

# Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem

resultat efter sex månader

Knut Sundell  
Kjell Hansson  
Cecilia Andrée Löfholm  
Tina Olsson  
Lars-Henry Gustle  
Christina Kadesjö



**ims.** INSTITUTET FÖR UTVECKLING  
AV METODER I SOCIALT ARBETE  
Socialstyrelsen

**MOE** ilisering mot narkotika  
Narkotikapolitisk samordning

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Denna publikation tillhör *Redovisningar av forskningsresultat från IMS och EpC*. Det innebär att den innehåller kunskaper och analyser som bygger på vetenskapliga metoder. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser.

ISBN: 91-85482-56-0

Artikelnr: 2006-112-2

Omslag: Ninni Jutfelt

Sättning: Susanne Lindberg och Gunnel Olausson/FGO AB

Tryck: Bergslagens Grafiska, Lindsberg, september 2006

# Förord

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) har till uppgift att stödja och genomföra studier av resultat och effekter av sociala insatser och strukturerade åtgärdsprogram. IMS deltar därför i den svenska utvärderingen av Multisystemisk terapi (MST), som leds av Knut Sundell vid Stockholms FoU-enhet och som genomförs i fyra kommuner och ett flertal socialtjänstförvaltningar i Sverige. Studien har finansierats gemensamt av IMS, Mobilisering mot narkotika och FoU-byrån i Stockholm.

Detta är den första rapporten från MST-studien. Utvärderingen är upplagd som en så kallad randomiserad kontrollerad studie. I den här studien innebär det att utfallen av MST-insatsen har jämförts med utfallen av det ordinarie behandlingsutbudet för jämförbara grupper av ungdomar. De resultat som presenteras handlar om vad som uppnåtts för och av de i studien ingående ungdomarna och deras föräldrar under den första 6-månadersperioden efter det att insatserna inlett. Med tanke på den svåra situation som dessa klienter har, är detta en mycket kort uppföljningsperiod och den bedömning av metodernas effekter som forskargruppen kan göra här är därför preliminär. MST-studien fortsätter därför med insamlingen av information om utvecklingen fram till två år från det insatserna påbörjades.

Studier med denna typ av uppläggning är det säkraste sättet att få fram vetenskapligt baserad information om vilka metoder/åtgärdsprogram som ger bäst resultat för den aktuella gruppen av klienter och brukare. Från IMS sida arbetar vi för att det skall bli fler studier med denna mer tillförlitliga uppläggning, men sådana utvärderingar är ännu ovanliga inom svensk forskning som berör socialtjänsten. MST-studien är därför inte bara intressant ur ett verksamhetsperspektiv utan även på grund av den använda vetenskapliga metodologin.

Resultatets tillförlitlighet ökar också om man studerar samma metod/arbetsätt, bedrivet på flera platser, som skett här. I detta fall har tre forskningsmiljöer samarbetat i uppläggning, datainsamling och analys, nämligen FoU-enheten i Stockholms stad med Knut Sundell och Cecilia Andrée Löfholm, Socialhögskolan i Lund med Kjell Hansson och Lars-Henry Gustle samt FoU i Väst i Göteborg med Håkan Frändemark och Tina Olsson. Dessutom har många andra personer, från olika delar av landet, deltagit i denna utvärdering på många olika sätt; som chefer och personal inom socialtjänsten,

som verksamma inom det ordinarie behandlingsutbudet och i MST:s behandlingsteam. Ungefär 150 ungdomar och deras familjer, som deltagit i MST-programmet eller i ordinarie insatser, har i allra högsta grad bidragit till den kunskap om MST-metodens värde som vi kan redovisa här.

Till alla vill IMS rikta sitt tack. Vi tackar särskilt Knut Sundell för hans arbete att leda utvärderingen och framtagandet av denna första rapport från projektet. Vi hoppas att rapporten blir nyttig läsning i första hand för chefer och verksamma i den sociala barn- och ungdomsvården, men också för dem som arbetar med att utvärdera metoder och arbetssätt i socialt arbete.

Robert Erikson  
Ordförande i IMS styrelse

Karin Tengvald  
IMS direktör

# Författarnas förord

Under senare år har evidensbaserade metoder fått allt större spridning inom socialtjänstens arbete med unga lagöverträdare. Det finns flera orsaker till detta. En anledning är en ökad insikt om att socialtjänstens traditionella insatser för asociala ungdomar inte fungerar så bra som vi skulle önska. En annan orsak är att nordamerikansk forskning har identifierat vissa insatser som mer effektiva än andra. Det är bakgrunden till att socialdepartementets Mobilisering mot narkotika och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen initierat och i huvudsak finansierat utvärderingen av den amerikanska behandlingsmetoden för ungdomar med allvarliga beteendeproblem, Multisystemisk terapi (MST). Oavsett hur rimlig en metod kan förefalla och hur väl den visat sig fungera i en annan kulturkontext, behöver den utvärderas i Sverige innan den kan rekommenderas. Viss finansiering kommer också från Stockholms stads FoU-enhet, FOU i Väst samt Socialhögskolan vid Lunds universitet.

Utvärderingen genomförs i tre steg. Det *första steget* handlar om förändringen mellan (1) förmätning, (2) insats i form av MST eller ”traditionella” insatser och (3) eftermätning sex månader senare. Det är de resultaten som presenteras i denna rapport. Det *andra steget* innebär att ungdomarna följs upp 24 månader efter förmätningen. Denna datainsamling har påbörjats. Det *tredje och sista* planerade steget innebär att ungdomarna följs upp fem år efter förmätningen. Den delen är endast tänkt att omfatta registerdata. Datainsamlingen startade i mars 2004. Utvärderingen har dock en förhistoria som sträcker sig tillbaka till 2001, då IMS försökte få till stånd en svensk replikation av den norska MST-utvärdering som just startat. När representanter från socialtjänsten i Göteborg visade intresse för att utvärdera den MST-satsning som planerades till Göteborg, gav IMS fil dr Christina Kadesjö, FOU i Väst, i uppdrag att utarbeta en plan för en effektutvärdering av MST med utgångspunkt från den norska studien. Under våren 2003 sammanställde Christina Kadesjö tillsammans med undertecknad en preliminär forskningsplan. Från och med september 2003 valde Christina Kadesjö att övergå till andra arbetsuppgifter utanför detta projekt, varefter undertecknad övertog ansvaret för det fortsatta förberedelsearbetet och forskningsledarskapet. I detta arbete har Terje Ogden, Atferdsenteret i Oslo, Karin Tengvald och Bo Vinnerljung, IMS, samt Maria Renström, Mobilisering mot

narkotika, fungerat som ett viktigt stöd. I forskarlaget som ansvarar för utvärderingen ingår även professor Kjell Hansson vid Lunds universitet (lokal projektledare för datainsamlingen i Malmö och Halmstad), socionom Håkan Frändemark (lokal projektledare i Göteborg), socionom Cecilia Andrée Löfholm (forskningsassistent i Stockholm), psykolog Lars-Henry Gustle (forskningsassistent i Malmö och Halmstad) samt sociolog Tina Olsson (forskningsassistent i Göteborg). Håkan Frändemark har efter avslutad inklusion av ungdomar i Göteborg återgått till sitt ordinarie arbete.

Värdefulla synpunkter på detta manus har lämnats av Scott Henggeler, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences vid Medical University of South Carolina, Terje Ogden, Atferdsenteret i Oslo, samt Sten Anttila, Ulla Jergeby, Karin Tengvald och Bo Vinnerljung, samtliga vid IMS.

Stockholm i mars 2006

Knut Sundell  
Forskningsledare  
FoU-enheten, Stockholms stad

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	9
<b>Bakgrund</b> .....	12
Bakgrund till ungdomars kriminalitet och missbruk .....	12
Effektiva insatser mot ungdomars fortsatta missbruk och kriminalitet .....	14
Multisystemisk terapi (MST) .....	15
Forskning om MST.....	17
Frågeställningar .....	24
<b>Metod</b> .....	26
Design.....	26
Undersökningsgrupp .....	27
Insatser .....	33
Procedur .....	35
Datainsamlingsmetoder .....	37
<b>Resultat</b> .....	41
Jämförelse vid förmätning .....	41
Resultat efter sex månader .....	41
Alternativa förklaringar till resultaten.....	48
<b>Diskussion</b> .....	54
Sammanfattning av resultaten .....	54
Tillförlitlighet och allmängiltighet.....	57
Förklaringar till bristen på skillnad mellan grupperna .....	60
Fortsatt utvecklingsarbete.....	63
<b>Litteratur</b> .....	67
<b>Använda begrepp</b> .....	78
<b>Bilagor</b> .....	81





# Sammanfattning

Multisystemisk terapi (MST) är en strukturerad familje- och närmiljöbaserad öppenvårdsbehandling som vänder sig till familjer som har ungdomar med beteendeproblem. MST har utvecklats i USA som ett alternativ till placering utom hemmet. MST har fått sitt namn av att interventionerna riktar sig mot de viktigaste system som en ung människa finns i – familjen, skolan och kamratkretsen – och behandlingen lägger vikt vid att arbeta med alla dessa system samtidigt. Arbetet styrs av konkreta behandlingsmål som i sin tur bestämmer valet av interventioner. Behandlingsplanerna utvärderas regelbundet genom intervjuer med föräldrarna. MST-arbetet organiseras och utförs inom små team bestående av tre till fyra terapeuter och en teamledare. Varje terapeut arbetar med tre till sex familjer under tre till fem månader. Terapeuterna/teamet finns tillgängliga dygnet runt.

I den här rapporten beskrivs hur MST fungerar jämfört med mer traditionella insatser inom socialtjänsten (t.ex. placering, samtalsstöd, familjeterapi). Undersökningsgruppen utgörs av 156 ungdomar mellan 12 och 17 år med en allvarlig beteendestörning (eng. *conduct disorder*) som fördelats till MST eller traditionell behandling genom randomisering. Utvärderingen berör 27 kommunala förvaltningar och sammanlagt sex MST-team från Göteborg, Halmstad, Malmö och Stockholm. Totalt har tolv olika instrument använts för att beskriva ungdomarnas psykiatriska problem, antisociala beteende (inkl. kriminalitet), drogbruk, sociala förmågor, förhållande till kamrater, familjrelationer, känsla av sammanhang, föräldrars psykiatriska hälsa samt tillfredsställelse med socialtjänstens insatser. Dessutom har information inhämtats från socialtjänstens akter. Den här rapporten beskriver situationen vid förmätning och efter sex månader. Resultaten visar att:

- Av 156 familjer som medverkar i utvärderingen hoppade sju av. Dessutom vägrade sju ungdomar att besvara uppföljningsenkäten men föräldrarna besvarade den. Det betyder att fyra procent fallit bort helt och ytterligare fyra procent fallit bort delvis. Som helhet är det ett begränsat bortfall.
- Efter att ungdomarna randomiserats till MST respektive traditionella insatser var de båda grupperna i allt väsentligt jämförbara i ålder, andel pojkar respektive flickor, familjernas sociala och etniska bakgrund samt i problembild enligt förmätningen.

- För 75 av de 79 ungdomar som lottades till MST kom MST-behandlingen att påbörjas (MST-teamen misslyckades med att etablera ett samarbete med två familjer, trots ett flertal försök; en ungdom placerades på institution och en emigrerade). För 20 av 75 ungdomar där MST påbörjades avbröts behandlingen i förtid (vanligtvis på grund av familjernas bristande motivation eller för att ungdomarna placerades utom hemmet till följd av fortsatt antisocialt beteende). MST-behandlingen pågick i genomsnitt drygt fem månader, vilket är längre än vad som rekommenderas. Vid uppföljningstillfället pågick behandlingen fortfarande i 43 procent av fallen.
- Av ungdomarna som lottades till traditionella insatser fick 20 samtalsstöd, 16 familjebehandling, tolv kontaktperson, åtta placering i fosterhem eller på institution, fyra Aggression Replacement Training (ART) och två fick missbruksbehandling respektive specialundervisning. 13 ungdomar fick inte några insatser alls.
- Av de tre områden som MST fokuserar på – föräldrar, skola och kamrater – har en förbättring skett från för- till 6-månadersmätningen för familjerelationer och ungdomarnas sociala förmågor. Förbättringen är ungefär lika stor för MST-gruppen som för gruppen som fått traditionella insatser.
- I de flesta avseenden förbättrades ungdomarnas psykiska hälsa mellan för- och eftermätning. Deras normbrott minskade också. Förbättringen var ungefär lika stor i båda grupperna.
- MST-ungdomarna hade insatser under fler dagar än ungdomarna som fick traditionell behandling. MST-ungdomarna tenderade att vara mer tillfreds med MST än vad de ungdomar var som fick del av socialtjänstens traditionella insatser.
- MST-ungdomarnas föräldrar hade mindre ångest och bättre mellanpersonlig sensitivitet efter sex månader än föräldrarna till de ungdomar som fått traditionell behandling. MST-ungdomarnas föräldrar tenderade också att generellt sett ha bättre psykisk hälsa och vara mindre deprimerade. I övrigt fanns inte några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna.
- Ungdomarnas bakgrund spelar en viss roll för resultaten. Oberoende av om ungdomarna fått MST eller traditionella insatser var det en riskfaktor att ha en arbetslös mamma, att komma från ett enföräldershushåll samt att ha debuterat tidigt med beteendeproblem. Utländsk härkomst ökade risken för problem i sju fall och minskade den i fyra fall.

- I de fall MST-behandlingen fullföljts enligt planerna hade ungdomarna färre psykiatriska symtom, bättre utveckling i familjerelationer enligt ungdomarna själva och färre dagar i placering utom hemmet. Färre hade också polisanmälts och flera gick i skolan. MST Services mått på behandlingstrohet var däremot inte relaterat till utfallet. Inte heller fanns några tydliga skillnader mellan de sex teamen i behandlingstrohet eller hur det gick för ungdomarna och deras föräldrar. Resultaten talar inte heller för att utvärderingen startat för tidigt – innan MST-teamen var färdigutbildade.

Sammantaget visar resultaten efter sex månader att båda grupperna av ungdomar liknade varandra i psykiatrisk hälsa, kriminalitet, alkohol- och drogbruk samt andra normbrott. Eftersom nästan hälften av MST-behandlingarna fortfarande pågick vid uppföljningstillfället är resultatet preliminärt. Det går således inte att dra några säkra slutsatser om hur MST fungerar jämfört med de insatser som vanligen är aktuella för målgruppen i Sverige. En rekommendation till kommuner som ännu inte startat MST-team är därför att invänta 24-månadersresultaten. Samtidigt finns det ingen anledning för dem som redan inrättat team att avveckla verksamheten, eftersom MST fungerat lika bra som alternativen. Den nu pågående tvåårsuppföljningen kommer att ge ett säkrare svar på frågan om hur MST fungerar i Sverige.

**Sökord:** Multisystemisk terapi, evidensbaserad praktik, randomiserad studie, socialtjänst.

# Bakgrund

Sverige är förmodligen ett av de länder i världen där samhället engagerar sig mest i barns välbefinnande. I Sverige utreds årligen uppskattningsvis 100 000 barn av socialtjänstens individ- och familjeomsorg för att avgöra om barnen har behov av samhällets stöd och skydd. Hälften av dessa barn är tonåringar och deras problem avser i allmänhet missbruk och kriminalitet<sup>1</sup>. Vanliga insatser för denna målgrupp är stödsamtal, kontaktperson/-familj, familjebehandling och placering i dygnsvård<sup>2</sup>.

En insats är dock ingen garanti för att barn och ungas problem upphör. Forskning visar att många återaktualiseras för nya barnavårdsutredningar och insatser inom fem år<sup>3</sup>. Det är också vanligt att interventioner avbryts i förtid. Det gäller framför allt tonåringar med asocialt beteende. I en svensk studie av en representativ grupp placerade barn mellan 13 och 16 år avbröt en majoritet placeringen i förtid<sup>4</sup>. Traditionell institutionsvård ger generellt dåliga resultat när det gäller att förebygga fortsatta problem. Det är dessutom en mycket kostsam behandlingsform. Flera uppföljningsstudier visar att många i denna lilla grupp ungdomar med allvarliga problem går en svår framtid till mötes med psykisk ohälsa, kriminalitet och missbruk<sup>5</sup>. Detta har bidragit till ett ökat intresse för olika former av öppenvård.

I den här rapporten undersöks hur öppenvårdsinsatsen Multisystemisk terapi (MST) fungerar för unga med allvarliga beteendeproblem.

## Bakgrund till ungdomars kriminalitet och missbruk

Det finns omfattande forskning som visar att ungdomars alkohol- och drogmisbruk, kriminalitet och psykiska ohälsa samvarierar<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Sundell & Egelund (2000).

<sup>2</sup> Kaunitz, Andrée Löfholm & Sundell (2004).

<sup>3</sup> Sundell & Egelund (2000); Sundell, Vinnerljung, Andrée Löfholm & Humlesjö (2004).

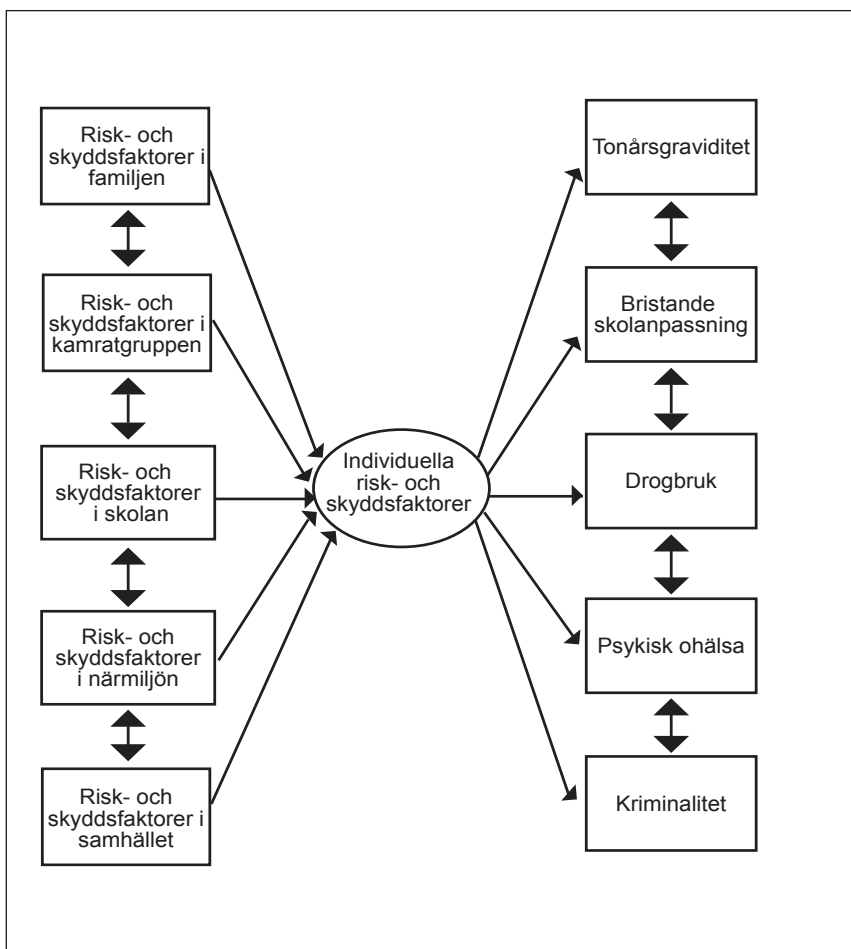
<sup>4</sup> Vinnerljung, Sallnäs & Kyhle Westermarck (2001).

<sup>5</sup> T.ex. Robins (1966); Sundell, Vinnerljung, Andrée Löfholm & Humlesjö (2004); Vinnerljung & Franzén (2006).

<sup>6</sup> Dembo, Williams, Wothke & Schmeidler (1994); Fergusson, Lynskey & Horwood (1996); Lewinsohn, Gotlib & Seeley (1995); Riggs, Baker, Mikulich, Young & Crowley (1995); Thompson, Riggs, Mikulich & Crowley (1996); Weinberg, Rahdert, Colliver & Glantz (1998).

Forskningen visar också att ungdomars beteendeproblem ofta föregås i tid av vissa faktorer som ökar risken för att problem ska uppträda (riskfaktorer) och vissa som minskar risken (skyddsfaktorer). Risk- och skyddsfaktorer påverkar sannolikheten för riskbeteenden och garanterar inte en ökning eller minskning av beteendeproblemen. Enligt Hawkins (1995) har risk- och skyddsfaktorer ungefär samma effekt på båda könen, för olika etniska grupper, kulturer och sociala klasser. Svenska resultat bekräftar detta<sup>7</sup>.

**Figur 1.** Sammankopplade påverkansfaktorer  
(från Brounstein, Zweig & Gardner, 2001)



<sup>7</sup> El-Khoury, Sundell & Strandberg (2005).

Till stor del är det samma riskfaktorer som identifierats för drogbruk, kriminalitet, våld och bristande skolanpassning<sup>8</sup>. Det innebär att insatser mot en riskfaktor kan ha effekter på flera problembeteenden. Enstaka riskfaktorer innebär sällan någon påtagligt ökad risk. Det gör däremot flera parallella riskfaktorer<sup>9</sup>. Risk- och skyddsfaktorer kan kopplas till individen, familjen, kamraterna, skolan, närsamhället samt ytterst till staten. Dessa nivåer är teoretiskt<sup>10</sup> och empiriskt<sup>11</sup> relaterade till varandra (figur 1); finns det riskfaktorer inom ett område finns det ofta riskfaktorer också i de andra. På samma sätt förhåller det sig med skyddsfaktorer. Den ökade kunskapen om risk- och skyddsfaktorer är en viktig anledning till utvecklingen av effektiva preventiva insatser.

## Effektiva insatser mot ungdomars fortsatta missbruk och kriminalitet

I internationella forskningsöversikter av insatser för kriminella ungdomar under 1970- och 1980-talen<sup>12</sup> drogs slutsatsen att insatserna inte kunde minska kriminaliteten. De utvärderingar som låg till grund för sammanställningarna kännetecknades dock av många brister, bland annat en övertro på kvasiexperimentell design<sup>13</sup>, brister i mätmetoder samt bristfälligt implementering och tillämpning av insatsen<sup>14</sup>.

Det senaste decenniets forskning ger en mer positiv bild av samhällets möjligheter att bedriva ett effektivt brottspreventivt arbete. Numera finns ett större antal brotts- och drogpreventiva insatser som utvärderats i främst USA. Många av dessa utvärderingar har använt en randomiserad design som inom utvärderingsforskning allmänt betraktas som ett ideal<sup>15</sup>. Med randomisering menas att det är slumpen som avgör vilken grupp som ungdomarna tilldelas. Därmed blir grupperna i teorin likvär-

---

<sup>8</sup> T.ex. American Academy of Pediatrics (2002); Brounstein, Zweig & Gardner (2001); Derzon och Lipsey (1999a; 1999b); Hawkins, Catalano & Miller (1992); Hawkins, Herrenkohl, Farrington, Brewer, Catalano & Harachi (1998); Lipsey & Derzon (1998). <sup>9</sup> T.ex. Bond, Toumbourou, Thomas, Catalano & Patton (2005); El-Khoury, Sundell & Strandberg (2005); Gerard & Buehler (2004); Griffin, Scheider, Botvin & Diaz (2000); Herrenkohl, Maguin, Hill, Hawkins, Abbott & Catalano (2000); Soldz & Ciu (2001); Stattin, Romelsjö & Stenbacka (1997).

<sup>10</sup> Bronfenbrenner (1979).

<sup>11</sup> T.ex. Brounstein, Zweig & Gardner (2001).

<sup>12</sup> T.ex. Lipton, Martinson & Wilks (1975); Romig (1978); Basta & Davidson (1988).

<sup>13</sup> Glaser (1977).

<sup>14</sup> Henggeler, Smith & Scheonwald (1994).

<sup>15</sup> T.ex. Farrington, Gottfredson, Sherman & Welsh (2002); Shadish, Cook & Campbell (2002).

diga i bakgrundsfaktorer. Den skillnad som i eftermätningar kan registreras kan därmed i huvudsak hänföras till skillnaden i intervention.

Slutsatsen i de senare årens kunskapsöversikter är att det finns insatser som är mer effektiva än andra när det gäller att minska ungdomars drogproblem och kriminalitet<sup>16</sup>. Effekterna är dock begränsade även med de insatser som i dag har det bästa vetenskapliga stödet; uppskattningsvis en tredjedel av dem som får dessa insatser kommer att återaktualiseras för nya lagföringar inom ett år<sup>17</sup>. Effektiva insatser kännetecknas av<sup>18</sup>:

- att de styrs av en empiriskt grundad teori om risk- och skyddsfaktorer
- att riskungdomar inte samlas i grupp
- att ungdomars problematik styr omfattningen av insatser; högriskungdomar får mer intensiva insatser och lågriskungdomar får mindre intensiva
- att den unge deltar aktivt
- ett nära samarbete med viktiga personer i närsamhället
- ett samtidigt arbete med flera av de problem som individen har, i det arbetet är beteendeterapeutiska och KBT<sup>19</sup>-metoder för social färdighetsträning mest effektiva
- ett fokus på beteenden som är direkt relaterade till kriminalitet och drogbruk
- att planerade insatser fullföljs.

## Multisystemisk terapi (MST)

Multisystemisk terapi (MST) är en strukturerad familje- och närmiljöbaserad behandlingsmodell. Den utvecklades för kriminella ung-

---

<sup>16</sup> Brounstein, Zweig & Gardner (2001); Carr (2000); Ferrer-Wreder, Stattin, Lorente, Rubman & Adamson (2005); Lipsey (1999a; 1999b); Lipsey & Wilson (1998); Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie (2002).

<sup>17</sup> Lipsey & Wilson (1998); Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie (2002).

<sup>18</sup> Jmf Andreassen (2003); Nation, Crusto, Wandersman, Kumpfer, Seybolt, Morrissey-Kane & Davino (2003); National Institute of Health (2004); Rutter, Giller & Hagell (1998); Wagener, Tubman & Gil (2004).

<sup>19</sup> Kognitiv-beteendeterapeutiska metoder (KBT) är en behandlingsinriktning som omfattar en mängd metoder med ursprung i social inlärningsteori och kognitions-teori. En princip inom KBT är att de metoder som används ska ha empiriskt stöd. Behandlingen är målstyrd, bygger på konkreta övningar och hemuppgifter. Betoningen ligger på att förändra beteenden och att generalisera dessa till individens vardag.

domar i USA under 1970-talet som ett alternativ till placering utom hemmet. Därefter har MST vidareutvecklats för att passa för nya målgrupper, som unga kriminella med missbruksproblem och ungdomar med allvarlig psykiatrisk problematik<sup>20</sup>. Ett speciellt mål har också varit att underlätta metodens implementering i normal verksamhet<sup>21</sup>.

MST bygger på social-ekologiska och familjesystemiska teorier och på forskning om orsakerna till allvarligt antisocialt beteende hos ungdomar<sup>22</sup>. MST har fått sitt namn av att interventionerna riktar sig mot de viktigaste systemen som en ung människa finns i – familjen, skolan och kamratkretsen. Den centrala tanken är att den unges beteende påverkas av faktorer i alla de sociala miljöer där han/hon befinner sig och MST lägger vikt vid att arbeta med alla dessa system samtidigt. Framför allt betraktas vårdnadshavaren som viktig.

Genom att identifiera problem i samtliga system upprättas väldefinierade behandlingsmål. Exempel på dessa är att:

- förbättra vårdnadshavarens uppfostringsstrategier
- förbättra familjens känslomässiga relationer
- minska den unges umgänge med asociala kamrater och öka umgänget med välanpassade kamrater
- förbättra den unges prestationer i skola eller arbete
- involvera den unge i prosociala fritidsaktiviteter
- stötta nätverket kring familjen (släkt, grannar, vänner) för att hjälpa vårdnadshavaren i föräldrarollen.

Dessa behandlingsmål bestämmer valet av interventioner, vilka samtliga ska ha ett vetenskapligt stöd<sup>23</sup>. Exempel på metoder är strategisk familjeterapi, strukturell familjeterapi, föräldraträning och kognitiv beteendeterapi. Behandlingsplanerna utvärderas minst en gång i veckan i samarbete med föräldrar och andra berörda.

MST-arbetet organiseras och utförs inom små team, bestående av tre till fyra terapeuter och en teamledare som minst arbetar halvtid. Varje terapeut arbetar med tre till sex familjer under tre till fem månader. Att arbetsbelastningen inte är större är viktigt, eftersom terapeuterna finns tillgängliga dygnet runt, sju dagar i veckan. Behandlingen sker i allmänhet i familjernas hem eller på andra platser där

---

<sup>20</sup> Henggeler, Schoenwald, Rowland & Cunningham (2002).

<sup>21</sup> Henggeler, Schoenwald, Liao, Letourneau & Edwards (2002).

<sup>22</sup> Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham (1998).

<sup>23</sup> Henggeler (1999).



ungdomarna befinner sig. Det amerikanska företaget MST Services ansvarar för utbildning och licensiering av MST-teamen. MST Services stödjer även teamen med telefonkonsultation varje vecka och kvartalsvisa fortbildningar ("booster-sessions") samt kontrollerar att MST-terapeuterna fullföljer de handlingsplaner som upprättats genom så kallade Therapist Adherence Measure (TAM). TAM registreras genom att en (svensk) kontorist telefonintervjuar föräldrarna ungefär en gång per månad om hur MST-terapeuterna fungerat samt inrapporterar dessa intervjuer till MST Services.

MST finns idag i flertalet av USA:s delstater samt i England, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Irland, Holland, Norge, Danmark och Sverige<sup>24</sup>. Årligen behandlas cirka 14 000 ungdomar med MST<sup>25</sup>. Norge var det första landet i Skandinavien som började använda metoden. Uptakten var en nationell konferens om effektiva insatser för ungdomar med beteendeproblem 1997. Efter konferensen beslutades att två strukturerade öppenvårdsprogram från USA skulle implementeras i Norge. För de yngre barnen föll valet på Parent Management Training (PMT) och för ungdomar i åldrarna 12–18 år på MST. Det norska beslutet att implementera dessa metoder byggde bland annat på de positiva resultaten från amerikanska studier. Eftersom motsvarande studier saknades i Norge beslöt man också att utvärdera MST och PMT genom en jämförelse med traditionell behandling. Till Sverige kom MST 2001 när modellen implementerades i Upplands Väsby utanför Stockholm. Därefter har MST-team startat i Halmstad (våren 2003), Göteborg och Stockholm (hösten 2003) samt Malmö (början av 2004). Danmark startade sitt första MST-team 2003.

## Forskning om MST

MST är en av de mest utforskade insatserna för ungdomar med beteendeproblem. Det är också en av de insatser som framhålls som mest effektiv i arbetet med ungdomars sociala-, emotionella- och uppförandeproblem. I flera kunskapsöversikter<sup>26</sup> om interventioner för ungdomar med beteendeproblem framhålls MST som en av de mest lovande behandlingsmetoderna. Av 27 forskningsöversikter som spe-

---

<sup>24</sup> <http://www.mstservices.com/>

<sup>25</sup> Personlig kommunikation, Scott Henggeler, 15 maj 2006.

<sup>26</sup> T.ex. Carr (2000); Elliot (1998); Farrington & Welsh (1999); Fraser, Nelson & Rivard (1997); Kazdin & Weisz (1998); McBride, VanderWaal, VanBuren, & Terry (1997); Sherman, Farrington, Welsh & MacKenzie (2002); Stanton, & Shadish (1997); Woolfender, Williams & Peat (2002).

cifikt granskat utvärderingar av MST har 20 beskrivit MST som en effektiv intervention, medan sex har menat att forskningsunderlaget varit otillräckligt. En forskningöversikt har dragit slutsatsen att MST varken är bättre eller sämre än andra insatser. Den senare översikten är gjord som en metaanalys<sup>27</sup> av forskare inom ramen för Campbell Collaboration<sup>28</sup>. Bland uppdragsgivarna finns Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen. Forskarna bakom metaanalysen har identifierat åtta randomiserade utvärderingar om ungdomars sociala, emotionella eller beteendemässiga problem som innehåller tillräcklig statistisk information för att kunna ingå i en metaanalys. Sju av de åtta utvärderingar som ingår i analysen visar på säkerställda skillnader till förmån för MST. Ändå är resultatet av metaanalysen att det inte finns några säkerställda skillnader mellan MST och de interventioner som MST jämförts med<sup>29</sup>.

Idag finns det tio randomiserade studier av MST där målgruppen är ungdomar med antisocialt beteende. Tre av dem utgörs av modellutvärderingar där forskare ansvarar för både implementering och utvärdering (eng. *efficacy*), fyra utgörs av utvärderingar där programutvecklarna ansvarar för utvärderingen men där ordinarie tjänstemän ansvarat för implementeringen (eng. *effectiveness*) och tre utgörs av utvärderingar utförda av oberoende forskare som utvärderat verksamheten i ordinarie verksamhet (eng. *dissemination* eller *transportability trials*). Denna uppdelning i olika typer av utvärderingar motiveras av att en metaanalys visar att utvärderingar av modellprogram ger starkare effekter än utvärderingar av ordinarie verksamhet<sup>30</sup>; i

---

<sup>27</sup> En sammanställning av information från en mängd studier. Istället för att individer undersöks, är det studier som utgör undersökningsenheten.

<sup>28</sup> Campbell Collaboration är en oberoende forskarorganisation som sammanställer forskningsöversikter och där utvärderingar endast inkluderas om de uppfyller en rad mycket höga kvalitetskrav.

<sup>29</sup> Littell, Popa & Forsythe (2005). Se även Henggeler, Schoenwald, Borduin & Swenson (2006); Littell (2006).

<sup>30</sup> Curtis, Ronan & Borduin (2004).

<sup>31</sup> Effektstorlekar avser hur stark påverkan en viss insats haft. Effektstorleken beräknas som den genomsnittliga skillnaden i förbättring mellan två grupper (den ena gruppens medelvärde minus den andra gruppens) dividerat med båda gruppernas gemensamma standardavvikelse. Om effektstorleken är 0 finns sålunda ingen skillnad mellan grupperna och därmed finns heller ingen påvisbar effekt av interventionen. En tumregel är att effektstorlekar på .20 eller lägre är svaga, .50 medelstarka och .80 eller högre är starka. Enligt Lipsey (Personlig kommunikation, 15 september 2000) innebär en effektstorlek på .20 en ungefärlig skillnad på 10 procent i förbättring mellan två grupper, .50 en skillnad på 24 procent och .80 en skillnad på 37 procent.

modellprogram var effektstorleken .87 och i ordinarie verksamhet .26<sup>31</sup>. Liknande skillnader har identifierats i utvärderingar av andra evidensbaserade program<sup>32</sup>. En förklaring till skillnaden är att forskare är mer noggranna med att behandlingsmodellen följs. I ordinarie verksamhet sker ofta en viss omformulering av innehållet, eller så används endast vissa delar av modellen. Förmågan att fullfölja ett behandlingsprogram planering ökar sannolikheten för positiva resultat, både i studier av MST<sup>33</sup> och annan forskning<sup>34</sup>. Resultat visar också att fullföljandet av MST-behandlingen är viktigt för att MST ska ge bra resultat. I Missouri Delinquency Project var skillnaden i nya lagföringar mellan dem som fullföljt behandlingen och dem som avbrutit den i förtid 30 procent efter 13 månader och 37 procent efter drygt två år (i båda fallen var skillnaden till nackdel för dem som avbrutit behandlingen i förtid)<sup>35</sup>.

En annan faktor som är viktig att ta hänsyn till är uppföljningstidens längd. Flera utvärderingar visar att skillnaden mellan MST- och jämförelsegrupper är liten en kort tid efter att behandlingen avslutats, för att därefter öka<sup>36</sup>. I en studie var exempelvis skillnaden i nya lagföringar ca tio procent efter fem månader och 30 procent efter tio månader, för att därefter minska något (t.ex. 25 procent efter 14 månader och 17 procent efter två år). Det finns dock en utvärdering av missbruksbehandling där skillnaden mellan grupperna inte förändrades från avslutad behandling till sex månader senare<sup>37</sup>. Uppföljningstidens betydelse demonstreras även i andra utvärderingar, exempelvis av Funktionell familjeterapi (FFT) och Aggression Replacement Training (ART)<sup>38</sup>. Svenska resultat i behandlingen av bråkiga barn i lågstadiet visar på samma skillnad<sup>39</sup>. I Barnoskis (2004) utvärderingar av behandling av kriminella ungdomar var skillnaden mellan dem som behandlats med ART respektive FFT och dem som inte fått någon behandling alls försumbar i förekomsten av brottslighet efter sex månader. Efter tolv och 18 månader fanns däremot statistiskt säkerställda

<sup>32</sup> Lösel & Beelmann (2002); Petrosino & Soydan (2005).

<sup>33</sup> Henggeler, Melton, Brondino, Scherer & Hanley (1997); Henggeler, Schoenwald, Liao, Letourneau & Edwards (2002); Huey, Henggeler, Brondino & Pickrel (2000).

<sup>34</sup> Wilson & Lipsey (2001); Wilson, Lipsey & Derzon (2003).

<sup>35</sup> Borduin, Mann, Cone, Henggeler, Fucci, Blaske & Williams

<sup>36</sup> Borduin, Mann, Cone, Henggeler, Fucci, Blaske & Williams (1995); Schaeffer & Borduin (2005).

<sup>37</sup> Henggeler, Pickrel & Brondino (1999).

<sup>38</sup> Barnoski (2004).

<sup>39</sup> Forster, Sundell, Melin, Morris & Karlberg (2005).

skillnader. Att uppföljningstiden spelar roll demonstreras också av en utvärdering av ett program för att stödja mammor med deprimerade och/eller bråkiga pojkar<sup>40</sup>. Resultaten visade att mammornas föräldra-kompetenser förändrades först sex månader efter att träningsprogrammet avslutats. Det följdes av pojkarnas minskade beteendeproblem, som i sin tur följdes av mammornas minskade depressiva symtom.

Nedan beskrivs de tio randomiserade utvärderingar av MST där målgruppen varit ungdomar med antisociala beteenden. Totalt omfattar utvärderingarna 1 360 ungdomar. Av utvärderingarna handlar sex om kriminella ungdomar och två vardera om unga sexualbrottslingar och ungdomar med missbruk. Utöver dessa utvärderingar finns också sådana som behandlar diabetes, barnfetma, psykiatriska symtom (t.ex. risk för suicid, psykos), föräldrars vanvård och övergrepp på sina barn<sup>41</sup>. Dessa refereras dock inte i denna rapport.

### *Resultat från modellutvärderingar (eng. efficacy)*

Den första av de tre modellutvärderingarna av MST (se ovan) är det så kallade Missouri Delinquency Project. Det är också den utvärdering som har längst uppföljningstid; den följer 176 kriminella ungdomar i åldrarna 10–15 år (i genomsnitt 13,7 år) efter förmätningen<sup>42</sup>. Jämförelsegruppen består av ungdomar som lottats till individuell psykoterapi (en blandning av psykodynamisk, klientcentrerad och beteendearterad terapi). Långtidsuppföljningen visar att MST-gruppen i genomsnitt hade 54 procent färre arresteringar och 57 procent färre dagar i fängelse än jämförelsegruppen.

De andra två modellutvärderingarna undersöker unga sexualbrottslingar. Den första omfattar 16 ungdomar som lottats till MST respektive individuell terapi<sup>43</sup>. Uppföljningstiden är 21–49 månader och visar att 13 procent av ungdomarna i MST-gruppen återföll i sexualbrott medan 75 procent gjorde det i jämförelsegruppen. Återfall i annan brottslighet var 25 respektive 50 procent för de två grupperna. Den andra utvärderingen med unga sexualbrottslingar omfattar 48 ungdomar<sup>44</sup> som randomiserades till MST respektive traditionell verksamhet. MST var mer effektiv när det gäller att minska risken för beteendeproblem, förbättra familjerelationer, minska våld mot jämnåriga och förbättra skolprestationer. Dessutom minskade MST nya

<sup>40</sup> DeGarmo, Patterson & Forgatch (2004).

<sup>41</sup> För en beskrivning av dessa, se Henggeler, Sheidow & Lee (in press).

<sup>42</sup> Schaeffer & Borduin (2005).

<sup>43</sup> Borduin, Henggeler, Blasko & Stein (1990).

<sup>44</sup> Borduin & Schaeffer (2001).

sexualbrott; efter nio år hade 13 procent av MST-gruppen lagförts för nya sexbrott jämfört med 42 procent i jämförelsegruppen. Skillnaden var ännu större för annan brottslighet (29 resp. 63 procent).

### ***Resultat från verksamhetsutvärderingar (eng. effectiveness)***

Av de fyra verksamhetsutvärderingar som utförts av programutvecklarna berör två unga kriminella och två ungdomar med missbruksproblem.

Den ena av utvärderingarna med unga kriminella genomfördes i Simpsonville, South Carolina. Totalt 84 ungdomar lottades till MST eller traditionell behandling (till stor del placering utom hemmet)<sup>45</sup>. Efter drygt två år hade 20 procent av MST-gruppen arresterats igen och 39 procent av ungdomarna i jämförelsegruppen. Den andra studien med unga brottslingar omfattar 155 ungdomar som lottats till MST eller övervakning<sup>46</sup>. Efter ungefär ett och ett halvt år hade MST-gruppen 25 procent färre arresteringar än jämförelsegruppen och 47 procent färre dagar i omhändertagande.

Den första av de två utvärderingarna med missbrukande ungdomar jämförde 118 ungdomar som randomiserats till MST eller individualterapi<sup>47</sup>. Efter fyra år hade drygt hälften (55 procent) i MST-gruppen inget fortsatt narkotikamissbruk medan andelen utan narkotikamissbruk i jämförelsegruppen var 28 procent. Resultaten baseras bland annat på urintest. Den andra utvärderingen av behandling till unga med missbruksproblem omfattar 161 ungdomar som lottats till fyra alternativ: familjedomstol, missbruksdomstol, missbruksdomstol som kombinerats med MST samt missbruksdomstol i kombination med en utvecklad version av MST (*contingency management*)<sup>48</sup>. Efter ett år visar resultaten att alternativen med MST minskade alkohol- och narkotikamissbruk men inte kriminalitet eller placering utom hemmet. Effekterna var större för den utvecklade versionen av MST.

### ***Resultat från oberoende verksamhetsutvärderingar (eng. transportability)***

Det finns tre oberoende utvärderingar av MST i ordinarie verksamhet. Två av dessa har gett resultat till förmån för MST. Samtliga har undersökt unga kriminella.

<sup>45</sup> Henggeler, Melton, Smith, Scoenwald & Hanley (1993).

<sup>46</sup> Henggeler, Melton, Brondino, Scherer & Hanley (1997).

<sup>47</sup> Henggeler, Clingempeel, Brondino & Pickrel (2002).

<sup>48</sup> Henggeler, Halliday-Boykins, Cunningham, Randall, Shapiro & Chapman (2006).

### *Resultat från Kanada*<sup>49</sup>

Den hittills mest omfattande utvärderingen av MST är kanadensisk. Totalt har 409 ungdomar från provinsen Ontario randomiserats till MST respektive övervakning med terapeutiska inslag. Av ungdomarna, som i genomsnitt var 15 år vid utvärderingens start, var två tredjedelar lagförda för brott. MST-behandlingen fullföljdes enligt planerna i fyra av fem fall. Ungdomarna har följts under tre år efter randomisering. Skillnaden mellan de två grupperna i andelen som fällts för nya brott är marginell; efter tre år hade 68 procent av MST-ungdomarna och 67 procent av jämförelsegruppen lagförts för nya brott<sup>50</sup>. Inte heller fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna i antal brott, typer av brott eller tiden till första lagföring. När det kanadensiska projektet startade hade MST Services ännu inte utvecklat metoder för att kontrollera behandlingstrohet. Enligt de kanadensiska forskarna har de emellertid inte funnit några samband mellan behandlingsutfall och programtrohet. Inte heller tycks det finnas något tydligt samband som visar att MST-teamen utvecklat sina färdigheter i MST med tiden; de första 50 MST-fallen hade sämre utfall efter sex månader än de därefter följande 50 fallen, varefter den tredje gruppen av 50 fall åter hade sämre utfall. Studien är inte publicerad i någon vetenskaplig tidskrift utan finns endast tillgänglig via internet<sup>51</sup>.

### *Resultat från Ohio*<sup>52</sup>

Denna studie omfattar 93 kriminella ungdomar som slumpats till MST eller traditionella insatser (i huvudsak övervakning med alkohol- och drogrådgivning, ilskekontroll-träning samt individual- eller familjeterapi). Ungdomarna har undersökts före randomiseringen samt efter sex månader. Dessutom har kriminalitet följts upp 18 månader efter förmåtningen. Resultaten visar att ungdomarna i MST-gruppen i mindre utsträckning hade arresterats (67 procent mot 87 procent i jämförelsegruppen) samt signifikant förbättrat sina sociala förmågor i hemmet, i skolan och i samhället. Dessutom hade de känslomässigt utvecklats mer än ungdomarna i jämförelsegruppen. Det fanns också en trend att MST-ungdomarna minskat sitt drogbruk mer än ungdomarna i jämförelsegruppen.

<sup>49</sup> Cunningham (2002).

<sup>50</sup> [http://www.lfcc.on.ca/mst\\_final\\_results.html](http://www.lfcc.on.ca/mst_final_results.html)

<sup>51</sup> [www.lfcc.on.ca](http://www.lfcc.on.ca)

<sup>52</sup> Timmons-Mitchell, Bender, Kishna, & Mitchell (2006).

### *Resultat från Norge*<sup>53</sup>

Den norska utvärderingen av MST är den första utanför Nord-Amerika och den enda från ett samhälle med ett välfärdssystem liknande det svenska. Den norska utvärderingen beskrivs därför mer utförligt.

Sammanlagt 100 ungdomar ingår i studien där 62 lottats till MST (i fyra MST-team) och 38 till ”traditionell” behandling. I det senare ingick institutionsplacering (50%), olika typer av öppenvård (34%) samt en grupp som inte fick någon behandling alls (16%). Undersökningsgruppen bestod av 63 pojkar och 37 flickor i åldrarna 12 till 17 år. Endast fem procent av undersökningsgruppen hade invandrarbakgrund. Ungdomarna hade remitterats till en länsövergripande enhet som bedömer och beslutar om placeringar utom hemmet. Det innebär att samtliga ungdomar som ingår i den norska studien bedömdes vara i behov av vård utom hemmet. Om ungdomens problematik inte bedömdes som tillräckligt allvarlig för en placering återsändes ärendet till den lokala norska myndigheten. De vanligaste skälen till att ungdomarna remitterats var allvarliga beteendeproblem (64%), skolk eller frånvaro från hemmet (53%), alkohol eller narkotikamissbruk (50%) samt kriminalitet (37%).

Data har samlats in vid tre tillfällen: före lottningen till MST eller traditionell behandling, efter att MST-behandlingen avslutats, alternativt efter sex månader för dem som lottats till den traditionella gruppen samt två år efter förmätningen. Vid förmätningen fanns i princip inga skillnader mellan de två grupperna. Resultaten vid den första uppföljningen visar att ungdomarna som deltagit i MST hade signifikant mindre internaliserade problem (t.ex. ångest) och bättre sociala kompetenser än de som fått traditionella insatser. Dessutom var färre av MST-ungdomarna placerade utom hemmet än av de ungdomar som deltagit i traditionella insatser. Även det resultatet var statistiskt säkerställt. MST-ungdomarna tenderade dessutom att ha mindre externaliserade problem (t.ex. aggressivitet, kriminalitet) och föräldrarna tenderade att vara mer tillfreds med behandlingen<sup>54</sup>.

Sammanlagt 69 ungdomar från tre av de fyra MST-teamen har också följts upp efter 24 månader<sup>55</sup>. Det fjärde MST-teamet uteslöts ur uppföljningen eftersom det inte använt MST på det sätt som var avsett; i motsättning till instruktionen utvärderade man aldrig om behandlingsplanerna genomförts. Resultaten efter 24 månader visar på tydliga skillnader till förmån för MST-gruppen för ungdomarnas

<sup>53</sup> Ogden & Halliday-Boykins (2004); Ogden & Amlund Hagen (in press).

<sup>54</sup> Ogden & Halliday-Boykins (2004).

<sup>55</sup> Ogden & Amlund Hagen (in press).

självskattade normbrott. Detsamma gäller förekomsten av internaliserade beteendeproblem (t.ex. ångest) enligt föräldrars och lärares skattningar. Ungdomarnas externaliserade beteendeproblem var mindre i MST-gruppen enligt lärarnas rapportering. Däremot fanns inte motsvarande skillnader för externaliserade beteendeproblem enligt föräldrarna. Ungdomarnas egna skattningar skilde sig inte heller mellan grupperna. Ungdomarna som fått MST tenderade också att mindre ofta vara placerade i dygnsvård. Effektstorlekarna efter 24 månader var svaga (.26) för ungdomarnas självrapporterade normbrott och medelstarka för lärares och föräldrars skattningar av internaliserade och externaliserade problem (.68 respektive .50). Det är lika stora eller större effektstorlekar än vad som i genomsnitt redovisats i andra utvärderingar av MST<sup>56</sup>.

## Frågeställningar

Sammanfattningsvis ger tidigare forskning en relativt enhetlig bild av MST. Utvärderingar från USA och Norge talar för att MST minskar risken för ungdomars fortsatta beteendeproblem. Det gäller såväl i modellutvärderingar som i utvärderingar i normal verksamhet med både programutvecklare och oberoende forskare. Den enda studie som inte bekräftar den bilden är studien från Kanada. En nyligen genomförd metaanalys, utförd inom ramen för Campbell Collaboration, bekräftar inte heller MSTs fördelar<sup>57</sup>. Eftersom USA har ett annat välfärdsystem än Sverige, är det en öppen fråga om MST fungerar på samma sätt i Sverige. Det är inte heller självklart att resultaten från Norge kan överföras till Sverige. Skälen till det är dels att den målgrupp som undersökts i Norge nästan helt saknar ungdomar med utländsk härkomst (dessa är en stor grupp i svensk social barnavård<sup>58</sup>), dels att MST i Norge implementerades genom ett landsomfattande beslut från Barne- og Familiedepartementet<sup>59</sup> och att implementeringen fick stöd genom upprättandet av ett nationellt kvalitetssäkringssystem som följde upp teamens arbete parallellt med MST Services.

---

<sup>56</sup> Curtis, Ronan & Borduin (2004).

<sup>57</sup> Littell, Popa & Forsythe (2005).

<sup>58</sup> Lundström & Vinnerljung (2001); Sundell & Egelund (2000).

<sup>59</sup> Norges forskningsråd (1998).



Följande frågeställningar undersöks:

1. Hur utvecklas ungdomar som deltagit i MST på kort sikt (efter sex månader) jämfört med dem som blivit föremål för ”traditionella” insatser i Sverige, vad gäller missbruk av alkohol och narkotika, kriminalitet och psykisk hälsa?
2. Hur utvecklas familjerelationer, kamratrelationer och skolanpassning på kort sikt (efter sex månader) genom MST respektive andra insatser?
3. Kan resultaten förklaras av hur MST implementerats (programtrohet)?
4. Kan resultaten förklaras av ungdomarnas kön, ålder, problematik (t.ex. tidiga och sena ”debutanter”) och familjernas bakgrund (arbetslöshet, enföräldershushåll, invandrarbakgrund)?

# Metod

Den svenska utvärderingen följer i huvudsak den norska utvärderingen av MST. Därmed ges möjlighet till en jämförande nordisk studie. I några fall finns skillnader mellan de två utvärderingarna. Dessa fall kommenteras i texten.

## Design

Undersökningen har genomförts enligt Vetenskapsrådets forsknings-etiska riktlinjer och har godkänts av Forskningsetikommittén vid Socialstyrelsen 2003-12-08. Det innebär bland annat att samtliga berörda föräldrar och ungdomar informerades muntligt och skriftligt om undersökningen. Enbart i de fall där både ungdom och vårdnadshavare gav sitt skriftliga medgivande inkluderades familjen i studien. Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att skäl anges.

Utvärderingen genomförs i form av en randomiserad studie, där ungdomarna fördelats slumpmässigt till MST respektive ”traditionella” insatser. Totalt ingår sex MST-team från Göteborg, Halmstad, Malmö och Stockholm. Randomiseringen skedde per MST-team, där sannolikheten var 50 procent vardera för att lottas till MST respektive traditionella insatser. Randomiseringen skedde efter förmätningen genom att forskningsassistenten bröt ett förseglat och numrerat kuvert med information om lottad tillhörighet. Ordningen för MST respektive traditionella insatser bestämdes med hjälp av dator av forskningsledaren, som var den ende som kände till ordningen.

Eftersom många ungdomar normalt återaktualiseras för nya insatser, beslutades att de som lottats till traditionella insatser inte skulle erbjudas MST innan tvåårsuppföljningen avslutats i april 2007. Däremot skulle MST-ungdomarna kunna erbjudas traditionella insatser eftersom majoriteten varit aktuella för traditionella insatser innan utvärderingen inleddes. Syskon till ungdomar som lottats till traditionella insatser fick inte heller erbjudas MST, eftersom de som ingår i utvärderingen i sådana fall också skulle få MST (föräldrar kommer rimligen att behandla syskonen lika). Syskon till ungdomar som lottats till traditionella insatser och som bor i ett annat hem (t.ex. en bor hos mamman och en bor hos pappan) kunde däremot erbjudas MST.

För varje MST-team fungerade tolv månader som inklusionsperiod. De första fem till tio uppdragen som respektive MST-team

arbetat med betraktades som träningsfall. Först därefter kunde familjer inkluderas i utvärderingen. Det medförde att datainsamlingen startade vid olika tidpunkter under det första halvåret 2004. Först påbörjades den i Halmstad och Stockholm (mars 2004), därefter i Göteborg (april 2004) och sist i Malmö (maj 2004). Oberoende av hur många MST-fall som inkluderats avbröts vidare inklusion efter tolv månader. För två team utsträcktes inklusionsperioden dock med två månader på grund av att sjukdom och andra problem medfört att för få ärenden remitterats till utvärderingen.

Data samlades in vid inklusionstillfället/före insatsen samt sex respektive 24 månader senare. I denna rapport redovisas endast resultaten för de två första datainsamlingstillfällena. Datainsamlingen skedde genom intervjuer med ungdomar, vårdnadshavare, skolpersonal och socialsekreterare. I den norska utvärderingen genomfördes den första uppföljningsmätningen för MST-gruppen när behandlingen var färdig och för gruppen som lottats till traditionell behandling efter sex månader. Vid planeringen av den svenska studien beslöt man att använda samma uppföljningstid för bägge grupperna (sex månader efter inklusionsdatum) eftersom tiden generellt verkar vara en viktig faktor för minskade problem. Trots ändringen i uppföljningstid bedömdes jämförbarheten med den norska studien vara god, eftersom behandlingstiden för MST rekommenderas vara tre till fem månader<sup>60</sup>.

## Undersökningsgrupp

### *Kommuner/stadsdelar*

Undersökningen omfattade totalt sex MST-team: två från Göteborg, ett från Halmstad, ett från Malmö och två från Stockholm. De sex teamen arbetade med 27 kommuner eller stadsdelar, vilka var och en har ett eget juridiskt ansvar och en egen administration. I Göteborg fanns två team: *Team Nordost* (stadsdelarna Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen och Kortedala) och *Team Hisingen* (stadsdelarna Biskopsgården, Lundby, Backa, Kärra-Rödbo, Torslanda och Tuve-Säve). Det senare teamet administrerades av Gryning Vård AB på entreprenad för de sex stadsdelarna. För Stockholm fanns också två team: *Team Järva* (stadsdelarna Kista, Rinkeby och Spånga-Tensta) och *Team Syd* (stadsdelarna Enskede-Årsta, Vantör och Älvsjö). För Halmstad och Malmö (samtliga tio stadsdelar) fanns vardera ett team.

---

<sup>60</sup> Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham (1998).

## Ungdomarna

Utvärderingen omfattar ungdomar i åldrarna 12–17, 5 år med allvarliga beteendeproblem motsvarande kriterierna för den psykiatriska diagnosen *allvarlig beteendestörning* (eng. *conduct disorder*)<sup>61</sup>. Diagnosen kräver att ungdomarna uppfyllt tre eller flera av 15 definierade normbrytande beteenden under det senaste året och minst ett under de senaste sex månaderna. Exempel på kriterier är att ha trakasserat andra, varit inblandad i slagsmål, använt vapen, stulit, ljugit vane-mässigt eller begått inbrott. Ungdomar med diagnosen allvarlig beteendestörning har i internationell forskning visat sig vara påtagligt överrepresenterade bland vuxna kriminella och missbrukare<sup>62</sup>. För att underlätta bedömningen av om ungdomar tillhörde målgruppen för utvärderingen färdigställdes en blankett som distribuerades till samtliga berörda socialsekreterare (bilaga A). I den norska utvärderingen användes inte lika tydliga inklusionskriterier. Där har utgångspunkten istället varit ungdomar som bedömdes behöva vård utom hemmet och där problematiken handlade om exempelvis antisocialt beteende, kriminalitet och allvarliga skolproblem.

För både den norska och svenska studien gäller att ungdomar inte medtogs om:

- det saknades en vuxen som fungerade som förälder eller motsvarande
- det redan pågick insatser som bedömdes kunna störa MST-behandlingen
- ungdomen hade begått sexuella övergrepp
- ungdomen var akut psykotisk, autistisk eller i akut fara för att begå självmord
- hemmet utgjorde en fara för terapeutens säkerhet
- boende hemma utgjorde en allvarlig risk för ungdomen själv eller andra familjemedlemmar.

Sammanlagt omfattar utvärderingen 156 ungdomar, varav 79 lottats till MST och 77 till traditionell behandling. Av ungdomarna kom 16 från Team Halmstad, 23 från Team Hisingen, 38 från Team Malmö, 30 från Team Nordost, 24 från Team Syd samt 25 från Team Järva. Med 77 ungdomar i MST och 79 i jämförelsegruppen, en normal

<sup>61</sup> American Psychiatric Association (2000).

<sup>62</sup> Farrington & Coid (2003).

signifikansgräns ( $p < .05$ ), en riktad hypotes om att MST har större effekt än traditionella insatser och  $\text{power} = .80$ , ges möjligheten att värdera även relativt små skillnader ( $d = .40$ ) mellan MST och ”traditionell” behandling.

De 156 ungdomarna var i genomsnitt 15,0 år ( $SD = 1,35$ ) vid det första mättillfället; 21 procent var 12 eller 13 år, 54 procent 14 eller 15 år och 25 procent 16 eller 17 år. Andelen pojkar var 61 procent och andelen flickor 39 procent. Den genomsnittliga åldern var lika för båda undersökningsgrupperna<sup>63</sup> och andelen flickor var ungefär lika stor i båda grupperna<sup>64</sup>.

Bakgrunden till att målgruppen aktualiserats vid socialtjänsten varierade; 71 procent aktualiserades av tre eller flera skäl. Vanligast var skolk eller att ha rymt från hemmet (85%), följt av lagbrott (47%), allvarliga beteendeproblem i skolan (37%), att den unge var en fara för sig själv eller omgivningen (38%), våld i hemmet där den unge var inblandad (26%), alkohol eller drogmissbruk (30%), föräldrars övergrepp eller vanvård (13%), avstängd från skolan (8%), eftervård efter utskrivning från institutionsplacering (5%) samt andra skäl (21%). Av ungdomarna hade 32 procent varit placerade utom hemmet före utvärderingen. Vad gäller drogmissbruk var främst de yngre kraftigt överrepresenterade; enligt förmätningen hade 39 procent av de yngsta (12–13 år) varit berusade och tolv procent använt narkotika; av dem i mellanåldrarna (14–15 år) hade 71 procent varit berusade och 28 procent använt narkotika; av de äldsta (16–17 år) hade 70 procent varit berusade och 40 procent använt narkotika. Resultat från Stockholm visar att ungefär tio procent i en normalgrupp av 12-åringar har varit berusade och en procent har använt narkotika. Bland 15-åringar har hälften varit berusade och tio procent använt narkotika och bland 17-åringar är andelarna 70 respektive 20 procent<sup>65</sup>.

Av ungdomarna hade 47 procent föräldrar som båda var födda utomlands. Familjen beskrev sin etniska identitet som annan än svensk och talade i allmänhet ett annat språk än svenska i hemmet. I de fall svenska talades, hade föräldrarna olika etniskt ursprung. Vidare kom 13 procent av ungdomarna från en familj där en förälder var född utomlands och en i Sverige. Man betraktade sig i allmänhet som svenskar och nästan alla talade svenska i hemmet. Slutligen var 40 procent av familjerna etniska svenskar. Båda föräldrarna var födda i Sverige, man betraktade sig som svenskar och talade svenska i hem-

<sup>63</sup>  $F(1,155) = 1,04, p > .05$

<sup>64</sup>  $\chi^2(1) = 1,08, p > .05$

<sup>65</sup> El-Khoury & Sundell (2005); Sundell (2003); Sundell & Kraft (2002).

met. Majoriteten av familjerna med utländsk härkomst angav en etnisk härkomst från Asien ( $n=30$ ) och Europa (exkl. Skandinavien) ( $n=25$ ), medan färre kom från Afrika ( $n=14$ ), Sydamerika ( $n=6$ ) eller Skandinavien (exkl. Sverige) ( $n=4$ ). Vidare levde 67 procent i enföräldershushåll. Av ungdomarnas mammor var 51 procent arbetslösa och 18 procent hade högskoleutbildning. Av familjerna levde 61 procent helt eller delvis på ekonomiska transfereringar (t.ex. socialbidrag, sjukpenning, arbetslöshetsersättning) och familjernas sammanlagda genomsnittliga årsinkomst var 237 000 kronor, med en variation mellan 120 000 och 780 000 kr.

### ***Bortfall***

Tre typer av bortfall är aktuella. Den första handlar om de familjer som tillfrågades om medverkan och som avböjde. Av 168 familjer som informerades om utvärderingen av forskningsassistenterna avböjde tolv (7%) att medverka (figur 2).

Den andra typen av bortfall avser dem som inte medverkade vid uppföljningsmätningen efter sex månader. Av 156 familjer föll sju bort. Det handlade i tre fall om ungdomar som utvandrat (samtliga MST), tre som avböjt fortsatt medverkan i utvärderingen (samtliga Trad.) och en familj som försvunnit (Trad.). Dessutom vägrade sju ungdomar (3 Trad.; 4 MST) att besvara uppföljningsenkäten, men deras föräldrar besvarade den. Det betyder att fyra procent fallit bort helt och ytterligare fyra procent fallit bort delvis. Som helhet innebär det ett begränsat bortfall.

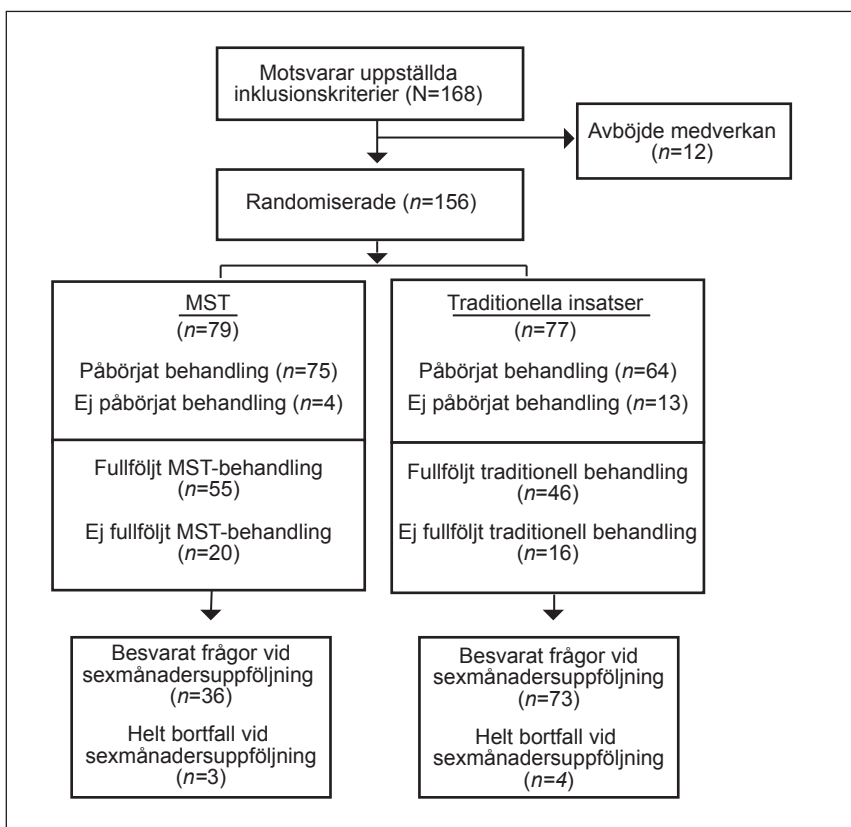
När det förekommer bortfall av undersökningspersoner (vilket det nästan alltid gör) är det viktigt att de fortsätter att ingå i undersökningen även om nya data om dem inte samlas in (så kallat "intention-to-treat")<sup>66</sup>. I det fallet kan exempelvis det sist mätta värdet användas som mått fortsättningsvis. I annat fall riskerar undersökningsgrupperna att inte längre vara jämförbara eftersom bortfall nästan alltid är icke-slumpmässigt. De som avbryter medverkan är ofta de som har lägst motivation och mest problem och som därför också har det sämsta utfallet vid uppföljningar. Alternativet att endast inkludera de individer som fullföljer behandling och uppföljningsmätningar (så kallat "treatment-of-treated") innebär att utvärderingen inte längre blir randomiserad och att den därmed får lägre bevisvärde. I denna studie tilldelades de familjer som föll bort mellan för- och eftermätning samma värde vid uppföljningstillfället som de haft vid förmätningen.

---

<sup>66</sup> Wright & Sim (2003).

Det innebär en konservativ analysstrategi eftersom det är rimligt att förvänta sig en ”spontanmognad” hos de ungdomar som undersökningen omfattar. En separat bortfallsanalys visar att de sju som helt föll bort inte i något avseende avvek från de 149 som medverkat vid sexmånadersuppföljningen när det gäller ålder, kön, föräldrars civilstånd, utbildning eller arbetslöshet, andel med utländsk härkomst, andel ungdomar som debuterat med beteendeproblem före 13 års ålder eller de utfallsmått som presenteras i tabell 2. Inte heller avviker de 17 som inte påbörjat någon behandling från de 139 som gjort det. De 14 ungdomar som inte besvarade enkäten vid sexmånadersuppföljningen skilde sig inte heller från de 142 som besvarade enkäten.

**Figur 2.** Flödeschema över undersökningsgruppen (jfr Moher, Schultz & Alman (2001))



Den tredje typen av bortfall handlar om att uppgiftslämnarna inte besvarat alla frågor i frågeformuläret. Det finns två varianter av det bortfallet. Den första varianten gäller dem som hoppat över enstaka

frågor i ett frågeinstrument. Ett exempel på det är att vissa föräldrar hoppat över en fråga om relationen till klasskamrater (som ingår i ett batteri av frågor om sociala förmågor) eftersom ungdomen inte går i skolan. I de fallen har dessa värden uppskattats (s.k. *imputering*) med hjälp av proceduren MI i statistikprogrammet SAS (2004), version 9.1.3. Det antogs att bortfallet av enskilda frågesvar var slumpmässigt, något som är rimligt när många variabler ingår i beräkningen av bortfall<sup>67</sup>. I enlighet med Rubins (1996) rekommendationer att medta så många variabler som möjligt, gjordes beräkningarna per instrument (t.ex. alla tio frågor i Audit). Endast de variabler som korrelerade med variabeln med bortfall användes dock i de slutgiltiga beräkningarna<sup>68</sup> som genomfördes i två steg och med samma dataset av kovariater. Först sorterades data i ett monotont ordnat bortfallsmönster. Det gjordes med hjälp av en metod kallad *Markov Chain Monte Carlo* (MCMC). Fördelen med MCMC-metoden är att den skapar trovärdiga estimat även när datamängden inte är multivariat normalfördelad<sup>69</sup>. En så kallad EM-algoritm användes för att skapa ett startvärde för MCMC-beräkningen<sup>70</sup>. Därefter beräknades det återstående bortfallet med hjälp av en av Rubin rekommenderad regressionsmetod<sup>71</sup>. Det genomsnittliga antalet imputeringar var 3,5 per variabel, med en variation mellan en och 14. Endast i tre procent av fallen översteg antalet imputerade värden i en variabel åtta. Skillnaden i resultat beroende på om imputation genomförts eller ej är marginell.

Den andra varianten av denna typ av bortfall är att vissa föräldrar inte hunnit med att besvara frågeinstrumentet om sin egen psykiska ohälsa (SCL-90). Eftersom föräldrarna inte besvarat någon av delfrågorna, eller högst ett fåtal, finns inget underlag till imputering. För detta mått finns svar från 68 (86%) föräldrar till MST-ungdomarna och 65 (84%) till dem som lottats till traditionella insatser. Det något större bortfallet beror bland annat på att 15 av 36 föräldrar, som intervjuades med hjälp av tolk, inte hann besvara dessa frågor. Av övriga åtta som inte besvarade dessa frågor talade sju dålig svenska och dattainsamlaren fungerade som inofficiell tolk.

---

<sup>67</sup> Schafer (1997), s 27–28; van Buuren, Boshuizen & Knook (1999) s 687.

<sup>68</sup> Schafer (1997) s 143; van Buuren, Boshuizen & Knook (1999) s 687.

<sup>69</sup> Schafer (1997) s 147–148. Se även MI proceduren i SAS (2004).

<sup>70</sup> Schafer (1997) s 169.

<sup>71</sup> Rubin (1987) s 166–167.



## Insatser

### MST

Det amerikanska företaget MST Services ansvarade för utbildning och licensiering av MST-teamen samt handledde teamen varje vecka via telefon. Fyra gånger per år genomfördes också ”booster sessions”, där personal från MST Services ansvarade för fortbildning.

Samtliga 20 MST-terapeuter som ingår i studien arbetade heltid. Av dem hade 17 socionomutbildning, två hade psykologexamen och en hade annan grundutbildning. Av de 20 MST-terapeuterna hade tolv steg 1-utbildning i familjeterapi eller kognitiv beteendeterapi. Av sex MST-samordnare var fem socionomer. Två av de sex hade steg 1-utbildning i familjeterapi, två steg 2-utbildning i familjeterapi och en nätverksutbildning. MST-terapeuterna hade i genomsnitt 2,3–3,3 pågående behandlingar samtidigt. Terapeuterna var tillgängliga för familjerna dygnet runt sju dagar i veckan.

Av 79 ungdomar som lottats till MST kom 75 att påbörja behandlingen. En placerades på institution innan MST hann påbörjas, en sändes av familjen till sitt hemland och två familjer lyckades MST-teamet aldrig etablera något samarbete med, trots ett flertal bokade tider. Av 75 ungdomar som MST påbörjades för var det 32 (43%) för vilka MST-behandlingen fortfarande pågick vid uppföljningstillfället efter sex månader (i genomsnitt ytterligare 77 dagar). MST-behandlingen pågick i genomsnitt i 151,4 dagar ( $SD = 67,8$ ); för 57 procent pågick behandlingen längre än de tre till fem månader som rekommenderas<sup>72</sup>. Enligt uppgift som inrapporterats till MST Services avslutades behandlingen i 73 procent ( $n = 55$ ) av fallen som lyckade behandlingar<sup>73</sup>. För dem som avslutade behandlingen i förtid var orsakerna familjens bristande motivation ( $n = 9$ ), att ungdomen placerades på institution på grund av fortsatt asocialt beteende ( $n = 8$ ), att den unge placerades på institution till följd av handlingar begångna innan MST-behandlingen inleddes ( $n = 2$ ) eller att föräldrarnas personliga psykiska problem hotade den unges hälsa ( $n = 1$ ).

MST Services kontrollerade också att MST-terapeuterna fullföljde de handlingsplaner som upprättats genom så kallade Therapist Adhe-

<sup>72</sup> Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham (1998). Även om behandlingstiden överskred fem månader i mer än hälften av behandlingarna är den obetydligt längre än i studien från Ohio (Timmons-Mitchell, Bender, Kishna & Mitchell (2006): 145 dagar.

<sup>73</sup> Det är ungefär den andel (74 %) påbörjade behandlingar som MST-team avslutar enligt planerna världen över (personlig kommunikation, Scott Henggeler, 19 maj 2006).

rence Measure (TAM). TAM registreras genom att en kontorist telefonintervjuar föräldrarna ungefär en gång per månad om hur MST-terapeuterna fungerat. Information om TAM har hämtats från MST Institutes websida och omfattar svar på 15 frågor som identifierats som viktiga för en framgångsrik behandling<sup>74</sup> (t.ex. Terapeuten försökte förstå hur familjens problem hängde ihop; Terapeutens rekommendationer utgick från familjens styrkor). Föräldrarna fick besvara frågorna med hjälp av en femgradig skala och de genomsnittliga resultaten<sup>75</sup> per familj visar att frågorna samvarierade ( $\alpha = .84$ ). I de fall då fler än en intervju genomförts användes genomsnittet för respektive svar. Totalt finns svar från 160 intervjutillfällen med 60 av 75 familjer som påbörjat MST-behandlingen. Av dessa har dock sju genomförts fem till elva månader ( $M = 8,1$  månader) efter att terapierna avslutades<sup>76</sup>. För övriga 15 familjer har inte TAM-intervjuer genomförts (varav sex saknas från ett team). Resultat från USA som bygger på resultat från 255 MST-terapeuter och behandlingen av 873 familjer gav ett genomsnittligt värde på 4,41 ( $SD = 0,49$ ),<sup>77</sup> där 1 var lägsta möjliga värde och 5 det högsta. De 60 MST-behandlingar som TAM samlat in för den svenska studien och som berörde 20 MST-terapeuter gav ett lägre genomsnittligt värde, 3,83 ( $SD = 0,55$ ). Det fanns inte någon säkerställd skillnad i TAM mellan de sex MST-teamen<sup>78</sup>.

### *Traditionella insatser*

De traditionella insatserna beslutades av socialtjänsten men utfördes i vissa fall av privata företag. De vanligaste insatserna efter förmätningen var samtalsstöd ( $n = 20$ ), familjeterapeut ( $n = 16$ ) samt kontaktperson ( $n = 12$ ). Andra insatser var placering utom hemmet i form av fosterhem eller institution ( $n = 8$ ), Aggression Replacement Training ( $n = 4$ ), missbruksbehandling ( $n = 2$ ) och specialundervisning

<sup>74</sup> Letourneau, Sheidow & Schoenwald (2002).

<sup>75</sup> Om en familj intervjuats vid tre tillfällen under behandlingen har det genomsnittliga värdet använts i analyserna.

<sup>76</sup> De 53 familjer där intervjuerna genomfördes enligt instruktion har i genomsnitt intervjuats vid 2,89 tillfällen ( $SD = 1,29$ ) med en variation mellan en och fem gånger. Eftersom MST-behandlingen pågick i drygt fem månader borde det genomsnittliga antalet intervjuer ha varit ungefär fem. Antalet intervjuade familjer respektive antalet intervjutillfällen är dock inte anmärkningsvärt lågt; i Timmons-Mitchell, Bender, Kishna, & Mitchell (2006) studie från Ohio, USA, hade endast 35 procent av familjerna intervjuats vid i genomsnitt två tillfällen. TAM-värdet i studien från Ohio var dock högre ( $M = 4,2$ ) än i den svenska.

<sup>77</sup> Personlig kommunikation, Sonja K. Schoenwald, 12 april 2006.

<sup>78</sup>  $F(1,59) = 1,71, p > .05$

( $n=2$ ). Tretton ungdomar (17%) fick inte några insatser alls. Av de 64, för vilka det påbörjades insatser, kom 16 (26%) att ersättas av nya insatser under uppföljningsperioden. Det kan tolkas som att de första insatserna avbrutits i förtid.

## Procedur

Under inklusionsperioden uppmanades socialarbetarna i de berörda stadsdelarna och kommunerna att remittera samtliga ungdomar som tillhörde målgruppen till ett bedömningsteam, som avgjorde om ungdomen kunde ingå i utvärderingen (figur 3). Bedömningsteamet bestod av kommunens MST-teamledare, forskningsassistenten och den lokala forskningsledaren. Om ungdomen motsvarade kriterierna för behandling med MST kontaktade forskningsassistenten familjen för muntlig och skriftlig information om utvärderingen. För de familjer som accepterade medverkan i projektet genomfördes förmätningen genast och i allmänhet i familjens hem. Datainsamlingsinstrumenten fanns samlade i ett frågeformulär för ungdomar respektive vårdnadshavare. Ungdomar och föräldrar med läs- och skrivsvårigheter fick hjälp att besvara frågeformuläret av forskningsassistenten.

I 36 fall har datainsamlingen genomförts med hjälp av tolk för vårdnadshavaren och i ett fall för ungdomen. Vårdnadshavare och ungdom fick vardera två biobiljetter som tack för medverkan.

Direkt efter datainsamlingen skedde randomiseringen. Tid mellan remittering och randomisering var i genomsnitt lika lång för grupperna, 14 dagar ( $SD=19.3$ )<sup>79</sup>. För 49 procent genomfördes randomiseringen inom en vecka och för 73 procent inom två veckor. I några fall drog det ut på tiden eftersom familjerna inte infann sig vid bokade tider eller, som i ett fall, på grund av att modern avtjänade ett fängelsestraff och därför inte kunde tacka ja till medverkan (en förutsättning var att en vårdnadshavare skulle finnas i hemmet).

Tiden mellan för- och eftermätning var i genomsnitt lika lång för bägge grupperna<sup>80</sup> ( $M=212$  dagar;  $SD=28,9$ ).

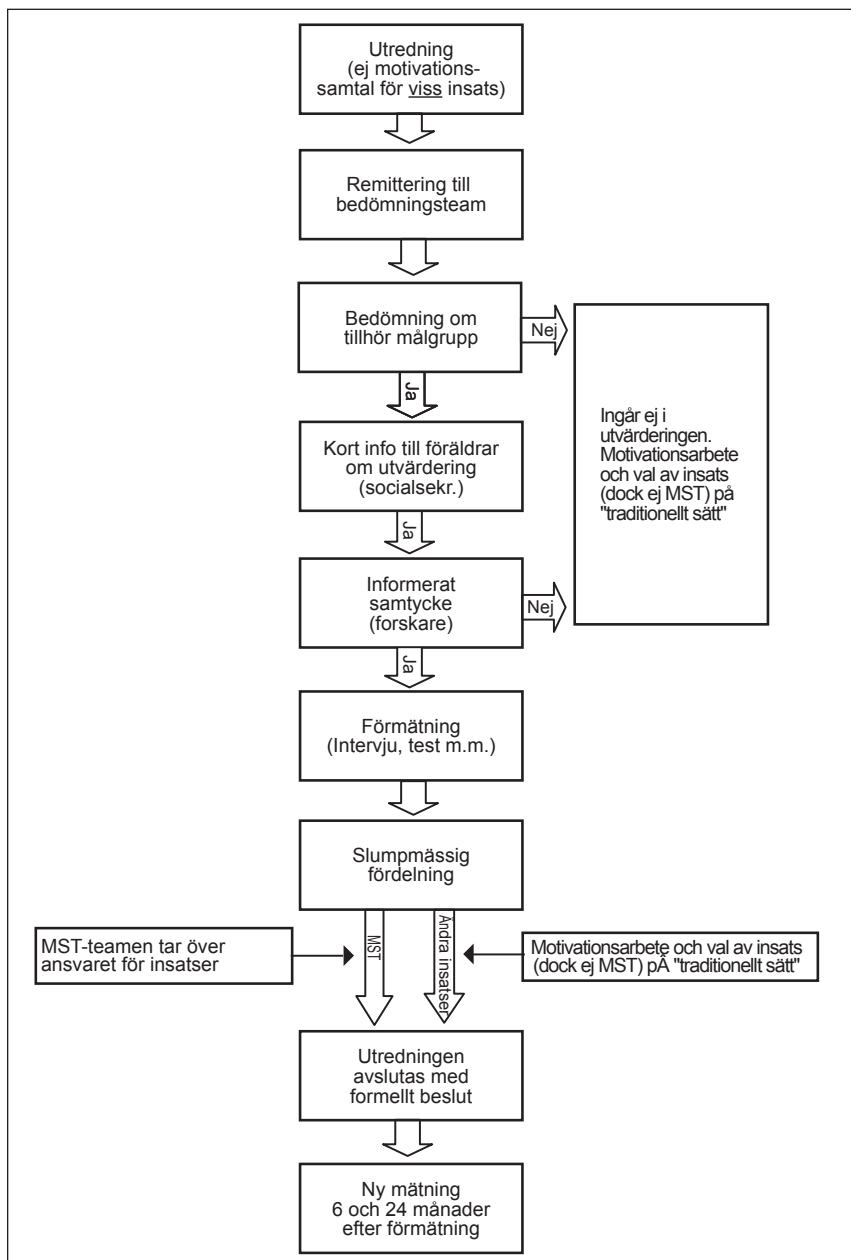
Eftersom människors förväntningar (omedvetet) kan påverka deras bemötande av andra är det önskvärt att datainsamlare inte känner till vilken behandlingsgrupp som en viss individ tillhör. Detta var inte något problem vid förmätningen eftersom den skedde före randomiseringen, men vid uppföljningsmätningen gick det inte att dölja familjernas tillhörighet (MST eller traditionella insatser) för forskningsas-

<sup>79</sup>  $F(1,155) = 0,71, p > .05$ .

<sup>80</sup>  $F(1,150) = 0,01, p > .05$

sistenten. Det ska dock noteras att datainsamlingen i de flesta fall genomfördes genom att ungdomar och föräldrar ensamma besvarade frågeformuläret skriftligt.

**Figur 3.** *Procedur för löpande inklusion under ett år per team*



## Datainsamlingsmetoder

I flera fall användes samma datainsamlingsinstrument som i den norska utvärderingen. I några fall har de norska instrumenten ersatts av andra som bedöms ha högre tillförlitlighet. I några fall användes flera uppgiftslämnare för ett undersökningsområde.

Totalt har tolv olika instrument använts (varav fyra finns i en version för ungdomar och en för föräldrar) för att beskriva ungdomarnas psykiatriska problem, antisocialt beteende (inkl. kriminalitet), drogbruk, sociala förmågor, relationer till kamrater, familjereaktioner, känsla av sammanhang, föräldrars psykiatriska hälsa samt tillfredsställelse med socialtjänstens insatser. Dessutom har information inhämtats från socialtjänstens akter.

### *Psykiatrisk problematik*

Den unges sociala kompetens och psykiatriska ohälsa mättes med *Child Behaviour Checklist (CBCL)*<sup>81</sup> som besvaras av vårdnadshavare och ungdomar (*Youth Self-Report – YSR*). CBCL/YSR är två av de mest använda måtten för att mäta ungas beteenden, med hög validitet och reliabilitet. Det omfattar 20 sociala kompetenser och 113 beteendeproblem för barn i åldrarna 4–18 år, som samlas i 3 skalor (Internaliserade, Externaliserade och Total beteendeproblematik). CBCL är normerad för svenska förhållanden och har hög reliabilitet och validitet<sup>82</sup>. Våra data visar exempelvis  $\alpha = .95$  för YSR och  $\alpha = .92$  för CBCL (båda total beteendeproblematik).

### *Antisocialt beteende.*

Ungdomarna fick besvara *Self-Report Delinquency Scale (SRD)* som består av 40 frågor om dolt och öppet antisocialt beteende (t.ex. fuskat på prov i skolan, slagit eller hotat att slå andra elever, rymt hemifrån, stulit något som var värt mer än 500 kronor)<sup>83</sup>. SRD anses som en av de bäst validerade självrapporteringsskalorna inom området och har hög intern konsistens i den undersökta gruppen<sup>84</sup> ( $\alpha = .92$ ). Dessutom fick socialsekreterare och föräldrar ange antal polisanmälningar och häktningar som ungdomarna blivit föremål för.

---

<sup>81</sup> Achenbach (1991a; 1991b; 1991c).

<sup>82</sup> Broberg, Ekeröth, Gustafsson, Hansson, Hägglöf, Ivarsson & Larsson (2001); Larsson & Frisk (1999).

<sup>83</sup> Elliot, Ageton, Huizinga, Konowles & Canter, (1983).

<sup>84</sup> Henggeler (1989).

## Drogbruk

Drogkonsumtion mättes med tre olika instrument. Det första handlar om konsumtion av alkohol, mätt i centiliter ren alkohol. Det är samma metodik som bland annat används av Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning<sup>85</sup>. Den unge får uppge konsumtionsmängd och frekvens för olika alkoholsorter under en avgränsad period<sup>86</sup>. De två andra instrumenten registrerar riskfylld alkoholkonsumtion, *Alcohol Use Disorder Identification Test* (Audit)<sup>87</sup>, respektive riskfylld konsumtion av andra droger *Drug Use Disorder Identification Test* (Dudit)<sup>88</sup>. Audit består av tio frågor och mäter riskfylld alkoholkonsumtion, tecken på beroende och alkoholskador (t.ex. *Hur ofta under de senaste sex månaderna har du haft svårt att sluta dricka sedan du börjat?*). Dudit består av 11 frågor om riskfylld drogkonsumtion exklusive alkohol, tecken på beroende och skador (t.ex. *Har du eller någon annan blivit skadad psykiskt eller fysiskt på grund av att du använt droger?*). Både Audit och Dudit har hög reliabilitet och validitet. I denna studie var  $\alpha = .88$  för Audit och  $\alpha = .92$  för Dudit.

## Sociala förmågor

Ungdomens sociala förmågor mäts genom en skala (tio påståenden) från *Social Skills Ratings System* (SSRS)<sup>89</sup> för att mäta den unges samarbetsförmåga, ansvarstagande, självhävande och självkontroll (t.ex. *Jag kan behärska mig när jag bråkar med andra ungdomar*). Frågorna besvaras av den unge ( $\alpha = .72$ ). Vidare fick ungdomar och föräldrar besvara nio frågor vardera från *Social competence with peers questionnaire* (SCPQ)<sup>90</sup> som beskriver den unges sociala kompetens med kamrater (t.ex. *Andra ungdomar bjuder hem mig till sig*) ( $\alpha = .77$  respektive  $.84$ ).

## Kamratrelationer

Ungdomarnas kamrater beskrivs genom den unges självrapportering av andelen vänner som är involverade i fem typer av normbrott: använder regelbundet alkohol, använder narkotika, begår egendomsbrott (stöld, rån, inbrott), slåss samt är ofta ute på stan om kvällarna ( $\alpha = .71$ ).

<sup>85</sup> Hvitfeldt, Andersson & Hibell (2004).

<sup>86</sup> Jmf Miller (1991).

<sup>87</sup> Babor, de la Fluente, Saunders & Grant (1992); Bergman (1994).

<sup>88</sup> Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter (2005).

<sup>89</sup> Gresham & Elliott (1990); Ogden (2003).

<sup>90</sup> Spence (1995).

## **Familjerelationer**

Ungdomarna fick beskriva olika aspekter av relationen dem emellan med hjälp av 20 frågor om *öppenhet* (t.ex. Berättar du för dina föräldrar om något har hänt även om du skäms eller känner dig generad över det?), *kunskap* (t.ex. Känner dina föräldrar till vad du gör på din fritid?), *kontroll* (t.ex. Om du går ut en lördagskväll, måste du då tala om för dina föräldrar vart du ska gå och vem du ska träffa?), *föräldrars kunskapsökande* (t.ex. Ber Du din ungdom berätta om det som hänt i skolan en vanlig dag?) samt *beslutsfattande* (t.ex. Frågar dina föräldrar dig till råds när de ska fatta beslut om något som rör familjen?) ( $\alpha = .88$ ). Vårdnadshavarna besvarade 19 frågor ( $\alpha = .89$ ). Frågorna har hämtats från en pågående longitudinell studie ("10 till 18") som leds av Håkan Stattin (bilaga B-C).

## **Föräldrars psykiska hälsa**

Vårdnadshavaren fick besvara *Symptoms Checklist* (SCL-90)<sup>91</sup> som mäter föräldrarnas psykiska symtom, obehag och sjukdomstecken. SCL-90 består av 90 frågor som mäter nio delskalor och ett globalt mått (generell psykisk besvärnivå). Instrumentet har hög validitet och reliabilitet och har normerats för svenska förhållanden<sup>92</sup>. I denna utvärdering används det globala måttet samt tre delskalor (depression, ångest samt mellanpersonlig sensitivitet<sup>93</sup>).

## **Känsla av sammanhang**

Ungdomarna besvarade en kortversion av Känsla av sammanhang (KASAM)<sup>94</sup> som omfattade 13 frågor (t.ex. Hur ofta har du känslor som du inte är säker på att du kan kontrollera?). KASAM mäter upplevelser av livet som hanterbart, begripligt och meningsfullt. De 13 frågorna samvarierade tillfredsställande ( $\alpha = .78$ ).

## **Framtidstro**

Stegen (eng. *Ladder of life*) är ett test som mäter nuvarande, tidigare och framtida uppskattning av ens livsförväntningar på en 10-poängsskala, "livsstige", som representerar likvärdiga skalsteg från minst önskvärt

<sup>91</sup> Derogatis & Cleary (1997).

<sup>92</sup> Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen (2002).

<sup>93</sup> Förmåga att kommunicera med andra genom att nicka, hålla ögonkontakt, sammanfatta vad den andre säger, relatera till egen erfarenhet.

<sup>94</sup> Antonovsky (1991); Cederblad & Hansson (1996a; 1996b). Hansson & Olsson (2001); Hansson, Olsson & Cederblad (2003).

(0) till mest önskvärt (10). Bedömningen är baserad på nuvarande livsvärdering<sup>95</sup>. Stegen har dokumenterat god reliabilitet och validitet<sup>96</sup>.

### *Insatser till ungdom och föräldrar*

Samtliga påbörjade och avslutade insatser till ungdomen eller dess familj under uppföljningsperioden har registrerats till innehåll och datum genom kontakt med socialtjänsten.

### *Skolanpassning*

Ungdomarnas eventuella skolsituation registrerades med hjälp av information från skolan och föräldrarna. Den enda uppgift som bedömts vara tillförlitlig och som använts i analyserna, avser om eleven gått eller inte gått i skolan under de senaste sex månaderna. Information om omfattningen av eventuellt skolk, sociala relationer i skolan, psykiska symtom samt elevvård har också efterfrågats från skolorna. Den informationen har inte använts i analyserna, dels på grund av att bortfallet av svar är stort<sup>97</sup>, dels därför att tillförlitligheten bedömts som låg eftersom många elever skolkat så mycket att skolpersonalen inte ansett sig kunna ge säkra svar.

### *Tillfredsställelse med socialtjänstens insatser*

Vårdnadshavare och ungdomar besvarade *Family Satisfaction Survey*<sup>98</sup> för att registrera tillfredsställelse med socialtjänstens insatser. Instrumentet består av tolv frågor om insatsernas effektivitet när det gäller att lösa problemen, om de kan rekommendera insatsen till andra i samma situation samt hur samspelet med socialtjänstens personal fungerat (t.ex. Hur effektiv var insatsen för dig? Kan du rekommendera insatsen till andra eller vill du ha den igen om det skulle bli aktuellt?). Reliabiliteten var hög för både föräldrar ( $\alpha = .83$ ) och ungdomar ( $\alpha = .82$ ).

---

<sup>95</sup> Hansson och Cederblad (1995).

<sup>96</sup> Hansson, Johansson, Drott-Englén & Benderix (2004); Wiklund, Gorkin, Pawilan, Schron, Schoenberger, Jared & Schumaker (1992).

<sup>97</sup> Vid uppföljningen efter sex månader saknas svar från skolor till 37 procent av de skolpliktiga eleverna.



# Resultat

Vid användning av statistisk hypotestestning används normalt en sannolikhetsgräns på fem procent ( $p < .05$ ); skillnader redovisas endast då sannolikheten att de uppstått av slumpen är mindre än fem procent. Eftersom få skillnader är säkerställda på den nivån i denna studie, redovisas även skillnader med lägre säkerhet – där sannolikheten att de uppstått av slumpen är mindre än tio procent. Det ska noteras att en sannolikhetsgräns på fem procent innebär att på hundra tester blir fem signifikanta av slumpen. Eftersom resultatdelen innehåller många analyser är det rimligt att flera av dessa uppstått av slumpen och således inte är tillförlitliga.

## Jämförelser vid förmätning

I teorin ska randomiseringen av ungdomar till de olika undersökningsalternativen göra att grupperna i förmätningen är i genomsnitt lika varandra. Resultaten bekräftar att så också var fallet, de två grupperna var i princip lika vid förmätningen (tabell 1 och 2). De enda statistiskt säkerställda skillnaderna handlar om att föräldrarna till ungdomarna som lottats till MST visade mer psykiatriska symptom och var något mer ångestfyllda än föräldrarna till ungdomar som lottats till traditionella insatser<sup>99</sup>. Andelen ungdomar som debuterat med beteendeproblem före 13 års ålder var däremot högre i den traditionella gruppen (64%) än i MST-gruppen (42%)<sup>100</sup>. I övrigt fanns inte några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna för vare sig sociodemografiska variabler eller de effektmått som presenteras i tabell 1 och 2.

## Resultat efter sex månader

Två typer av analyser har utförts. Den första undersöker om det skett en generell förbättring eller försämring mellan för- och sexmånadersmätningen oberoende av grupp. Hur en sådan förändring kan se ut grafiskt exemplifieras i figur 4a. De olika strecken i figuren represen-

---

<sup>98</sup> Lubrecht (1992).

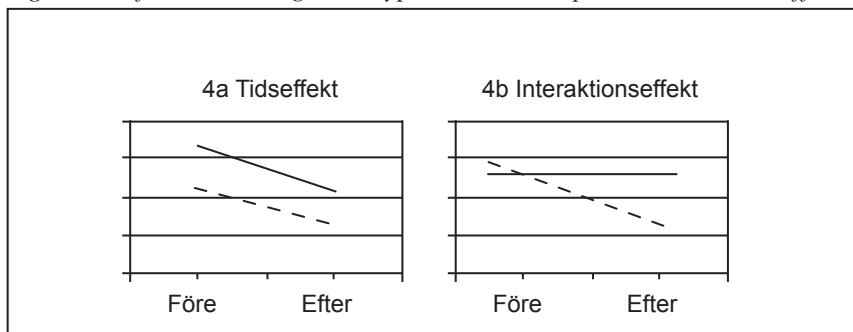
<sup>99</sup> Globalt symptomindex:  $F(1,132) = 4,10, p = .05$ ; Ångest:  $F(1,132) = 6,84, p = .01$

<sup>100</sup>  $\chi^2(1) = 6,83, p < .01$ .

terar MST respektive traditionella insatser. I exempel 4a har förekomsten av en viss företeelse minskat ungefär lika mycket för båda grupperna. I det fallet finns en statistiskt säkerställd minskning men inte någon säkerställd skillnad mellan de två undersökningsgrupperna. Den andra analysen undersöker om de två grupperna utvecklats olika över tid, så kallad interaktionseffekt. Hur det kan se ut grafiskt beskrivs i figur 4b; gruppen som representeras av en heldragen linje förändras inte mellan för- och sexmånadersmätning, medan gruppen med en streckad linje minskar sitt värde.

I tabell 1 och 2 redovisas medelvärden eller i förekommande fall procentvärden för de olika utfallsmåtten, samt F- och  $\chi^2$ -värden för de två typerna av analyser som beskrivs ovan.

**Figur 4.** Grafisk beskrivning av en hypotetisk tids- respektive interaktionseffekt



## Psykisk hälsa

Den första frågan handlar om hur ungdomarna som deltagit i MST utvecklades på kort sikt (efter sex månader) jämfört med dem som blivit föremål för ”traditionella” insatser. Inte för något av måtten på ungdomarnas psykiska hälsa (CBCL resp. YSR), deras känsla av sammanhang (KASAM) respektive deras förväntningar på framtiden (Livets steg) fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan de två grupperna (tabell 1). Däremot fanns genomgående en förbättring över tid så att båda gruppernas ungdomar mådde bättre psykiskt vid uppföljningen efter sex månader. De hade något bättre känsla av sammanhang och tenderade att se ljusare på framtiden.

Föräldrarnas psykiska hälsa (SCL-90) förbättrades också genomgående från förmätning till sexmånadersmätningen. I två avseenden förbättrades dessutom MST-föräldrarnas psykiska hälsa mer än hos

föräldrarna till dem som lottats till traditionella insatser; de blev mindre ångestfyllda ( $d = .37$ )<sup>101</sup> och deras mellanpersonliga sensitivitet ( $d = .38$ )<sup>102</sup> förbättrades. Depressiva symtom ( $d = .31$ ) och den generella psykiska besvärnivån tenderade också att förbättras mer hos MST-föräldrarna än hos jämförelsegruppen ( $d = .30$ ).

### ***Normbrott***

Ungdomarna minskade sina normbrott (SRD) mellan för- och sexmånadersmätning. Däremot fanns ingen interaktionseffekt; minskningen i normbrott var lika stor för båda grupperna. Andelen ungdomar som gripits av polis för brottslighet de närmaste sex månaderna före inklusion i studien var 67 procent (Trad. 64%, MST 69%). Under perioden fram till uppföljningsmätningen var motsvarande andel 42 procent (Trad. 43%, MST 41%). Inte vid något tillfälle fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Andelen som häktats eller anhållits var 17 procent de sex närmaste månaderna före inklusion och åtta procent fram till uppföljningsmätningen. Inte heller här var skillnaderna säkerställda. Av de 101 ungdomar som tagits av polisen före inklusionen kom 54 procent att också bli tagna under uppföljningsperioden. Av dem som inte tagits av polisen före inklusionen kom 16 procent att bli det.

För ungdomarnas alkohol- och drogkonsumtion fanns vare sig tids- eller interaktionseffekter. Det gäller även problematiskt alkohol- och narkotikamissbruk (Audit resp. Dudit). Av de 37 procent som inte varit berusade under sexmånadersperioden före förmätningen hade 32 procent (Trad. = 31%, MST = 33%) varit berusade under uppföljningsperiodens sex månader. Av de 63 procent som varit berusade hade 85 procent (Trad. = 84%, MST = 85%) också varit det under uppföljningsperioden. Berusningsfrekvensen skilde sig inte statistiskt åt mellan de två grupperna.

Av de 73 procent som inte använt narkotika under sexmånadersperioden före förmätningen hade 15 procent (Trad. = 17%, MST = 12%) gjort det under sexmånadersperioden fram till eftermätningen. Av de 27 procent som använt narkotika vid förmätningen hade 71 procent (Trad. = 72%, MST = 70%) också gjort det under perioden fram till eftermätningen. Inte heller dessa skillnader var statistiskt säkerställda.

---

<sup>101</sup> Avser effektstorlek.

<sup>102</sup> Förmåga att kommunicera med andra genom att nicka, hålla ögonkontakt, sammanfatta vad den andre säger, relatera till egen erfarenhet.

## ***Samlad problembild***

För att få en bild av omfattningen av olika beteendeproblem hos en och samma individ användes faktorpoängen för normbrott (SRD), psykiatrisk hälsa (YSR), problematisk alkoholkonsumtion (Audit) och problematisk drogkonsumtion (Dudit) för respektive datainsamlingstillfälle i en variansanalys. Ungdomarnas psykiatriska hälsa så som föräldrarna såg den (CBCL) användes inte eftersom det måttet enligt faktoranalyserna inte samvarierade med de andra måtten. Variansanalysen visade varken någon förändring över tid<sup>103</sup> eller någon förändring mellan grupperna<sup>104</sup>.

## ***Socialtjänstens insatser***

Majoriteten (63%) av ungdomarna var fortfarande aktuella för insatser vid uppföljningsperiodens slut (Trad. = 66%, MST = 61%). Skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt säkerställd. För en tredjedel (Trad. = 27%, MST = 39%) hade en ny insats blivit aktuell. Inte heller den skillnaden var statistiskt säkerställd. Det totala antalet dagar som ungdomarna varit aktuella för insatser<sup>105</sup> under sexmånadersperioden var högre för MST-gruppen (tabell 1). Andelen ungdomar som placerats i dygnsvård var 20 procent och skilde sig inte statistiskt mellan grupperna (Trad. = 18%, MST = 22%). Av den tredjedel som redan varit placerade i dygnsvård innan utvärderingen startade hade 35 procent åter placerats (Trad. = 27%, MST = 42%), medan 13 procent av dem som inte tidigare varit placerade hade placerats (Trad. = 11%; MST = 14%). Ingen av dessa skillnader var statistiskt säkerställd, inte heller det genomsnittliga antalet dagar i dygnsvård under sexmånadersperioden (tabell 1).

Av de familjer som blivit föremål för insats under uppföljningsperioden var den genomsnittliga tillfredsställelsen med socialtjänstens insatser ungefär lika stor bland föräldrarna i de båda grupperna, medan MST-ungdomarna tenderade att vara något mer tillfreds än ungdomarna i den traditionella gruppen (tabell 1).

## ***Medierande effekter***

Den andra frågeställningen handlar om hur familjerelationer, kamratrelationer och skolanpassning utvecklades på kort sikt (efter sex månader) för de två grupperna av ungdomar.

<sup>103</sup>  $F(1,152) = 0,00, p > .05$

<sup>104</sup>  $F(1,152) = 1,32, p > .05$

<sup>105</sup> Antal dagar från att insatsen inletts till att den avslutats, alternativt till att sex månader gått sedan förmätningen. Antalet insatsdagar kan variera mellan noll och 182.

**Tabell 1.** Medelvärden (standardavvikelse) respektive procentsatser vid förmätning och efter sex månader

Mått:	MST		Traditionella insatser		Statistisk testning		
	Före	6 mån	Före	6 mån	df	Beh-effekt	Tidseffekt
Psykiatrisk problematik totalt/CBCL (F)†	67,8 (26,6)	51,9 (26,7)	65,6 (31,3)	51,4 (33,4)	1,153	0,18	55,57****
Internaliserade problem/CBCL (F)	13,8 (7,3)	11,1 (7,1)	14,1 (9,5)	11,1 (7,1)	1,153	0,04	21,81****
Externaliserade problem/CBCL (F)	30,2 (12,5)	23,1 (12,3)	27,6 (12,7)	21,8 (7,1)	1,153	0,47	52,97****
Psykiatrisk problematik totalt/YSR (U)	56,3 (26,1)	49,7 (29,4)	62,6 (29,1)	53,3 (27,1)	1,153	0,59	20,54****
Internaliserade problem/YSR (U)	12,5 (9,0)	11,1 (10,3)	14,8 (9,1)	12,5 (9,0)	1,153	0,48	8,94**
Externaliserade problem/YSR (U)	23,5 (10,4)	20,6 (11,0)	24,5 (11,0)	20,3 (10,5)	1,153	0,97	29,24****
Känsla av sammanhang (KASAM) (U)	60,3 (13,8)	62,6 (15,2)	58,6 (13,1)	61,5 (13,9)	1,151	0,12	6,86**
Livets steg om ett år (U)	8,1 (2,5)	8,5 (2,2)	8,2 (2,4)	8,6 (1,9)	1,148	0,15	5,24*
Föräldrars psykiska hälsa generellt SCL-90 (F)	0,98 (0,66)	0,77 (0,68)	0,75 (0,62)	0,67 (0,61)	1,131	2,96 <sup>z</sup>	17,22****
Föräldrars mellanpersonliga sensitivitet SCL-90 (F)	0,83 (0,73)	0,63 (0,73)	0,65 (0,72)	0,62 (0,73)	1,131	4,87*	8,21**
Föräldrars ångest SCL-90 (F)	1,19 (0,81)	0,85 (0,79)	0,84 (0,72)	0,71 (0,74)	1,131	4,47*	22,24****
Föräldrars depression SCL-90 (F)	1,45 (0,90)	1,08 (0,99)	1,09 (0,90)	0,93 (0,88)	1,131	3,09 <sup>z</sup>	19,82****

**Tabell 1. (forts.). Medelvärden (standardavvikelse) respektive procentsatser vid förmätning och efter sex månader**

Normbrott / SRD (U)	44,6 (41,7)	39,5 (48,8)	48,7 (50,0)	33,0 (39,6)	1,153	2,43	9,26**
Gripen av polis (S/F) (%)	69	41	64	43	$\chi^2(1)$	0,04	–
Häktad/anhållen (S/F) (%)	22	19	13	13	$\chi^2(1)$	0,97	–
Sluten psykiatrisk vård (S/F) (%)	8	6	9	7	$\chi^2(1)$	0,00	–
Alkoholkonsumtion (liter ren alkohol/år) (U)	5,2 (9,6)	5,5 (9,9)	5,2 (10,2)	4,2 (8,7)	1,152	0,66	0,19
Alkoholkonsumtion (Audit) (U)	5,6 (6,6)	5,1 (6,2)	4,9 (6,2)	5,2 (6,4)	1,152	0,70	0,21
Problematisk alkoholkonsumtion (Audit) (U) (%)	30	31	32	32	$\chi^2(1)$	0,00	–
Använt narkotika (U) (%)	27	28	30	36	$\chi^2(1)$	0,62	–
Drogkonsumtion (Dudit) (U)	2,5 (5,9)	3,3 (7,2)	3,6 (8,0)	3,5 (7,4)	1,152	0,57	0,36
Problematisk drogkonsumtion (Dudit) (U) (%)	20	21	23	24	$\chi^2(1)$	0,03	–
Antal insatSDagar under 6-månaderspe- rioden (S)	–	145,5 (42,9)	–	116,3 (67,9)	1,155	10,34****	–
Placerad utom hemmet (S) (%)	33	22	34	18	$\chi^2(1)$	0,27	–
Dagar placerad under 6-månadersperio- den (S)	–	12,9 (31,0)	–	16,0 (44,7)	1,155	0,25	–
Tillfreds med insatser†† (U)	–	3,0 (0,55)	–	2,8 (0,61)	1,94	2,85 <sup>z</sup>	–
Tillfreds med insatser†† (F)	–	3,0 (0,59)	–	2,8 (0,49)	1,115	2,45	–

† U=ungdom, F=föräldrar, S=socialsekreterare, †† svar från dem som fått insats; <sup>z</sup>  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*\*\*  $p < .0001$

**Tabell 2.** Medelvärden (standardavvikelse) respektive procentsatser vid förmätning och efter sex månader för de medierande variabelerna

Mått:	MST		Traditionella insatser		Statistisk testning		Tidseffekt	
	Före	6 mån	Före	6 mån	df	Beh-effekt		
Kamrater	Social kompetens med kamrater (SCPQ) (U)†	3,20 (0,48)	3,31 (0,46)	3,10 (0,48)	3,09 (0,66)	1,153	1,85	1,23
	Social kompetens med kamrater (SCPQ) (F)	2,96 (0,74)	3,00 (0,59)	2,86 (0,74)	2,99 (0,72)	1,151	1,01	3,20 <sup>z</sup>
Kamrater	Umgänge med asociala kamrater (U)	2,75 (0,55)	2,91 (0,51)	2,88 (0,58)	3,01 (0,60)	1,152	0,03	6,46*
	Sociala förmågor (SSRS) (U)	2,61 (0,61)	2,73 (0,57)	2,62 (0,65)	2,77 (0,70)	1,153	0,11	13,40***
Skola	Går i skola (inkl specialklass) (%)	84	72	77	75	$\chi^2(1)$	0,20	–
	Går i skola av dem som gick vid förmätning (%)	–	85	–	82	$\chi^2(1)$	0,19	–
Föräldrar	Familjerelationer (U)	3,22 (0,64)	3,33 (0,65)	3,32 (0,70)	3,40 (0,75)	1,153	0,11	4,53*
Föräldrar	Familjerelationer (F)	3,41 (0,66)	3,62 (0,65)	3,51 (0,65)	3,72 (0,64)	1,151	0,00	19,78**

† U=ungdom, F=föräldrar; <sup>z</sup>  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .0001$

Det fanns inte några statistiskt säkerställda resultat som talar för att någon av grupperna utvecklades bättre eller sämre än den andra när det gäller de medierande variablerna (tabell 2). Däremot fanns en positiv utveckling för båda grupperna för främst familjerelationer, något som bekräftas av både föräldrar och ungdomar. Enligt ungdomarnas egna beskrivningar blev båda grupperna också mer socialt kompetenta (SSRS) i sina relationer till föräldrar och kamrater. De gjorde oftare som de blev tillsagda i skolan, behärskade sig bättre vid bråk med jämnåriga och föräldrar, gjorde oftare som föräldrarna sa och berättade oftare för föräldrarna vad de gjorde på fritiden.

När det gäller ungdomarnas skolsituation talar inte resultaten för att någondera gruppen fått en starkare skolanknytning. Vid förmätningen gick 80 procent av ungdomarna i skolan och vid eftermätningen 74 procent. Proportionerna var ungefär desamma för ungdomar från båda grupper. Av de 116 skolpliktiga eleverna vid förmätningen var det exakt hälften som gick i en vanlig grundskoleklass, 38 (33%) som gick i en specialklass (liten undervisningsgrupp, särskild undervisningsgrupp, enskild undervisning) och 20 (17%) som inte gick i skolan (inkl. undervisning i hemmet).

Av de 40 ungdomar som inte längre var skolpliktiga gick åtta (20%) i en vanlig gymnasieklass, 15 (38%) i en specialklass (individuella programmet) och 17 (43%) hade slutat skolan. Av de senare var det ingen som arbetade. Vid uppföljningstillfället gick 43 (49%) av 87 skolpliktiga ungdomar i en vanlig skolklass. Av övriga gick 24 (28%) i en specialklass och 20 (23%) hade slutat i skolan. Av de 69 som inte var skolpliktiga gick 22 (32%) i vanlig gymnasieklass, 26 (38%) gick i en specialklass och 21 (30%) gick inte i gymnasiet. Ingen av de senare arbetade. Om ambitionen är att ungdomarna först ska fullfölja grundskolan i en vanlig klass och därefter gå en gymnasieutbildning har 27 av 108 (25%) ungdomar med en problematisk skolgång vid förmätningen en positiv utveckling vid sexmånadersmätningen. De har börjat i vanlig klass från att tidigare ha gått i specialklass, alternativt börjat i specialklass från att inte ha gått i skolan alls vid förmätningen. Andelen var ungefär lika stor för båda grupper (MST = 27%, Trad. = 23%).

## Alternativa förklaringar till resultaten

Huvudresultatet av utvärderingen är att det skett en förbättring mellan för- och sexmånadersmätning för de flesta områden. Däremot finns endast några få säkerställda skillnader mellan de två undersökningss-



grupperna. Tre förklaringar till resultaten undersöktes i detta avsnitt: (1) att fokuseringen på familj, kamrater samt skola saknat effekt; (2) att MST-teamens behandling höll låg kvalitet, samt (3) att resultaten kan förklaras av ungdomarnas bakgrund och de medierande variablerna.

### *Medierande variabler*

MST fokuserar sitt arbete på skola, kamrater och familjesituation. Frånvaron av skillnad mellan grupperna kan vara att dessa tre områden inte är avgörande för att rehabilitera ungdomarna. De sju mått som använts för att beskriva dessa delar relaterades till de 21 mest centrala effektmåtten för situationen vid förmätningen (bilaga D), uppföljningen efter sex månader (bilaga E) samt för förändringsgraden mellan för- och eftermätning (bilaga F). Resultaten visar att flest säkerställda bivariata samband fanns för ungdomarnas sociala förmågor (SSRS) och familjerelationer, så som både ungdomar och föräldrar beskrivit det; ju bättre sociala förmågor och ju bättre familjerelationer, desto mindre beteendeproblem.

Sämst förklaringsvärde hade ungdomarnas egna beskrivningar av social kompetens med kamrater och om de gick i skolan eller inte. Det fanns dessutom flera statistiskt säkerställda samband när analyserna avsåg för- eller eftermätning, medan förändringsvärdena resulterade i färre statistiskt säkerställda samband.

### *MST-teamens behandling*

Den tredje frågeställningen gäller om det finns ett samband mellan utfall och sättet att implementera MST. Den frågan undersöks på fem sätt och omfattar endast de ungdomar som lottats till MST. Som utfallsmått användes förändringsvärdet mellan för- och sexmånadersmätningen för måtten som redovisas i tabell 1 och 2.

### *Skillnader mellan MST-teamen*

De sex teamen jämfördes för att se om någon av dem lyckats bättre eller sämre än de andra. För ett av de 24 undersökta utfallsmåtten fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan teamen; föräldrarnas psykiska hälsa i form av mellanmännisklig sensitivitet utvecklades mindre positivt i ett av teamen<sup>106</sup>. För övriga mått fanns inte några statistiskt säkerställda skillnader.

<sup>106</sup> SCL-90 (mellanmännisklig sensitivitet):  $F(1,59) = 2,70, p < .05$  (genomsnittligt positivt förändringsvärde:  $J = -0,13$ ;  $N = 0,09$ ;  $H = 0,22$ ;  $M = 0,30$ ;  $S = 0,39$ ;  $G = 0,54$ ).

### *MST-behandlingen fullföljd*

För 55 av de 74 ungdomar där MST-behandlingen påbörjats hade behandlingen fullföljts och avslutats enligt planerna. För övriga hade behandlingen avbrutits i förtid (t.ex. därför att ungdomen placerats utom hemmet till följd av fortsatt kriminalitet). I de fall behandlingen avslutats enligt planerna hade ungdomarna mindre psykiatriska symtom (CBCL-internaliserade symtom), bättre utveckling i familjerelationer enligt ungdomarna själva, färre dagar i placering i dygnsvård; färre hade polisanmälts och flera gick i skolan<sup>107</sup>. Det kan noteras att det är rimligt att behandlingar som fullföljts enligt planering lett till färre dagar med placering i dygnsvård.

### *Behandlingen avslutad vid sexmånadersuppföljningen*

I de 40 procent av fallen där MST-behandlingen fortfarande pågick när sexmånadersuppföljningen genomfördes, hade ungdomarna enligt deras egen beskrivning en något sämre utveckling vad gäller psykiatriska symtom generellt än de ungdomar som avslutat MST-behandlingen (YSR-totalt)<sup>108</sup>. För övriga 23 mått fanns inte några statistiskt säkerställda skillnader.

### *MST-teamens programtrohet*

Programtrohet undersöktes med hjälp av den genomsnittliga poängen för de 15 frågor som föräldrarna fått besvara (se metod). Detta samlade mått relaterades till förändringsvärdena för utfallsmåtten<sup>109</sup>. Totalt finns uppgifter från 60 familjer. Inte för något av måtten fanns ett statistiskt säkerställt samband ( $-0.21 < r < .26, p > .05$ ). Avsaknaden av säkerställda samband gäller även om man utesluter de sex familjer med vilka intervjuerna genomfördes fem till elva månader efter att terapierna avslutats.

<sup>107</sup> CBCL-internaliserade:  $F(1,71)=6,50, p < .05$  (genomsnittligt positivt förändringsvärde: avslutad enligt planering = 4,17; ej enligt planering = -0,15); Familjerelationer enligt ungdomar:  $F(1,74)=10,13, p < .01$  (genomsnittligt positivt förändringsvärde: avslutad enligt planering = 0,00; ej enligt planering = -0,40); Dagar placerade:  $F(1,74)=13,82, p < .0004$  (avslutad enligt planering = 5,0; ej enligt planering = 30,3); Ny insats:  $\chi^2(1)=8,32, p < .10$  (avslutad enligt planering = 33%; ej enligt planering = 70%); Går i skola:  $\chi^2(1)=3,22, p < .10$  (avslutad enligt planering = 76%; ej enligt planering = 55%); Polisanmälan:  $\chi^2(1)=13,92, p < .001$  (avslutad enligt planering = 27%; ej enligt planering = 75%).

<sup>108</sup> YSR-totalt:  $F(1,69)=6,53, p < .05$  (genomsnittligt positivt förändringsvärde: pågående = 15,64; avslutade = 2,57).

<sup>109</sup> Exempel: Om en ungdom hade värdet 12 på Audit vid förmätning och 5 vid eftermätning blir förändringsvärdet 7.

### *Tidigare och senare inkluderade ungdomar till MST*

För att undersöka om resultaten påverkats av att teamen inte var fulllärd i MST-metoden delades ungdomarna i två grupper; den första gruppen utgjordes av de 50 procent som inkluderats först från varje team och den andra gruppen av de 50 procent som inkluderats sist. I tre av 24 fall fanns statistiskt säkerställda skillnader; de tidigt inkluderade ungdomarna hade en bättre utveckling av psykiatriska symtom generellt som föräldrarna har beskrivit det (CBCL-totalt), liksom förbättringar vad gäller externaliserande symtom (CBCL-externaliserande) och föräldrarelationerna, som föräldrarna beskrev det<sup>110</sup>.

### *Ungdomarnas bakgrund*

Den sista frågeställningen berör hur ungdomarnas kön, ålder, problematik och familjernas bakgrund var relaterade till resultaten vid sexmånadersmätningen. Frågan undersöktes med hjälp av multipel regressionsanalys<sup>111</sup>. Förutom sju aspekter av ungdomarnas bakgrund (kön, ålder, invandrarbakgrund, lågutbildad mor/högst grundskola, arbetslös mor, enföräldershushåll samt om ungdomarnas beteendeproblem börjat före 13 års ålder) användes även förmätningvärdet för respektive effektmått<sup>112</sup>, de sju medierande måtten samt typ av insats (MST eller Trad.).

Resultaten (tabell 3) visar att mellan 23 och 65 procent av variansen i effektmåtten kunde förklaras. Flickor hade i allmänhet mindre psykiatriska symtom samt bättre känsla av sammanhang och förväntningar på framtiden än pojkar. Pojkarna hade oftare polisanmälts under uppföljningsperioden och hade oftare fått nya insatser. Äldre ungdomar hade i allmänhet lägre känsla av sammanhang, högre värden på Dudit (narkotika), hade mindre ofta polisanmälts och var mer tillfreds med socialtjänstens insatser. De äldre ungdomarnas föräldrar var mer ångestfyllda och deprimerade. En tidig debut med beteende-

<sup>110</sup> CBCL-totalt:  $F(1,73)=4,66, p < .05$  (genomsnittligt positivt förändringsvärde: Tidiga = 23,7; Sena = 11,7); CBCL-externaliserande:  $F(1,73)=8,13, p < .01$ ; (genomsnittligt positivt förändringsvärde: Tidiga = 11,8; Sena = 4,1); Familjerelationer enligt föräldrar:  $F(1,78)=8,81, p < .01$  (genomsnittligt positivt förändringsvärde: Tidiga = -0,42; Sena = -0,04).

<sup>111</sup> Analyserna genomfördes med hjälp av Windows-versionen av LISREL 8.30. Först justerades data för skaltekniska olikheter och för bristande reliabilitet med hjälp av LISREL 8:s preprocessor, PRELIS (Jöreskog & Sörbom, 1993). Den korrelationsmatris som PRELIS genererade användes därefter för regressionsanalysen. De använda förklaringsvariablerna var inte högt korrelerade ( $-.34 \leq r \leq .41$ ).

<sup>112</sup> T.ex. användes förmätningvärdet på CBCL (tot) för sexmånadersmätningen för CBCL (tot).

problem ökade risken för problem i sju fall (bl.a. mer psykiatriska symtom enligt ungdomarna själva, lägre känsla av sammanhang, högre värden på Dudit) och minskade den i fem fall (bl.a. högre förväntningar på framtiden, färre som polisanmälts och ungdomar som var mer tillfreds med insatserna). Invandrarbakgrund ökade risken för problem i fem fall (bl.a. mer psykiatriska symtom enligt föräldrarna och föräldrar som var mer deprimerade och ångestfyllda) och minskade den i tre fall (högre förväntningar på framtiden, färre normbrott enligt SRD, färre som polisanmälts). Färre av ungdomarna med invandrarbakgrund hade blivit aktuella för nya insatser. Ungdomar och föräldrar med invandrarbakgrund var dessutom i genomsnitt mindre tillfreds med socialtjänstens insatser. Ungdomar med mammor som hade lägre utbildning (högst gymnasium) var bland annat oftare placerade utom hemmet, men var mer tillfreds med socialtjänstens insatser. Ungdomar med arbetslös mamma hade i genomsnitt mer problem för åtta av nio säkerställda utfallsmått (bl.a. mer psykiatriska symtom hos mamman själv, högre värden för narkotika och alkohol). Ungdomarna med en arbetslös mamma var oftare placerade och hade också i större utsträckning blivit föremål för nya insatser. Enföräldershushåll ökade risken för ett negativt utfall i sju av nio mått (bl.a. ökad risk för alkohol och droger).

**Tabell 3. Multipel regressionsanalys av ungdomarnas bakgrund och medierande variabler på måtten vid sexmånadersuppföljningen (endast statistiskt säkerställda samband redovisas)**

Resultat vid sexmånadersmätningen																				
	CBCL Tot	CBCL ext	YSR Tot	YSR int	YSR ext	Ka-sam	Ste-gen	SCL-gsi	SCL-int	SCL-lanx	SCL-dep	ALK-kons	Audit	Dudt	SRD	Place-rad	Polis-anmä-lan	Ny-insats	Till-freds-lung	Till-freds-för
Kön (fi.=0, poj.=1)	-.22	-.20	-.28	-.35	-.43	-.18	-.36	-.40	.17	.	.	.	.	-.27	.	.	.21	.38	.	.
Ålder (år)	.	.	.	.	.19	-.42	.	.24	.	.24	.37	.	.	.44	.	.	-.35	.	.64	.
Tidig debut bet. probl. (nej=0, ja=1)	.	.28	.38	.38	.51	-.62	.58	.	-.21	.34	.32	.	.	.44	.	.	-.21	.	.70	-.31
Minst en föräld. f. utom Sverige (nej=0, ja=1)	.31	.21	.44	.	.	.	.82	.	.	.18	.17	.	.	.	-.18	.	-.26	-.38	-.36	-.31
Läutbildad mor (nej=0, ja=1)	.	.	-.15	.	.	.12	.	-.17	.14	.14	-.24	.	.	.	.	.22	.	.	.16	.24
Mor arbetslös (nej=0, ja=1)	.	.	.	.	.	.16	-.21	.44	.	.	.48	.	.	.19	.19	.30	.	.39	.70	.
Enföräldershushåll (nej=0, ja=1)	.	.	.	.13	.	.	.	.	.	.	.20	.	.	.23	.19	.22	.30	.42	.42	-.17
Förmättningsvärde resp. effektmått	.63	.61	.65	.65	.62	.74	.65	.80	.84	.78	.72	.42	.61	.50	.54	.	.61	--	--	--
Differens Familjerelationer (U)	.	.	.	.19	.29	.14	-.27	.22	.	.	.	.	.	.	.	.	.	-.17	.	.
Differens Familjerelationer (F)	.22	.	.27	.	.	.	.	-.16	.	.	-.18	.	.	.	.	.	.	.	-.17	.
Differens SCPQ (U)	.18	.	.25	.	.18	.21	.21	.	.	.	.	.	.	.	-.17	.	.16	.	-.25	.
Differens SCPQ (F)	.23	.27	.19	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.21	.	.	-.17	.
Differens Sociala förmågor (SSRS) (U)	.	.	.	.	.	.	.16	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.21	.11
Differens sociala vänner (U)	.	.	-.14	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	-.16	.	.	.	.18
Differens skola	.	.	.	.	.	.	.	-.22	.18	.	-.33	-.21	-.20	-.20	.	-.32	-.29	-.73	-.96	.
MST (nej=0, ja=1)	.	.17	.14	.20	.13	-.15	.32	.22	-.13	.	.21	.	.	.	.16	.	-.26	-.53	.	.
R <sup>2</sup>	.58	.48	.61	.64	.61	.60	.30	.62	.65	.60	.56	.34	.54	.44	.44	.36	.59	.48	.76	.23

# Diskussion

I den här rapporten undersöks hur insatsen Multisystemisk terapi (MST) fungerar jämfört med mer traditionella insatser inom socialtjänsten (t.ex. placering, samtalsstöd, familjeterapi). Undersökningsgruppen utgörs av 156 ungdomar mellan 12 och 17 år med en allvarlig beteendestörning, som genom randomisering fördelats till MST eller traditionell behandling. Ungdomarna kommer från Göteborg, Halmstad, Malmö och Stockholm. Det amerikanska företaget MST Services har ansvarat för utbildning och licensiering av MST-teamen samt handlett dessa regelbundet. De traditionella insatserna har administrerats av socialtjänsten.

I detta avslutande kapitel sammanfattas först resultaten. Därefter kommenteras resultatens tillförlitlighet och generaliserbarhet. Sist diskuteras förklaringar till resultaten och möjliga konsekvenser för socialtjänstens utvecklingsarbete.

## Sammanfattning av resultaten

### *Skillnad mellan MST och traditionella insatser (frågeställning 1)*

Randomiseringen av ungdomar gjorde att de två undersökningsgrupperna var i allt väsentligt lika varandra vid förmätningen.

För 75 av de 79 ungdomar som lottades till MST kom MST-behandlingen att påbörjas. (Två familjer lyckades MST-teamen, trots ett flertal försök, inte etablera något samarbete med. En ungdom placerades i dygnsvård innan MST hann börja och en ungdom emigrerade). För 20 av 75 ungdomar avbröts MST-behandlingen i förtid, vanligtvis på grund av familjernas bristande motivation eller för att ungdomarna placerades utom hemmet till följd av fortsatt antisocialt beteende. MST-behandlingen pågick i genomsnitt i drygt fem månader, vilket är längre än vad som rekommenderas. Vid uppföljningstillfället pågick behandlingen fortfarande i 43 procent av fallen. Av ungdomarna som lottades till traditionella insatser fick 20 samtalsstöd, 16 familjebehandling, tolv kontaktperson, åtta placerades i fosterhem eller på institution, fyra fick Aggression Replacement Training och två vardera fick missbruksbehandling respektive specialundervisning. 13 ungdomar fick inte några insatser alls.

I de flesta avseenden förbättrades ungdomarnas problembild mel-

lan för- och eftermätning. Det gäller för både MST-gruppen och dem som lottats till traditionella insatser. Efter sex månader hade dock många fortfarande allvarliga problem i form av psykiatriska symtom, kriminalitet samt alkohol- och drogbruk. Detta bekräftar hur svårt det är att minska allvarliga problem i denna målgrupp.

I tre avseenden utvecklades grupperna olika över tid: (1) MST-gruppen var aktuell för insatser under i genomsnitt fler dagar än ungdomarna som fått traditionella insatser, (2) MST-föräldrarna blev mindre ångestfyllda och (3) utvecklade sin mellanpersonliga sensitivitet<sup>113</sup> mer. Vidare tenderade MST-ungdomarna att vara mer tillfreds med insatserna än ungdomarna i den traditionella gruppen. Deras föräldrar visade färre psykiatriska symtom generellt och färre var deprimerade. I övrigt fanns inte något i resultaten som talar för att MST skulle vara bättre eller sämre än traditionella insatser på kort sikt, vare sig för ungdomars normbrott, deras alkohol- och drogkonsumtion eller deras psykiska ohälsa. Det bör noteras att det stora antal statistiska analyser som genomförts baseras på en sannolikhetsgräns på 95 procents säkerhet. Det betyder att av 100 analyser kommer fem av slumpen att bli statistiskt säkerställda (kallat massignifikansproblemet). Det betyder att av de 57 analyserna i tabell 1 och 2 kan ungefär tre förväntas ha blivit säkerställda av slumpen.

Frånvaron av tydliga skillnader mellan MST och traditionell behandling skiljer sig från resultaten i USA och Norge, som visat att ungdomar som fått MST har mindre problem än de som fått andra insatser<sup>114</sup>. De överensstämmer dock med resultatet i en kanadensisk studie<sup>115</sup>.

### *Föräldrar, skola och kamrater (frågeställning 2)*

Av de tre områden som MST fokuserar på – föräldrar, skola och kamrater – har en förbättring skett från för- till sexmånadersmätningen för familjerelationer och ungdomarnas sociala förmågor. Förbättringen är ungefär lika stor för gruppen med MST som för den med traditionella insatser. Däremot var ungdomarnas skolsituation relativt oförändrad. Enligt uppgifter från flera MST-teamledare har samarbetet

---

<sup>113</sup> Förmåga att kommunicera med andra.

<sup>114</sup> Borduin, Henggeler, Blaske & Stein (1990); Borduin, Mann, Cone, Henggeler, Fucci, Blaske & Williams (1995); Curtis, Ronan & Borduin (2004); Henggeler, Melton, Brondino, Scherer & Hanley (1997); Henggeler, Melton & Smith (1992); Henggeler, Pickrel & Brondino (1999); Ogden & Amlund Hagen (in press); Ogden & Halliday-Boykins (2004); Schaeffer & Borduin (2005); Timmons-Mitchell, Bender, Kishna, & Mitchell (2006).

<sup>115</sup> [http://www.lfcc.on.ca/mst\\_final\\_results.html](http://www.lfcc.on.ca/mst_final_results.html)

med skolan varit svårt att få till stånd. Inriktningen mot de tre områdena bekräftas i stort genom att de var relaterade till ungdomarnas beteendeproblem; ju sämre familjerelationer och sociala förmågor, desto mer problem hade ungdomarna.

### ***MST-teamens behandlingstrohet (frågeställning 3)***

Resultaten ger inget belägg för att MST Services mått på behandlingstrohet (TAM) var relaterat till något av utfallsmåtten. Inte heller fanns några tydliga skillnader mellan de sex teamen i vare sig behandlingstrohet eller resultat för ungdomarna och deras föräldrar. Resultaten indikerar inte att utvärderingen startat för tidigt, det vill säga innan MST-teamen var färdigutbildade. De 50 procent först inkluderade ungdomarna skilde sig bara från de sist inkluderade i tre av 24 jämförelser, där resultaten talar för att de först inkluderade utvecklats bäst. Det finns inte något som talar för att resultaten är mer positiva för de MST-ungdomar som avslutat behandlingen vid sexmånadersuppföljningen än för dem som fortfarande var i behandling då; endast i ett fall fanns en säkerställd skillnad som var till förmån för dem som fortfarande undergick behandling. Det mått som tydligast var relaterat till utfallsmåtten var om MST-behandlingen fullföljts enligt planerna eller om den avslutats i förtid. I de fall där den fullföljts enligt planerna hade ungdomarna färre psykiatriska symtom, bättre utveckling i familjerelationer enligt ungdomarna själva och färre dagar i placering i dygnsvård; färre hade polisanmälts och flera gick i skolan. Det bör noteras att en förklaring till de mer positiva resultaten för dem som fullföljde MST-behandlingen enligt planerna är att dessa ungdomar hade mindre problem från början än de som avbröt behandlingen i förtid (s.k. *selektionseffekt*).

### ***Bakgrundsfaktors betydelse (frågeställning 4)***

Bakgrundsvariabler spelade en viss roll för förekomsten av beteendeproblem. Det som främst fungerade som riskfaktorer var att ha en arbetslös mamma, komma från ett enföräldershushåll samt att ha debuterat tidigt med beteendeproblem. Utländsk härkomst ökade risken för ett negativt utfall i sju fall och minskade risken i fyra fall. Bland annat minskade utländsk härkomst risken för normbrott (SRD), nya polisanmälningar och för att ungdomen skulle bli aktuell för nya insatser, men den ökade risken för psykiatriska symtom enligt föräldrarnas beskrivning. Detta resultat är viktigt, med tanke på att en skillnad mellan de svenska och norska utvärderingarna av MST är att hälften av de svenska ungdomarna hade utländsk härkomst medan nästan



ingen av de norska ungdomarna hade det. Skillnaden i resultat kan alltså inte enkelt förklaras med att undersökningsgrupperna skilde sig åt i detta avseende.

### ***Sammanfattande slutsats***

Sammanfattningsvis ger sexmånadersuppföljningen inget belegg för att MST fungerar bättre eller sämre än traditionella insatser för den undersökta målgruppen. Huvudresultatet är istället att ungdomarna i båda grupperna blev mindre problembelastade och visade färre psykiatriska symtom.

Med tanke på att nästan hälften av MST-behandlingarna fortfarande pågick vid uppföljningstillfället är det för tidigt att dra några slutsatser om hur MST fungerar jämfört med de insatser som vanligen används för målgruppen i Sverige. En rekommendation till kommuner som ännu inte startat MST-team är därför att invänta 24-månadersresultaten. Samtidigt finns det ingen anledning för dem som inrättat team att avveckla verksamheten eftersom ungdomarna utvecklas lika bra i båda grupperna. Det är också möjligt att MST kan ge bättre resultat än traditionella insatser på sikt. Något som kan tala för det är att MST minskade föräldrarnas psykiatriska problem, vilket kan leda till att deras föräldrakompetenser utvecklas positivt. Det i sin tur kan minska ungdomarnas beteendeproblem. Den nu pågående tvåårsuppföljningen kommer att ge ett säkrare svar på frågan om hur MST fungerar i Sverige. Datainsamlingen kommer att vara klar sommaren 2007 och en rapport beräknas vara klar under hösten 2007.

### **Tillförlitlighet och allmängiltighet**

Resultaten bygger på 156 ungdomar från fyra svenska städer, med totalt 27 kommunala förvaltningar och sex MST-team. Det relativt stora antalet arbetsplatser ökar resultatens allmängiltighet. Det ska dock observeras att inga landsortskommuner ingår i utvärderingen.

Flera faktorer talar för resultatens trovärdighet. För det första ger den använda designen – en longitudinell studie där ungdomarna randomiserades till MST respektive ”traditionella insatser” – maximal möjlighet att tolka resultaten i kausala termer. Randomiseringen gör att grupperna blir maximalt lika varandra från början, till exempel i ungdomars motivation och föräldrars resurser, något som också bekräftas av analyserna i denna studie. De skillnader som finns efter att insatserna avslutas kan därför logiskt antas bero i första hand på

skillnaden i insats. Det longitudinella upplägget ger rimligt goda möjligheter att identifiera effekter av insatserna.

Det relativt låga bortfallet är en annan fördel; fyra procent har helt fallit bort och ytterligare fyra procent har delvis gjort det. Det bortfall som finns har inte uteslutits ur utvärderingen eftersom det då skulle kunna snedvridera randomiseringen. Istället har bortfallets förmättningsvärden använts som mätvärden för sexmånadersuppföljningen, vilket innebär en konservativ analys eftersom ett genomgående resultat är att ungdomarna blivit mindre problembelastade med tiden. Denna ansats, ”intention-to-treat” (ITT), är att föredra framför ”treatment-of-treated” (TOT)<sup>116</sup> som riskerar att minska tolkbarheten av data eftersom de som faller bort ur utvärderingen ofta utgör en selektiv grupp (t.ex. de minst motiverade eller de med störst problem). Det kan noteras att det fanns statistiskt säkerställda skillnader till fördel för de MST-behandlingar som fullföljts enligt planeringen jämfört med dem som avbrutits i förtid.

Det är också fördelaktigt att tydliga kriterier använts på de ungdomar som kunnat ingå i undersökningen. En heterogen undersökningsgrupp minskar möjligheten att få statistiskt säkerställda skillnader eftersom det knappast finns en behandling som passar alla. Resultaten visar också att målgruppen i allt väsentligt motsvarar den eftersökta. En jämförelse mellan de undersökta ungdomarna, en normalgrupp och en psykiatrisk behandlingsgrupp visar att undersökningsgruppen är lika symtombelastad som en psykiatrisk slutenvårdsgrupp<sup>117</sup>.

En annan fördel är det breda fokus som utvärderingen haft på ungdomarnas situation och som innefattat psykiatrisk hälsa, alkohol- och drogbruk, antisociala beteenden (inkl. kriminalitet) samt kontakt med myndigheter som socialtjänst och polis. Att så gott som samtliga tolv använda instrument pekar i samma riktning styrker också slutsatsen att det efter sex månader inte fanns några påtagliga skillnader mellan de två undersökta grupperna i ungdomarnas normbrott. I utvärderingen pågår även en analys av om MST är mer kostnadseffektivt än traditionella insatser. När den är färdig kommer den att ge ytterligare en viktig pusselbit för värderingen av MST.

Det bör också ses som en tillgång att utvärderingen handlar om socialtjänstens ordinarie arbete och inte utgörs av en modellutvärdering där forskare ansvarar både för implementering och utvärdering av det implementerade. Det socialtjänsten behöver är insatser som

---

<sup>116</sup> Wright & Sim (2003).

<sup>117</sup> Gustle, Hansson, Sundell, Lundh & Andree-Löfholm (2006).

fungerar i reguljär verksamhet, oavsett hur de fungerar i modellutvärderingar. Den MST-behandling som erbjöds familjerna är den normala; MST Services handledde MST-teamen som brukligt och inget har framkommit om att verksamheten skulle ha avvikit från det normala.

En sista fördel är att det forskarlag som genomför utvärderingen är helt oberoende, både i förhållande till de forskare som utvecklat MST och till dem som kommersiellt förmedlar MST över världen. Det är en styrka eftersom majoriteten av de utvärderingar av MST som publicerats har utförts av forskare som medverkat till att utveckla MST. Även om utvärderingen har flera fördelar finns även svagheter. Undersökningen omfattar 156 ungdomar. Det är relativt många jämfört med andra randomiserade studier av MST<sup>118</sup>; exempelvis omfattade den norska utvärderingen endast 100 ungdomar. Samtidigt är 156 ungdomar inte tillräckligt många för att ge de statistiska testen god förmåga att säkert identifiera även små skillnader mellan grupperna som statistiskt säkerställda (s.k. ”power”). Den förväntade effektstorleken för MST i vardagligt arbete är .26 enligt Curtis, Ronan och Borduins (2004)<sup>119</sup>. Det överskrids i denna studie för föräldrarnas förbättrade mellanpersonliga sensitivitet respektive ångest (.38 respektive .37). För ytterligare två mått, föräldrarnas generella psykiska besvärnivå och depression, tenderade skillnaden mellan grupperna att vara säkerställda. I de två fallen var effektstorlekarna högre än den förväntade i utvärderingar av vardagligt arbete (.30 respektive .31). Dessa skillnader skulle förmodligen ha blivit statistiskt säkerställda om undersökningsgruppen varit större. Undersökningsgruppens storlek kan dock inte ensam förklara bristen på skillnad mellan grupperna. I de flesta fall är skillnaderna försumbara, men i vissa fall är de till förmån för de traditionella insatserna.

En annan svaghet är avsaknaden av mått för behandlingstrohet för interventionerna utöver MST. Ett problem är också att de svenska MST-teamen tycks ha en i genomsnitt lägre behandlingstrohet än de i USA, och även en lägre arbetsbelastning (2–3 familjer parallellt) än normalt (3–6). En invändning som kan riktas mot utvärderingen är

<sup>118</sup> Jfr Littell, Popa & Forsythe (2005).

<sup>119</sup> Effektstorleken beräknas som den genomsnittliga skillnaden i förbättring mellan två grupper (den ena gruppens medelvärde minus den andra gruppens) dividerat med båda gruppernas gemensamma standardavvikelse. Om effektstorleken är 0 finns sålunda ingen skillnad mellan grupperna och därmed finns heller ingen påvisbar effekt av interventionen. En tumregel är att effektstorlekar på .20 eller lägre är svaga, .50 är medelstarka och .80 eller högre är starka.

därför att det MST som undersöks inte är det *riktiga* MST. Det är dock en utvärdering av ordinarie verksamhet, där MST Services utbildat, licensierat och handlett de svenska MST-teamen.

## Förklaringar till bristen på skillnad mellan grupperna

Det finns fyra förklaringar till att ungdomar som fått MST respektive traditionella insatser inte skiljer sig åt efter sex månader.

### *Kort uppföljningstid*

Den första förklaringen är att det gått för kort tid för att avläsa skillnader mellan de olika interventionerna. Något som talar för det är att MST-behandlingen hade avslutats i bara drygt hälften av fallen när data samlades in efter sex månader. Även i de fall MST-behandlingen avslutats är sex månader en relativt kort uppföljningstid, något som också demonstreras i utvärderingar av både systemorienterade behandlingar som Funktionell familjeterapi (FFT) och program som tränar sociala kompetenser som Aggression Replacement Training (ART). I dessa utvärderingar av behandling av kriminella ungdomar var skillnaden mellan dem som behandlats med ART respektive FFT och dem som inte fått någon behandling alls försumbar i förekomsten av brottslighet efter sex månader. Efter tolv respektive 18 månader fanns däremot statistiskt säkerställda skillnader<sup>120</sup>.

Det finns också en skillnad i forskningsdesign mellan Sverige och Norge, något som kan ha bidragit till att Norge fått tydligare skillnader mellan MST och traditionella insatser. I den norska utvärderingen skedde den första uppföljningsmätningen för MST-gruppen efter att MST-behandlingen avslutats och för jämförelsegruppen efter sex månader. Den senare var oberoende av om de traditionella insatserna avslutats eller inte. Vid planeringen av den svenska studien beslöts att använda samma uppföljningstid för båda grupperna eftersom tiden generellt verkar vara en viktig faktor för minskade problem. Trots ändringen i uppföljningstid bedömdes jämförbarheten vara god med den norska studien eftersom behandlingstiden rekommenderas vara tre till fem månader<sup>121</sup>. I verkligheten pågick MST i genomsnitt drygt fem månader, vilket inneburit att 43 procent av de svenska MST-behandlingarna fortfarande pågick vid uppföljningstillfället.

<sup>120</sup> Barnoski (2004).

<sup>121</sup> Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham (1998).

## *Bristande behandlingstrohet*

En annan förklaring till bristen på skillnad mellan MST och traditionella insatser är att bara ungefär sju av tio ungdomar som lottats till MST fullföljt MST-behandlingen som planerat, något som gör att behandlingseffekten för MST-gruppen kan förväntas minska. Resultaten bekräftar också att de ungdomar som fullföljt MST-behandlingen i flera avseenden hade färre problem än de som avbrutit behandlingen i förtid. MST förefaller även ha implementerats med lägre programtrohet än vad som är normalt i USA. Det ska noteras att MST Services haft full kontroll över implementeringsarbetet och fortlöpande handlett teamen. Måtten på programtrohet har kritiserats för att ha oklar validitet<sup>122</sup>, något som också stärks av denna studie; inte i något fall fanns statistiskt säkerställda samband mellan måtten på programtrohet och de undersökta utfallsmåtten.

När det gäller skillnaden i resultat mellan de svenska och norska utvärderingarna kan det eventuellt förklaras av skillnaden i hur MST spritts i de båda länderna. I Norge implementerades MST landsomfattande genom ett beslut från Barne- og Familiedepartementet<sup>123</sup>. Den norska implementeringen stöddes genom upprättandet av ett nationellt kvalitetssäkringssystem som följde upp teamens arbete parallellt med MST Services. I Sverige har MST spridits som lokala initiativ där enskilda kommuner och stadsdelar ansvarat för kvalitetssäkring. Det kan vara en förklaring till den lägre programtrohet som uppmätts i den svenska studien.

## *Svenska insatser håller högre kvalitet än insatser i andra länder*

En tredje förklaring är att de faktiska insatserna till de två undersökningsgrupperna inte skiljer sig åt i kvalitet. Exempelvis hade var femte i gruppen med ”traditionella” insatser fått någon form av familjebehandling. Även om det saknas information om omfattning av och kvalitet på denna familjebehandling antyder det att skillnaden mellan grupperna är mindre än vad som varit fallet i andra utvärderingar av MST.

---

<sup>122</sup> Littell (2006).

<sup>123</sup> Norges forskningsråd (1998).

Det är alltså möjligt att de insatser som MST jämförts med i Sverige varit mer verksamma än de insatser som MST jämförts med i undersökningarna från USA och Norge. I USA har jämförelsegrupperna utgjorts av individualterapi, psykiatrisk slutenvård och övervakning. Traditionell psykodynamisk terapi tycks inte fungera brottsförebyggande<sup>124</sup>. Skillnaden i socialt välfärdssystem mellan USA och Sverige kan även det spela roll<sup>125</sup>. Det finns även en viktig skillnad mellan Sverige och Norge. I Norge placerades hälften av ungdomarna i den traditionella gruppen utom hemmet, medan motsvarande andel i Sverige var tio procent<sup>126</sup>. Placering i familjehem eller på institution för framför allt pojkar med beteendeproblem innebär en mycket hög risk för fortsatt kriminalitet, psykiatrisk sjuklighet, missbruk, tonårsföräldraskap, problem med försörjning och för tidig död<sup>127</sup>. Att inte flera svenska ungdomar placerades utom hemmet kan ha att göra med den under senare år ökade kunskapen om risken för negativa effekter vid placeringar, en kunskap som inte var lika spridd i början av 2000-talet då den norska datainsamlingen påbörjades.

### *Annan målgrupp än i andra utvärderingar*

Den fjärde och sista förklaringen är att den svenska undersökningsgruppen har mindre (annorlunda) problem än undersökningsgruppen i andra internationella utvärderingar. Den förklaringen förefaller mindre trolig, med tanke på att de svenska ungdomarnas genomsnittliga problem enligt föräldrarnas beskrivningar (CBCL) är i nivå med eller högre än dem som rapporterats i norska<sup>128</sup> respektive amerikanska utvärderingar av MST<sup>129</sup>. Trots detta kan den svenska målgruppen vara annorlunda i något annat avseende som har betydelse för resultatet. De norska och svenska utvärderingarna har vissa skillnader som kan ha bidragit till skillnaden i resultat för MST. Rekryteringen av de norska ungdomarna gick via en länsövergripande enhet som ansvarar för specialiserade insatser – traditionellt placeringar utom hemmet – medan rekryteringen i Sverige skedde via den lokala socialvårdsbyrån. Det kan ha betytt att de norska ungdomarna hade en allvarligare problematik än de svenska eftersom de bedömdes vara

<sup>124</sup> Howell & Lipsey (2004); Wilson, Gottfredson & Najaka (2001).

<sup>125</sup> Gundersen & Svartdal (2006).

<sup>126</sup> Under uppföljningsperiodens sex månader blev det totalt 17 procent.

<sup>127</sup> Andreassen (2003); Vinnerljung & Franzén (2006).

<sup>128</sup> Ogden & Amlund Hagen (in press).

<sup>129</sup> T.ex. Henggeler, Halliday-Boykins, Cunningham, Randall, Shapiro & Chapman (2006).

i behov av placering utom hemmet. I Sverige rekryterades ungdomarna med utgångspunkt från en rad beteendeproblem i form av den psykiatriska diagnosen *allvarlig beteendestörning* (eng. *conduct disorder*), vilket kan ha gjort att ungdomarnas problematik var mindre. I den norska studien fanns i princip samma inklusionskriterier, men de användes på en selekterad grupp ungdomar eftersom placering utom hemmet bedömdes som nödvändigt. Däremot är det mindre troligt att skillnaden i andel ungdomar med utländsk härkomst är av betydelse, eftersom det för den svenska gruppen fanns få statistiskt säkerställda skillnader beroende på om ungdomen hade utländsk härkomst eller ej.

## Fortsatt utvecklingsarbete

Utvärderingen av MST är en av de mer omfattande utvärderingar som genomförts inom svensk social barnavård. Det är dessutom en av få kontrollerade utvärderingar av socialtjänstens insatser för barn och ungdomar. De resultat som presenteras efter sex månader demonstrerar vikten av oberoende utvärderingar av nya interventioner inom den sociala barn- och ungdomsvården. Oavsett vilket resultatet blir vid 24-månadersuppföljningen är det viktigt att nya metoder utvärderas i *jämförande* studier innan de sprids brett i Sverige. Det gäller oberoende av hur rimliga och teoretiskt genomtänkta metoderna är. Historien innehåller många exempel på teoretiskt rimliga interventioner som i slutändan visat sig sakna effekt eller till och med orsaka skada. Det kanske mest kända exemplet är anti-drogprogrammet DARE (Drug Abuse Resistance Education) eller VÅGA som det kallas i Sverige. Sammanlagt fyra internationella randomiserade utvärderingar och en svensk visar att VÅGA inte fungerar förebyggande utan till och med har ökat ungdomars alkohol- och drogkonsumtion<sup>130</sup>. Rådgivning som inte kombineras med färdighetsträning tycks generellt ha svaga eller inga effekter på ungas kriminalitet<sup>131</sup> och alkohol- och drogkonsumtion<sup>132</sup>. Att arbeta med program som bygger på att skrämman ungdomar (t.ex. ”Scared straight”) ger inga eller till och med negativa effekter<sup>133</sup>. Med Scared straight menas att ungdomar ska skrämmas

<sup>130</sup> T.ex. Lindström & Svensson (1998). IOGT-NTO som driver programmet i Sverige menar att man har tagit intryck av forskningen och förändrat det svenska programmet.

<sup>131</sup> Welsh & Farrington (2002).

<sup>132</sup> Wilson, Gottfredson & Najaka (2001).

<sup>133</sup> Wilson, Lipsey & Derzon (2000).

till social anpassning genom exempelvis studiebesök i fängelse. Något som tycks vara direkt olämpligt är att sammanföra högriskungdomar på grund av den ”smittoeffekt” det kan ha<sup>134</sup>. Det tycks gälla för fritidsgårdar<sup>135</sup>, öppenvård som exempelvis Vildmarksprogram<sup>136</sup>, särskilda ungdomshem<sup>137</sup> och fängelse<sup>138</sup>.

Den nu pågående utvärderingen har gett viktiga erfarenheter om de behov som finns vid implementering av nya arbetsmetoder inom socialt arbete. Bland annat behöver personalen informeras om metoden vid upprepade tillfällen för en lyckad implementering. Den förändring som sker måste också vara förankrad på alla nivåer. En övervägande majoritet av socionomerna var positiva till MST och till utvärderingen av MST. De flesta tyckte även att de fått tillräcklig information och var nöjda med implementeringstakten. Ett till synes paradoxalt resultat är att en låg arbetstrivsel inte tycks gynna introduktionen av nya metoder; de som trivdes sämre på arbetet var mindre benägna att använda MST i sitt arbete<sup>139</sup>.

Utvärderingen ger också viktig information om de krav som ställs på forskare som ska utvärdera en ny social insats med hjälp av randomisering<sup>140</sup>. Förberedelserna inför utvärderingen av MST innebar en rad föreläsningar och informationsmöten för grupper på olika nivåer, från politiker till socialsekreterare. Planeringen skedde så långt som möjligt i samråd med verksamhetsansvariga. Även efter att utvärderingen påbörjats behövdes förnyad information för att underhålla och vidareutveckla samarbetet med socialtjänsten. Många socialsekreterare var positiva till utvärdering av socialt arbete men kände tveksamhet till att använda randomisering som forskningsprincip. Andra ansåg att det fanns goda skäl för att använda en randomiserad metod, men tyckte att det var svårt att handskas med situationen i mötet med de familjer som skulle remitteras till projektet. Trots goda intentioner var exempelvis en vanlig känsla bland socialarbetarna att de ungdomar som randomiserades till traditionella insatser drog en ”nitlott”. Det i sin tur kan ha medfört att socialarbetarna ansträngde sig extra för att dessa ungdomar skulle få ännu bättre traditionella insatser än vad som annars blivit fallet. Det är dock knappast någon avgörande

---

<sup>134</sup> National institute of Health (2004).

<sup>135</sup> Coley, Morris & Hernandez (2004); Mahoney, Stattin & Lord (2004).

<sup>136</sup> Welsh & Farrington (2002).

<sup>137</sup> Andreassen (2003).

<sup>138</sup> National institute of Health (2004).

<sup>139</sup> Gustle, Hansson, Sundell & Andrée-Löfholm (2006a).

<sup>140</sup> Gustle, Hansson, Sundell & Andrée-Löfholm (2006b).



förklaring eftersom MST-teamen rimligen också var mycket motiverade att erbjuda familjerna den allra bästa behandling. Dessutom är det mindre troligt att 27 förvaltningar – jämfört med sex MST-team – ska ha förmått samordna verksamheten på ett sådant sätt att den blivit bättre än ”normalt”.

Till sist antyder resultaten att det finns problem med att implementera evidensbaserade program i normal verksamhet så att de behåller hög behandlingstrohet. De sex svenska MST-teamen hade ett i genomsnitt lägre TAM-värde än i USA. Om orsaken till det lägre TAM-värdet kan man endast spekulera. En förklaring är att det finns kulturella skillnader mellan USA och Sverige som spelar roll, en annan att MST-terapeuternas grundutbildning var annorlunda än i andra länder.



# Litteratur

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Academy of Pediatrics (2002). *Substance abuse. A guide for health professionals*. Elk grove Village: American Academy of Pediatrics.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete, Statens institutionsstyrelse och Gothia.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Basta, J. M. & Davidson, W. S. (1988). Treatment of juvenile offenders: Study outcomes since 1980. *Behavioral Sciences and the Law*, 6, 355–384.
- Babor, R. F., de la Fluente, J., Saunders, J. & Grant, M. (1992). AUDIT. *The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care*. World Health Organisation.
- Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington state's research-based programs for juvenile offenders* (Document Number: 04-01-1201). Available at: [www.wsipp.wa.gov](http://www.wsipp.wa.gov)
- Bergman, H. (1994). *The alcohol use disorders identification test AUDIT: Manual*. Stockholm, Karolinska institutet, Magnus Huss klinik.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT ) in criminal justice and detoxication settings in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11, 22–31.
- Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F. & Patton, G. (2005). Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: a comparison of risk profiles for substance abuse and depressive symptoms. *Prevention science*, 6, 73–88.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M. & Stein, R. J. (1990). Multi-systemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35, 105–114.

- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 569–578.
- Borduin, C. M. & Schaeffer, C. M. (2001). Multisystemic treatment of juvenile sexual offenders: A progress report. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, *13*, 25–42.
- Broberg, A., Ekeröth, K., Gustafsson, P. A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T. & Larsson, B. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study. *European child & adolescent psychiatry*, *10*, 186–193.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brounstein, P. J., Zweig, J. M. & Gardner, S. E. (2001). *Science based substance abuse prevention: a guide*. [http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/pubs\\_Principles.pdf](http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/pubs_Principles.pdf)
- van Buuren, S., Boshuizen, H. C. and Knook, D. L. (1999). Multiple Imputation of Missing Blood Pressure Covariates in Survival Analysis. *Statistics in Medicine*, *18*, 681–694.
- Carr, A. (2000). *What works with children and adolescents?: A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. Routledge.
- Cederblad, M. & Hansson, K. (1996a). Känsla av sammanhang – ett centralt begrepp i hälsoforskning. *Socialmedicinsk tidskrift*, *4*, 152–158.
- Cederblad, M. & Hansson, K. (1996b). Sense of Coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at risk-group. *Israel Journal of Medical Science*, *32*, 194–199.
- Coley, R. L., Morris, J. E. & Hernandez, D. (2004). Out-of-school care and problem behavior trajectories among low-income adolescents: Individual, family, and neighborhood characteristics as added risks. *Child development*, *75*, 948–965.
- Cunningham, A. (2002). Lessons learned from a randomized study of Multisystemic therapy in Canada. <http://www.lfcc.on.ca/onestep.html>
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, *18*, 411–419.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (2004). How do outcome in a specified parent training intervention maintain or wane over time. *Prevention Science*, *5*, 73–89.

- Dembo, R. Williams, L. Wothke, W. & Schmeidler, J. (1994). The relationship among family problems, friends' troubled behaviour, and high risk youths' alcohol/other drug use and delinquent behaviour: A longitudinal study. *International Journal of Addictions*, 29, 1419–1442.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. (1997). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33, 981–989.
- Derzon, J. H. & Lipsey, M. W. (1999a). What good predictors of marijuana use are good for: A synthesis of research. *School Psychology International*, 20, 69–85.
- Derzon, J. H. & Lipsey, M. W. (1999b). A synthesis of the relationship of marijuana use with delinquent and problem behaviors. *School Psychology International*, 20, 57–68.
- Elliot, D. S. (1998). Blueprints for violence prevention (Series Ed.) University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence. Boulder, CO: Blueprints Publications.
- Elliot, D. S., Ageton, S.S., Huizinga, D., Konowles, B. A. & Canter, R. J. (1983). *The prevalence and incidence of delinquent behavior 1976–80* (Report of the National Youth Survey, project rept. # 26). Boulder, CO: Behavioral Research Institute.
- El-Khoury, B. M. & Sundell, K. (2005). *Elevers normbrytande beteenden. Resultat från 2004 års Stockholmsenkät med elever i grundskolans år 9 och gymnasiets år 2* (FoU-rapport 2005:8). Stockholms stadsledningskontor: FoU-enheten.
- El-Khoury, B. M., Sundell, K., Strandberg, A. (2005). *Risikfaktorer för normbrytande beteenden. Skillnader mellan flickor och pojkar i tonåren* (FoU-rapport 2005:17). Stockholms stadsledningskontor: FoU-enheten.
- Farrington, D. P. & Welsh, B. C. (1999). Delinquency prevention using family-based interventions. *Children & Society*, 13, 287–303.
- Farrington, D. P., Gottfredson, D. C., Sherman, L.W. & Welsh, B. C. (2002). The Maryland Scientific Methods Scale. In L.W Sherman., D. P. Farrington, B. C. Welsh & D. L. MacKenzie, (Eds). *Evidence-based crime prevention* (13–21). London, Routledge.
- Farrington, D. P. & Coid, J. W. (2003). Early prevention of adult antisocial behaviour. Cambridge: Cambridge university press. (350 s).
- Fergusson, D. M. Lynskey, M. T. & Horwood, L. J. (1996). Alcohol misuse and juvenile offending in adolescence. *Addiction*, 91, 483–494.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C. C., Rubman, J. & Adamson, L. (2005). *Frangångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia.

- Forster, M., Sundell, K., Melin, L., Morris, R. J. & Karlberg, M. (2005). *Charlie och Komet. Utvärdering av två lärarprogram för barn med beteendeproblem* (FoU-rapport 2005:2). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Fraser, M. W. Nelson, K. E. & Rivard, J. C. (1997). The effectiveness of family preservation services. *Social Work Research, 21*, 138–153.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). *Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerard, J. M. & Buehler, C. (2004). Cumulative environmental risk and youth maladjustment: The role of youth attributes. *Child development, 75*, 1832–1849.
- Glaser, D. (1977). Concern with theory in correctional evaluation research. *Crime and delinquency, 23*, 173–179.
- Gresham, F. M., Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Doyle, M. M., Diaz, T. & Epstein. (1999). A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among high-school seniors. *Journal of Behavioral Medicine, 22*, 271–284.
- Gundersen, K. & Svartdal, F. (2006). Aggression replacement training in Norway: outcome evaluation of 11 Norwegian student projects. *Scandinavian journal of educational research, 50*, 63–81.
- Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K. & Andrée-Löfholm, C. (2006a). Implementation of evidence-based models in local social work practice: Practitioner perspectives of the MST trial in Sweden. (Submitted).
- Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K. & Andrée-Löfholm, C. (2006b). MST project in Sweden. What factors have influenced the tendency for social workers to refer subjects to the research project? (Submitted).
- Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K., Lundh, L-G. & Andrée-Löfholm, C. (2006). Symptom load in Swedish adolescents in three Blueprints program – FFT, MST, and MTFC. (Under arbete).
- Hansson, K. & Cederblad, M. (1995). *Känsla av sammanhang. Studier från ett salutogent perspektiv*. Forskning om barn och familj, Nr 6. Lunds universitet: institutionen för barn och ungdomspsykiatri.
- Hansson, K. Johansson, P. Drott-Englén, G. & Benderix, Y. (2004). Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis – om behandling av ungdomskriminalitet utanför universitetsforskningen. *Nordisk Psykologi, 4*, 304–320.
- Hansson, K. & Olsson, M. (2001). Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande. *Nordisk psykologi, 53*, 238–255.

- Hansson, K., Olsson, M. & Cederbald, M. (2003). A salutogenic of conduct disorder investigation and treatment. *Nordic journal of psychiatry*, 58, 5–16.
- Hawkins, J. D. (1995). Controlling crime before it happens: Risk-focused prevention. *National Institute of Justice Journal*, 229, 10–18.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood; Implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112, 64–105.
- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D. Catalano, R. F. & Harachi, T. W. (1998). A review of predictors of youth violence. In R. Loeber & D. P. Farrington (red.), *Serious & violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. London: Sage.
- Henggeler, S. W. (1989). *Delinquency in adolescence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Henggeler, S. W. (1999). Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 2–10.
- Henggeler, S. W., Clingempeel, W. G., Brondino, M. J. & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance abusing and dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 868–874.
- Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B. & Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 42–54.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B. & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953–961.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K. & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using Multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 283–293.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821–833.
- Henggeler, S. W. Pickrel, S. G. & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and -dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171–184.

- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 1998.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J. & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatment to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 31, 155–167.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2002). *Serious emotional disturbances in children and adolescents: Multisystemic therapy*. New York, Guilford Press.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M. & Swenson, C. C. (2006). Methodological critique and meta-analysis as a Trojan horse. *Children and youth services review*, 28, 447–457.
- Henggeler, S. W., Sheidow, A. J. & Lee, T. (in press). Multisystemic therapy of serious clinical problems in youths and their families. In D. W. Springer & A. R. Roberts (Eds.), *Handbook of forensic social work with victims and offenders: Assessments, treatments and research*. New York: Springer Publishing.
- Henggeler, S. W., Smith & Schoenwald, S. K. (1994). Key theoretical and methodological issues in conducting treatment research in the juvenile justice system. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 143–150.
- Herrenkohl, T. I., Maguin, E., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Abbott, R. D. & Catalano, R. F. (2000). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of adolescent health*, 26, 176–186.
- Howell, J. C. & Lipsey, M. W. (2004). A practical approach to evaluating and improving juvenile justice programs. *Juvenile and family court journal*, 55, 35–48.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J. & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in Multisystemic therapy: Reducing delinquent behaviour through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451–467.
- Hvitfeldt, T., Rask, L., Andersson, B. & Hibell, B. (2004). *Skolelevers drogvanor 2004* (rapport 84). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Kaunitz, C., Andrée Löfholm, C. & Sundell, K. (2004). *Social barnavård i Stockholms stadsdelar*. En kvantitativ beskrivning av myndighetsutövande under 1:a kvartalet 2002, 2003 och 2004 (FoU-rapport 2004:5). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Kazdin, A.E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19–36.



- 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.
- Letourneau, E. J., Sheidow, A. J. & Schoenwald, S. K. (2002). *Structure and reliability of the MST Therapist Adherence Measure scale in a large community sample* (Tech. Rep.). Charleston, SC: Medical University of South Carolina, Families Services Research Center.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I.H. & Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1221–1229.
- Lindstrom, P. & Svensson, R. (1998). Attitudes towards drugs among school youths. An evaluation of the Swedish DARE programme. *Nordic Stud. Alcohol Drugs [English Suppl.]*, 15, 7–23.
- Lipsey, M. W. (1999a). Can rehabilitative programs reduce the recidivism of juvenile offenders? An inquiry into the effectiveness of practical programs. *Virginia Journal of Social Policy & the Law*, 6, 101–129.
- Lipsey, M. W. (1999b). Can intervention rehabilitate serious delinquents? *The Annals [of the American Academy of Political and Social Science]*, 564(July), 142–166.
- Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.). *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.). *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lipton, D., Martinson, R. & Wilks, J. (1975). *The effectiveness of correctional treatment*. New York: Praeger.
- Littell, J. H. (2006). The case for Multisystemic therapy: evidence or orthodoxy? *Children and youth services review*, 28, 458–472.
- Littell, J. H., Pops, J. H. & Forsythe, B. (2005). *Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10–17*. Cochrane library, issue 3, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Lubrecht, J. (1992). Family Satisfaction Survey. In K. Kutash & T. R. Rivera, *Measures of Satisfaction with Child Mental Health Services*. Unpublished manuscript, Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

- Lundström, T. & Vinnerljung, B. (2001). Omhändertaganden av barn under 1990-talet. I M. Szebehely (red.), *Välståndstjänster i omvandling* (s. 289–336). Stockholm: Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut, SOU 2001:52.
- Lösel, F. & Beelmann, A. (2003). Effects of child skill training in preventing antisocial behaviour: a systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Academy*, 587, 84–109.
- Mahoney, J. L., Stattin, H. & Lord, H. (2004). Unstructured youth recreation centre participation and antisocial behaviour development: Selection influences and the moderating role of antisocial peers. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 553–556.
- McBride, D., VanderWaal, C., VanBuren, H. & Terry, Y. (1997). *Breaking the cycle of drug use among juvenile offenders*. Washinton, DC: National Institute of Justice.
- Miller, W. R. (1991). Form 90: Structured Assessment for drinking related behavior. Washington, DC: NIAAA.
- Moher, D., Schultz, K. F. & Altman, G. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *The Lancet*, 357, 1191–1194.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. & Davino, K. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 61/7, 449–456.
- National Institute of Health (2004). *National institute of Health state-of-the-science conference statement*. <http://consensus.nih.gov/ta/023/youthviolenceDRAFTstatement101504.pdf>
- Norges forskningsråd. (1998). Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Ekspertuttalelse etter konferansen 18–19 september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende.
- Ogden, T. (2003). The validity of teacher ratings of adolescents' social skills. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 47, 63–76.
- Ogden, T. & Amlund Hagen, K. (in press). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: sustainability of treatment effectiveness two years after intake.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C.A. (2004). Multisystemic treatment of adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside the U.S. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77–83.
- Petrosino, A. & Soydan, H. (2005). The impact of program developers as evaluators on criminal recidivism: Results from a meta-analysis of experimental and quasi-experimental research. *Journal of experimental criminology*, 1, 435–450.

- Riggs, P. D., Baker, S., Mikulich, S. K., Young, S. E. & Crowley, T. J. (1995). Depression in substance-dependent delinquents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 764–771.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up: a sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Romig, D. A. (1978). *Justice for our children*. Lexington, MA: Lexington.
- Rubin, D. B. (1987). *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Rubin, D. B. (1996). Multiple Imputation after 18+ Years. *Journal of the American Statistical Association*, 91, 473–489.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge, University Press, 375–387.
- SAS Institute Inc. (2004). *SAS OnlineDoc*<sup>®</sup> 9.1.3. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Schafer, J. L. (1997). *Analysis of Incomplete Multivariate Data*. New York: Chapman and Hall.
- Schaeffer, C. M. & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445–453.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin company.
- Sherman, L. W., Farrington, D. P., Welsh, B. C. & MacKenzie, D. L. (2002). *Evidence-based crime prevention*. London, Routledge.
- Soldz, S. & Ciu, X. (2001). A risk factor index predicting adolescent cigarette smoking: a 7-year longitudinal study. *Psychology of addictive behavior*, 15, 33–41.
- Spence, S. H. (1995). *Social Skills Training: Enhancing Social Competence with Children and Adolescents*. Windsor, Berkshire, UK: NFER-NELSON Publishing Company.
- Stanton, M. D. & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170–191.
- Stattin, H., Romelsjö, A. & Stenbacka, M. (1997). Personal resources as modifiers of the risk for future criminality. *Brit. J. Criminol.*, 37, 198–223.
- Sundell, K. (2003). *Drog- och riskbeteenden hos Stockholmsungdomar. Resultat från 2002 års drogvaneinventering i grundskolans årskurs nio och gymnasiets år två* (FoU-rapport 2003:2). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.

- Sundell, K. & Egelund, T. (2000). *Barnavårdsutredningar – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete och Gothia.
- Sundell, K. & Kraft, Y. (2002). *Femteklassares kunskap om, attityd till och erfarenhet av tobak, alkohol och andra droger* (FoU-rapport 2002:1). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Sundell, K., Vinnerljung, B., Andréé Löfholm, C. & Humlesjö, H. (2004). *Socialtjänstens barn. Hur många är de, vilka blir insatserna, hur ofta återaktualiseras de och vad händer dem i vuxen ålder?* (FoU-rapport 2004:4). Stockholms socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Thompson, L. T. Riggs, P. D. Mikulich, S. K. & Crowley, T. J. (1996). Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct-disordered adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 325–334.
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A. & Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of Multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35, 227–236.
- Wagener, E. F., Tubman, J. G. & Gil, A. G. (2004). Implementing school-based substance abuse interventions: methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction*, 99 (suppl. 2), 106–119.
- Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D. & Glantz, M. D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years research. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252–261.
- Welsh, B. C. & Farrington, D. P. (2002). What works, what doesn't, what's promising, and future directions. Ingår i L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. C. Welsh & D. L. MacKenzie (Eds.), *Evidence-based crime prevention*, 405–421. London: Routledge.
- Wiklund, I., Gorkin, L., Pawilan, E., Schron, E., Schoenberger, J., Jared, L. L. & Schumaker, S. (1992). Methods for assessing quality of life in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). *Quality of Life Research*, 1, 187–201.
- Wilson, D. B., Gottfredson, D. C. & Najaka, S. S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247–272.
- Wilson, D. B. & Lipsey, M. W. (2001). The role of method in treatment effectiveness research: evidence from meta-analysis. *Psychological methods*, 6, 413–429.
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 23, 1–12.

- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 136–149.
- Vinnerljung, B. & Franzén, E. (2006). Barn i familjehem och institutionsvård. Ingår i Socialstyrelsen (Red), *Social rapport*, 270–282. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Kyhle Westermark, P. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplaceringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. Stockholm: Socialstyrelsen, Centrum för utvärdering av socialt arbete.
- Woolfenden, S. R., Williams, K. & Peat, J. K. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood*, 86, 251–256.
- Wright, C. C. & Sim, J. (2003). Intention to treat approach to data from randomized controlled trials: A sensitivity analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 533–842.

# Använda begrepp

**Bakgrundsvariabel:** En variabel som primärt inte är av intresse för studien men som kan tänkas påverka utfallet (t.ex. kön, ålder, social bakgrund).

**Effekt:** Sambandet mellan en påverkansfaktor och ett utfall. Vanligen skattas effekten i form av förklarad varians ( $R^2$ ), effektstorlek ( $d$ ) eller oddskvot.

**Effektstorlek ( $d$ ):** Uppgift om hur stark påverkan en viss insats har haft. Effektstorleken beräknas som den genomsnittliga skillnaden i förbättring mellan två grupper (den ena gruppens medelvärde minus den andra gruppens medelvärde) dividerat med båda gruppernas gemensamma standardavvikelse. Om effektstorleken är 0 finns sålunda ingen skillnad mellan grupperna och därmed finns heller ingen påvisbar effekt av interventionen. Effektstorleken är i allmänhet mindre än 1 inom samhällsvetenskaplig forskning. En tumregel är att effektstorlekar på .20 eller lägre är svaga, .50 medelstarka och .80 eller högre starka. Enligt Lipsey<sup>141</sup> innebär en effektstorlek på .20 en ungefär skillnad på 10 procent i förbättring mellan två grupper, .50 en skillnad på 24 procent och .80 en skillnad på 37 procent.

**Evidensbaserad:** Kunskap som bygger på kontrollerade undersökningar, framför allt när flera av varandra oberoende forskare kommer fram till samma slutsats om en viss bestämd intervention.

**Förklarad varians ( $R^2$ ):** Hur stor andel av utfallets variation som kan förklaras av de variabler som ingår i en regressionsmodell. Värdet kan variera mellan 0 (de använda förklaringsvariablerna ger ingen förklaring) och 100 (fullständig förklaring).

**Interaktionseffekt:** Två variabler har tillsammans en annan effekt än enbart summan av de två enskilda förklaringsvariablerna.

**Kognitiv beteendeterapi :** Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en behandlingsriktning som omfattar en mängd olika metoder och tekniker med ursprung i social inlärningsteori och kognitionsteori. En princip inom KBT är att metoderna som används ska ha empiriskt stöd. Behandlingen är målstyrd, bygger på konkreta övningar och hemuppgifter. Betoning ligger på att förändra beteenden och att generalisera dessa till individens vardag.

**Kontrollerad studie:** Ett studie som jämför minst två grupper av individer med olika insatser och där information samlas in med samma instrument till samtliga grupper. Den bäst kontrollerade undersökningsformen är den randomiserade studien.

---

<sup>141</sup> Personlig kommunikation, 15 september 2000.

**Korrelation:** Sambandet mellan två variabler, som uttrycks i form av en korrelationskoefficient som kan variera mellan -1 och 1. Om sambandet är 1 eller -1 betyder det ett perfekt samband. Om korrelationen är 0 saknas samband mellan de två variablerna. Korrelation ger ingen information om kausalitet, och ger ingen information om påverkan.

**Metaanalys:** En sammanställning av information från en mängd studier. Istället för individen är det studien som är undersökningsenheten.

**Oddsquot:** Den relativa ökningen eller minskningen som en variabel innebär. Värdet 1 innebär att variabeln inte har någon effekt, ett värde på exempelvis 2 att den fördubblar risken och 0,5 att den halverar den.

**Program:** En intervention eller insats som utgår från en manual där olika moment beskrivs relativt detaljerat. Manualen är det främsta sättet att försäkra att insatsen genomförs relativt lika och oberoende av den som utför den.

**Randomiserade studie:** En kontrollerad utvärdering med slumpvis fördelning av individer på grupper som får en viss intervention, som får en annan intervention, som får stå på väntelista eller som inte får någon intervention alls. Det innebär att sannolikheten ökar att undersökningsgrupperna ska vara jämförbara beträffande olika bakgrundsvariabler (t.ex. kön, ålder, social bakgrund, motivation). Den skillnad som finns efter att interventionen genomförts kan därmed lättare hänföras till interventionen och inte till andra faktorer.

**Regressionsanalys:** En beskrivning av ett samband mellan en eller flera förklaringsfaktorer och ett hälsoutfall med hjälp av en statistisk metod. Hur väl förklaringsfaktorerna kan förklara utfallet sammanfattas i form av den förklarade variansen.

**Validitet och reliabilitet:** Validitet avser hur väl man mäter det man vill mäta medan reliabilitet handlar om noggrannheten i mätningen. Hög validitet och reliabilitet är förutsättningar för trovärdiga resultat. Hög reliabilitet är en förutsättning, men ingen garanti, för hög validitet. Reliabilitet mäts bland annat med Cronbachs alpha-koefficient ( $\alpha$ ) som beskriver hur väl olika delfrågor i ett instrument (t.ex. test) samvarierar (ju bättre samvariation, desto högre reliabilitet). Ett instruments validitet undersöks ofta genom att jämföra det med andra instrument som ska mäta samma företeelse.

**Risk- och skyddsfaktor:** Riskfaktorer ökar sannolikheten för att ett problembeteende ska förekomma. Skyddsfaktorer innebär att sannolikheten för problembeteenden minskar när det förekommer riskfaktorer. Enstaka riskfaktorer innebär sällan någon påtagligt ökad risk. Det gör däremot flera parallella riskfaktorer. Att förändra risk- och skyddsfaktorer är målet för de flesta preventionsprogram.

**Statistiskt signifikant:** Statistiskt säkerställt inom vedertagna gränser (t.ex. att ett visst resultat med 95 procents sannolikhet inte beror på slumpen).

**Socioekonomiskt status:** En indelning på grundval av socioekonomiska faktorer (t.ex. yrke, inkomst eller utbildning).

**Social inlärningsteori:** En teori grundad på uppfattningen att beteenden är inlärd över tid och påverkas av faktorer i vår omgivning, t.ex. andras beteenden.



**Bilaga A.** Underlag för socialsekreterare att identifiera ungdomar för eventuell inklusion i utvärderingen.

### Inkluderingskriterier

Om tre eller flera av nedanstående 15 kriterier uppfyllts *det senaste året*, varav minst ett ska ha förekommit de senaste *sex månaderna*.

	Nej	Senaste 12 mån	Senaste 6 mån	Vet ej
1. <i>Trakasserar andra</i> – mobbar, hotar, skrämmer andra vid minst tre tillfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Slagsmål</i> – inblandad i flera slagsmål där ett slagsmål resulterat i allvarlig skada på kamrat, alternativt minst ett slagsmål med vuxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Använder vapen</i> – som kan orsaka allvarlig skada (t.ex. kniv, tegelsten, krossad flaska)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>Fysisk grymhet mot annan person</i> – mobbat eller misshandlat som resulterat i synbara skador (rivsår, blåmärken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Fysisk grymhet mot djur</i> – har dödat, plågat eller torterat djur vid minst två tillfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Stöld med direkt konfrontation med offret</i> – vid minst ett tillfälle deltagit i överfall, väskryckning, utpressning, väpnat rån osv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Har tvingat någon till sexuellt umgänge</i> – minst ett tillfälle med genital beröring, oralsex, vaginalt/analt samlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Anlagt bränder</i> – avsiktligt tänt minst en brand för att skada/förstöra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <i>Skadegörelse</i> – med avsikt vid minst tre tillfällen medvetet vandaliserat i eller utanför hemmet (t.ex. krossat rutor, sparkat på bilar, klottrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <i>Ljuger</i> – flera gånger i veckan för att få fördelar / undvika förpliktelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <i>Stöld utan direkt konfrontation med offret</i> – vid minst två tillfällen (t.ex. snatteri, stöld av pengar hemma, förfalskning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <i>Inbrott</i> – vid minst ett tillfälle i hus, bilar, affärer eller andra byggnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. <i>Är ofta ute på natten mot föräldrars vilja</i><br>– börjat vara ute på nätterna <i>före 13 års</i><br>ålder och vid minst två tillfällen varit ute<br>(nästan) hela natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. <i>Rymmer hemifrån över natten</i> – vid minst<br>ett tillfälle som omfattar minst två nätter<br>eller vid två tillfällen om vardera ett dygn                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. <i>Skolkar</i> – börjat skolka <i>före 13 års ålder</i><br>och skolkat minst två gånger   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Tilläggsriterier**

Utöver inkluderingskriterierna ovan, notera även om följande förekommer

- |   | Nej                      | Senaste<br>12 mån        | Senaste<br>6 mån         | Vet<br>ej                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. <i>Alkohol</i> – dricker alkohol minst 3 gånger<br>i veckan eller att den unge själv, föräldrar,<br>vänner eller lärare oroat sig för eller klagat<br>över drickandet             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. <i>Narkotika, lösningsmedel eller tabletter</i><br>– minst 3 tillfällen eller att den unge själv,<br>föräldrar, vänner eller lärare oroat sig för eller<br>klagat över drogbruket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. <i>Självd destruktivt beteende</i> – skadar sig själv<br>medvetet, prostituerar sig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **Exkluderingsriterier**

Om minst ett av åtta kriterier uppfyllts

- |   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. Barnet är under 12 år eller äldre än 17 år och sex månader                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Det saknas vuxen som kan fungera som förälder  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Familjen är aktuell för terapeutiska insatser från andra<br>instanser (t.ex. PBU)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Ungdomen har endast begått sexuella övergrepp  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Ungdomen är akut psykotisk, autistisk eller i akut fara för<br>att begå självmord    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Hemmet utgör en fara för terapeutens säkerhet  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Om den unge bor kvar hemma finns en allvarlig risk<br>att han/hon eller andra skadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Hemtagning av långtidsplacerad ungdom utan aktuella<br>beteendeproblem               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Handläggare: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

e-mailadress: \_\_\_\_\_

Föräldrars födelseland:  Båda Sverige  En Sverige +  Båda utomlands  
en utomlands  
Föräldrar har tolkbehov:  Nej  Ja (ange språk) \_\_\_\_\_  
Föräldrars motivation till insatser:  Låg  Medel  Hög  
Övrig information: \_\_\_\_\_

---

***Instruktion:***

- Inkluderings- och exkluderingskriterierna syftar till att skapa enhetlighet mellan kommunerna/stadsdelarna.
- Inkluderingskriterierna 1–15 beskriver kännetecken på ungdomar med allvarlig uppförandestörning (eng. conduct disorder). De har visat sig öka risken för allvarliga psykosociala problem i vuxen ålder. Kriterier 1–7 avser aggressivt beteende som orsakar skada eller hotar att skada andra, 8–9 icke-aggressiva beteendebrott, 10–12 bedrägligt och tjuvaktigt beteende samt 13–15 allvarliga regelbrott.
- Exkluderingskriterierna A–I används eftersom tidigare forskning visat att MST inte är lämpligt när de förekommer.
- För att en ungdom ska inkluderas i utvärderingen måste minst tre av kriterierna 1–15 vara uppfyllda det senaste året, varav minst ett de senaste sex månaderna. Samtidigt får inte något av kriterierna A–I vara uppfyllda. Notera även om kriterierna 16–18 förekommer. Om enbart 16–18 förekommer (och inte 1–15) inkluderas ungdomen preliminärt inte i utvärderingen.
- Inkluderings- och exkluderingskriterierna fungerar som vägledning och är utgångspunkt för diskussion i bedömningsgruppen.

## **Bilaga B. Frågor om familjerelationer till föräldrar**

### **Styrning ( $\alpha = .77$ )**

- 8 Måste Er ungdom ha Ert tillstånd för att gå ut sent på vardagskvällar?
- 15 Måste Er ungdom först fråga Er innan han/hon kan bestämma med kamrater vad de skall göra en *lördagskväll*?
- 25 Om Er ungdom går ut en *lördagskväll*, måste han/hon berätta var han/hon ska gå och vem han/hon ska träffa?
- 34 Om Er ungdom har varit ute sent en kväll, kräver Ni då att barnet berättar vad han/hon har gjort och vilka han/hon umgått med?

### **Öppenhet ( $\alpha = .87$ )**

- 7 Tror Du att Din ungdom håller hemligt om det som händer på hans/hennes fritid?
- 16 Brukar Din ungdom berätta vad han/hon gör på eftermiddagarna efter skolan?
- 28 Tror Du att Din ungdom döljer vad han/hon gör på kvällar och helger?
- 33 När Er ungdom varit ute en kväll, berättar han/hon då om vad han/hon varit med om?

### **Kunskap ( $\alpha = .87$ )**

- 1 Vet Du vad Din ungdom gör på sin fritid?
- 4 Vet Du vilka kamrater Din ungdom umgås med på fritiden?
- 5 Vet Du var Din ungdom är när han/hon är ute med kamrater på kvällar?
- 10 Vet Du vad Din ungdom använder sina fickpengar till?
- 21 Har det hänt den senaste månaden att Du inte vetat var Din ungdom varit på kvällen?

### **Beslutfattande ( $r = .45$ )**

- 27 Frågar Ni Er ungdom till råds när Ni ska fatta beslut om något som rör *honom/henne*?
- 36 Frågar Ni Er ungdom till råds när Ni ska fatta beslut om något som rör *familjen*?

### **Kunskapssökande ( $\alpha = .69$ )**

- 11 Ber Du din ungdom berätta om sånt som händer på fritiden (vem han/hon träffar ute på stan, fritidsaktiviteter, osv)?
- 14 Ber Du din ungdom berätta om det som hänt i skolan en vanlig dag?
- 17 Hur ofta har Ni haft ett samtal med Er ungdom om hur han/hon har det?
- 30 Brukar Du prata med Din ungdoms kamrater när de kommer hem till Er? (fråga vad de gör och vad de tycker om olika saker)

### **Bilaga C. Frågor om familjerelationer till ungdomar**

#### **Styrning ( $\alpha = .70$ )**

- 3 Om du går ut en *lördagskväll*, måste du då tala om för dina föräldrar vart du ska gå och vem du ska träffa?
- 8 Känns det som om dina föräldrar kräver att få veta allt som händer i ditt liv?
- 14 Måste du ha dina föräldrars tillstånd för att vara ute sent på *vardagskvällar*?
- 23 Om du har varit ute sent en kväll, kräver dina föräldrar då att du berättar vad du gjort och vilka du träffat?

#### **Öppenhet ( $\alpha = .70$ )**

- 4 Hur brukar du reagera när dina föräldrar frågar vad du och dina kompisar gjort på kvällen?
- 5 Berättar du för dina föräldrar om något har hänt – även om du skäms eller känner dig generad över det?
- 18 Håller du hemligt om sånt som händer på din fritid?
- 25 När du varit ute en kväll, berättar du hemma vad du varit med om?

#### **Kunskap ( $\alpha = .81$ )**

- 1 Känner dina föräldrar till vad du gör på din fritid?
- 2 Vet dina föräldrar vad du använder dina fickpengar till?
- 6 Har det hänt den senaste månaden att dina föräldrar inte har haft en aning om var du hållit hus på kvällen?
- 9 Vet dina föräldrar vad du gör på eftermiddagen efter skolan?
- 22 Vet dina föräldrar vilka kamrater du umgås med?
- 27 Vet Dina föräldrar var Du är när Du är ute med kamrater på kvällar?

#### **Beslutsfattande ( $\alpha = .76$ )**

- 7 Frågar dina föräldrar dig till råds när de ska fatta beslut om något som rör familjen?
- 12 Låter Dina föräldrar Dig vara med när ni ska bestämma något i familjen?
- 15 Om Du har andra synpunkter på saker och ting, tar Dina föräldrar hänsyn till det och ändrar sitt beslut?
- 21 Har Du inflytande och känner dig delaktig i sånt som händer i familjen?
- 24 Får Du tala till punkt när ni diskuterar hemma?

#### **Kunskapssökande ( $r = .26$ )**

- 10 Ber Dina föräldrar Dig berätta om det som hänt i skolan en vanlig dag?
- 17 Ber Dina föräldrar Dig berätta om sånt som händer på fritiden (vem du träffar på stan, fritidsaktiviteter, osv)?

**Bilaga D.** Samband mellan medierande variabler och utfallsmått vid förmätningen (endast statistiskt säkerställda samband,  $p < .05$ , redovisas) ( $N=156$ )

	Familjerelationer (U)	Familjerelationer (F)	Sociala kom-petens med vänner (U)	Sociala kom-petens med vänner (F)	Sociala för-mågor (U)	Asociala kamrater (U)	Går i skolan (0=nej, 1 =ja)
CBCL(tot)	-.25	-.44	.	-.36	-.33	.	.
CBCL(int)	-.20	-.27	.	-.34	-.22	.	.
CBCL(ext)	-.25	-.47	.	-.27	-.39	.23	.
YSR(tot)	-.42	.	-.18	-.34	-.53	.37	.
YSR(int)	-.33	.	-.31	-.35	-.30	.21	.
YSR(ext)	-.47	.	.	-.25	-.61	.47	.
SCL(gsi)	.	-.22	.	.	.	.	.
SCL(int)	.	.	.	.	.	.	.
SCL(dep)	.	-.24	.	.	-.19	.24	.
SCL(anx)	.	-.23	.	.	.	.	.
Alkoholkonsumtion	-.20	.	.	.	-.30	.24	.
Alkoholproblem (Audit)	-.34	.	.	.	-.38	.43	.
Drogproblem (Dudit)	.	.	.	.	.	.32	.
Normbrott (SRD)	-.30	.	.	.	-.34	.37	.
Kasam	.36	.	.24	.	.31	-.21	.
Livssteget	.34	.	.	.	.30	-.28	.

**Bilaga E. Samband mellan medierande variabler och utfallsmåtten vid 6-månadersmätningen (endast statistiskt säkerställda samband,  $p < .05$ , redovisas)**

	Familjerelationer (U)	Familjerelationer (F)	Sociala kom-petens med vänner (U)	Sociala kom-petens med vänner (F)	Sociala för-mågor (U)	Asociala kamrater (U)	Går i skolan (0=nej, 1=ja)
CBCL(tot)	-.19	-.35	.	-.37	-.21	.	-.25
CBCL(int)	-.15	-.19	.	-.39	.	.	-.29
CBCL(ext)	-.21	-.47	.	-.30	-.25	.	-.21
YSR(tot)	-.37	.	.	-.32	-.45	.29	-.18
YSR(int)	-.25	.	-.21	-.31	-.29	.	-.19
YSR(ext)	-.46	-.16	.	-.20	-.50	.45	.
SCL(gsi)	.	-.19	.	-.20	-.23	.	-.25
SCL(int)	.	.	.	-.17	.	.	-.26
SCL(dep)	.	-.24	.	-.21	-.28	.	-.22
SCL(anx)	-.21	-.26	.	.	-.25	.	-.23
Alkoholkonsumtion	-.34	-.23	.	.	-.21	.26	.
Alkoholproblem (Audit)	-.40	-.26	.	.	-.27	.42	.
Drogproblem (Dudit)	-.27	-.23	.	.	-.17	.38	-.20
Normbrott (SRD)	-.34	.	.	.	-.31	.32	.
Kasam	.33	.19	.16	.30	.28	-.17	.
Livssteget	.33	.23	.	.23	.27	-.17	.
Nya insatser	.	.	.	.	.	.	-.23
Dagar i dygnsvård	.	.	.	.	.	.	.
Ny polisanmälan	.	.	.	.	.	.	-.29
Tillfreds med insatser (U)	.	.	.	.	.	.	.
Tillfreds med insatser (F)	.	.	.	.	.	.	.19

**Bilaga F. Samband mellan förändring i medierande variabler och förändring i utfallsmåttan**  
(endast statistiskt säkerställda samband,  $p < .05$ , redovisas)

	Familjerelationer (U)	Familjerelationer (F)	Sociala kom-petens med vänner (U)	Sociala kom-petens med vänner (F)	Sociala för-mågor (U)	Sociala kamrater (U)	Går i skolan (0=nej, 1=ja)
CBCL(tot)	.	-.34	.	.	-.36	.	.
CBCL(int)	.	-.24	.	-.17	-.39	.	.
CBCL(ext)	.	-.35	.	.	-.30	.	.
YSR(tot)	.	.	.	-.32	-.20	.	.
YSR(int)	.	.	-.20	.	-.20	.	.
YSR(ext)	-.23	.	.	-.38	-.17	.28	.
SCL(gsi)	.	-.27	.	.	-.20	.	.
SCL(int)	.	-.17	.	.	.	.	.
SCL(dep)	.	-.24	.	.	-.27	.	.
SCL( anx)	.	-.25	.	.	-.20	.	.
Alkoholkonsumtion	.	.	-.17	.	.	.	.
Alkoholproblem (Audit)	.	.	.	.	.	.20	.
Drogproblem (Dudit )	.	.	.	.	.	.19	.
Normbrott (SRD)	.	.	-.17	.	.	.24	.
Kasam	.19	.	.	.	.23	.	.
Livssteget	.18	.	.	.19	.22	.	.
Nya insatser	.	.	.	.	.	.	.
Dagar i dygnsvård	.	.	-.16	.	.	.	.
Tillfreds med insatser (U)	.	.	.	.	.	.	.
Tillfreds med insatser (F)	.	.	.	.	.	.	.