

Psykiatriska diagnoser och förändringar hos en grupp SiS- ungdomar

Av Johanna Alsfjell och Johan Stenberg

Förord

Föreliggande rapport utgör en analys av data som har samlats in inom ramen för forskningsprojektet *Psykiska störningar hos ungdomar med sociala problem* (U98-3008) av professor Bengt-Åke Armelius och docent Bruno Hägglöf, båda vid Umeå universitet. Rapporten är skriven av Johanna Alsfjell och Johan Stenberg som examensuppsats inom ramen för psykologprogrammet vid Umeå universitet 2007. Handledare har varit professor Bengt-Åke Armelius och fil dr Helene Ybrandt.

Av SiS särskilda ungdomshem ingår Björkbackens skol- och behandlingshem i Göteborg, Eken i Uddevalla, Sävastgården i Boden och Vemyra ungdomshem i Sollefteå. Data samlades in åren 1998 och 2000 och omfattar 35 ungdomar, 13 pojkar och 22 flickor.

Studien visar att i den studerade gruppen, där samtidig internaliserande och externaliserande problematik är vanligt förekommande sker en positiv förändring över en treårsperiod. Förbättringar sker inom flera livsområden och framför allt inom skola, kriminalitet och alkoholmissbruk. Men det sker inte förbättringar i ungdomarnas psykiska problematik. Författarna drar slutsatsen att för att nå genomgående goda resultat, behöver behandlingen riktas mot både det externaliserande och det internaliserande området, det vill säga till exempel mot både depression och missbruk, eller ångest och brottslighet.

Stockholm i mars 2008

Nils Åkesson
Utvecklingsdirektör

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka hur den psykiska och sociala problematiken såg ut i en institutionsplacerad grupp av antisociala ungdomar med psykiska problem, hur ungdomarna förändrades under en treårsperiod samt om förändringen påverkades av typ och grad av initial problematik. Genom Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) samt intervjumaterial undersöktes institutionsplacerade ungdomar (N=35, 11–20 år). Resultaten visade att ungdomarna i hög grad hade både externaliserande och internaliserande diagnoser. En stor förbättring skedde för de externaliserande problemen medan den psykiska hälsan inte förändrades. Studien kunde inte visa på att typ och grad av problematik generellt påverkade utfallet. Vår undersökning påvisar ett behov av hjälp med den psykiska problematiken för ungdomarna.

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	2
Inledning	4
Institutionsvårdens effekter	5
Syfte och frågeställningar	7
Metod	9
Deltagare	9
Procedur	9
Instrument	11
Begreppsapparat	12
Bortfall	12
Statistiska analyser	12
Resultat	13
Skillnader mellan undersökningsgrupp och normalgrupp	14
Förändring hos SiS-gruppen	17
Skillnader i förbättring med avseende på initial problematik	19
Bortfallsanalys	22
Diskussion	23
Psykiatriska diagnoser hos under- sökingsgruppen	23
Förändring hos undersökningsgruppen	24
Förändring utifrån grad av problematik	26
Referenser	28

Inledning

I Sverige vårdas varje år cirka 2000 barn och ungdomar av sociala skäl utanför sina föräldrahem (Statens institutionsstyrelses hemsida, 2007). För de allra flesta gäller frivilliga insatser enligt socialtjänstlagen (SoL), men omhändertagande sker också med tvång enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Bland de ungdomar som omhändertas finns en grupp som under längre eller kortare perioder bedöms behöva särskilt noggrann tillsyn och som socialutskottet har definierat som ”... de mest utagerande och brottsbenägna ungdomarna som till följd av sitt beteende kräver särskilt intensiva insatser, liksom psykiskt störda ungdomar och övriga minoritetsgrupper med särskilt svår problematik”. Sådan särskilt noggrann tillsyn kan ges på de särskilda ungdomshem som finns runt om i landet och drivs av Statens institutionsstyrelse (Korpi, 1996). Dessa hem har en hög personaltäthet, tillgång till låsbara platser samt rättigheten att vid behov kunna isolera, visitera och avkräva urinprov från de intagna ungdomarna (Hermodsson & Hansson, 2005) vilket skiljer dem från andra institutioner. SiS har idag ansvar för 33 särskilda ungdomshem med sammanlagt 685 platser där större delen används för långsiktig behandling och drygt en tredjedel avser akut- och utredningsplaceringar. Majoriteten (528) av platserna är låsbara och ungefär en fjärdedel är vikta för enbart flickor. Behandlingsmetoderna varierar mellan olika behandlingshem och utifrån den enskildes behov men några exempel är miljöterapi, kognitiv beteendeterapi, familje- och nätverksarbete och tolvstegsbehandling (eftersom många ungdomar har omfattande missbruksproblem). Vårdtiderna varierar mellan några veckor vid akutplaceringar till flera år vid behandlingsplaceringar. Målsättningen med vården är att barnet ska kunna återvända till sitt eget hem eller till ett eget boende efter avslutad behandling (Statens institutionsstyrelses hemsida, 2007).

Varje år placeras ungefär 1000 ungdomar på särskilda ungdomshem enligt LVU eller SoL och åldrarna för de inskrivna varierar mellan 12 och 21 år med en medelålder på 16 år. Ungefär en tredjedel är flickor och majoriteten av ungdomarna placeras med tvång (Nordqvist, 2005; Söderholm Carpelan & Hermodsson, 2004). Placeringen föregås vanligtvis av ett flertal andra insatser via socialtjänsten, såsom placeringar i familjehem och på kommunala och privata institutioner (SiS hemsida, 2007).

Tvångsomhändertagande enligt LVU beslutas av länsrätten på begäran av socialstyrelsen och sker om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende (§3) eller om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas (§2). Det krävs också att den behövliga vården inte kan ges på frivillig väg (Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga 1990:52). De främsta orsakerna till placering på särskilt ungdomshem är beteendeproblem, kriminalitet, missbruk eller annat socialt avvikande beteende, det vill säga så kallat antisocialt beteende. Många av ungdomarna uppvisar problem inom flera områden samtidigt och

skolproblem och störda föräldrarelationer förekommer hos merparten (Söderholm Carpelan 1997).

Forskning visar att antisocialt beteende och allvarliga beteendestörningar hos unga vanligtvis föregås av beteendeproblem i barndomen och påverkan av riskfaktorer dels bland egenskaper hos ungdomen själv (som temperament och impulsivitet) och dels i dess omgivning såsom familjeförhållanden, vänskapskrets, närmiljö och skolgång (Andreassen, 2003). Bland de ungdomar som vårdas för beteendeproblematik kommer en stor del från splittrade hem, har föräldrar med missbruksproblem, psykiska eller sociala problem (Sarnecki, 1996; Vinnerljung & Franzén, 2006) och relationen till föräldrar eller andra närstående präglas ofta av instabilitet och otrygghet (Söderholm Carpelan, 1997). Uppväxten har för många varit en period av brutna relationer, byten av vårdnadshavare och en eller flera vårdperioder i fosterhem och på andra anstalter (Levin, 1996). De är också vanligt att ungdomarna har psykiska eller psykologiska problem (Söderholm Carpelan, 1997). Många kan vara i dåligt psykiskt skick, nästan hälften av de ungdomar som skrevs in på särskilda ungdomshem i Sverige år 2000 rapporterades ha svår depression och en fjärdedel hade självmordstankar. En engelsk undersökning (McCann et al, 1996) visade att drygt 90% av institutionsplacerade ungdomar uppfyllde kriterier för psykiatriska diagnoser (ref i Nordqvist, 2005). Majoriteten av intagna ungdomar har begått brott tidigare och har omfattande erfarenhet av alkohol och narkotika (Nordqvist, 2005).

En av de vanligaste orsakerna till institutionsbehandling av unga människor är beteendestörning (Fransson & Armelius, 1996). Diagnosen beteendestörning ställs enligt DSM-IV om ett antal preciserade kriterier anses uppfyllda. Exempel på dessa är: *stöld, rymt hemifrån, ljugande, eldanläggelse, skolk, inbrott, fysisk grymhet samt förstörande av annans egendom* (DSM-IV). Lyman och Campbell (1996) har utvecklat en modell som klassificerar beteendeproblem i två huvudsyndrom (ref i Andreassen, 2003). Det första syndromet är starkt orienterat mot omvärlden och omfattar hyperaktivitet, aggression samt antisocialt beteende och återspeglar de kriterier som ingår i beteendestörning utifrån DSM-IV. Dessa störningar kallas för externaliseringsproblem. Det andra syndromet är starkt orienterat mot den unge själv och återspeglar huvudsakligen affektiva sjukdomar specificerade i DSM-IV såsom depression, ångesttillstånd och social tillbakadragenhet. Problem inom detta område kallas för internaliseringsproblem. I modellen ses internaliserings- och externaliseringsproblem som resultatet av en transaktionell process mellan riskfaktorer i personligheten, riskuppföstran och socialiseringsvillkor i omgivningen (Andreassen, 2003).

Institutionsvårdens effekter

Inom den vetenskapliga världen (Holmqvist, Hill, Lang, 2005) fanns det tidigare en utbredd skepsis när det gällde möjligheterna att framgångsrikt behandla unga med antisocial problematik och inställningen var länge att ingenting fungerar. Men från

och med åttiotalets mitt har forskningsöversikter och metaanalyser visat att behandling visst kan vara framgångsrik och att vissa behandlingsmodeller generellt har visat sig mer framgångsrika än andra. Vi kommer i denna studie inte att gå djupare in på forskning om vilka behandlingsmodeller som påvisat bäst resultat utan bara se till vilka effekter man kan förvänta sig av institutionsbehandling.

Andreassen (2003) har i sin översikt om institutionsbehandling av ungdomar gått igenom internationell forskning i ämnet. Han visar på att det finns stora variationer i effekter av behandling av ungdomar med allvarliga beteendeproblem och understryker vikten av att reda ut vad som skiljer institutioner med goda resultat från andra institutioner. Generellt kan en effekt av institutionsbehandling påvisas och effektstorlekarna varierar från låga till måttliga. De stora resultatskillnaderna menar han betyder att behandlingen har effekt under särskilda förhållanden och på vissa villkor, och för specifika ungdomsgrupper. Att reducera återfall i kriminalitet har visat sig särskilt svårt och i allmänhet ser man bättre resultat på andra utfallsmått (Holmqvist, Hill, Lang, 2005). För många studier påvisas störst effekt på psykologiska mått (Andreassen, 2003). Lipsey (1995) redovisar i en metaanalys följande siffror som mått på förbättring: kriminalitet 10 procent, psykologiska variabler 28 procent, interpersonell funktion 12 procent, skolnärvaro 12 procent, skolprestation 14 procent och arbetsprestation 10 procent (ref i Holmqvist, Hill, Lang, 2005). Man har också funnit att relativt stora förändringar när det gäller psykologiska variabler inte har något samband med återfallsfrekvens i kriminalitet. Det är alltså fullt möjligt att uppnå förändringar i personlighet, attityder och anpassning utan att det har någon inverkan på kriminologiska variabler (Andreassen, 2003).

I Sverige har man genom resultatstudier och uppföljningsstudier undersökt de särskilda ungdomshemmen. Levin (1998) har i en studie tittat på ungdomar vid Råby ungdomshem mellan 1982–1993 (ref i Andreassen, 2003). Han fann i sin undersökning att 80 procent av ungdomarna begick lagbrott efter utskrivningen, en del av dem hade inte begått kriminella handlingar innan vistelsen. 13 procent bedömdes ha lämnat den kriminella banan. 5 procent hade slutat med narkotika medan 70 procent missbrukade narkotika efter placeringen, jämfört med 60 procent innan. Huvudintrycket från undersökningen var att de som missbrukade narkotika innan placeringen fortsatte med det efter utskrivningen. I studien bedömdes att det gått relativt bra för 30 procent av ungdomarna (bra resultat definierades som frånvaro av brottslighet, missbruk och fortsatt anstaltsvistelse samt socialt acceptabel situation under uppföljningstiden). Generellt upplevde ungdomarna att det var lite innehåll i behandlingen och placeringen upplevdes som ett förvar som i huvudsak handlade om att anpassa sig till vardagsrutiner.

En uppföljning av 197 ungdomar på särskilda ungdomshem mellan 2000 och 2002 visade på att ungdomarna ett år efter utskrivning i mindre omfattning uppgav psykosomatiska och psykiska besvär. Den psykiska problematiken var emellertid fortfarande betydande. Ungdomarna var mindre brottsaktiva, andelen våldskriminella

hade minskat från 64 till 37 procent och andelen som ej är kriminella ökat från 12 till 39 procent. Två tredjedelar av dem som vid inskrivningen begått brott hade vid uppföljningen återfallit. Narkotikamissbruket hade ökat vid uppföljningen, andelen missbrukande ungdomar var densamma men missbruket tyngre. Andelen med grovt narkotikamissbruk hade ökat från två femtedelar vid inskrivningstillfället till hälften vid uppföljningen. Undersökningen visade att det finns ett fortsatt vårdbehov vid uppföljning ett år efter utskrivningen (Nordqvist, 2005).

En undersökning av Sarnecki (1996) visade att tre fjärdedelar av en stor grupp ungdomar som varit placerade på särskilda ungdomshem fortfarande ansågs ha olika typer av problem två år efter utskrivning, även om antalet problem var färre än vid inskrivningen. De vanligaste problemen var brottslighet och missbruk. Nästan två femtedelar vistades på någon form av institution. Resultaten från de svenska studierna visar på att institutionsbehandlingen i Sverige ger vissa positiva effekter men det finns också stora svårigheter.

Andreassen (2003) påpekar problematiken med att blanda ungdomar med problem-beteenden. Det tycks medföra stor risk för att ungdomarna påverkar varandra på ett negativt sätt genom att asociala attityder och beteenden förstärks och sprids, en sorts smittoeffekt. Denna kultur påverkar ungdomarna kraftigt och socialiserar dem till ett avvikande värdesystem och ger upphov till motstånd mot behandlingsåtgärder. Ett annat problem med institutionsbehandling är att många av ungdomarna inte stannar tillräckligt länge för att behandlingen ska få effekt. Institutionsvistelsen kan avbrytas genom rymning, att beslut om vård upphävs, att den unge omplaceras m m. En undersökning av Vinnerljung et al (2001) fann att var tredje placering på öppna institutioner som avbröts till följd av behandlingssammanbrott, där den unge kraftigt motsätter sig behandling, rymmer eller på annat sätt omöjliggör fortsatt vård, resulterade i en ny placering inom ett år medan det för placeringar som avslutades normalt gällde var fjärde (ref i Andreassen, 2003). Studier visar att det generellt går bättre för de ungdomar som fullföljer sin behandling. Scholte och Van der Ploeg (2005) fann en markant minskning av externaliseringsproblem vid fullföljande jämfört med ingen förändring vid avbruten behandling.

Syfte och frågeställningar

Trots att det är vanligt med institutionsbehandling för ungdomar är forskning i de nordiska länderna inte så omfattande när det gäller hur institutionsbehandlingen fungerar i praktiken (Andreassen, 2003). De undersökningar som gjorts kring behandling av unga med allvarliga beteendeproblem i Sverige har generellt fokuserat på dem med enbart antisocial problematik. Syftet med vår studie är att undersöka hur institutionsbehandling fungerar för ungdomar som inte enbart har beteendeproblem utan också allvarliga psykiska störningar. Genom att undersöka en grupp ungdomar från ungdomshem som vänder sig speciellt mot individer, som utöver antisociala

problem även anses ha omfattande psykisk problematik, hoppas vi kunna ge en mer specifik kunskap om hur problembilden ser ut för denna särskilda grupp.

Placering på särskilda ungdomshem sker efter utredning och rekommendation av socialtjänsten och det finns ingen praxis inom institutionsvården att diagnostisera ungdomarna innan de placeras på hemmen. Därför blir det dels intressant att undersöka vilken typ av problematik som utmärker dessa ungdomar och dels hur psykisk och social problematik påverkas under en treårsperiod. Studiens frågeställningar är således:

- Vad skiljer gruppen ungdomar med antisocial och psykisk problematik från en grupp normalungdomar med avseende på psykiatriska problem?
- Hur förändras SiS-ungdomarna under en treårsperiod med avseende på fysisk hälsa, skolproblematik, problemumgänge, familjeproblem, psykisk hälsa, brottslighet, alkohol och narkotika?
- Kan eventuella skillnader i förändring härledas till vilken typ av problematik ungdomarna inledningsvis har?

Våra hypoteser är att denna grupp har en ökad belastning av psykisk och social problematik jämfört med jämförelsegruppen. Utifrån resultat från tidigare forskning förväntas förändringarna inom gruppen efter institutionsvistelse vara störst för psykologiska mått och lägre för kriminella mått och missbruksmått. Vi förväntar oss också att de som initialt har internaliserande problematik ska förändras mer än de med externaliserande problematik eftersom tidigare forskning har visat på att institutionsvård ger störst effekt på psykologiska variabler.

Metod

Vår studie är baserad på material som samlats in inom ramen för ett SiS-finansierat forskningsprojekt med rubriken *Psykosociala störningar hos ungdomar med sociala problem* på institutionen för psykologi vid Umeå universitet. Detta projekt inleddes 1998 med syftet att förbättra kunskaperna om vilka psykosociala störningar som utmärker ungdomar som vårdas vid SiS ungdomshem. I projektet användes ett batteri av tester och intervjuer för att kartlägga ungdomar intagna på fyra ungdomshem med avseende på fysisk och psykosocial hälsa samt social situation. Behandlingshemmen som ingår i projektet är Björkbackens skol- och behandlingshem, Eken, Sävastgården och Vemyra ungdomshem. Dessa enheter är inriktade mot ungdomar med psykosociala problem, med inslag av kriminalitet och missbruk, i kombination med allvarliga psykosociala problem. Både de medverkande ungdomarna och deras föräldrar i Ungdomsprojektet informerades om studiens genomförande och deltagandet var frivilligt. Undersökningen i Ungdomsprojektet är godkänd av etiska kommittén.

Deltagare

SiS-grupp

I vår undersökning har vi använt oss av testresultat och intervjumaterial från en grupp om 35 personer bestående av ungdomar som alla var under utredning eller vård enligt LVU (Lagen om vård av unga) eller SoL (Socialtjänstlagen) vid något av de fyra SiS-hemmen. Dessa hem, som är förlagda på geografiskt vitt skilda orter, vänder sig primärt till ungdomar i den egna regionen men har alla i mån av plats hela landet som upptagningsområde. Deltagarna i undersökningsgruppen var mellan 11 och 20 år under den period då projektet pågick och genomsnittsåldern vid DICA-intervjuens genomförande var 15.6 år ($SD=2.0$). Gruppen bestod av 13 pojkar och 22 flickor.

Normalgrupp

En jämförelsegrupp har också använts i syfte att beskriva hur diagnosbilden ser ut hos normala ungdomar och därigenom ge en referenspunkt till SiS-gruppens resultat. Den bestod av 59 ungdomar från Umeå kommun i åldern 15–18 år ($M=16.7$ och $SD=0.9$) varav 29 pojkar och 30 flickor. De utgör en undergrupp till ett urval på 121 ungdomar som inom ungdomsprojektet slumpmässigt valdes ut via folkbokföringsregistret (Börjesson, Armelius, Ybrandt, 2007). Denna undergrupp valdes ut från den större gruppen genom konsekutivt urval.

Procedur

Det material vi har använt oss av i vår studie har inom ungdomsprojektet samlats in via DICA- och ADAD-intervjuer samt halvstrukturerade intervjuer baserade på ADAD. Data har bearbetats av oss för att möjliggöra statistiska beräkningar. I DICA-materialet har vi plockat ut de diagnoser som vi anser tillhöra externaliserande respektive internaliserande problem. Med externaliserande problematik åsyftas de

problem som är starkt orienterade mot omvärlden medan internaliserande problematik avser problem riktade mot den unge själv (Lyman & Campbell, 1996 ref. i Andreassen, 2003). Som externaliserande problem räknar vi beteendestörning, hyperaktivitetssyndrom, trotsyndrom, alkohol- samt drogmissbruk och som internaliserande problem depression, dystymi, ångestsyndrom, enkel fobi, tvång, ätstörning och PTSD. Vi har också delat in ungdomarna i grupper utifrån grad av problematik inom dessa två områden för att undersöka om typ och grad av initial problematik påverkar utfallet. Denna indelning gjordes utifrån ungdomarnas resultat i DICA, där antalet diagnoser inom varje område avgjorde om de hade inga, lite eller mycket problem inom detta område. Med inga avses 0 diagnoser, lite 1–2 diagnoser och mycket 3 eller fler diagnoser. Det totala antalet diagnoser för externaliserande problem är 5 och för internaliserande problem 6. Varje individ tillhör både någon av de tre internaliserande graderingarna och någon av de tre externaliserande graderingarna. Grupperingarna efter typ av problematik är således icke ömsesidigt uteslutande. För att undersöka förändring har vi utgått från den första och sista av de halvstrukturerade intervjuerna för samtliga individer.

Utifrån intervjumanualen har vi skapat utfallsvariabler som vi anser spegla internaliserande eller externaliserande problem. Dessa är *fysisk hälsa*, *skolproblematik*, *problemumgänge* (umgänge med vänner som är kriminellt belastade eller missbrukar), *familjeproblem* (problem i relationen till övriga familjemedlemmar), *psykisk hälsa*, *brottslighet*, *alkohol* (hur ofta och hur mycket individen dricker alkohol) och *narkotika*. Genom att läsa skriftliga sammanfattningar av intervjuerna har vi sedan graderat varje individs problem inom varje variabelområde från 0–2, där 0 är inga indikationer på problem, 1 är indikationer på lite problem och 2 är indikationer på mycket problem. Skattningarna på första och sista intervjun har jämförts för att se förändring för varje variabel. Eftersom intervjumaterialet gjorde det svårt att skapa klart definierade kriterier för grad av problem har dessa skattningar gjorts utifrån våra egna bedömningar av vad som avses med inga, lite och mycket problem. Exempel på utsagor som ligger till grund för några skattningar visas i tabell 1.

Problemskattningarna har gjorts enskilt av uppsatsförfattarna och sedan jämförts för att därigenom försöka nå interbedömarreliabilitet. Skattningarna visade sig i hög grad stämma överens och i de fall de inte gjorde det fördes resonemang om vad som var det mest lämpliga värdet. Då några förstaintervjuer hade bristande information på vissa variabler, i synnerhet missbruksvariablerna, har dessa kompletterats med ADAD-resultat från inskrivningen.

Tabell 1. Exempel på skattning av problem utifrån intervjumaterialet för tre variabler

	Lite problem (1)	Mycket problem (2)
Alkohol	<i>Dricker ibland. Inte varje helg men när hon dricker blir det oftast mycket.</i>	<i>Dricker alkohol flera gånger i veckan och mitt på dagarna, aldrig ensam, alltid tillsammans med de nya vännerna. Säger att hon gör det pga brist på annan sysselsättning.</i>
Brottslighet	<i>Snattar kläder osv, säger att hon gör det för att hon inte har några pengar.</i>	<i>Stora problem. Begår stölder, personrån osv.</i>
Psykisk hälsa	<i>Mår bra, men har känt sig ensam och deprimerad periodvis.</i>	<i>Självförtroendet är kört i botten. Känner sig ensam, nedstämd och deprimerad, äter "hur mycket lugnande som helst" (citrat). Äter efexor, litium och leponex. Hamnar ofta i bråk och gräl, mest hemma. Känner att hon inte kan kontrollera sin ilska, vill skada sig själv. Önskar att allt bara var en mardröm.</i>

Instrument

DICA (Diagnostic Interview for Children and Adolescents)

För att kunna beskriva hur vår undersökningsgrupp ser ut med avseende på psykiatrisk problematik har vi använt oss av resultat från DICA-intervjun. DICA (Herjanic & Reich, 1982) är en strukturerad intervju baserad på DSM-III-R. Den har använts i stor utsträckning i studier av såväl allmänheten som specifika grupper och har påvisat god reliabilitet och validitet i att diagnostisera DSM-III-R-störningar (Reich, 2000).

Intervjuer

För att mäta förändring över tid hos SiS-ungdomarna har vi i första hand använt oss av halvstrukturerade intervjuer gjorda inom ramen för ungdomsprojektet. Dessa utgår från samma kategorier som ADAD (beskrivs nedan). Intervjuerna gjordes med ungdomarna under perioden 1998–2001. Under den nämnda perioden gjordes en till två intervjuer per ungdom och år. Av de 35 ungdomar som utgör vårt urval hade 29 genomfört både för- och efterintervju.

ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)

SiS har sedan 1997 använt sig av ADAD (Friedman & Utada, 1989) i samband med inskrivning vid de olika hemmen. ADAD är en strukturerad intervju med framför allt fasta svarsalternativ och omfattar nio olika områden: fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika. För intervjun erhålls tre olika skattningsmått för varje område: klientens skattning av sitt problem, klientens skattning av sitt behandlingsbehov samt intervjuarens skattning av den unges behandlingsbehov (Söderholm Carpelan & Hermodsson, 2004). Instrumentet har testats i en rad sammanhang och har visat sig ha

god reliabilitet och tillfredsställande validitet (Bologninni et al, 2001; Börjesson, Armelius, Östgård-Ybrandt, 2007).

Begreppsapparat

I studien används genomgående begreppen externaliserande och internaliserande problem. Tabell 2 syftar till att tydliggöra vad som ingår i dessa begrepp.

Tabell 2. Definition och samband mellan begrepp som används i uppsatsen

	Internaliserande (problem riktade inåt)	Externaliserande (problem riktade utåt)
Diagnoser i DICA	Depression+Dystymi Ångestsyndrom Enkel fobi Tvång Ätstörning PTSD	Beteendestörning Hyperaktivitetssyndrom Drogmissbruk Alkoholmissbruk Trotssyndrom
Variabler för- och efterintervjuer	Psykisk hälsa	Skolproblematik Problemumgänge Familjeproblem Brottslighet Alkoholmissbruk Narkotika
I text	Psykiska problem	Sociala problem Beteendeproblem

Bortfall

Bland de 35 SiS-ungdomarna fanns sex som inte hade fullständigt intervjumaterial. Detta betyder att vi för att beskriva undersökningsgruppen har en urvalsstorlek på 35 medan den för att undersöka förändring är 29. Detta bortfall berodde i ett av fallen på dödsfall medan de övriga fem hade tackat nej till att fullfölja studien.

Statistiska analyser

Samtliga statistiska beräkningar har gjorts med SPSS 15.0. För att beskriva hur undersökningsgruppen skiljer sig från normalgruppen har gruppjämförelser gjorts på såväl diagnos- som itemnivå utifrån resultaten på DICA-intervjun. Jämförelserna har gjorts med independent t-test. Förändring hos SiS-gruppen har undersökts genom att vi beräknat skillnaden mellan för- och eftermätning med paired-samples t-test. Storleken på förändringen har undersökts med hjälp av ES-värden som tagits fram genom att differensen mellan förmätning och eftermätning dividerats med standardavvikelsen för denna differens. För att se samband mellan de av oss skapade grupperna efter typ och grad av problematik har en crosstabanalys utförts. Förändringen utifrån typ och grad har beräknats med envägs variansanalyser (ANOVA).

Resultat

Resultatet redovisas genom att vi först beskriver hur undersökningsgruppen skiljer sig från normalgruppen. Sedan beskrivs förändringen i undersökningsgruppen och avslutningsvis redovisas förändring beroende på typ och grad av initial problematik.

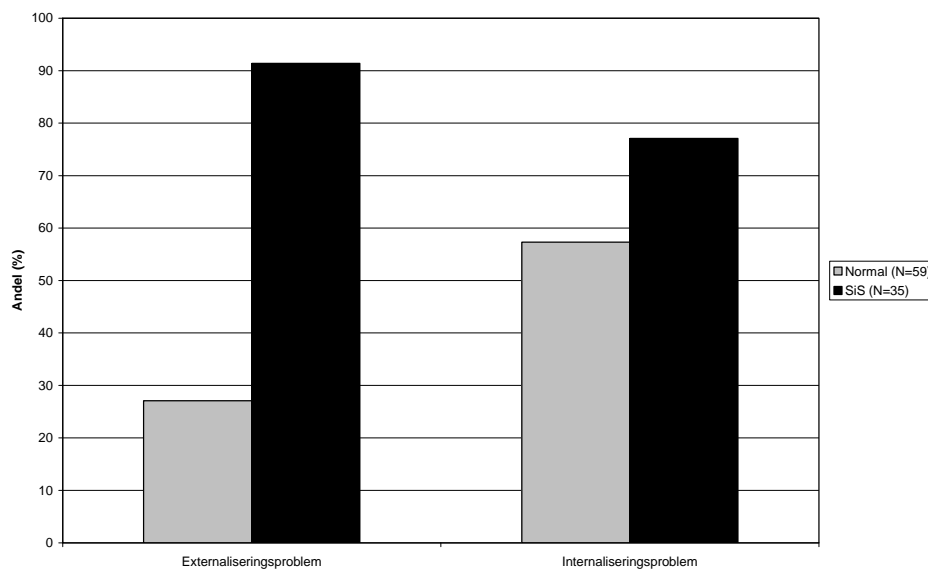
Tabell 3. Medelvärde och standardavvikelse för Dicavariabler i normalgrupp och SiS-grupp

Dicavariabler	Normalgrupp (N = 59)		SiS-grupp (N = 35)	
	M	SD	M	SD
Externaliserande problem (minst 1 av 5 diagnoser)	.27	.45	.91	.28
Drogmissbruk	0	0	.43	.5
Hyperaktivitetssyndrom	.07	.25	.37	.49
Alkoholmissbruk	.15	.36	.34	.48
Trotssyndrom	.03	.18	.29	.46
Beteendestörning	.08	.28	.83	.38
Skolka	.24	.43	.86	.36
Stjåla	.14	.35	.74	.44
Ljuga	.2	.41	.71	.46
Rymma	.17	.38	.63	.49
Skada människor	.2	.41	.63	.49
Inbrott	.02	.13	.4	.5
Rån	0	0	.29	.46
Vandalism	.02	.13	.17	.38
Beväpnat slagsmål	0	0	.11	.32
Tända eld på	.03	.18	.09	.28
Skada djur	0	0	.06	.24
Internaliserande problem (minst 1 av 6 diagnoser)	.58	.5	.77	.43
Depression+dystymi	.36	.48	.66	.48
Enkel fobi	.24	.43	.54	.51
Tvång	.02	.13	.17	.38
Ångestsyndrom	.19	.39	.29	.46
Ätstörning	.03	.18	.11	.32
PTSD	.03	.18	.11	.32

Note: 1=diagnos finns och 0=diagnos saknas (för skolka till skada djur gäller 1=uppfyller kriteriet och 0=uppfyller ej kriteriet).

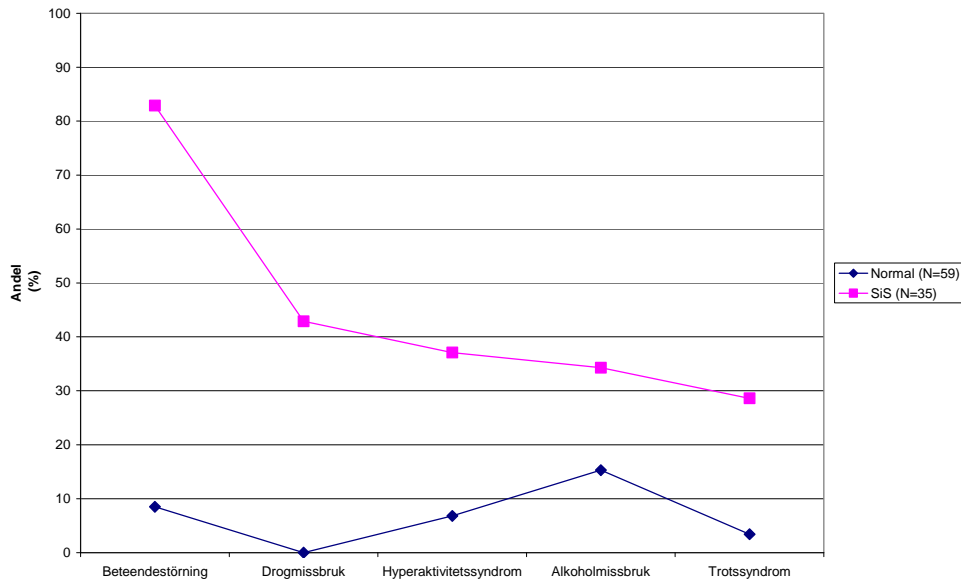
Skillnader mellan undersökningsgrupp och normalgrupp

Skillnader mellan normalgrupp och SiS-grupp har testats med oberoende t-test och signifikansnivån sattes till .05. Vi har undersökt hur många i normal- respektive SiS-gruppen som har externaliserande eller internaliserande problematik. För att anses ha problem ska minst en av de diagnoser som ingår i respektive område finnas. Figur 1 visar att en markant större del av SiS-ungdomarna har externaliserande problem, $t(91.5)=-8.51$, $p<.000$. Skillnaden i internaliseringsproblematik är mindre, men även den är signifikant $t(80.5)=-2.01$, $p<.047$.



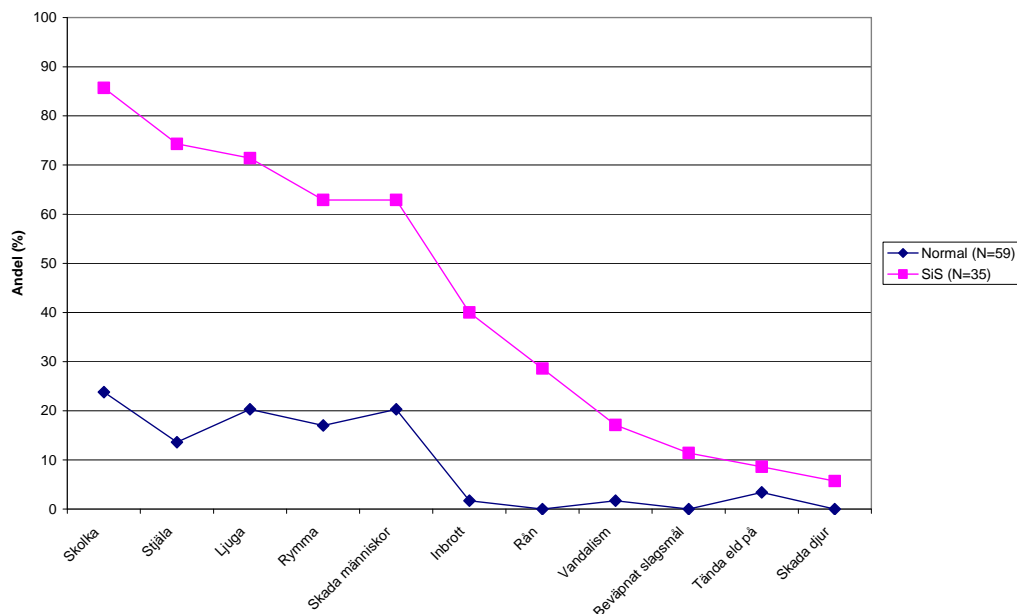
Figur 1. Andel ungdomar med externaliserings- och internaliseringsproblem

För att få en mer nyanserad bild av hur grupperna skiljer sig åt har vi även gjort jämförelser på diagnosnivå. Som figur 2 visar finns det en betydligt större förekomst av varje enskild externaliseringsdiagnos hos SiS-ungdomarna. De allra flesta av dem har beteendestörning (83%) och många har problem med drogmissbruk eller alkoholmissbruk (43 och 34%). Bland normalungdomarna ligger frekvensen på mindre än 10% för samtliga diagnoser med undantag för alkoholmissbruk (15%). Gruppkillnaderna för samtliga variabler är signifikanta (beteendestörning $t(55.89)=-10.02$, $p<.000$, drogmissbruk $t(34)=-5.05$, $p<.000$, alkoholmissbruk $t(56.94)=-2.02$, $p<.048$).



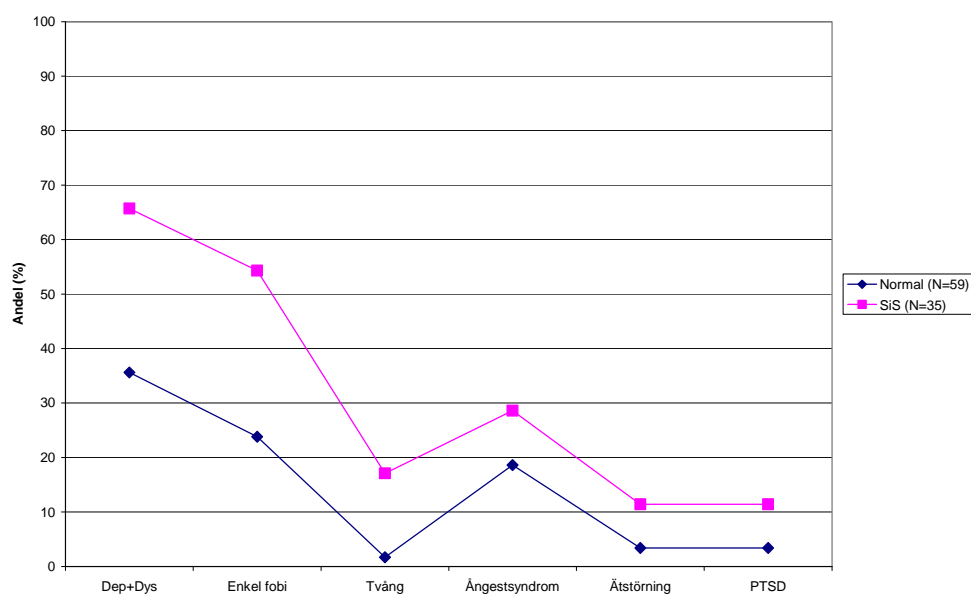
Figur 2. Andel ungdomar (%) som uppfyller diagnoser kopplade till externaliseringsproblem

Det finns också en signifikant skillnad mellan grupperna i hur många av diagnoserna som varje enskild individ har samtidigt. Bland de 32 ungdomar i SiS-gruppen som har externaliseringsproblem har man i genomsnitt 2.5 diagnoser var medan man bland de 16 ungdomar i normalgruppen med externaliserande problem i genomsnitt har 1.3 diagnoser, $t(43.14)=-4.94$, $p<.000$.



Figur 3. Andel ungdomar som uppfyller kriterier som ingår i diagnosen beteendestörning

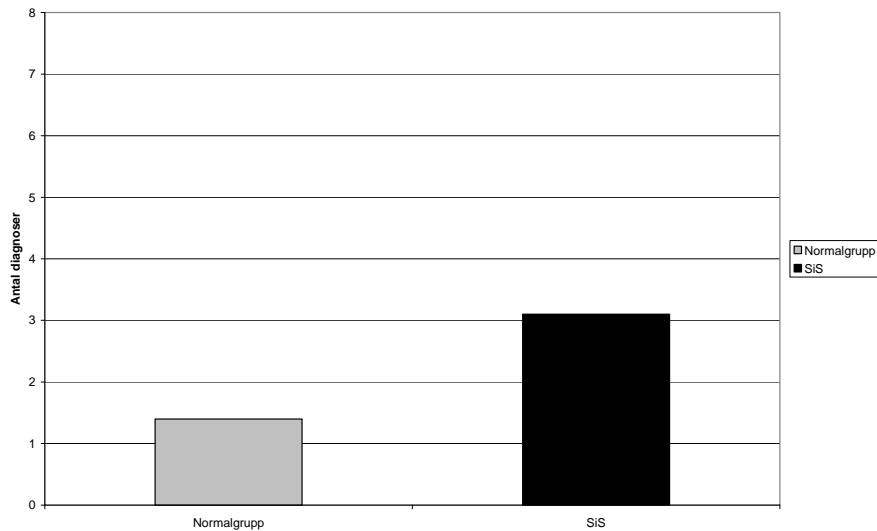
Eftersom SiS-ungdomarna så tydligt skiljer sig från normalgruppen med avseende på diagnosen beteendestörning har vi valt att titta närmare på några av de kriterier som ingår i denna diagnos. För de allra flesta kriterierna finner vi som väntat betydligt högre frekvens hos SiS-ungdomarna (se figur 3). Nästan $\frac{3}{4}$ (74%) av dem har stulit vid mer än ett tillfälle, 63 procent har visat fysisk grymhet mot människor och lika många har rymt hemifrån och hållit sig undan hela natten vid minst två tillfällen. De mest påfallande skillnaderna återfinns på inbrott och rån som förekommer i SiS-gruppen (40 respektive 29%) medan det hos normalgruppen är nära på eller icke existerande (2 respektive 0%). Vi har funnit en signifikant skillnad för alla kriterier utom för ”tända eld på” och ”skada djur”. Stjåla $t(58.43)=-6.95$, $p<.000$, skada människor $t(61.34)=-4.33$, $p<.000$, inbrott $t(36.79)=-4.47$, $p<.000$, rån $t(34)=-3.69$, $p<.001$.



Figur 4. Andel ungdomar (%) som uppfyller diagnoser kopplade till internaliseringsproblem

Även bland de diagnoser som ingår i internaliserande problematik kan vi se en genomgående skillnad mellan grupperna. SiS-ungdomarna är signifikant mer deprimerade, $t(92)=-2.93$, $p<.004$, har mer problem med enkel fobi, $t(62.58)=-2.99$, $p<.004$, och tvång, $t(38.73)=-2.31$, $p<.026$ (se figur 4). Mer än hälften av SiS-ungdomarna uppfyller kriterierna för depressions- eller dystymidiagnos (66%) och enkel fobi (54%), men även i normalgruppen finns en hög frekvens av dessa diagnoser (36 respektive 24%). Vad gäller kategorin ångestsyndrom har vi här gjort en sammanslagning av de åtta olika ångestdiagnoser som finns i Dicamaterialet: *separationsångest förr och nu, fobisk störning förr och nu, överdriven ångslighet förr och nu, paniksyndrom samt agorafobi (torgskräck)*. I figur 4 kan man se en tendens till att flera ungdomar i såväl normal- som SiS-gruppen har någon form av ångestproblematik. Skillnaden mellan grupperna är dock inte signifikant. I figur 5

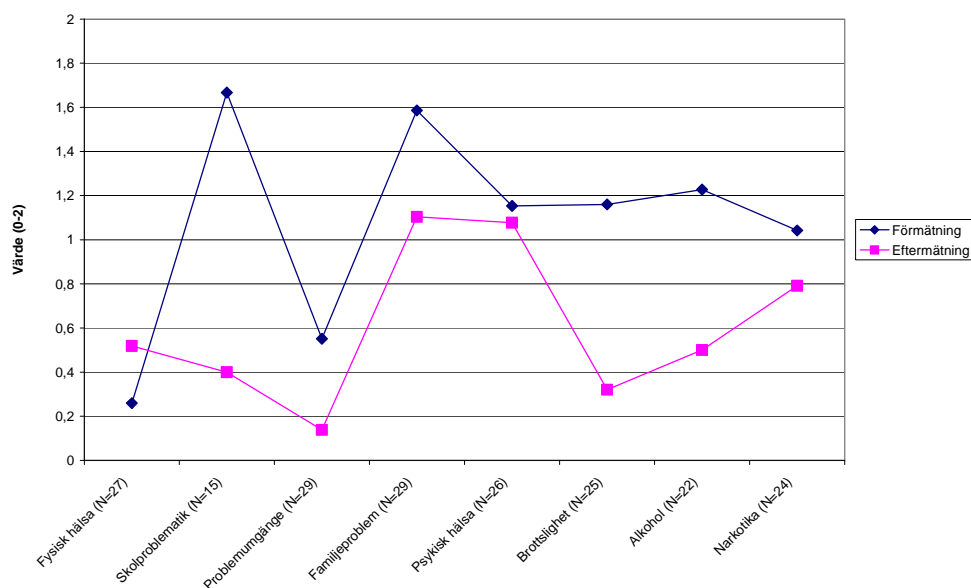
visas att det bland de ungdomar som har denna problematik däremot finns en signifikant skillnad i hur många av de åtta diagnoserna de uppfyller, $t(12.84)=-3.63$, $p<.003$. I SiS-gruppen har ungdomarna med ångestproblem i snitt 3.1 diagnoser medan deltagarna i normalgruppen bara har 1.4 .



Figur 5. Genomsnittligt antal ångestdiagnoser bland ungdomar med ångestproblematik

Förändring hos SiS-gruppen

För att undersöka förändring hos SiS-gruppen har vi som utfallsmått valt att titta på variablerna fysisk hälsa, skolproblematik, problemumgänge, familjeproblem, psykisk hälsa, brottslighet, alkohol och narkotika där de möjliga värdena är 0 (Inga problem), 1 (Lite problem) och 2 (Mycket problem). Eftersom det inte har varit möjligt att erhålla ett värde för samtliga individer på varje variabel varierar n mellan de olika variablerna vilket framgår i figur 6. Detta beror på att intervjuerna inte alltid har innehållit tillräcklig information för att vi med säkerhet ska ha kunnat uttala oss på varje variabel. Trots detta har vi erhållit signifikanta skillnader mellan för- och eftermätningen på sex av de åtta utfallsvariablerna. Detta gäller *fysisk hälsa*, $t(26)=-2.05$, $p<.05$, *skolproblematik*, $t(14)=6.97$, $p<.000$, *problemumgänge*, $t(28)=3.92$, $p<.001$, *familjeproblem*, $t(28)=3.31$, $p<.003$, *brottslighet*, $t(24)=4.09$, $p<.000$ och *alkohol*, $t(21)=4.45$, $p<.000$. Detta betyder att för psykisk hälsa och narkotika fanns ingen signifikant skillnad. Som framgår av figur 6 sker det generellt en förbättring för denna grupp på många av variablerna men vi ser ingen egentlig förbättring i psykisk hälsa för ungdomarna och när det gäller fysisk hälsa ser vi tydligt en försämring. Förbättringen är särskilt stor på variabeln skolproblematik där medelvärdet har gått från cirka 1.7 vid förmätningen till 0.4 i eftermätningen. Man bör ha i åtanke att vi för denna variabel bara har värden för 15 individer.



Figur 6. SiS-gruppens genomsnittliga grad av problem för varje variabel vid för- och eftermätning

Storleken på förändringen har vi mätt genom ES-värden och dessa illustreras i tabell 4. Enligt Cohen (1988) anses värden på 0-0.2 som ingen effekt, värden på 0.2-0.5 som små effekter, värden på 0.5-0.8 som måttliga effekter och värden över 0.8 som stora effekter. Som kan utläsas av tabellen är effekterna stora. för variablerna skolproblem (1.8) brottslighet (0.82) och alkohol (0.95). Den försämring vi kan se i undersökningsgruppen vad gäller fysisk hälsa är liten med en effekt på -0.4. För de variabler där vi inte kan påvisa någon signifikant skillnad mellan för- och eftermätning är effekterna heller inte stora.

Tabell 4. Genomsnittliga ES-värden för outcomevariabler

	M	n
ES Fysisk hälsa	-.40	27
ES Skolproblem	1.8	15
ES Problemumgänge	.73	29
ES Familjeproblem	.62	29
ES Psykisk hälsa	.08	26
ES Brottslighet	.82	25
ES Alkohol	.95	22
ES Narkotika	.22	24

Skillnader i förbättring med avseende på initial problematik

För att undersöka om det finns någon skillnad i förbättring beroende på om ungdomarna initialt har övervägande internaliserande eller externaliserande problematik gjordes en indelning utifrån graden av problem. Baserat på DICA-resultaten skapades kategorierna *inget*, *lite* och *mycket* internaliserande respektive externaliserande problem (där inget är 0 diagnoser, lite är 1–2 av sammanlagt 5 diagnoser och mycket är 3–5 av sammanlagt 5 eller 6 diagnoser). Som tabell 5 visar finns en tydlig tendens att de SiS-ungdomar som har mycket externaliserande problematik i hög utsträckning också har mycket internaliserande problematik och vice versa. Nära på en tredjedel av ungdomarna har både mycket internaliserande och mycket externaliserande problem och drygt två tredjedelar har båda former av problem i någon grad. Det är med andra ord mycket få individer i denna grupp som har problem i bara en av de två kategorierna. Dubbelproblematik är alltså vanligt förekommande bland SiS-ungdomarna.

Tabell 5. Samband mellan grad av internaliserande och externaliserande problem

		Internaliserande			Total
		inget	lite 1–2 av 6	mycket 3–6 av 6	Inget
Externaliserande	Inget	1	2	0	3
	lite 1–2 av 5	6	8	3	17
	mycket 3–5 av 5	1	4	10	15
Total		8	14	13	35

Utifrån denna indelning har vi tittat på hur graden av externaliserande respektive internaliserande problem förhåller sig till de åtta utfallsvariablerna vid förmätningen, för att se hur de olika gruppernas utgångsläge ser ut. I tabell 6 ser vi att de individer som inte har några externaliserande problem är få för samtliga variabler (max 3 individer) vilket gör det svårt att uttala sig om dem. I en jämförelse mellan dem som har lite och dem mycket externaliserande problem ser vi att deras resultat är snarlika så att de med mycket problem har aningen högre värden. Som väntat erhåller de relativt höga värden på de variabler som anses tillhöra externaliseringsproblem, det vill säga skolproblem, problemumgänge, brottslighet, alkohol och narkotika. På variabeln psykisk hälsa har individer med mycket externaliserande problem ett högt värde (1.8) som skiljer sig markant från de övriga. Vid förmätningen har alltså individer med mycket externaliserande problem också stora problem med sin psykiska hälsa. Detta stämmer överens med att ungdomar med mycket externaliserande problematik i hög utsträckning också har mycket internaliserande problem. På variablerna skolproblem och familjeproblem ser vi höga värden oavsett graden av externaliseringsproblem.

Tabell 6. Medelvärde vid förmätning med avseende på grad av externaliserande problematik

Variabler	Externaliserande		
	Inget (0)	Lite (1–2 av 5)	Mycket (3–5 av 5)
Fysisk hälsa	.3 (n=3)	.1 (n=15)	.4 (n=9)
Skolproblematik	2 (n=3)	1.5 (n=15)	1.5 (n=8)
Problemumgänge	0 (n=3)	.6 (n=16)	.7 (n=10)
Familjeproblem	2 (n=3)	1.4 (n=16)	1.7 (n=10)
Psykisk hälsa	1 (n=2)	.8 (n=15)	1.8 (n=9)
Brottslighet	1 (n=2)	1.2 (n=13)	1.2 (n=10)
Alkohol	1 (n=2)	1.2 (n=11)	1.3 (n=9)
Narkotika	0.5 (n=2)	1 (n=12)	1.2 (n=10)

Tabell 7 visar att de ungdomar som inte har några internaliserande problem utmärker sig genom att ha en lägre grad av problem med brottslighet, alkohol och narkotika än de övriga. De med mycket internaliserande problem har som väntat en markant högre grad av psykiska problem än de övriga.

Tabell 7. Medelvärde vid förmätning med avseende på grad av internaliserande problematik

Variabler	Internaliserande		
	Inget (0)	Lite (1–2 av 6)	Mycket (3–6 av 6)
Fysisk hälsa	0 (n=6)	.2 (n=12)	.6 (n=9)
Skolproblematik	1.5(n=6)	1.6 (n=12)	1.6 (n=8)
Problemumgänge	.4 (n=7)	0.6 (n=12)	.6 (n=10)
Familjeproblem	1.7 (n=7)	1.5 (n=12)	1.6 (n=10)
Psykisk hälsa	.8 (n=6)	.9 (n=11)	1.7 (n=9)
Brottslighet	.7 (n=6)	1.3 (n=10)	1.3 (n=9)
Alkohol	.8 (n=4)	1.4 (n=10)	1.3 (n=8)
Narkotika	.6 (n=5)	1.1 (n=9)	1.2 (n=10)

Vid en jämförelse av tabell 6 och 7 framgår att värdena är likartade vilket kan förklaras med att grupperna, som vi tidigare visat, i stor utsträckning utgörs av samma individer. Därför blir tabellerna främst användbara för att påvisa skillnader mellan grupper med olika grad av problem snarare än mellan grupper med olika typ av problem.

Om man går över till att titta på hur förändringen ser ut hos de olika grupperna (tabell 8) har vi för variabeln problemumgänge funnit en signifikant skillnad i ES-värden mellan individer med inget, lite och mycket externaliserande problem $F(2)=3.39$, $p=.049$. De med inga problem har försämrats medan de med lite eller mycket problem har nått en förbättring. Den andra variabeln där vi funnit en signifikant skillnad är familjeproblem, $F(2)=3.6$, $p=.042$. Här är mycket-gruppen näst intill oförändrad medan inget- och lite-gruppen har förbättrats. Bland de utan externaliserande problem är effekten särskilt stor (1.7). Dock bör det låga antalet individer i denna grupp samt deras höga startvärde (se tabell 6) tas i beaktande. Även om antalet individer utan externaliserande problem är lågt kan det ändå vara värt att notera att deras värden på problemumgänge och narkotika tyder på en negativ förändring.

Tabell 8. Förändring uttryckt i ES-värden beroende på grad av externaliserande problem vid förmätning

Variabler	Externaliserande		
	Inget (0)	Lite (1–2 av 5)	Mycket (3–5 av 5)
ES Fysisk hälsa	0 (n=3)	-.2 (n=15)	-.8 (n=9)
ES Skolproblematik	2.8 (n=1)	1.8 (n=11)	1.4(n=3)
ES Problemumgänge	-.6 (n=3)	.9 (n=16)	.9 (n=10)
ES Familjeproblem	1.7 (n=3)	.7 (n=16)	.1 (n=10)
ES Psykisk hälsa	.5 (n=2)	-.2 (n=15)	.5 (n=9)
ES Brottslighet	0 (n=2)	.8 (n=13)	1 (n=10)
ES Alkohol	1.3 (n=2)	.9 (n=11)	.9 (n=9)
ES Narkotika	-.4 (n=2)	.3 (n=12)	.3(n=10)

Den enda variabel för vilken vi funnit en signifikant skillnad mellan individer med inget, lite och mycket internaliserande problematik är brottslighet, $F(2)=5.104$, $p=.015$ (tabell 9). Där har de utan internaliserande problem försämrats en aning medan de övriga grupperna förbättrats med hög effekt på runt 1.

Tabell 9. Förändring uttryckt i ES-värden beroende på grad av internaliserande problem vid förmätning

Variabler	Internaliserande		
	Inget (0)	Lite (1–2 av 6)	Mycket (3–6 av 6)
ES Fysisk hälsa	-.3 (n=6)	-.4 (n=12)	-.5 (n=9)
ES Skolproblematik	1.7 (n=5)	2.2 (n=7)	.9 (n=3)
ES Problemumgänge	.3 (n=7)	.9 (n=12)	.9 (n=10)
ES Familjeproblem	.5 (n=7)	1.1 (n=12)	.1 (n=10)
ES Psykisk hälsa	-.5 (n=6)	.3 (n=11)	.2 (n=9)
ES Brottslighet	-.2 (n=6)	1.2 (n=10)	1.1 (n=9)
ES Alkohol	.7 (n=4)	.9 (n=10)	1.1 (n=8)
ES Narkotika	-.2 (n=5)	.4 (n=9)	.3 (n=10)

Bortfallsanalys

Vid en närmare undersökning av de sex ungdomar som utgör bortfallet i studien ser vi att de kommer från alla institutioner och att könsfördelningen motsvarar den i det totala urvalet, det vill säga ungefär en tredjedel män och två tredjedel kvinnor. Dock ser vi att bortfallets medelålder på 17 (SD=2.1) är högre än den återstående SiS-gruppens medelålder på 15.3 (SD=1.9). Grupperna skiljer sig också med avseende på antal diagnoser där bortfallet i snitt har 3.2 externaliserande diagnoser (SD=1.3) och 2.3 internaliserande diagnoser (SD=1.8) jämfört med de återstående SiS-ungdomarna som har 2.1 externaliserande diagnoser (SD=1.3) och 1.8 internaliserande diagnoser (SD=1.5).

Diskussion

Syftet med vår studie var dels att undersöka vad som skiljer ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem från en grupp normalungdomar med avseende på externaliserande och internaliserande problematik och dels hur de intagna ungdomarna förändras under en treårsperiod samt om förändringen kan härledas till vilken typ av problematik de inledningsvis hade. Våra resultat visar att SiS-ungdomarna har en signifikant högre grad av både externaliserande och internaliserande problematik än normalgruppen vilket ligger i linje med vår hypotes. För gruppen som helhet har det skett positiva förändringar på alla variabler med undantag för psykisk hälsa och narkotika, där vi inte kan påvisa någon förändring, samt fysisk hälsa som blivit lite sämre. Den största effekten ser vi för skolproblem, alkoholmissbruk och brottslighet. De resultaten går emot våra hypoteser baserade på tidigare forskning om att den största förändringen skulle återfinnas på variabeln psykisk hälsa och att den skulle vara lägre för variabeln brottslighet. Det visade sig inte vara meningsfullt att studera utfallet utifrån typ av initial problematik eftersom SiS-ungdomarna i stor utsträckning hade dubbelproblematik. Dock kunde man i en jämförelse med avseende på grad av problematik finna att ungdomar med hög grad av externaliserande problematik nådde en större förbättring vad gäller problemumgänge samt att förbättringen för familje-problem var betydligt lägre i jämförelse med dem som inte hade externaliserande problem. För dem med mycket internaliserande problem minskade brottsligheten markant medan den ökade hos de utan internaliserande problem.

Psykiatriska diagnoser hos undersökningsgruppen

Vår undersökningsgrupp kan utifrån våra resultat beskrivas som problemtyngd både vad gäller externaliserande och internaliserande diagnoser i jämförelse med normalgruppen. Bland de internaliserande diagnoserna är depression eller dystymi samt enkel fobi vanligast och en stor andel av ungdomarna uppfyller kriterierna för dessa diagnoser. Vad gäller externaliserande diagnoser har de flesta beteendestörning medan alkoholmissbruk och drogmissbruk förekommer hos nära på hälften respektive cirka en tredjedel av ungdomarna. Detta överensstämmer ganska väl med tidigare forskning som visar på att institutionsplacerade ungdomar har omfattande externaliserande problem som kriminalitet, drogmissbruk och socialt avvikande beteenden samt att de ofta också har psykiska eller psykologiska problem (Nordqvist, 2005; Söderholm Carpelan, 1997). Beteendestörning betraktas vara en av de vanligaste orsakerna till institutionsbehandling av unga (Fransson & Armelius, 1996) och den höga andelen med denna diagnos i vår undersökningsgrupp var därför väntad.

Vad gäller alkoholmissbruk har man i en tidigare studie (Börjesson, Armelius, Östgård-Ybrandt, 2007) inte funnit några signifikanta skillnader mellan SiS-ungdomar och normalungdomar med avseende på alkoholvanor. I samma undersökning utgick man från ADAD-material från ett stort antal SiS-ungdomar. De skillnader vi har funnit i vår studie skulle kunna förklaras med att mätinstrumenten

DICA och ADAD fångar upp olika aspekter av användandet av alkohol. Dessutom har vi i vår undersökning valt att fokusera på förekomsten av missbruk och inte tittat på bruket av alkohol. Skillnaderna i studiernas resultat skulle kunna tolkas som att alkoholbruk generellt är ungefär lika utbrett i de båda grupperna men att SiS-ungdomarna i högre grad missbrukar alkohol än normalgruppen. Den höga förekomsten av enkel fobi i både SiS-gruppen och normalgruppen är anmärkningsvärd. Om detta beror på att fobier är vanligt dels bland ungdomar i stort och dels bland de SiS-ungdomar vi undersökt eller om DICA som instrument är särskilt känsligt för denna diagnos kan vi inte uttala oss om. Slutsatsen utifrån våra resultat är att de ungdomar som vårdas vid dessa fyra särskilda ungdomshem har en problematik som motsvarar den avsedda målgruppen för verksamheterna. De har i hög utsträckning både psykiska problem och beteendeproblem och är på så vis en mycket problemtyngd grupp. Däremot kan man utifrån denna beskrivning inte avgöra om det är den mest problemtyngda gruppen eller om de över huvud taget skiljer sig från övriga ungdomar intagna på SiS-hem. Det skulle vara intressant att undersöka hur diagnosen ser ut för de SiS-ungdomar som inte anses ha psykiska störningar utöver sin antisociala problematik.

Förändring hos undersökningsgruppen

Till skillnad från andra studier (Lipsey, 1995; Nordqvist, 2005) har vi i vår undersökning funnit att undersökningsgruppen inte har förändrats med avseende på den psykiska hälsan under sin vistelse på institution. Resultatet går emot forskning redovisad av Andreassen (2003) som talar för att störst effekt av institutionsbehandling uppnås på psykologiska variabler. En förklaring kan vara att vår grupp av ungdomar är utvald för att de utöver sina psykosociala bekymmer även ska ha allvarliga psykiska problem och dessa kan då tänkas vara särskilt svårbehandlade. Därför kan det vara svårt att uppnå några större förändringar i den psykiska hälsan. En studie visar dock på att positiva resultat har uppnåtts för den psykiska hälsan i en institutionsplacerad grupp med grav beteendeproblematik i kombination med psykiska störningar (Boon & de Boer, 2006). Våra resultat visar att ungdomarna i vår studie i stor utsträckning har psykiatriska diagnoser inom både det externaliserande och det internaliserande området. Denna utbredda dubbelproblematik innebär alltså att de har problem inom två skilda områden och att båda dessa bör behandlas för att de ska bli bättre i sitt mående. Somliga av utsagorna i vårt intervjumaterial vittnar om att ungdomarna inte upplever sig ha fått någon psykologisk hjälp under institutionsvistelsen. Utebliven vård i detta hänseende blir då en starkt bidragande orsak till att den psykiska hälsan inte förändrats. Det kan tänkas att de externaliserande problemen, som är mer uppenbara för omgivningen, överskuggar ungdomarnas stora behov av hjälp med den psykiska problematiken som därmed blir svårare att uppmärksamma. Institutionerna i vår undersökning riktar sig specifikt till ungdomar som har allvarliga psykiska störningar och dessa resultat tyder på att man borde uppmärksamma ungdomarnas psykiska problem och arbeta mer för att hjälpa dem med sin psykiska hälsa.

Utöver detta har vi i vår studie funnit många positiva resultat. Resultatet för variablerna skolproblematik, problemumgänge, familjeproblem, brottslighet och alkohol tyder på en förbättring. Effekterna är dock varierande och de är som störst för skolproblem, alkoholmissbruk och brottslighet. Enligt tidigare forskning är brottslighet, narkotikamissbruk och skolproblem svårt att uppnå förändring på (Holmqvist, Hill, Lang, 2005; Levin, 1998; Nordqvist, 2005). Den låga effektstorleken för narkotikamissbruk i vår studie överensstämmer med vad man tidigare funnit, men den höga effekten för brottslighetsvariabeln är betydligt mer positiv än man tidigare sett. En metaanalys av Garrett (1985) visade på en effektstorlek på 0.13 för kriminalitet (ref i Andreassen, 2003) och Armelius och Andreassen (2007) fann i sin metaanalys en effektstorlek på 0.25.

Vårt goda resultat kan dock vara lite överskattat. Till viss del skulle det kanske kunna förklaras av att nio av de 29 ungdomarna vid eftermätningen åter eller fortfarande var institutionsplacerade och därför hade begränsad möjlighet till att utöva brottsliga handlingar. Det faktum att förmätningssamtalen kompletterades med den mer strukturerade ADAD-intervjun medan denna möjlighet inte fanns för eftermätningen kan också ha påverkat. Detta innebär att vi hade mer detaljerad information att tillgå vid förmätningen och det kan på så vis ha varit lättare för oss att påvisa stora problem i våra förmätningsskattningar. Detta problem gör sig även gällande vid de andra utfallsvariablerna. På variabeln skolproblem har vi i våra resultat erhållit den största effekten på 1.8 vilket är ett högt värde. Att ha i åtanke även här är att många av ungdomarna fortfarande är institutionsplacerade och att samtliga institutioner i vår studie har en skolgång som är anpassad efter individen, vilket gör att förutsättningarna kan vara annorlunda och mer gynnsamma än vid förmätningen. För denna variabel är också antalet individer lågt (n=15) vilket till viss del beror på bristande information om skolgång vid efterintervjuerna men också på att en del av ungdomarna vid eftermätningen inte längre går i skola, både på grund av ålder och avhopp. De med störst problem med skolan kan med andra ord ha fallit bort och på så vis bidragit till en hög effekt.

Anmärkningsvärt i våra resultat är att vi ser en liten försämring för variabeln fysisk hälsa. Till en viss del kan detta förklaras av att dessa ungdomar till stor del kommer från sociala förhållanden med bristande omsorg (Sarnecki, 1996; Vinnerljung & Franzen, 2006) och när de kommer till en miljö där deras hälsa blir uppmärksammas kan det tänkas att ungdomarna själva i högre grad blir uppmärksamma på det egna måendet. Den bristande omsorgen kan också ha lett till att tidiga obehandlade åkommor, som till exempel allergier, med tiden kan ha förvärrats och att detta visar sig just i ungdomsåren. Utifrån våra resultat kan vi se att den här gruppen förbättras i varierande grad på samtliga variabler utom fysisk hälsa, som försämras och psykisk hälsa och narkotika där ingen förändring kan påvisas.

Förändring utifrån grad av problematik

Vår indelning av undersökningsgruppen efter typ och grad av problematik visade sig endast vara användbar för att avgöra om graden av problem påverkade utfallet. Eftersom SiS-gruppen i så stor utsträckning bestod av ungdomar med dubbelproblematik blev jämförelser mellan ungdomar med externaliserande och internaliserande problem omöjlig att göra eftersom dessa grupper till stor del utgjordes av samma individer. Med våra resultat kan vi inte påvisa att graden av problem nämnvärt påverkar den förändring som sker under en treårsperiod efter inskrivning på institution. De skillnader som trots allt återfanns var att individer med mycket internaliserande problem nådde en större effekt på brottslighetsvariabeln än de med inga internaliserande problem. De med mycket externaliserande problematik förbättrades i högre grad på problemumgängesvariabeln medan de nådde en mindre förbättring på familjeproblemvariabeln jämfört med de med inga externaliserande problem. Den stora effekten för variabeln problemumgänge skulle kunna tyda på att genom placering på SiS-hem minskar problemumgänget hos de mest externaliserande ungdomarna. Möjliga förklaringar kan vara att ungdomarna dels genom placeringen flyttas bort från sin vänskapskrets och dels att man på ungdomshemmen aktivt arbetar med denna problematik. För dem utan externaliserande problem har det skett en måttlig försämring på denna variabel. Med tanke på att den här gruppen inte hade några problem alls med problemumgänge vid förmätningen skulle försämringen kunna förklaras utifrån det som Andreassen (2003) beskriver som smittoeffekter, det vill säga att miljön och de kontakter de knyter på institutionen påverkar dem i negativ riktning. Detta kan också vara en förklaring till att inget-gruppen uppvisar en försämring på narkotikavariabeln. Skillnaderna mellan inget-, lite- och mycketgruppen för denna variabel är dock inte signifikanta vilket medför att vi bara kan prata om tendenser. Utöver variablerna problemumgänge, familjerelationer och brottslighet ser vi inga signifikanta skillnader på utfallet med avseende på grad av internaliserande och externaliserande problematik. Det är möjligt att sådana skillnader skulle kunna påvisas med en större undersökningsgrupp än den i vår studie.

Några typer av felkällor i den här studien bör nämnas och samplestorleken är en. Eftersom vårt totala sample för att mäta förändring (upp till 29 ungdomar) är knappt tilltaget krävs mycket stora skillnader för att nå en signifikans. Detta blir särskilt påtagligt när vi delar in individerna efter grad av problematik då antalet ungdomar per grupp blir ännu mindre. För de sex individer som utgör bortfallet i vår undersökning av förändring kan vi se en systematik på så vis att de hade ett högre genomsnittligt antal internaliserande och externaliserande diagnoser enligt DICA jämfört med det ursprungliga samplet på 35 individer. Bortfallet kan därmed ha påverkat våra resultat genom att antalet individer med grav problematik minskades och det är möjligt att vi skulle ha erhållit mindre positiva resultat om dessa ungdomar hade deltagit. En annan brist i studien är avsaknaden av kontrollgrupper då vi har undersökt förändring hos SiS-ungdomarna. Det är viktigt att påpeka att det inte går att generalisera våra resultat, de gäller endast som en beskrivning av vår specifika undersökningsgrupp.

Eftersom vi varken har kontrollgrupper för att se hur den naturliga utvecklingen ser ut hos normalungdomar eller hur utvecklingen för ungdomar med den här typen av problematik utanför institution ser ut kan vi omöjligen uttala oss om vad som bidragit till de förändringar vi hittat. Man kan inte utesluta att skillnaderna mellan för- och eftermätning beror på spontan återhämtning, mognad och utveckling hos de enskilda ungdomarna, ändrade levnadsförhållanden eller andra omständigheter som inte är kopplade till institutionsbehandlingen.

Sammanfattningsvis kan sägas att vår studie visar att i vår problemtyngda undersökningsgrupp där psykiatriska dubbeldiagnoser är vanligt förekommande sker en positiv förändring över en treårsperiod. Denna förändring sker inom flera livs-områden och framför allt inom skola, kriminalitet och alkoholmissbruk. Vad som är värt att uppmärksamma är att en grav psykisk problematik inte förbättras. Eftersom dubbelproblematiken i den här gruppen är påtaglig krävs det, för att nå genomgående goda resultat, behandling riktad mot både det externaliserande och det internaliserande området. Det kan dock vara svårt att avgöra i vilken ordning och på vilket sätt insatserna ska sättas in eftersom dessa två områden i mångt och mycket kan förmodas påverka varandra. En internaliserande grundproblematik kan exempelvis bidra till beteendeproblem eller missbruk och på samma vis kan en externaliserande grundproblematik medverka till depression eller ångest. Vi anser det vara viktigt att SiS ger denna grupp riktad behandling för att ungdomarna ska få den typ av hjälp som de behöver. Detta är särskilt viktigt med tanke på att dessa institutioner är avsedda för ungdomar med denna kombination av problem.

Referenser

- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar: vad säger forskningen?* Centrum för utvärdering av socialt arbete, Statens institutionsstyrelse. Förlagshuset Gothia.
- Armelius B-Å, Andreassen TH. (2007). Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD005650. DOI: 10.1002/14651858.CD005650.pub2.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., Stephan, P. & Halfon, O. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample drug abusers, *Addiction*, Vol 96, 1477–1484.
- Börjesson, J., Armelius, B-Å, Östgård-Ybrandt, H. (2007). The psychometric properties of the Swedish version of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD). *Nord Journal of Psychiatry*, 61, 224–232.
- Boon, A. E. & De Boer, S. B. B. (2007). Drug usage as a treat to the stability of treatment outcome. A one-year follow-up study of adolescent psychiatric patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 16, No 2, 79–86.
- Cohen, J. (1977/1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: Academic P.
- Fransson, P. & Armelius, B-Å. (1996). Psykoterapi för ungdomar med tonvikt på beteendestörningar – en forskningsöversikt. I Armelius, B-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P., Sarnecki, J. och Söderholm-Carpelan, K. *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber, 273-314.
- Friedman, A. S. & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment for adolescent drug abusers. (The adolescent drug abuse diagnosis (ADAD) instrument) *Journal of Drug Education*. Vol. 19, No 4, 285–312.
- Herjanic, B. & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* Vol. 10, No 3, 307–324.
- Hermansson, A., & Hansson, C. (2005). *Demokrati i det lilla? Ungdomars delaktighet i sin behandling*. Forskningsrapport, nr 2, Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Holmqvist, R., Hill, T. & Lang, A. (2005). *Ger ART bättre behandlingseffekt? Utvärdering av metoder på tre ungdomshem*. Forskningsrapport, nr 1, Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Korpi, S. (1996). Samhällets insatser för ungdomar. I Armelius, B-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P., Sarnecki, J. och Söderholm-Carpelan, *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm: Liber, 16–25.
- Levin, C. (1996). Barnen mellan straff och behandling. I Armelius, B-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P., Sarnecki, J. och Söderholm-Carpelan, Stockholm: Liber, 51-92.
- Nordqvist, S. (2005). *Uppföljning 2000-2002 ADAD*. Forskningsrapport, nr 1, Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 39, No 1, 59–66.
- Sarnecki, J. (1996). Problemprofiler hos ungdomar på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990–1994. I Armelius, B-Å., Bengtzon, S., Rydelius, P., Sarnecki, J. och Söderholm-Carpelan, Stockholm: Liber, 111–155.
- Scholte, E. M. & van der Ploeg, J. D. (2005). Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems. *Journal of Adolescence*, Vol. 29, 641–644.
- Söderholm Carpelan, K. (1997). *Behandling av utsatta ungdomar - en lägesrapport*. Allmän SiS-rapport. 1997:9.
- Söderholm Carpelan, K., & Hermodsson, A. (2004). ADAD och utvecklingen av ett dokumentationssystem för ungdomar. *Nordisk Sosialt arbeid*, Vol 2, No 24, 110–123.
- Vinnerljung, B. & Franzén, E. (2006). Barn i familjehems- och institutionsvård; *Social rapport 2006*, Socialstyrelsen, 270–283.
- www.stat-inst.se