och dela ut enkäter till ungdom, familj och socialsekreterare på informationsmötet
2. Påminn om enkäterna när familjen tackar ja
3. Samla in enkäterna på samuppdragsmötet. Om de inte har gjort dem, försök dela ut nya och få dem att fylla i efter mötet innan ni skiljs åt.
4. Samordnare och lärare fyller i sina enkäter 2 månader efter ungdomens inflyttningdag.
5. Dela ut och samla in nya enkäter var 6:e månad som ungdomen är placerad på MBC. Samordnare och lärare fyller då i samtidigt som ungdom och familj. Ett bra sätt att göra detta är att t.ex. ha ett utvärderingsmöte efter 6 månader och att

familjen stannar kvar en stund efter för att fylla i enkäterna. Ett annat sätt är att de stannar kvar efter ett familjesamtal och fyller i enkäterna.

6. Dela ut och samla in enkäter vid ungdomens utflyttningsdag.
7. Enkäter delas ut och samlas in ett år och tre år efter ungdomens utflyttningsdag. Detta sköts av forskningsansvarig på varje institution.

Ungdomens enkäter och tidpunkter för när de ska fyllas i

Inflytt	Var 6:e Månad	Utskrivning	1 år efter Utskrivning	3 år efter utskrivning
YSR FoF KASAM Livets Stege Jag tycker jag är	YSR FoF KASAM Livets Stege Jag tycker jag är	YSR FoF KASAM Livets Stege Jag tycker jag är MBC utvärdering	YSR FoF KASAM Livets Stege Jag tycker jag är	YSR FoF KASAM Livets Stege Jag tycker jag är

Föräldrarnas enkäter och tidpunkter för när de ska fyllas i

Inflytt	Var 6:e Månad	Utskrivning	1 år efter Utskrivning	3 år efter utskrivning
CBCL FoF KASAM	CBCL FoF KASAM	CBCL FoF KASAM MBC utvärdering	CBCL FoF KASAM	CBCL FoF KASAM

Samordnarens enkäter och tidpunkter för när de ska fyllas i

2 Månader efter inflytt	Var 6:e Månad	Utskrivning
TRF Gaf	TRF Gaf	TRF Gaf MBC utvärdering

Lärarens enkät och tidpunkt för när den ska fyllas i

2 Månader efter inflytt	Var 6:e månad	Utskrivning
TRF	TRF	TRF

Uppdragsgivares enkät och när den ska fyllas i

Inflytt	Var 6:e månad	Utskrivning
CBCL	CBCL	CBCL
		MBC utvärdering

Information vid presentation

Magelungens behandlingscenter har under många år bedrivit forskning och utvärdering. Det är viktigt för oss att få en samlad bild av resultatet av de behandlingsutbud som vi erbjuder.

Att utvärderingsarbetet görs innebär en kritisk granskning av vår verksamhet och en möjlighet för oss att förbättra våra metoder vilket gagnar de ungdomar och familjer som vi möter. För våra uppdragsgivare i kommun och landsting är löpande och dokumenterad utvärdering en förutsättning för samarbetet.

Under våren 1999 påbörjades ett projektsamarbete med Lunds Universitet och med stöd av Socialstyrelsen. Detta innebär att när materialet är insamlat bearbetas det under ledning av professor Kjell Hansson vid Lunds Universitet. De enkäter och formulär vi använder oss av är internationellt erkända och utprovade så att våra resultat kan bli jämförbara med andra behandlingsinsatser.

Syftet med forskningen är dels att utvärdera den enskilda behandlingen, och dels att utvärdera generella effekter av Magelungens behandlingsprogram. När materialet används för att utvärdera den enskilda behandlingen är det endast behandlingspersonal på den institution ungdomen är placerad samt forskningsansvariga på Magelungen som får ta del av era enkäter. I alla andra fall där materialet används är ni som deltagare anonyma, det vill säga inga namn finns med och det är omöjligt att se vem som svarat vad. Ni har när som helst möjlighet att avbryta ert deltagande i projektet och be att få ifyllda enkäter återlämnade till er.

För inskrivna ungdomar innebär deltagande att:

Vid inskrivning och sedan var 6:e månad under tiden på Magelungen fylla i dessa formulär.

- **Livets steg** Som mäter ungdomens syn på sin situation idag samt hopp inför framtiden
- **Frågor om familjemedlemmar** Som mäter relationerna inom familjen
- **KASAM** ”Känsla av sammanhang” som mäter välbefinnande i stort
- **YSR** Youth Self Report innehåller olika påståenden som ungdomarna skattar om sig själva.
- **”Jag tycker jag är”** Som mäter ungdomens självbild/självuppfattning

För föräldrar/vårdnadshavare eller andra i nätverket innebär deltagande att:

Vid inskrivning och sedan var 6:e månad under tiden på Magelungen fylla i dessa formulär.

- **Frågor om familjemedlemmar**
- **KASAM**
- **CBCL** Child Behavior Check List som motsvarar de påståenden som ungdomarna svarar på i YSR

För personal på Magelungen innebär deltagande att:

Vid inskrivning och sedan var 6:e månad under tiden på Magelungen fylla i dessa formulär

- **TRF** Teachers Report Form som motsvarar frågorna i YSR och CBCL
- **GAF** Global Funktionsskattningsskala som används för att skatta ungdomens funktionsnivå

För socialsekreteraren innebär deltagande att:

Vid inskrivning och sedan var 6:e månad under ungdomens tid på Magelungen fylla i detta formulär

- **CBCL** Child Behavior Check List som motsvarar de påståenden som ungdomarna får i YSR.

Att projektet innehåller så många olika enkäter och formulär beror på att ju flera vinklingar och bilder som vi kan samla, desto mer heltäckande och nyanserat kan resultatet bli. Vi genomför även uppföljningsmätningar ett och tre år efter avslutad behandling.

Om du har frågor **skriv här in forskningsansv. Namn o telnr**
eller Tomas Lindgren 08 – 605 91 06 alt. Mia Hübinette 08-605 91 05

Tack för din medverkan / Magelungens behandlingscenter

SAMMANFATTNING

Vår ambition i pilotprojektet var att hitta användbara mätinstrument utifrån flera perspektiv för att beskriva förändringar och behandlingsresultat. Lärdomar och resultat av detta upplägg är relevanta för andra institutioner som bedriver vård och behandling med ungdomar, liksom den kunskapsöverföring som detta projekt innebär för våra uppdragsgivare och samarbetspartners som socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Genom att forskningen byggts in i verksamheten på Magelungen möjliggörs en direkt återkoppling till både ungdomar och terapeuter som kan bidra till förbättrat behandlingsresultat och önskvärd kvalitetsutveckling.

Med stöd av Socialstyrelsen har vi utvecklat en forskningsdesign som kan fungera både som utvärderingsinstrument och som informationskälla i det kliniska arbetet. Det har varit stimulerande och intressant att införa ett "forskningstänkande" i det dagliga arbetet även om implementeringen av forskningen som en "naturlig del" i institutionsarbetet inte alltid varit problemfritt.

Resultatet av forskningsprojektet är för oss mycket värdefullt. Vi har samlat på oss mycket erfarenheter och har många idéer och formulerat metoder för Magelungens fortsatta forskning. Vi har också ett stort grundmaterial där det finns möjlighet att göra en uppföljning tre år efter utskrivning på de ungdomar som påbörjat forskningen under projekttidens gång.

De som deltagit i denna studie är ungdomar som varit inskrivna vid Magelungens Behandlingscenter AB åren 1999-2002, deras familjer samt anställda på MBC.

45 ungdomar har deltagit i studien på så sätt att antingen de själva, deras familj eller behandlare på MBC har fyllt i enkäter om dem under deras behandlingstid på MBC.

Könsfördelningen på de deltagande ungdomarna var 31 flickor och 14 pojkar.

15 ungdomar har fått behandling vid MBCs dagverksamhet,

19 ungdomar vid MBC Farsta (dygnet-runt)

11 ungdomar vid MBC Södermalm dygnet-runt. (MBC Södermalm tillkom i maj-01)

Under den aktuella perioden så har cirka 75 ungdomar varit inskrivna på MBC minst en månad och därmed varit berättigade deltagare i studien.

Bortfallet är alltså cirka 40% vilket är mycket högt och gör att man bör vara mycket försiktig i hantering och tolkning av de resultat som framkommit.

De instrument som ingår i forskningsdesignen är:

YSR	Youth Self Report	TM Achenbach-91 A.Broberg -94
CBCL	Child Behaviour Check List	TM Achenbach
TRF	Teacher's Report Form	TM Achenbach A Broberg
SCL-90	Symtom Check List	Derogatis-94
KASAM	Känsla Av SAMmanhang	Antonovsky-88 Hansson mfl-95
GAF-skala	DSM IV-diagnos	

När vi nu avslutat två faser i forskningsprojektet ; pilotprojekt och nybörjarfasen kan vi av resultaten få en bild av

- *Vilken typ av problem har de ungdomar som blir placerade på Magelungens behandlingscenter? och vilka grupperingar kan man urskilja?*
- *Hur ser ungdomsgruppen ut?*
- *Finns skillnader mellan dag- och dygnet-runt placeringar?*

- *Finns det tydliga könsskillnader?*
- *Vilka skillnader kan man se utifrån instrumenten på symtombilden för ungdomarna?*
- *Hur samstämmiga är instrumenten i relation till varandra?*
- *Hur kan man använda forskningen aktivt i behandlingen?*

Den sista frågeställning är central för oss utifrån våra erfarenheter av deltagandet i "Paraplyprojektet". Vi var som tidigare beskrevs varit med i projektet som bedrevs av Umeå Universitet under åren 1992-1997. Slutrapporten var färdig i november 2002. Vår bestämda uppfattning är att om forskningen ska få en självklar plats inom en organisation så måste feed-back till personalen ske kontinuerligt och "nära".

Exempel på detta beskrivs under "Case-studies". Där vi beskriver två av ungdomarna som har genomgått behandling och har komplett ifyllt forskningsbatteri.

En aspekt av att bedriva forskning på behandlingsinstitutioner som är tydlig för oss är att forskning är resurskrävande, både personellt och ekonomiskt. Det finns heller inte någon tradition och kultur bland behandlingspersonal att bedriva forskning. Att skapa kultur tar tid, Magelungens behandlingscenter har genom projektet påbörjat en kulturbyggande som vi hoppas ger ringar på vattnet för att ge forskningen en given plats i organisationer.

Under projektiden har intresset för projektet varit stort och vi på olika sätt delat med oss av våra resultat och erfarenheter. Vi har inbjudits till seminariedagar anordnade av Stiftelsen Allmänna Barnhuset som handlade om forskning och utvärdering. Vi har presenterat forskningsprojektet och konsulterats av Stiftelsen Credo, Nacka kommun, Stockholm HVB, Länahemmet och Västerås kommun för att vara dem behjälpliga och vara idégivare för att bygga upp egna forskningsprojekt. Psykoterapiinstitutet här i Stockholm anordnade två seminariedagar "Unga Vuxna" där en av dagarna fokuserade på forskning och utvärdering. Vi var då där och presenterade vårt upplägg. Föreläsningen var uppskattad av deltagarna. Vi har också delat med oss av våra erfarenheter till uppdragsgivare.

Magelungens behandlingscenter har under det senaste året anordnat tre utbildningar för institutionspersonal. En viktig del av dessa utbildningar har varit att diskutera forskning och medverka till att lyfta fram forsknings plats på behandlingsinstitutioner. Det har varit intressanta diskussioner kring vad forskning kan visa och hur forskning påverkar behandlingen. Vi har delat med oss av våra erfarenheter av de svårigheter, men också de stora möjligheter som integrerad forskning innebär. Vi har visat hur forskningen kan bidra med information och diskussion i behandlingsplaneringen.

Referenser

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Antonovsky, A (1991). *Hälsans mysterium*. Bokförlaget Natur och Kultur

Larsson, B. & Frisk, M (1999) *Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children*, *European Child & Adolescent Psychiatry* 8:24-33.

Hansson K m.fl (2001) *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Bokförlaget Gothia