

# Slutrapport

## Ekonomiskt stöd till utvärdering av lokalt brottsförebyggande arbete

Det sker mycket brottsförebyggande arbete runtom i landet, både som projekt och i den löpande verksamheten. Några av dessa insatser har utvärderats med hjälp av ekonomiskt stöd från Brottsförebyggande rådet (Brå).

Brå publicerar ett urval av slutrapporterna på myndighetens webbplats för att sprida kunskap om goda exempel och hjälpa andra aktörer i deras brottsförebyggande arbete. Det här är en sådan rapport.

För sakuppgifter och slutsatser i dessa rapporter står respektive författare eller organisation.

Fler rapporter finns att ladda ner på [www.bra.se/ekostod](http://www.bra.se/ekostod)

Utvärderad med stöd från: 

Eva-Lotta Nilsson & Klara Svalin

**En systematisk kartläggning av problembild bland ungdomar som fått Multisystemisk terapi (MST) och uppföljning av förändringsprocesser under och efter insatsen**

# En systematisk kartläggning av problembild bland ungdomar som fått Multisystemisk terapi (MST) och uppföljning av förändringsprocesser under och efter insatsen

Eva-Lotta Nilsson och Klara Svalin  
Malmö universitet, 2024  
Institutionen för kriminologi  
Fakulteten för Hälsa och Samhälle



## **Förord**

Denna rapport är en återrapportering till Brottsförebyggande rådet gällande ekonomiskt stöd för: En systematisk kartläggning av problembild bland ungdomar som fått Multisystemisk terapi (MST) och uppföljning av förändringsprocesser under och efter insatsen (Dnr: 5 .1-0340/22). Studien är genomförd av Eva-Lotta Nilsson (Fil. dr.) och Klara Svalin (Fil. dr.) vid Institutionen för kriminologi, Malmö universitet.

I rapporten presenteras en systematisk kartläggning av problembild bland ungdomar som fått MST i Sverige mellan 2015–2023 samt en uppföljning och analys av centrala förändringsprocesser under och efter insatsen. Förhoppningen är att rapporten ska bidra med kunskap och lärdomar som ger stöd och guidning i MST Sveriges kontinuerliga utvecklings- och förändringsarbete för att kunna stödja behandlingsteamerna i deras arbete, samt till Socialtjänsten som identifierar vilka ungdomar som ska rekommenderas MST.

Rapporten kan inte ses som en utvärdering, och slutsatser som presenteras är författarnas. Det finns troligtvis andra, och mer nyanserade slutsatser som skulle kunna göras, till exempel av de som arbetar med MST och har ett annat perspektiv och inblick i behandlingen.

Författarna har tillsammans planerat, utformat och genomfört studien. Vi vill tacka Emma Ulfsson (Programchef MST Sverige), som är beställare av uppdraget och som har tagit fram material till rapporten. Vi vill också tacka Emma för värdefulla diskussioner.

Utkast och preliminära resultat i rapporten har behandlats på ett seminarium på Institutionen för kriminologi, Malmö universitet 4/3 2024. Vi vill tacka för värdefulla diskussioner och kommentarer på arbetet.

Eva-Lotta Nilsson och Klara Svalin

## **Sammanfattning**

Syftet med denna rapport är att systematiskt kartlägga problembilden bland ungdomar som fått Multisystemisk terapi (MST), samt att fördjupa kunskapen om hur centrala förändringsfaktorer utvecklas under och efter behandling. Materialet som rapporten bygger på är dokumentation och uppföljning i alla ärenden med ungdomar som fått Multisystemisk terapi i Sverige 2015–2023.

De övergripande resultaten visar att det är en problembelastad grupp ungdomar som får MST. Det finns en del könsskillnader och lokala skillnader mellan städer, när det kommer till ungdomarnas problembild. Utveckling av faktorer inom de system MST arbetar med under behandlingen; familj, skola, kamrater och andra sociala nätverk undersöktes på olika sätt. Övergripande visar resultaten att förändringsfaktorerna har en positiv utveckling under behandlingen. Resultaten visar även att förändringsfaktorerna fortfarande är bättre än vid start 18 månader efter behandlingens avslut.

De ungdomar som inte fått ny insats vid MST-behandlingens slut har större procentuell förändring i tre av fem förändringsfaktorer, jämfört med gruppen som fått ny insats. Vid sista uppföljningen av ungdomarna, 18 månader efter behandlingens avslut, skattar föräldrarna till de ungdomar i gruppen som inte fått ny insats att de hanterar ungdomens problem bättre, har bättre familjerelationer, att det går bättre i skolan och i umgänge med prosociala vänner, jämfört med gruppen som fått ny insats. Detta indikerar att familjen, ungdomen och sociala nätverk runt den unge fått verktyg att upprätthålla de positiva stödstrukturer och förändringar de tidigare uppnått tillsammans med behandlare under tiden de fick MST.

## **Inledning**

Multisystemisk terapi (MST) är en modell på öppenvårdsbehandling baserad i hemmet riktad till barn och ungdomar som har en omfattande beteendeproblematik (Henggeler m.fl., 2009a). I Sverige är MST en rekommenderad insats av Socialstyrelsen och beviljas av socialtjänsten som en frivillig insats. Målen med MST är bland annat att minska brottsliga- och andra antisociala beteenden, samt att undvika att ungdomen placeras utanför hemmet.

MST har stöd i forskning (ex. Henggeler m.fl., 2009a; Letourneau m.fl., 2013; Ogden & Hagen, 2006), men resultaten varierar i olika studier. Det har exempelvis uppmärksammats att det kan vara svårt att göra direkta jämförelser av resultat olika länder emellan, på grund av kontextuella skillnader (Littell m.fl., 2021). I Sverige är forskningen begränsad och även om MST har utvärderats så är det förhållandevis längesedan. Sedan dess har MST spridits till flera städer och arbetet har utvecklats och etablerats både på organisations- och teamnivå. Även om MST Sverige kontinuerligt följer upp och dokumenterar det terapeutiska arbetet för att kvalitetssäkra, utveckla och förbättra insatsen, finns det behov av nya studier med systematiska sammanställningar och uppföljningar av arbetet.

Beteendeproblematiken för den grupp som får MST kan innefatta bland annat kriminalitet, alkohol- och droganvändning, allvarlig skolproblematik, självskadebeteende och aggressivitet. För att bryta den beteendeproblematik ungdomen uppvisar, arbetar MST-teamen med alla sammanhang och relationer ungdomen befinner sig i. Familjen och skolan är centrala, men vanligen arbetar teamen även inom andra områden, som t.ex. kamratkrets och andra sociala nätverk, för att starta positiva förändringsprocesser med målsättning att bryta ungdomars beteendeproblematik. I denna rapport kommer dessa förändringsprocesser, både inom och utanför familjen, att studeras.

### *Syfte och frågeställningar*

Syftet med studien är att systematiskt kartlägga problembilden bland de ungdomar som fått MST i Sverige mellan 2015–2023, samt att fördjupa kunskapen om hur centrala förändringsfaktorer utvecklas under och efter behandling. Följande frågeställningar kommer att besvaras i rapporten:

- Hur ser problembilden ut bland de ungdomar som får MST? Ser problembilden olika ut i olika städer, samt för pojkar och flickor?
- Hur utvecklas ungdomarnas problem och centrala förändringsfaktorer inom familjen och andra sociala nätverk under och efter behandlingen? Finns det skillnader i utveckling i relation till behandlingstid och nya insatser. Predicerar förändringsfaktorerna nya insatser?

## Bakgrund

MST är en av de mest utvärderade familjebaserade behandlingsinsatserna för ungdomar med allvarlig beteendeproblematik (Henggeler & Schaeffer, 2016). Totalt finns det närmare hundra internationella studier där uppföljning av MST, implementering och jämförelser med andra insatser studerats (MST Services, 2023). Studierna har exempelvis handlat om MST-behandling bland ungdomar som begått allvarliga lagöverträdelser (ex. Fain m.fl., 2014; Henggeler m.fl., 1997) och bland ungdomar med allvarliga uppförandestörningar (ex. Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Porter & Nuntavisit, 2016). Flera studier har handlat om implementering av MST (ex. Welsh & Greenwood, 2015; Lange m.fl., 2022), ibland annat svensk kontext (Andrée Löfholm m.fl., 2014). Andra studier har varit inriktade på specifika problem, såsom sexuellt riskbeteende (ex. Letourneau m.fl., 2009), ungdomars psykiatriska problem (ex. Tolman m.fl., 2008), andra hälsoproblem (ex. Naar-King m.fl., 2014), samt problem inom familjen som innefattar exempelvis barnmisshandel och vanvård (ex. Buderer m.fl., 2020).

Forskning som studerat MST i svensk kontext har i huvudsak bedrivits inom ramen för ett utvärderingsprojekt som initierades av Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen och Socialdepartementets Mobilisering mot narkotika, i samband med att MST implementerades i Sverige 2003. Forskningen har framför allt varit fokuserad på implementering, behandlingsutfall och insatsens kostnader (se Andrée Löfholm, 2011). Inom ramen för projektet har tre avhandlingar skrivits (Andrée Löfholm, 2011; Gustle, 2007; Olsson, 2009), vilka totalt sett inkluderar nio vetenskapliga artiklar (Andrée Löfholm m.fl., submitted; 2009a; 2013; Gustle m.fl., 2007a; Gustle m.fl., 2007b; 2008; Olsson, 2010a; Olsson m.fl., 2008; Sundell m.fl., 2008). Utöver det har ytterligare tre artiklar (Andrée Löfholm m.fl., 2014; Olsson, 2010b; 2011) samt tre rapporter publicerats (Andrée Löfholm m.fl., 2009b; Socialstyrelsen, 2014; Sundell m.fl., 2006).

I utvärderingsprojektet inkluderades 156 ungdomar från sex MST-team fördelat på fyra svenska städer. Ungdomarnas genomsnittsålder vid studiens start var 15 år (ungefär 60% pojkar, 40% flickor). Drygt 70% av ungdomarna hade tre eller fler problem som lett till att de kommit i kontakt med socialtjänsten, och fått MST. De vanligaste problemen ungdomarna uppvisade var skol-, rymt hemifrån, kriminalitet, allvarliga beteendeproblem i skolan och att ungdomen varit en fara för sig själv eller andra (Sundell m.fl., 2006). Syftet var att undersöka effekten av MST-behandling jämfört med socialtjänstens traditionella behandlingsinsatser, varav halva gruppen fick MST som insats, och den andra halvan traditionella insatser.

Under de första tre åren av uppföljningsperioden kunde man inte se några stora skillnader mellan de två grupperna, men resultaten skiljde sig åt mellan flickor och pojkar. Flickor som fått MST-behandling begick i genomsnitt färre brott under uppföljningsperioden jämfört med de flickor som fick traditionella insatser, medan omvänt gällde för pojkarna. Skillnaderna var små, och

kvarstod inte i de multivariata analyserna. Sedan denna utvärdering genomfördes har MST utvecklats, och är idag en etablerad insats i Sverige. Det har bland annat tagits fram ett systematiskt sätt att arbeta med kvalitetssäkring och uppföljning. Erfarenheter på organisations- och teamnivå är något som har diskuterats ha betydelse för utfall av behandlingen (Andrée Löfholm m.fl., 2014). Eftersom utvärderingen genomfördes i samband med implementeringen av MST i Sverige kan det, utifrån detta perspektiv, haft en påverkan på utvärderingens resultat (Sundell m.fl., 2008).

Internationellt sett har totalt 28 randomiserade kontrollerade MST-studier genomförts och av dessa ingick 23 i en systematisk litteraturöversikt och meta-analys, med fokus på behandlingseffekter (Littell m.fl., 2021). Ovan beskrivna svenska utvärdering (Sundell m.fl., 2006) är med i denna litteraturöversikt, tillsammans med studier genomförda i Storbritannien, Kanada, Nederländerna och Norge. En majoritet av studierna var genomförda i USA (13). De positiva resultat som man fann i studierna genomförda i framför allt USA, som exempelvis att andelen placeringar utanför hemmet, arresteringar och domar minskade, gick inte tydligt att finna i studier genomförda i de andra länderna. Däremot ger de övergripande resultaten visst stöd för att MST hade positiva effekter på föräldraskap, familjerelationer och självrapporterad brottslighet. En viktig slutsats i litteraturöversikten är betydelsen av den kontext en studie är genomförd i, och att resultat från olika länder kan vara svåra att jämföra (Littell m.fl., 2021). Exempelvis eftersom alternativa behandlingsmetoder (treatment as usual) varierar i olika länder, vilket gör att jämförelsegrupper är olika och har en påverkan på resultat.

Oberoende av i vilken kontext MST-behandlingen genomförs, är en grundtanke att bryta mönster och stödja förändringar inom alla viktiga sammanhang där ungdomen befinner sig (Henggeler m.fl., 2009a). Behandlingen är förankrad i socialekologiska och familjesystemiska teorier (se t.ex. Bronfenbrenner, 1994; Henggeler m.fl., 2009a, samt Figur A1) och teamen arbetar utifrån nio principer<sup>1</sup>. En utgångspunkt i MST är att föräldrar är den viktigaste aktören för att möjliggöra förändringar och stor vikt läggs vid att stärka föräldrar i deras föräldraroll och förbättra relationerna inom familjen (Henggeler m.fl., 2009b). MST-teamen arbetar bland annat med att stärka föräldrar i sin förmåga att sätta gränser och ha insyn i sina barns liv, till exempel genom att ta reda på var de är, vad de gör och med vem de umgås. Detta utgör en central del av de faktorer MST har som målsättning att förändra, och som i sin tur ska leda till mer positiva relationer inom familjen och utanför, såsom till skola och kamrater, vilket i sin tur ska påverka ungdomens beteende (Sheerin m.fl., 2021). Det finns studier som undersökt samband mellan olika aspekter av familjerelationer och ungdomars antisociala beteende, bland familjer som deltagit i MST, som har visat att positiva förändringar i familjerelationer har ett samband med en minskning i ungdomars antisociala beteende (Dekovic', 2012; Henggeler m.fl., 2009b; Huey m.fl., 2000;

---

<sup>1</sup> Analys, styrkefokus, ökat ansvar, fokus på nuet, fokus på beteendemönster, rätt utvecklingsnivå, kontinuerlig insats, utvärdering och ansvarstagande och generalisering (MST Sverige; mstsverige.se 20240624).



Sheerin m.fl., 2021). I Huey m.fl. (2000) visades att förbättrade familjerelationer ledde till att ungdomarnas umgänge begränsades med brottsliga kamrater, vilket i sin tur minskade ungdomarnas brottsliga beteende. Dessa resultat ger stöd för den teoretiska utgångspunkten där olika system runt ungdomen antas påverka varandra.

Det är väl känt att familj (ex. Hoeve m.fl., 2009), kamratrelationer (ex. Warr, 2002) och skola (ex. Ward m.fl., 2021) har stor betydelse när det kommer till att förklara ungdomars normbrytande beteende. Däremot finns begränsat med kunskap om hur förändringsfaktorer inom familjen och i andra sociala sammanhang utvecklas under och efter MST-behandling, vilket är något denna rapport kommer bidra med kunskap om.

## **Metod**

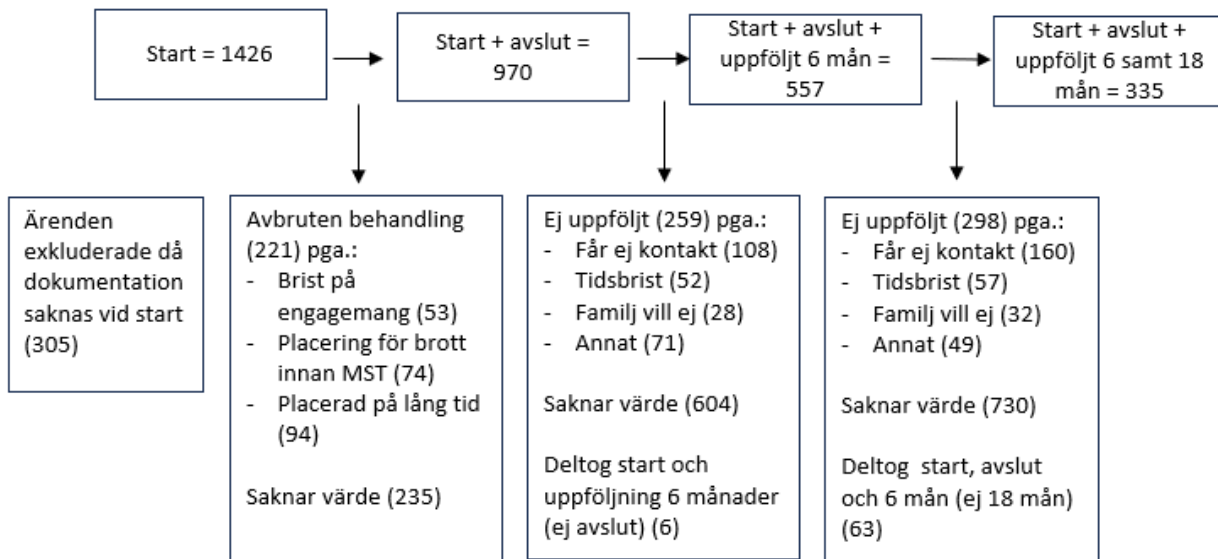
### *Beskrivning av data*

MST Sverige dokumenterar och följer kontinuerligt upp sina ärenden, för att arbeta med kvalitetssäkring och utveckling av insatsen för att ha så bra förutsättningar som möjligt för att nå behandlingens uppsatta mål. MST Sverige initierades 2003 och sedan dess har drygt 3600 barn och ungdomar fått insatsen fördelat på åtta städer och elva team. Från 2008 har dokumentationen varit mer systematisk och från 2015 finns nya och förändrade frågor som dokumenteras i uppföljningen. Till exempel så finns det mer detaljerad information om ungdomarnas problembeteenden från 2015 och framåt. Analyser i föreliggande rapport kommer därför baseras på ärenden med de ungdomar som skrevs in mellan 2015–2023 och där det finns dokumentation vid behandlingens start (N=1426). Utöver dokumentation som samlas in vid behandlingens start, följs varje ärende upp vid tre tillfällen; vid behandlingens avslut, 6 samt 18 månader efter avslutad behandling. I materialet finns bland annat information om förekomst av kriminalitet, missbruk och våld, institutionsplacering och hur det går i skolan (samtliga med svarsalternativ nej-ja; 0–1). Det finns också information om hur föräldrar skattat hur de hanterar sin ungdoms beteendeproblematik, hur familjerelationer är, hur det går i skolan/jobb/praktik, hur umgänge med prosociala vänner ser ut, samt i vilken utsträckning det finns stöd i omgivande sociala nätverk. Dessa variabler benämns i rapporten som förändringsfaktorer och skattas på en skala 1–10 (ex. ju närmare 10, desto bättre går det i skolan).

I flödesschemat (Figur 1) går det att följa hur många ärenden som har dokumentation vid de olika tidpunkterna. I 1426 ärenden finns det information vid start. Vid start och avslut finns dokumentation och uppföljning i 970 ärenden. Vid start, avslut och 6 månaders finns uppföljning i 557 ärenden, och vid samtliga tillfällen i 335 ärenden. För den grupp som har dokumentation vid samtliga tillfällen (N=335) har även data inhämtats från MST:s amerikanska databas som ger information om ungdomen blivit gripen av polisen och/eller blivit institutionsplacerad. Sådan information var möjlig att inhämta i 278 av de 335 ärendena. Det finns många anledningar till att det är förhållandevis få som varit med vid samtliga uppföljningar, en är att det fortfarande vid

tidpunkten för studiens datainsamling fanns ungdomar som var i behandling, eller att det inte gått 6/18 månader efter avslutad behandling och därför inte var möjliga att följa upp.

Figur 1. Flödesschema över antal ärenden vid respektive tidpunkt (inskrivning 2015-2023)



För att kartlägga ungdomarnas problembild vid behandlingens start samt beskriva lokala skillnader i problembild, används information från samtliga 1426 ärenden. För analyser av utvecklingen av förändringsfaktorer används både de ärenden som har information vid start och avslut (N=970), samt de ärenden som har dokumenterats och följts upp vid alla fyra tillfällen (N=278/335).

Projektet är godkänt av Etikprövningsmyndigheten (Dnr. 2023-02887-01).

### Analys

För att besvara den första frågeställningen, att kartlägga ungdomarnas problembild, har deskriptiva analyser genomförts. För att undersöka och signifikantesta skillnader mellan olika grupper (ex. kön; problembild; behandlingstid) har t-test (paired och independent samples t-test),  $\chi^2$  – test, samt Kruskal-Wallis-test genomförts.

För att studera utvecklingen i förändringsfaktorerna beräknades de procentuella förändringarna i faktorerna. Analyserna genomfördes uppdelat på de ungdomar som fått ny insats och de som inte fått det, för att se om den procentuella utvecklingen skiljer sig åt mellan grupperna. Motsvarande

genomfördes uppdelat på behandlingstid (>90 dgr; 90–150 dgr; <150 dgr). För att undersöka om förändringsfaktorerna och behandlingstid predicerar om ungdomen fått ny insats genomfördes Logistiska regressionsanalyser.

## Resultat

### *Ungdomarnas problembild*

Av de ungdomar som påbörjade MST-behandling mellan 2015–2023 (N=1426) var 854 (60%) pojkar och 572 (40%) flickor. Medelåldern för ungdomarna var 14,5 år vid start (M = 14,5; åldersspann = 8–19; SD = 1,7). Det finns inga könsskillnader när det kommer till ålder. 1343 (94%) av ungdomarna gick vid behandlingens start i skolan, eller hade praktik eller arbete. Resterande grupp (n= 83; 6 %) hade ingen godkänd form av daglig sysselsättning (inga könsskillnader). De flesta (n=987; 69%) gick i vanlig klass, den näst största gruppen (n=153; 11%) gick i skola i liten grupp.

I Tabell 1 presenteras de beteendeproblem som gjort att ungdomarna och deras familjer kommit i kontakt med socialtjänsten och erbjudits MST-behandling. Förekomst av problem för hela gruppen, samt fördelning och skillnader mellan pojkar och flickor presenteras. Skolk är det vanligaste problembeteendet (84%), följt av aggression (66%). Skolk är mer vanligt förekommande bland flickor, medan aggression är lika vanligt förekommande bland pojkar och flickor. Sexuellt riskbeteende och prostitution är mindre förekommande, 6% (n=78) uppvisar detta beteende vid behandlingens start. De allra flesta i den här gruppen är flickor (n= 68; 12%), fåtalet är pojkar (n= 10; 1%), skillnaden är signifikant ( $\chi^2 = 76,09$ ,  $p < .001$ ). Även självskadebeteende är mer vanligt förekommande bland flickor vid start (n= 141; 25% jmf pojkar n= 35; 4%), skillnaden är signifikant ( $\chi^2 = 133,74$ ,  $p < .001$ ). Ungefär hälften av ungdomarna har problem med alkohol och/eller droger (n= 722, 51%), något större andel är flickor (n= 311; 54% jmf med pojkar n= 411; 48%). Skillnaden är signifikant ( $\chi^2 = 5,34$ ,  $p=.021$ ).

**Tabell 1.** Problembeteenden vid inskrivning. Procent (antal).

<i>Problem</i>	<i>Hela gruppen</i> (N=1426)	<i>Pojkar</i> (n=854)	<i>Flickor</i> (n=572)	$\chi^2$
Skolk	83,7 (1193)	80,0 (683)	89,2 (510)	21,14***
Aggression	65,7 (937)	65,7 (561)	65,7 (376)	0
Passar inte tider/rymmer/sover borta olovandes	62,8 (895)	54,3 (464)	75,3 (431)	64,74***
Alkohol droger	50,6 (722)	48,1 (411)	54,4 (311)	5,34*
Kriminalitet	47,8 (681)	58,2 (497)	32,2 (184)	93,02***
Självskadebeteende	12,3 (176)	4,1 (35)	24,7 (141)	133,74***
Annat	7,1 (101)	6,4 (55)	8,0 (46)	1,34
Sexuellt riskbeteende / prostitution	5,5 (78)	1,2 (10)	11,9 (68)	76,09***

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

I Tabell 2 presenteras fördelningen av antal olika problem vid behandlingens start. Det är vanligast att ungdomarna uppvisar 3 eller 4 av problemen (n=783; 55%). Det är förhållandevis få som endast har ett problembeteende. I den grupp som endast har ett av problembeteendena (n= 97; 7%) är majoriteten pojkar (n= 69; 71%) och det vanligaste problemet, bland de ungdomar som endast har ett av problemen, är aggression (exv. verbalt, fysiskt, materiellt) (39%). Det är en liten grupp av ungdomarna (1%) som har en kombination av 7 av de 8 möjliga beteendeproblemen och i den gruppen är majoriteten flickor. Eftersom det är så få ungdomar som uppvisar 7 problem redovisas inte fördelning mellan pojkar och flickor för denna grupp. Flickorna har i snitt något högre antal problem jämfört med pojkarna (M= 3,6 jmf M= 3,2;  $t = -6,33$ ,  $p < .001$ ). När det kommer till hur de olika problemen är relaterade till varandra, så är sambandet mellan självskadebeteende och sexuellt riskbeteende starkast ( $r = .332$ ,  $p < .001$ ).

**Tabell 2.** Fördelning antal olika problem. Procent (antal).

<i>Antal olika problem</i>	<i>Hela gruppen</i> (N=1426)	<i>Pojkar</i> (n=854)	<i>Flickor</i> (n=572)	$\chi^2$
1	6,8 (97)	8,1 (69)	4,9 (28)	5,48*
2	19,4 (277)	21,9 (187)	15,7 (90)	8,31**
3	29,7 (424)	30,3 (259)	28,8 (165)	0,36
4	25,2 (359)	24,7 (211)	25,9 (148)	0,25
5	14,6 (208)	13,7 (117)	15,9 (91)	1,34
6	3,0 (43)	1,2 (10)	5,8 (33)	24,77 ***
7	1,3 (18)	-	-	-
8	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<i>Total</i>	100 (1426)	100 (854)	100 (572)	

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

I Tabell 1 framgick att knappt hälften av ungdomarna har begått något, eller flera olika typer av brott (n= 681; 48%, varav pojkar utgör 73% av denna grupp). I dokumentationen finns även en specifikation av vilken typ, eller typer av brott ungdomarna begått. I Tabell 3 framgår hur vanligt förekommande de olika brottstyperna är för hela gruppen som begått brott, samt för pojkar respektive flickor. Skadegörelse, rån samt försäljning/langning, begår pojkar i högre utsträckning än flickor. Stöld är vanligare bland flickor, medan det inte finns någon signifikant könsskillnad när det gäller misshandel.

**Tabell 3.** Fördelning typ av brottslighet. Procent (antal).

Typ brott	Hela gruppen (N=681)	Pojkar (n=497)	Flickor (n=184)	$\chi^2$
Misshandel	32,0 (218)	32,6 (162)	30,4 (56)	0,14
Försäljning/langning	23,8 (162)	28,4 (141)	11,4 (21)	20,95***
Stöld	22,9 (326)	45,7 (227)	53,8 (99)	5,10*
Skadegörelse	18,7 (127)	21,3 (106)	11,4 (21)	8,30*
Rån	13,5 (92)	15,7 (78)	7,6 (14)	7,17*

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

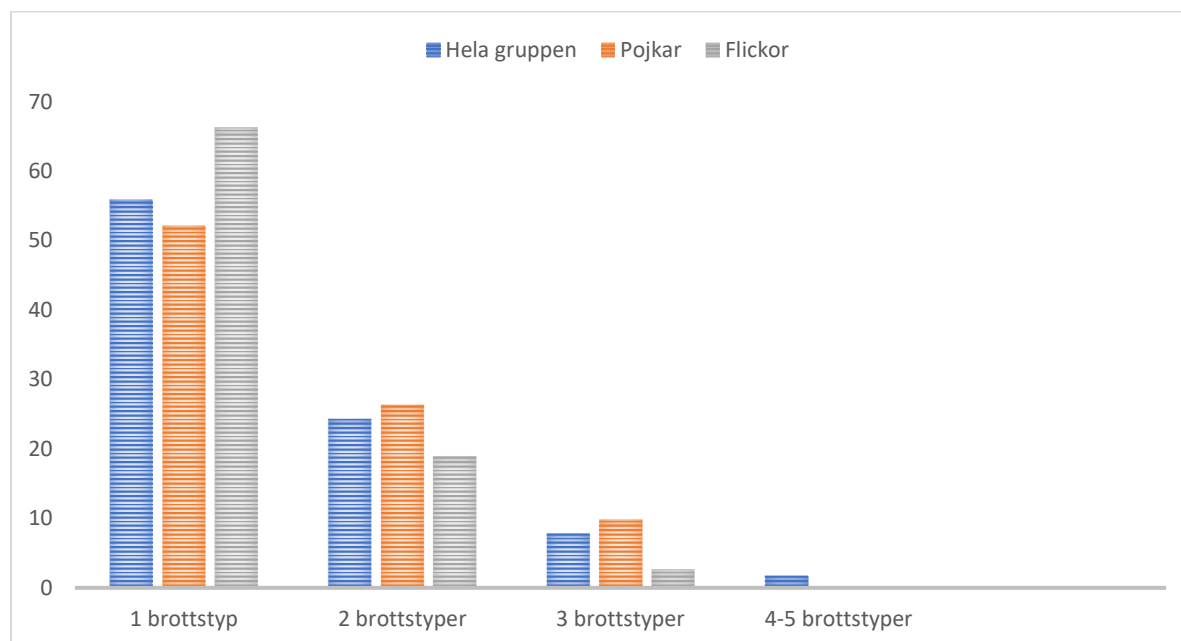
I Tabell 4, presenteras fördelningen av hur många olika brottstyper ungdomarna begått. De flesta av de ungdomar som har rapporterat brottslighet vid inskrivning har begått 1 av brottstyperna (56%), dvs. de flesta av ungdomarna är inte versatila i sin brottslighet. De flesta i denna grupp har begått stöldbrott (44%), följt av misshandelsbrott (21%) och därefter försäljning/langning (20%). Av de 22% som begått 2 brottstyper finns inget tydligt mönster gällande vilka 2 brottstyper som är vanligast i kombination. Det är en liten grupp som begått 4 eller 5 av brottstyperna, i huvudsak är det pojkar i de grupperna. Eftersom det är så få i dessa grupper redovisas inte fördelningen mellan pojkar och flickor. I Figur 2 presenteras ett stapeldiagram för att illustrera fördelningen i Tabell 4.

**Tabell 4.** Fördelning av antal brottstyper. Procent (antal).

Antal brottstyper	Hela gruppen (N=681)	Pojkar (n=497)	Flickor (n=184)	$\chi^2$
1 brottstyp	55,9 (381)	52,1 (259)	66,3 (122)	15,21***
2 brottstyper	24,4 (166)	26,4 (131)	19,0 (35)	3,54
3 brottstyper	7,9 (54)	9,9 (49)	2,7 (5)	9,11**
4-5 brottstyper	1,8 (12)	-	-	-
Saknade värden	10,0 (68)	9,5 (47)	11,4 (21)	
Total	100 (681)	100 (497)	100 (184)	

Antal brottstyper i gruppen som har begått brott. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

**Figur 2.** Fördelning av antal brottstyper (N=681). Redovisas i procent.



### *Ungdomars problembild – Lokala skillnader*

För att undersöka om det finns lokala skillnader i problembild bland ungdomar som får MST i olika delar av landet, har analyser gjorts uppdelat på de elva MST-teamen (fördelat på 8 städer). Resultaten visar att det inte finns några skillnader i medelålder vid inskrivning, i alla team är ungdomarna mellan 14–15 år vid start. Alla team, förutom två har haft fler inskrivna pojkar (variation mellan 54% - 68%). I båda teamen med fler flickor är andelen pojkar 47%.

När det kommer till initial problembild bland ungdomarna i de olika teamen finns många likheter, men även en del skillnader. En skillnad är ungdomarnas alkohol och/eller drogvanor. I ett av teamen rapporteras att 76% av ungdomarna har problem med alkohol och/eller droger, jämfört med 30% i det team som rapporterar lägst nivå (jmf 51% hela gruppen). En annan tydlig skillnad är andel ungdomar med självskadebeteende. Medelvärde i hela gruppen är 12%. Två team rapporterar att 23% respektive 30% av ungdomarna har ett självskadebeteende. Samma två team rapporterar också högre nivåer av sexuellt riskbeteende och prostitution. I hela gruppen är det 6% som uppvisar detta beteende, jämfört med 12% respektive 13%, i de två team som rapporterar detta problem i högst utsträckning. Det finns stora variationer i hur stor andel som rapporterat andra (ospecificerade) problem. Ett team rapporterar 0%, medan ett annat rapporterar 46% (M=7%). Andra problem kan vara till exempel något som någon i ungdomens närhet är orolig för, att de umgås med fel vänner, röker, snusar, tvångsbeteenden, depression eller andra problem med psykisk ohälsa.

### Utveckling av förändringsfaktorer

De förändringsfaktorer som studeras i rapporten är hur föräldrar hanterar sin ungdoms problematik, hur familjerelationer är, hur det går för ungdomen i skola/jobb/praktik, hur umgänge med prosociala vänner ser ut, och i vilken utsträckning det finns stöd i andra omgivande sociala nätverk (se Tabell 5). Dessa faktorer inkluderar de områden som behandlingen är centrerad kring, och den teoretiska utgångspunkten är att en förändring inom dessa områden, påverkar förändring i ungdomens problembeteende (se Figur A1).

I analyser av förändringsfaktorerna har dels gruppen där information finns vid start och avslut (N=970), dels den grupp där information finns vid samtliga tidpunkter (N=278/335) använts. För att validera om grupperna (N=970 respektive N=335) är jämförbara med hela gruppen (N=1426) har skillnader i föräldrarnas skattningar i förändringsfaktorerna jämförts vid start. Det finns inga stora skillnader i de mindre grupperna jämfört med hela gruppen.

**Tabell 5.** Centrala förändringsfaktorer inom MST

<i>Förändringsfaktorer inom familjen</i>	<i>Omnämns i tabeller som:</i>
Hur hanterar du din ungdoms problematik?	Hantera problem
Hur ser relationen ut i familjen?	Familjerelation
<i>Förändringsfaktorer i andra sociala nätverk</i>	
Hur använder ni er av andra sociala nätverk?	Nätverk
Hur går det i skolan/jobb/praktik?	Skolan/sysselsättning
Hur ser ditt barns kontakt med prosociala vänner ut?	Prosociala vänner

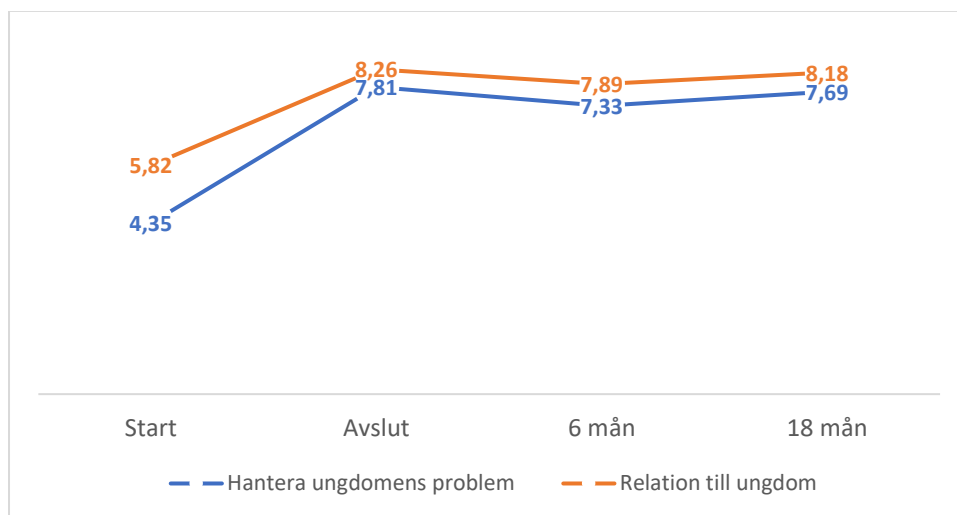
Skattning på skala 1–10 för varje fråga (Högt värde=bättre)

I Figur 3 och 4 illustreras utvecklingen inom dessa områden för de ungdomar som har dokumentation vid samtliga mättillfällen (N=335)<sup>2</sup>. Beräkningarna bygger på medelvärden för de olika förändringsfaktorerna. Det finns en signifikant positiv utveckling i samtliga förändringsfaktorer mätt från start till avslut, från start till 6 mån och från start till 18 månader. Utvecklingen och nivån ser liknande ut för pojkar och flickor (se appendix Tabell A2, samt Figur A2-A6 för illustration). Utvecklingen redovisas även i Tabell 6, där den procentuella förändringen beräknats, och visar på stora positiva förändringar i samtliga faktorer från start till avslut. De generella resultaten visar att förändringarna är ihållande över tid, även om utvecklingen i samtliga faktorer, med undantag prosociala vänner, har en nedåtgående trend från avslut till 6 månader efter avslutad behandling. Vid 18 månader efter behandlingens avslut har samtliga faktorer förbättrats igen, och skola och prosociala vänner har högre skattningar än vid avslut. För att

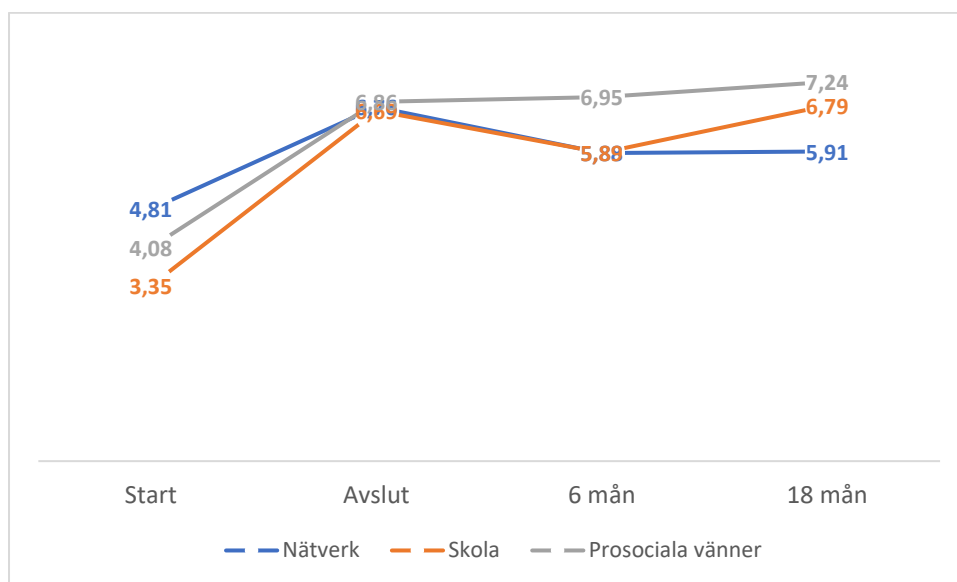
<sup>2</sup> För redovisning av bortfall i förändringsfaktorerna vid respektive mättillfällen, se Tabell A1.

undersöka ihållande förändring närmare har procentuell förändring även beräknats från avslut till 18 månader efter avslut. Resultaten visar att faktorer inom familjen vid 18 månader efter avslut är jämförbara med resultaten vid avslut, med enbart en minskning med 1,0% respektive 1,5%. Den procentuella utvecklingen från avslut till uppföljningen vid 18 månader efter avslut, vad gäller skola och umgänge med prosociala vänner, har de en ökning med 1,5% respektive 5,5%. När det kommer till stöd från omgivande nätverk så visar resultaten på en procentuell minskning med 12,6% från avslut till 18 månader efter avslut.

**Figur 3.** Utveckling av förändringsfaktorer inom familjen (N=335).



**Figur 4.** Utveckling av förändringsfaktorer i andra sociala nätverk (N=335).





**Tabell 6.** Procentuell utveckling i förändringsfaktorerna (N=335).

	Hantera problem	Familjerelation	Nätverk	Skola/sysselsättning	Prosociala vänner
Start-avslut	79,5%	52,3%	40,5%	99,7%	68,1%
Start-6 mån	68,5%	35,6%	22,2%	75,8%	70,3%
Start-18 mån	76,8%	40,5%	22,9%	102,7%	77,5%
Avslut-18 mån	-1,5%	-1,0%	-12,6%	1,5%	5,5%

Förändringsfaktorernas utveckling har även undersökts uppdelat på låg-hög problembild (1–3 olika problembeteenden=låg; 4–7 olika problembeteenden=hög). Vid behandlingens start är det endast skillnad mellan grupperna i hur det går i skolan. De ungdomarna med hög nivå/flera av problemen går det sämre för i skolan. Denna skillnad håller inte i sig över tid, utan försvinner vid avslut. För båda grupperna är utvecklingen positiv i samtliga förändringsfaktorer (start-avslut/ start-6 mån/ start-18 mån). Det finns inga signifikanta skillnader mellan pojkar och flickor i utvecklingen uppdelat på låg-hög problembild.

#### *Förändringsfaktorer i relation till behandlingen*

I uppföljningen vid avslut finns information om hur länge behandlingen pågått<sup>3</sup>. En målsättning för MST Sverige är att behandlingen ska pågå i 90–150 dagar, för att uppnå önskad förändring. Det är drygt hälften av gruppen som fått behandling i 90–150 dagar. Knappt 19% fick mindre än 90 dagars behandlingstid och 25% fick mer än 150 dagars behandling<sup>4</sup>. Som steg ett undersöktes om det finns skillnader i problembild i grupperna med olika lång behandlingstid. Analyserna visar att det inte finns några signifikanta skillnader i antal problem vid behandlingens start i relation till behandlingstid. Vid närmare granskning utifrån specifika problemområden, så skiljer sig grupperna åt när det kommer till om ungdomen har problem med att passa tider, rymma och att sova borta olovandes. De ungdomar med längre behandlingstid uppvisar i högre utsträckning detta problem, jämfört med grupperna som har kortare behandlingstid ( $H(2) = 9.242, p = .010$ ).

Samtliga förändringsfaktorer, både inom familjen och i andra sociala nätverk, skattades högst vid både start och vid avslut<sup>5</sup> i den grupp som fick kortast behandling (>90 dgr). Detta innebär att föräldrarna i denna grupp anser att de har bättre relationer i familjen, att de bättre hanterar ungdomarnas problem och att det går bättre i andra sociala sammanhang, jämfört med den grupp där ungdomen fått längst behandling (<150 dgr). Med undantag för stöd från omgivande nätverk vid avslut, skattade föräldrarna till ungdomar i gruppen som fått längst behandling lägst nivå i förändringsfaktorerna vid start och avslut dvs. att de hade sämre relationer i familjen, att de sämre

<sup>3</sup> I ungefär 16% av ärendena (av N=1426) saknas information om behandlingstid.

<sup>4</sup> Mer än 150 dagars behandling innebär som regel ytterligare 1–2 månaders behandlingstid.

<sup>5</sup> Kruskal-Wallis test genomfördes för att signifikantesta skillnader i medelvärden mellan de tre grupperna. Samtliga skillnader var statistiskt signifikanta på  $p=.001$  eller lägre (med undantag för stöd från omgivande nätverk som inte hade några skillnader vid vare sig start eller avslut).

hanterar ungdomarnas problem och att det går sämre i andra sociala sammanhang jämfört med de grupper som fått kortare behandling ( $\geq 150$ ). Skillnaderna mellan grupperna är signifikanta, både vid behandlingens start och avslut, med undantag för stöd från omgivande nätverk.

I steg två undersöktes om det finns skillnader i procentuell utveckling i förändringsfaktorerna i relation till behandlingstid. I Tabell 7 visar resultaten att de procentuella förändringarna från start till avslut är varierande, men positiva, i de olika grupperna (uppdelat på behandlingstid mindre än 90 dagar/mellan 90–150 dagar/mer än 150 dagar).

**Tabell 7.** Procentuell utveckling i förändringsfaktorer (start-avslut) uppdelat på behandlingstid (N=970).

	Hantera problem	Familjerelation	Nätverk	Skola/sysselsättning	Prosociala vänner
> 90 dgr	50,9%	23,2%	37,0%	68,6%	59,7%
90–150 dgr	66,7%	31,3%	43,7%	96,8%	73,1%
< 150 dgr	77,2%	33,9%	47,8%	93,2%	60,5%

I tre av fem förändringsfaktorer (hur föräldrarna hanterar ungdomens problem, familjerelationer, stöd från omgivande nätverk) är den procentuella förändringen störst i den grupp som fått längst behandling. För de andra två förändringsfaktorerna (hur det går i skolan och hur relationerna med prosociala vänner utvecklas) var den procentuella förändringen störst i gruppen som fått 90–150 dagars behandling.

#### *Förändringsfaktorer i relation till nya insatser*

En indikation på hur det har gått för ungdomen i behandlingen är att titta på om ungdomen fått ny insats vid behandlingens avslut eller inte. Totalt 148 (15% av N=970) ungdomar hade fått ny insats vid behandlingens avslut (exempelvis blivit placerad i familjehem, på institution eller fått en kontaktperson). Av dessa var 95 (64%) pojkar och 53 (36%) flickor. Det finns skillnader i vilken utsträckning nya insatser satts in för ungdomen i de olika teamen, med en variation mellan 4–34%.

För att undersöka hur ungdomarnas problem förändras över tid under behandling undersöktes om ungdomar som uppvisat ett visst problembeteende vid start, fått ny insats vid avslut på grund av samma problem. För att undersöka detta användes information om alla ungdomar som har dokumentation vid start och avslut (N=970). I Tabell 8 framgår att det är mellan 2 – 7% av ungdomarna som fått ny insats på grund av samma problem som de hade initialt vid behandlingens start. Enstaka ungdomar har fått ny insats på grund av ett problembeteende som inte var ett av de problem de hade vid MST-behandlingens start.

**Tabell 8.** Problembeteende start och ny insats avslut pga. samma problem (N=970). Antal (procent).

<i>Problembeteende</i>	<i>Start</i>	<i>Avslut</i>
<b>Skolk</b>		
Ja	800	41 (5,1)
Nej	170	
<b>Aggression</b>		
Ja	643	16 (2,3)
Nej	327	
<b>Passar inte tider, rymmer, sover borta olovandes</b>		
Ja	585	13 (2,2)
Nej	385	
<b>Alkohol/droger</b>		
Ja	462	31 (6,7)
Nej	508	
<b>Kriminalitet</b>		
Ja	444	20 (4,5)
Nej	526	
<b>Självskadebeteende</b>		
Ja	120	4 (3,3)
Nej	850	
<b>Annat</b>		
Ja	78	4 (5,1)
Nej	892	
<b>Sexuellt riskbeteende, prostitution</b>		
Ja	53	3 (5,7)
Nej	917	

I 278 ärenden har det varit möjligt att följa om ungdomen fått ny insats vid behandlingens avslut, 6 samt 18 månader efter avslutad behandling, samt om ungdomen blivit gripen av polis och/eller blivit institutionsplacerade vid avslut. Uppföljningen visar att 128 (44%) av ungdomarna har fått någon ny insats vid minst ett av uppföljningstillfällena, vid avslut har 29 (10%) av ungdomar blivit tagna av polis, och 2 (1%) ungdomar har blivit institutionsplacerade.

Vid en analys av skillnader i gruppen som fått ny insats och de som inte fått det, kan inga skillnader mellan grupperna identifieras när det kommer till antal problem vid behandlingens start. Detsamma gäller även för specifika problem, med undantag för aggression, som var signifikant högre i gruppen som fått ny insats efter behandlingens slut ( $M= 0,65$  jmf  $M= 0,73$  (skala 0–1);  $t = -1,870$ ,  $p < .001$ ).

För att undersöka på vilket sätt utvecklingen i förändringsfaktorerna hänger ihop med behandlingens utfall, om ungdomarna fått ny insats eller inte, jämfördes utvecklingen i förändringsfaktorerna från behandlingens start till behandlingens avslut. Det finns inga signifikanta skillnader mellan skattningarna vid start, för gruppen som fått ny insats och de som inte fått ny insats, förutom skattningen som mäter ungdomens umgänge med prosociala vänner som är signifikant högre i gruppen som inte fått ny insats ( $M= 4,16$  jmf  $M= 3,99$ ;  $t = .690$ ,  $p = .042$ ). När samma analyser genomfördes för dessa faktorer vid behandlingens avslut var skillnaderna i

de två grupperna större och fler. För de ungdomar som inte fått ny insats vid avslut rapporterar föräldrarna att de kan hantera ungdomarnas problem bättre, att familjerelationerna är bättre, att det går bättre i skolan och att relationerna med prosociala vänner är bättre, jämfört med gruppen som fått ny insats. Samtliga av dessa skillnader var signifikanta (se Tabell A3).

För att bedöma i vilken utsträckning faktorer inom familjen och andra sociala nätverk utvecklats under MST-behandlingen analyserades den procentuella utvecklingen från behandlingens start till avslut (se Tabell 9). Inledningsvis undersöktes om det fanns skillnader i den procentuella utvecklingen i dessa faktorer i den grupp ungdomar som fått ny insats (n=148/15%) vid behandlingens avslut jämfört med den grupp som inte fått någon ny insats (n=822/85%). Förändringen är störst för gruppen som inte fått ny insats, i tre av de fem faktorerna (familjerelation; skola; prosociala vänner). När det gäller att hantera ungdomens problem och stöd från omgivande nätverk var förändringen procentuellt större i gruppen som fått ny insats.

**Tabell 9.** Procentuell utveckling i förändringsfaktorer uppdelat på ny insats eller inte ny insats (N=970).

	Hantera problem	Familjerelation	Nätverk	Skola	Prosociala vänner
Ej ny insats	67,4%	32,1%	43,1%	97,7%	71,6%
Ny insats	70,3%	26,0%	50,7%	61,2%	49,1%

För att undersöka om förändringsfaktorerna predicerar om ungdomen fått ny insats vid avslut genomfördes logistiska regressionsanalyser. Samtliga faktorer (mätt vid avslut) predicerar utfallet ny insats, med undantag för stöd från omgivande nätverk (se Tabell 10). Resultaten visar att om föräldrarna har svårare att hantera ungdomens problematik, om ungdomen har sämre relationer till familj och prosociala vänner, samt om det går sämre i skolan, ökar sannolikheten för ny insats. Stöd från omgivande nätverk verkar inte ha betydelse för om ungdomen får ny insats eller inte.

**Tabell 10.** Logistisk regression för att predicera ny insats (N=970).

	OR	95% Konfidensintervall (KI)	p-värde
Hanterar problematik	.799	.711 - .898	<.001
Familjerelationer	.806	.717 - .905	<.001
Nätverk	1.010	.934 – 1.092	.804
Skolan/sysselsättning	.832	.774 - .895	<.001
Prosociala vänner	.821	.758 - .889	<.001

I analysen har de oberoende variablerna analyserats separat.

I nästa steg undersöktes skillnader i nivå och utveckling i förändringsfaktorerna i den grupp som fått ny insats vid minst ett uppföljningstillfälle, jämfört med de som inte fått ny insats någon gång under perioden. Skillnaderna från start kvarstår eller ökar i samtliga förändringsfaktorer, dvs de är fortsatt högre i den grupp som inte fått ny insats, förutom i stöd från omgivande nätverk, där inga skillnader finns (för illustration, se Figur A7-A11).

För att undersöka om det finns ett samband mellan behandlingstid och ny insats genomfördes en logistisk regression. Resultatet visar att för gruppen som fått mer än 150 dagars behandling är sannolikheten för ny insats förhöjd (OR=2.952, 95% KI: 2,063-4,225) jämfört med gruppen som hade mindre än 150 dagars behandling (referensgrupp).

## **Diskussion**

Syftet med denna rapport var att systematiskt kartlägga problembilden bland de ungdomar som fått MST i Sverige mellan 2015–2023, samt att fördjupa kunskapen om hur centrala förändringsfaktorer utvecklas under och efter behandling.

### *Ungdomarna och problembild*

Baserat på kartläggningen kan det konstateras att den grupp som får MST, är en mycket problembelastad grupp, vilket går i linje med den målgrupp MST är utformad för och ska arbeta med. Resultaten visar att 74% av ungdomarna i studien uppvisar tre eller flera problem vid inskrivning, vilket är jämförbart med en tidigare studie genomförd i svensk kontext, där motsvarande andel var 71% (Sundell m.fl., 2006).

En skillnad i relation till målgruppen, 12–17-åringar, är att åldersspannet i den aktuella gruppen sträcker sig från 8–19 år. Även om de yngre barnen, mellan 8–11 år, samt äldre ungdomarna, 18–19 år är förhållandevis få (n=74; 5%, respektive n=9; 1%), så kan det vara viktigt att följa upp hur insatsen går att anpassa till åldersgrupper som skiljer sig från målgruppen. Något som ytterligare motiverar att titta närmare på MST-behandling i olika åldersgrupper, är att det finns studier som indikerar att det kan vara mer effektivt att arbeta med vissa system/faktorer i olika åldrar (van der Stouwe m.fl., 2014). Under tonårsperioden får exempelvis kamrater allt större betydelse och inflytande jämfört med tidigare, då föräldrar varit den främsta socialisationsagenten (Smetana m.fl., 2015), vilket motiverar att man behöver arbeta på lite olika sätt och olika mycket i olika system, beroende på ålder.

När det kommer till ungdomarnas problembeteenden så finns många likheter mellan de ungdomar som är inskrivna i MST-behandling i olika städer, men det finns även några skillnader. Till exempel finns skillnader i hur stor andel ungdomar som har problem med alkohol och narkotika och variationen sträcker sig mellan 30–76% (M=51%) i de olika teamen. Vidare rapporterar två team en betydligt högre andel ungdomar med självskadebeteende (23 respektive 30%, jmf M=12%) och sexuellt riskbeteende och prostitution (12 respektive 13%, jmf M=6%), jämfört med de andra teamen. Det är i huvudsak flickor som har dessa beteendeproblem och det verkar också som att de två beteendeproblemen hänger samman. I tidigare studier har man funnit samband mellan självskadebeteende och sexuellt riskbeteende, då självskadebeteende kan ta sig uttryck i form av sexuellt riskbeteende (Fredlund m.fl., 2019; Mellin m.fl., 2024). Den varierade frekvensen i olika beteendeproblem bland ungdomar i olika städer kan bero på en faktisk skillnad,

att det är mer vanligt förekommande med vissa problem i vissa delar av landet, jämfört med andra. Men det skulle också kunna vara en indikation på att det finns en skillnad i vad det finns för andra alternativa insatser att erbjuda ungdomar med specifika problem i olika städer.

När det kommer till kriminalitet specifikt, visar resultaten att de ungdomar som begått brott (48%), i huvudsak har begått en typ av brott (56%). I en tidigare rapport har kriminalitet bland ungdomar som fått MST följts upp i misstankeregistret och det var en stor andel av ungdomarna som förekom där (85%) (Socialstyrelsen, 2014). I den dokumentation studien bygger på finns inte någon information om omfattning av det brottsliga beteendet (mättet är dikotomt, 0–1/nej-ja), men med tanke på gruppens problembelastning och hur stor andel som fanns i misstankeregistret i tidigare studie, är det möjligt att de brott som begås, begås frekvent och är allvarliga. Framåt, för att kunna göra fördjupade analyser, skulle det vara värdefullt att även dokumentera hur frekvent brott begås, för att kunna säga något om allvarlighetsgrad.

### *Förändringsfaktorer och behandlingsutfall*

Den teoretiska utgångspunkten i MST bygger på att teamen, med utgångspunkt i individens behov och situation, arbetar inom alla sammanhang och relationer ungdomen befinner sig i och att detta arbete leder till förändringsprocesser som i sin tur ska påverka och bryta den beteendeproblematik ungdomen uppvisar.

Resultaten i rapporten visar att faktorer kopplade till familjen och andra sociala sammanhang signifikant förbättrats under tiden MST-behandlingen pågår. Från avslutad behandling till 6 månader efter behandlingens slut sjunker de flesta skattningarna något. Detta är väntat, eftersom tidigare studier visar på liknande mönster, dvs. att behandlingsresultat sjunker något efter avslutad behandling (Weisz & Kazdin, 2010). Samtliga skattningar ökar sedan igen, från 6 månader till mätningen 18 månader efter behandling. Detta kan betyda att familjen, ungdomen och sociala nätverk runt den unge fått verktyg att upprätthålla de positiva stödstrukturer och förändringar de tidigare uppnått tillsammans med behandlare under tiden de fick MST. Då det inte finns någon jämförelsegrupp i föreliggande studie, är det dock svårt att uttala sig om i vilken utsträckning förändringarna är ett resultat av MST. Men, som exempel finns MST-studier som har jämförelsegrupper, där resultaten visar att MST har ihållande effekter på behandlingsutfallet (ex. Letourneau m.fl., 2013), dock är de flesta studierna genomförda i andra kontexter.

Förändringsfaktorerna bygger på ungdomarnas föräldrars skattningar inom olika områden. Tidigare studier har visat att det kan förekomma skillnader mellan hur ungdomar och föräldrar skattar specifika problem och situationer (Andrée Löfholm m.fl., 2009a). Tidigare studier har dessutom visat att ungdomars upplevelse av sociala kontexter, i större utsträckning än föräldrarnas upplevelser, har betydelse för ungdomars beteende (Fagg m.fl., 2008; Nilsson m.fl., 2021). Därför är det viktigt att närmare studera ungdomars perspektiv, vilket också går i linje med bland annat artikel 12 i Barnkonventionen (UNICEF Sverige, 2024), där det framgår att barn har

rätt att höras i alla frågor som rör dem, och att hänsyn ska tas till deras åsikter. Detta kommer vara möjligt att göra inom ramen för MST-studier i Sverige framöver, då MST under 2023 systematiskt började dokumentera information om ungdomarnas egna skattningar och upplevelse av delaktighet i behandlingen.

I den dokumentation rapporten utgått ifrån, finns information om ungdomarna fått ny insats som har använts som en indikation på hur det har gått för ungdomen under (och efter) behandlingen. Det finns begränsningar med att använda detta mått som behandlingsutfall. Å ena sidan, kan problembeteenden ha förbättrats, trots att ny insats implementeras, å andra sidan kan problembeteenden fortgå, trots att ingen ny insats har satts in. Givet dessa begränsningar har detta mått använts som utfall i rapporten. När det kommer till behandlingstid som mått, så har det använts mer explorativt. Behandlingstid har dels studerats i relation till förändringsfaktorerna för att undersöka om det finns skillnader i förändring i dessa faktorer och tid i behandling, dels i relation till ny insats, för att undersöka om det finns ett samband mellan behandlingstid och behandlingsutfall.

I denna rapport visade resultaten att förändringsfaktorerna, med undantag för stöd från omgivande nätverk, signifikant predicerar om ungdomen fått en ny insats vid behandlingens avslut. Framåt skulle det vara intressant att studera interaktionen mellan individfaktorer i relation till omgivande system (se t.ex. Hardie, 2020), för att ytterligare öka förståelsen för betydelsen av förändringsfaktorerna.

Resultaten visar att den procentuella utvecklingen i förändringsfaktorerna i viss mån varierar i relation till behandlingstid. Utvecklingen i förändringsfaktorerna var störst i de grupper som får längre behandling, jämfört med den grupp som fått kortast behandling. Bland de ungdomar som får längst behandling är sannolikheten för ny insats högre jämfört med de ungdomar som fick kortare tid i behandling. Detta skulle kunna vara en indikation på att den grupp som fått längst behandling, också är den grupp som är mest utmanande att arbeta med.

Resultaten visar att den grupp som fått ny insats vid avslut hade lägre nivå i fyra av fem förändringsfaktorer vid avslut, och den procentuella förändringen var mindre i tre av de fem faktorerna, jämfört med gruppen som inte fått ny insats. Mot bakgrund av detta skulle det vara intressant att studera närmare om det är utvecklingen i faktorerna (förändringens storlek), eller nivån efter förändringen (oberoende förändringens storlek), som är viktigast i relation till behandlingsutfall, eller om de har lika stor betydelse.

### *Samverkan*

Även om utgångspunkten för MST är individen och behandlingen är hemvårdbaserad, så ges behandlingen även i andra sociala sammanhang ungdomen befinner sig i. Därför är samverkan med andra myndigheter, såsom skola och polis viktig. Tidigare forskning har visat att lyckad samverkan är betydelsefull för att ungdomars beteendeproblem ska brytas (Socialstyrelsen,

2020). Förutom familjen, är skolan i många fall en central aktör i MST-behandlingen. Det kan finnas utmaningar med att få till ett fungerande samarbete med skolan (Jethwa m.fl., 2021), exempelvis kan skollov ha påverkan på samarbete och uppföljning. Det kan också vara ett hinder om skolan har begränsat med resurser och har svårt att se den direkta vinningen med samarbetet. En fördel för skolor som samarbetar med MST-team, är att det kan uppkomma potentiella sekundärvinster, som till exempel att skolpersonal får kunskap och erfarenhet som de kan använda för att vägleda och hjälpa fler av skolans barn och ungdomar.

Om MST-behandlare skapar goda och tillitsfulla relationer i sitt samarbete med familjen, finns ytterligare potentiella indirekta vinster. Tidigare forskning har visat att om man skapar tillitsfulla relationer, har det stor betydelse för i vilken utsträckning man lyckas med implementeringen och att nå de uppsatta målen med insatsen (Franzén m.fl., 2020). Dessutom kan detta leda till att familjen och ungdomen även får högre tillit till andra myndigheter och delar av välfärdssamhället (a.a.). Ett välfungerande samarbete mellan behandlare-familj skulle kunna leda till högre tillit och bättre samarbete mellan till exempel polis och föräldrar. Om tilliten mellan föräldrar och polis är god skulle det kunna leda till att föräldrarna själva exempelvis delar med sig av betydelsefull information till polisen, som myndigheter inte kan dela med varandra utan familjens medgivande.

Avslutningsvis, den kontinuerliga dokumentationen och uppföljningen MST gör i sitt dagliga arbete är inte bara värdefull när det gäller möjligheten att arbeta med internt utvecklingsarbete av insatsen, det möjliggör även att det går att genomföra externa uppföljningar, likt föreliggande rapport. Det kan vara värdefullt att utveckla vissa delar av uppföljningen, och se över om ytterligare information kan samlas in för framtida fördjupade studier.



## Referenser

- Andrée Löfholm, C. (2011). *Multisystemisk terapi i Sverige. Evidensbaserad metod i nytt sammanhang*. Akademisk avhandling. Lunds universitet: Socialhögskolan.
- Andrée Löfholm, C., Brännström, L., Bergström, M., & Hansson, K. (2013). Treatment-as-usual in effectiveness studies: What is it and does it matter? *International Journal of Social Welfare*, 22(1), 25–34.
- Andrée Löfholm, C., Eichas, K. & Sundell, K. (submitted). Treatment fidelity in Multisystemic Therapy: Associations with Time, Therapist and Team Experience.
- Andrée Löfholm, C., Eichas, K., & Sundell, K. (2014). The Swedish implementation of multisystemic therapy for adolescents: Does treatment experience predict treatment adherence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 643 – 655.
- Andrée Löfholm, C., Olsson, T., Sundell, K. & Hansson, K. (2009a). Multisystemic Therapy with Conduct Disordered Youth: Stability of Treatment Outcomes Two Years after Intake. *Evidence & Policy*, 5, 373-397.
- Andrée Löfholm, C., Olsson, T., Sundell, K. & Hansson, K. (2009b). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem: Resultat efter två år*. Stockholm: Socialstyrelsen, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).
- Buderer, C., Hefti, S., Fux, E., Perez, T., Swenson, C. C., Furstenau, U., Rhiner, B., & Schmid, M. (2020). Effects of multisystemic therapy for child abuse and neglect on severity of neglect, behavioral and emotional problems, and attachment disorder symptoms in children. *Children and Youth Services Review*, 119.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education* (vol. 3, 2<sup>nd</sup> ed.). Oxford: Elsevier.
- Dekovic, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P. J. M., & Van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 574 – 587.
- Fagg, J., Curtis, S., Clark, C., Congdon, P., & Stansfeld, S. A. (2008). Neighbourhood perceptions among inner-city adolescents: Relationships with their individual characteristics and with independently assessed neighbourhood conditions. *Journal of Environmental Psychology*, 28(2), 128–142.

Fain, T., Greathouse, S. M., Turner, S. F., & Weinberg, H. D. (2014). Effectiveness of multisystemic therapy for minority youth: Outcomes over 8 years in Los Angeles County. *Journal of Juvenile Justice*, 3, 24 – 37.

Franzén, C., Nilsson, E. L., Norberg, J. R., & Peterson, T. (2020). Trust as an analytical concept for the study of welfare programmes to reduce child health disparities: The case of a Swedish postnatal home visiting programme. *Children and Youth Services Review*, 118, 105472.

Fredlund, C., Wadsby, M., & Jonsson, L. S. (2019). Motives and Manifestations of Sex as Self-Injury. *The Journal of Sex Research*, 57(7), 897–905.

Gustle, L-H. (2007). *Implementering och korttidsuppföljning av multisystemisk terapi. En randomiserad multicenterstudie angående Multisystemisk terapi*. Akademisk avhandling. Lunds universitet: Institutionen för Psykologi.

Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K., Lundh, L-G. & Andrée Löfholm, C. (2007a). Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 443 – 451.

Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K. & Andrée Löfholm, C. (2007b). Multisystemic therapy project in Sweden: what factors affect the tendency of social workers to refer subjects to the research project? *International Journal of Social Welfare*, 16, 358–366.

Gustle, L-H., Hansson, K., Sundell, K. & Andrée Löfholm, C. (2008). Implementation of Evidence-Based Models in Social Work Practice: Practitioners' Perspectives on an MST Trial in Sweden. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 17, 111-125.

Hardie, B. (2020). *Studying situational interaction: Explaining behaviour by analysing person-environment convergence*. Springer Nature.

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., Letourneau, E. J., Chapman, J. E., Borduin, C. M., Schewe, P. A. & McCart, M. R. (2009b) Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 451 – 62.

Henggeler, S. W., & Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic therapy: Clinical overview, outcomes, and implementation research. *Family process*, 55(3), 514-528.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009a). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2nd ed.)*. New York: Guilford Press

Hoeve M., Dubas J.S., Eichelsheim V.I., Van der Laan P.H., Smeenk W.H., Gerris J.R.M. (2009). The Relationship Between Parenting and Delinquency: A Meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.

Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451–467.

Jethwa, J., Glorney, E., Adhyaru, J., & Lawson, A. (2021). A grounded theory of multisystemic therapist roles in achieving positive outcomes for young people and families. *Journal of Family Therapy*, 43(1), 124-142.

Lange, A. M. C., Delsing, M. J. M. H., van Geffen, M., & Scholte, R. H. J. (2022). Alliance between therapist and multi-stressed families during the COVID-19 pandemic: The effect of family-based videoconferencing. *Child & Youth Care Forum*, 51, 593–611. doi.org/10.1007/s10566-021-09644-y

Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23, 89–102.

Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., McCart, M. R., Borduin, C. M., Schewe, P. A., & Armstrong, K. S. (2013). Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 978–985.

Littell, J. H., Pigott, T. D., Nilsen, K. H., Green, S. J., & Montgomery, O. L. (2021). Multisystemic Therapy® for social, emotional, and behavioural problems in youth age 10 to 17: An updated systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 17(4), e1158.

Mellin, J. E., Young, C. C., Rew, L., Zuniga, J., & Monge, M. C. (2024). Sexual Activity as Self-Injury: A Scoping Review. *The Journal of Sex Research*, 1–14.

MST Services (2023). *Multisystemic therapy research at a glance*. Hämtas: [2023 R@@G - long version.pdf \(hubspotusercontent-na1.net\)](https://www.hubspotusercontent-na1.net)

Naar-King, S., Ellis, D., King, P. S., Cunningham, P., Secord, E., Bruzzese, J-M, & Templin, T. (2014). Multisystemic therapy for high-risk African-American adolescents with asthma: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 536 – 545.

Nilsson, E. L., Ivert, A. K., & Torstensson Levander, M. (2021). Adolescents' Perceptions, Neighbourhood Characteristics and Parental Monitoring-Are they Related, and Do they Interact in the Explanation of Adolescent Offending? *Child Indicators Research*, 14(3), 1075-1087.

Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and adolescent mental health*, 11(3), 142-149.

Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child & Adolescent Mental Health*, 9(2), 77– 83.

Olsson, T. M. (2009). *Crossing the quality chasm?* Lund Dissertations in Social Work. Lunds universitet: Socialhögskolan.

Olsson, T., Leifman, H., Sundell, K. & Hansson, K. (2008). Effective services for alcohol and drug abusing youth: Perspectives from Sweden. Ingår i A. Stevens (Ed.), *Crossing Frontiers: International Developments in the Treatment of Drug Dependence*. Brighton; UK: Pavilion Publishing.

Olsson, T. M. (2010a). Intervening in youth problem behavior in Sweden: a pragmatic cost analysis of MST from a randomized trial with conduct disordered youth. *International Journal of Social Welfare*, 19, 194-205.

Olsson, T. M. (2010b). MST With Conduct Disordered Youths In Sweden: Costs and Benefits After 2 Years. *Research on Social Work Practice*, 20, 561-571.

Olsson, T. M. (2011). Comparing top-down and bottom-up costing approaches for economic evaluation within social welfare. *European Journal of Health Economics*, 12(5), 445-453.

Porter, M., & Nuntavisit, L. (2016). An evaluation of multisystemic therapy with Australian families. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 37, 443–462.

Sheerin, K. M., Borduin, C. M., Brown, C. E., & Letourneau, E. J. (2021). An evaluation of mechanisms of change in multisystemic therapy for juvenile justice-involved youths a decade following treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47, 208-219.

Smetana, J. G., Robinson, J., & Rote, W. M. (2015). Socialization in adolescence. *Handbook of socialization: Theory and research*, 2, 66-84.

Socialstyrelsen (2014). *Utvärdering av Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter fem år*. Stockholm: Socialstyrelsen, Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).

Socialstyrelsen (2020). *Bedöma risk och behov för barn och unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende Kunskapsstöd för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundell, K., Hansson, K., Andrée Löfholm, C., Olsson, T., Gustle, L.H. & Kadesjö, C. (2006). *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem*. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS).

Sundell K., Hansson K., Andrée Löfholm C., Olsson T., Gustle L.H., Kadesjö C. (2008). The transportability of MST to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct disordered youth. *Journal of Family Psychology*, 22, 550-560.

Tolman, R. T., Mueller, C. W., Daleiden, E. L., Stumpf, R. E., & Pestle, S. L. (2008). Outcomes from multisystemic therapy in a statewide system of care. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 894 – 908.

UNICEF Sverige. (2024). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Hämtas: [https://assets.ctfassets.net/gl8rzq2xcs2o/FUJ64Tf4T7SHdFcZPj7Y/ccbb852ddac1ff7287134cdf7579b691/UNICEF\\_Barnkonventionen\\_fullversion\\_2024\\_\\_1\\_.pdf](https://assets.ctfassets.net/gl8rzq2xcs2o/FUJ64Tf4T7SHdFcZPj7Y/ccbb852ddac1ff7287134cdf7579b691/UNICEF_Barnkonventionen_fullversion_2024__1_.pdf)

Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 468-481.

Ward, S., Williams, J., & van Ours, J. C. (2021). Delinquency, arrest and early school leaving. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 83(2), 411-436.

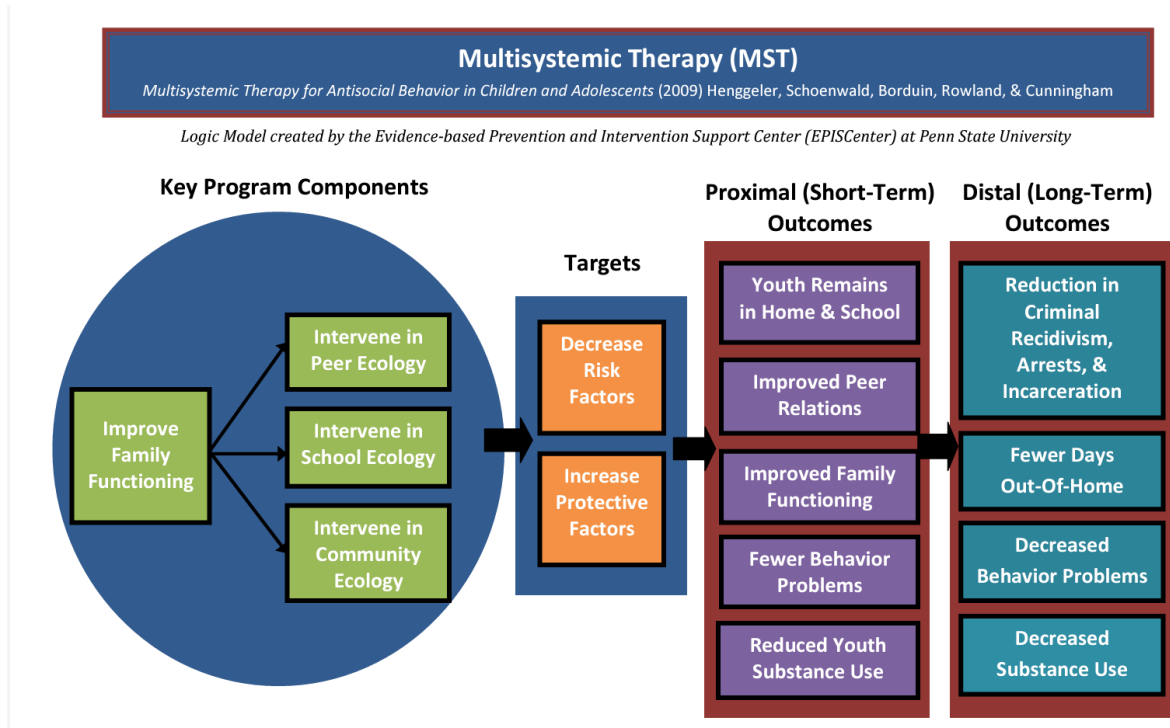
Warr, M. (2002). *Companions in crime: The social aspects of criminal conduct*. Cambridge University Press.

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (Eds.). (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press.

Welsh, B. C., & Greenwood, P. W. (2015). Making it happen: State progress in implementing evidence-based programs for delinquent youth. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 13, 243 – 257.

## Appendix

**Figur A1.** Logisk modell MST



**Tabell A1.** Antal skattningar i förändringsfaktorerna för att redovisa bortfall (n=335).

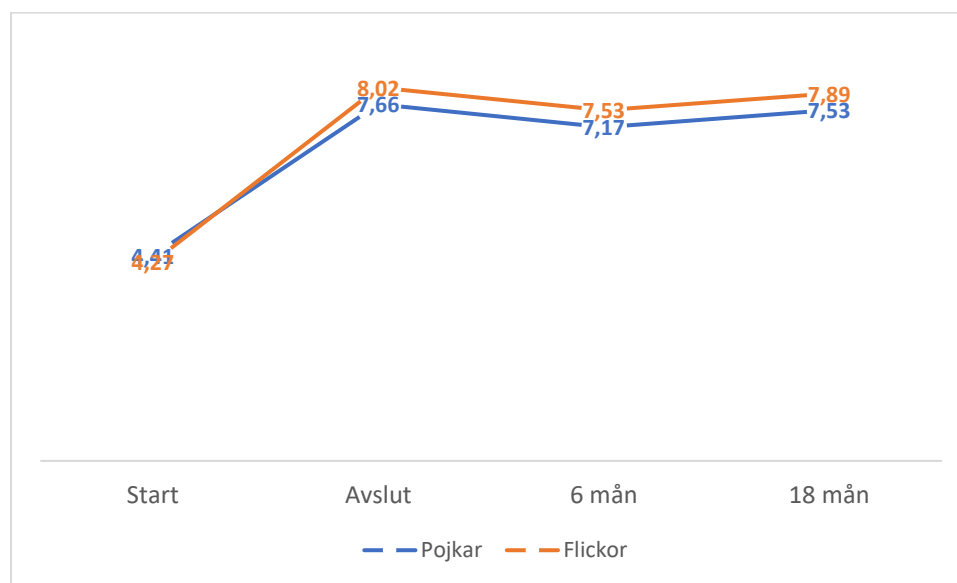
<i>Variabel</i>	<i>Start</i>	<i>Avslut</i>	<i>6 mån</i>	<i>18 mån</i>
Hur hanterar du din ungdoms problematik idag?	n= 298	n=258	n=306	n=303
Hur är era relationer inom familjen?	n=298	n=262	n=307	n=308
Hur mycket använder ni er av personer i er omgivning för stöd?	n=299	n=261	n=289	n=276
Hur går det för din ungdom i skolan/jobb/praktik?	n= 297	n=257	n=304	n=292
Hur ser ditt barns kontakter ut med prosociala vänner?	n=292	n=259	n=303	n=306

**Tabell A2.** Utveckling av förändringsfaktorer (N=335).

Variabel	Start	Avslut	6 mån	18 mån	t-test start - avslut	t-test start - 6 mån	t-test start - 18 mån
Hur hanterar du din ungdoms problematik idag?	4,41 (2,41) 4,27 (2,35)	7,66 (1,62) 8,02 (1,29)	7,17 (1,94) 7,53 (1,98)	7,53 (2,34) 7,89 (1,88)	-17.82*** -15.49***	-11.52*** -13.40***	-11.68*** -15.16***
Hur är era relationer inom familjen?	6,07 (2,60) 5,52 (2,44)	8,35 (1,36) 8,12 (1,51)	7,82 (2,07) 7,97 (1,95)	8,25 (1,99) 8,09 (1,78)	-11.70*** -11.35***	-7.29*** -10.19***	-9.34*** -10.46***
Hur mycket avvänder ni er av personer i er omgivning för stöd?	4,89 (2,96) 4,72 (2,88)	6,67 (2,62) 6,90 (2,29)	5,94 (2,98) 5,80 (2,81)	5,92 (3,05) 5,87 (2,98)	-6.93*** -8.26***	-3.86*** -3.32***	-3.53*** -2.92***
Hur går det för din ungdom i skolan/jobb/praktik?	3,24 (2,42) 3,48 (2,70)	6,71 (2,53) 6,67 (2,85)	6,05 (2,82) 6,26 (2,81)	6,72 (2,79) 6,88 (2,53)	-16.06*** -9.93***	-9.79*** -8.54***	-11.96*** -9.36***
Hur ser ditt barns kontakter ut med prosociala vänner?	4,14 (2,35) 4,01 (2,54)	6,73 (2,44) 7,05 (2,34)	6,64 (2,50) 7,35 (2,25)	6,96 (2,72) 7,58 (2,40)	-12.22*** -10.87***	-9.20*** -11.76***	-9.06*** -11.51***

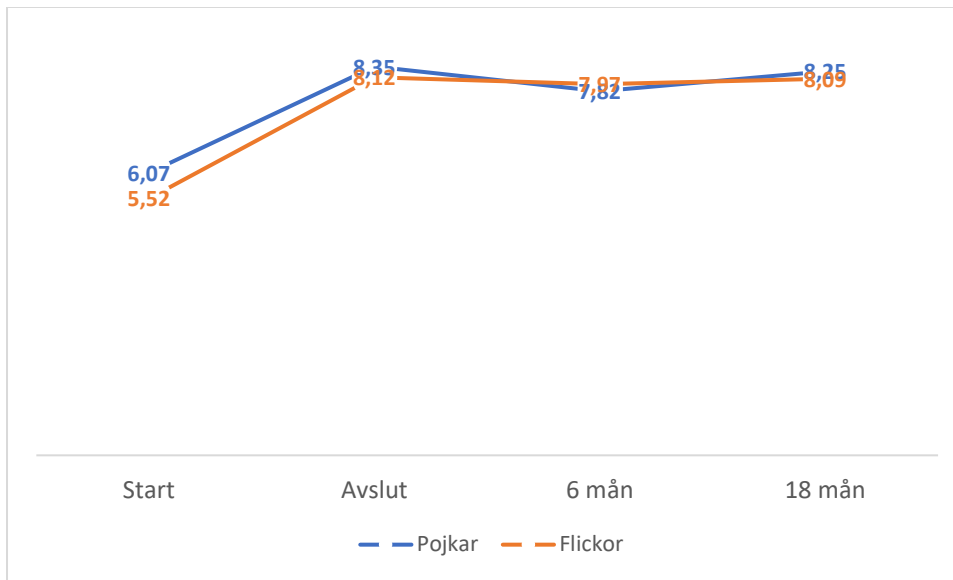
\*\*\* $p < .001$  Medelvärden (standardavvikelse) — Pojkar — Flickor

**Figur A2.** Utveckling av hur föräldrar hanterar ungdomens problem (N=335).



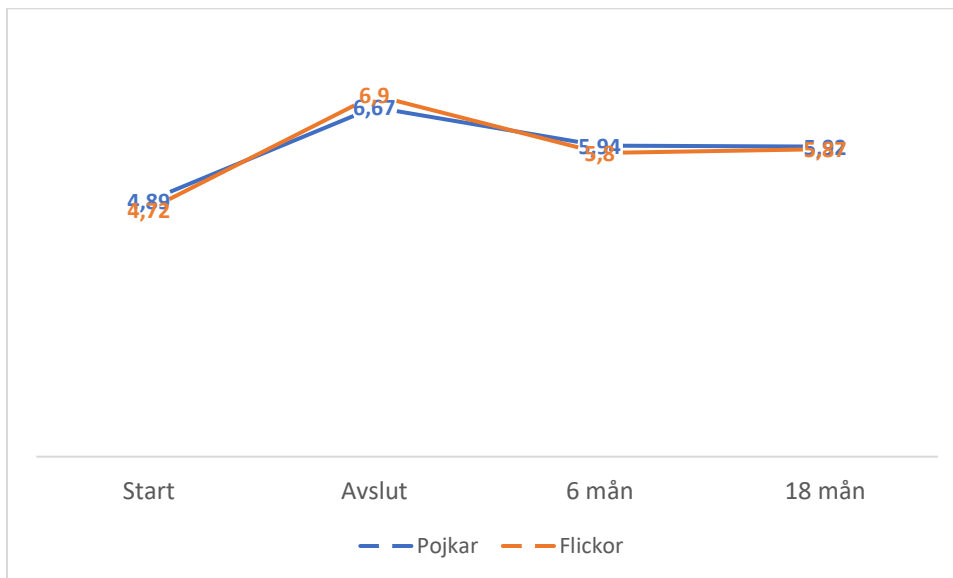
I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

**Figur A3.** Utveckling av familjerelationer (N=335).



I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

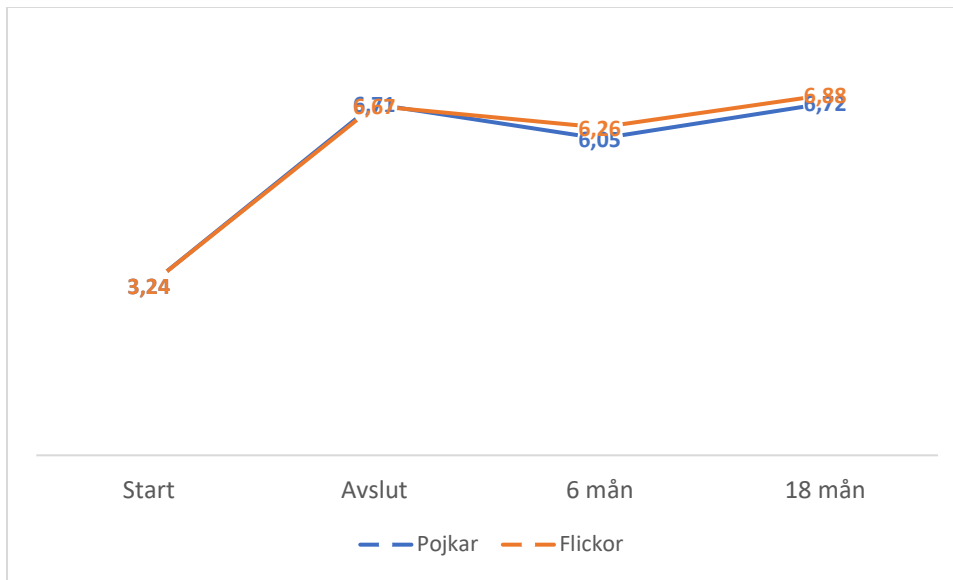
**Figur A4.** Utveckling av stöd från personer i omgivande nätverk (N=335).



I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

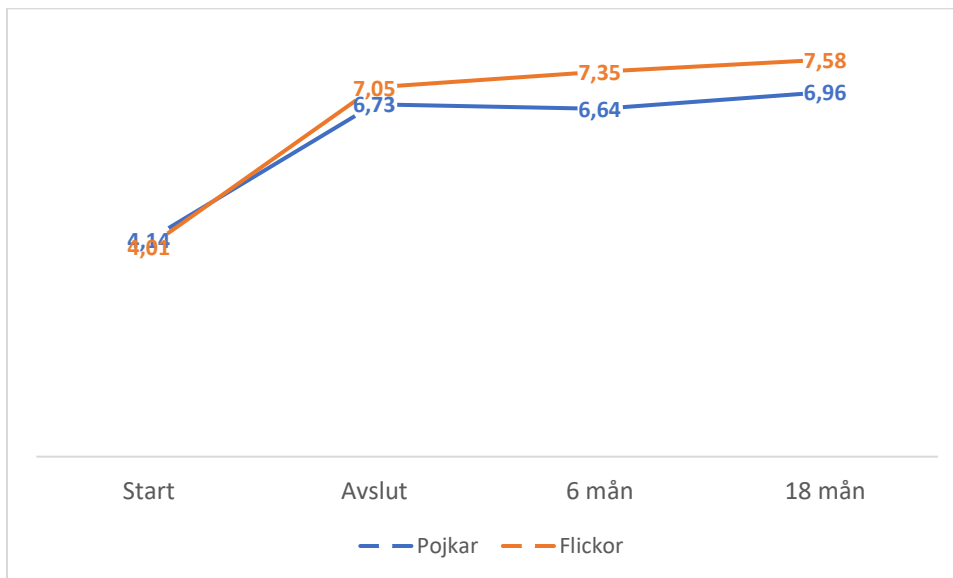


**Figur A5.** Utveckling av hur det går för ungdomen i skolan/sysselsättning (N=335).



I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

**Figur A6.** Utveckling av umgänge med prosociala vänner (N=335).



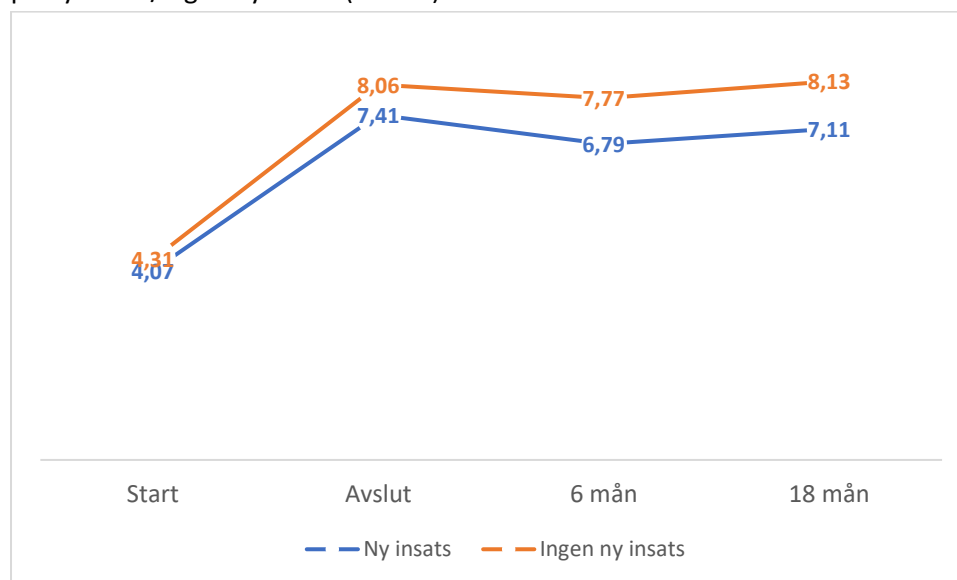
I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

**Tabell A3.** Skillnader i förändringsfaktorer i relation till ny insats. Medelvärde (standardavvikelse)

Variabel	Ny insats	Ej ny insats	t-test
Hur hanterar du din ungdoms problematik idag?	7,39 (1,83)	8,00 (1,50)	3.88**
Hur är era relationer inom familjen?	7,81 (1,89)	8,39 (1,47)	3.73**
Hur mycket använder ni er av personer i er omgivning för stöd?	6,78 (2,59)	6,71 (2,53)	-0.25
Hur går det för din ungdom i skolan/jobb/praktik?	5,53 (2,99)	6,88 (2,49)	5.16***
Hur ser ditt barns kontakter ut med prosociala vänner?	5,95 (2,80)	7,14 (2,24)	5.02***

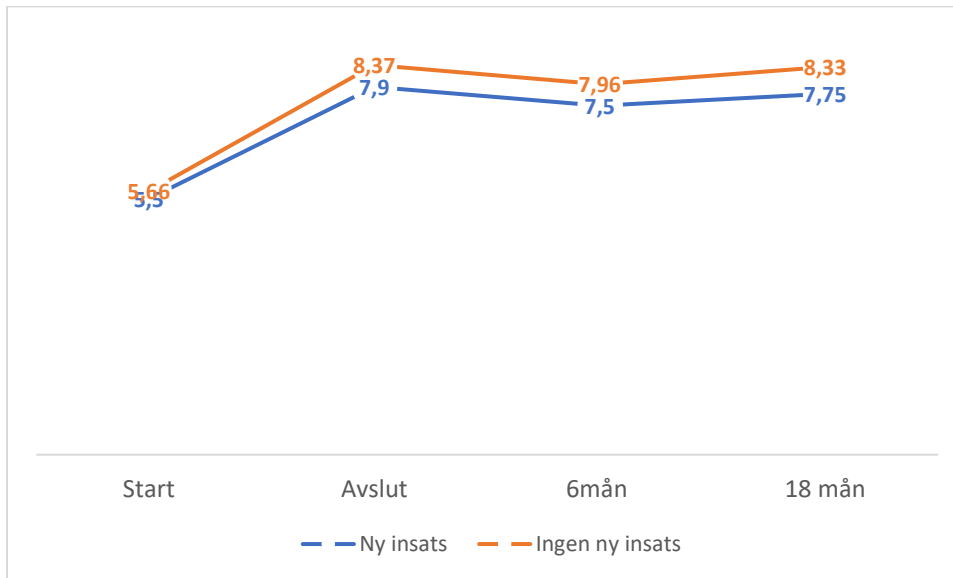
\*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

**Figur A7.** Utveckling av hur föräldrar hanterar ungdomens problem, uppdelat på ny insats/ingen ny insats (N=278)



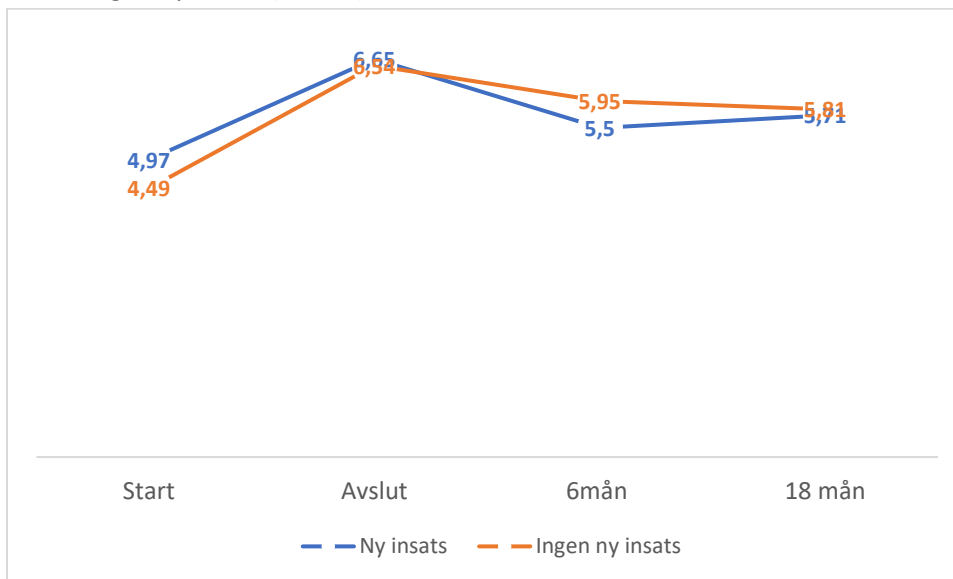
I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

**Figur A8.** Utveckling av familjerelationer, uppdelat på ny insats/ingen ny insats (N=278)



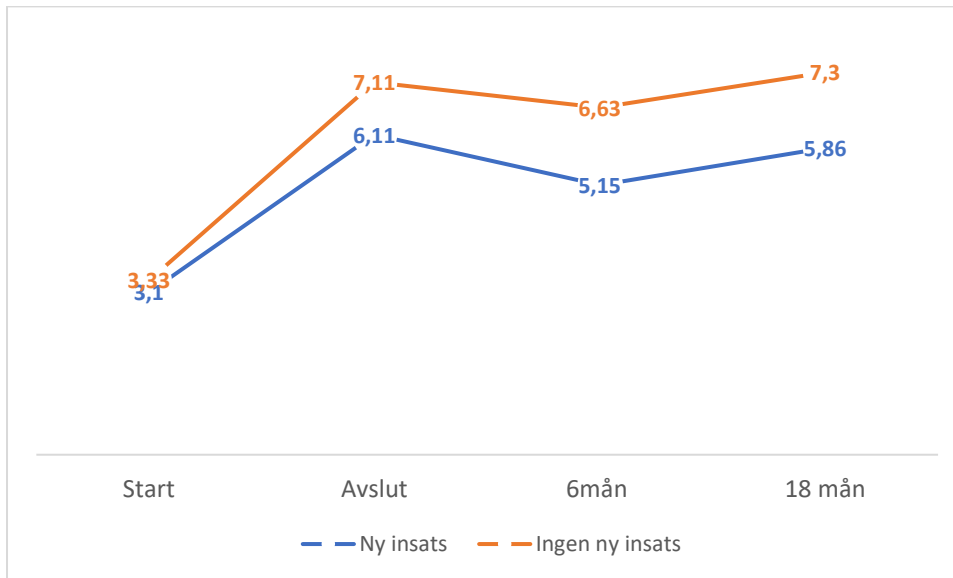
I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

**Figur A9.** Utveckling av stöd i omgivande sociala nätverk uppdelat på ny insats/ingen ny insats (N=278)



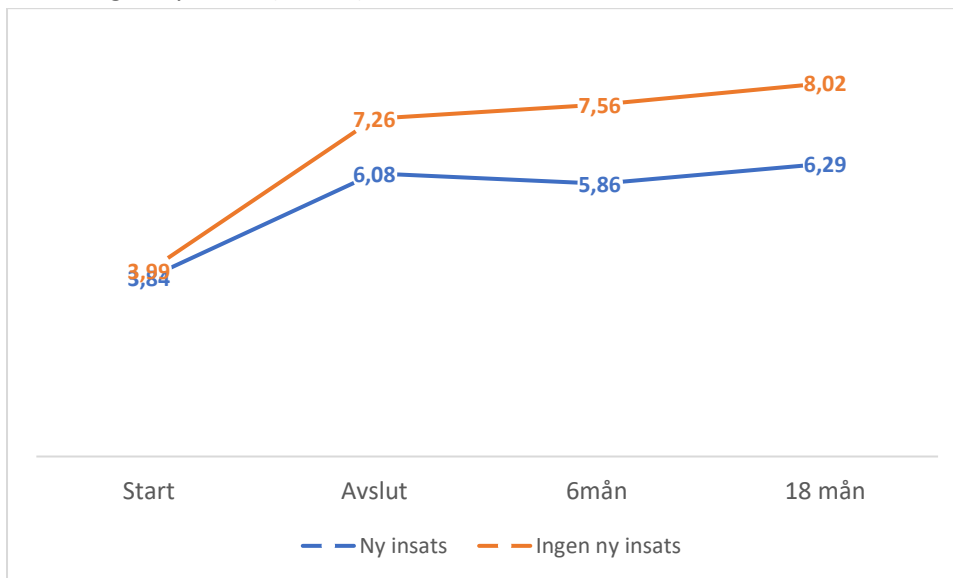
I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

**Figur A10.** Utveckling av hur det går i skolan uppdelat på ny insats/ingen ny insats (N=278)



I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).

**Figur A11.** Utveckling av umgänge med prosociala vänner uppdelat på ny insats/ingen ny insats (N=278)



I figuren redovisas medelvärden (skala 1–10, högt värde=bättre).