

Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö

- Ungdomar i öppenvård år 2013

Maria Almazidou, Mats Anderberg, Mattias Borg, Mikael Dahlberg,
Kari Kainulainen, Ingegerd Nilsson, Terese Saras och Oskar Williamsson

Trestad2
Rapport 2014:1
Omslag: Kia Benroth
Tryckeri: Majornas Grafiska
ISBN: 978-91-87099-06-9

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	4
Inledning.....	5
Bakgrund	5
UngDOK	6
Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö	6
Syfte	7
Kunskapsgenomgång om indikatorer	8
Indikatorer inom missbruksvården	8
Indikatorers problem och begränsningar	10
Framtagande av indikatorer	11
Metod	13
Projektets genomförande	13
Val av indikatorer	14
Resultat.....	16
De tre städerna.....	16
En jämförelse mellan flickor och pojkar	18
Diskussion och slutsatser	19
En bild av ungdomarna i de tre städerna	19
Några skillnader mellan städerna	20
Skillnader mellan flickor och pojkar	21
Implikationer	21
Källor.....	22
Appendix	24
Bilaga 1. Valda indikatorer i relation till UngDOK	24
Bilaga 2. Indikatorer för Stockholm.....	25
Bilaga 3. Indikatorer för Göteborg	26
Bilaga 4. Indikatorer för Malmö	27
Bilaga 5. De tre städernas åldersstruktur	28
Bilaga 6. Inskrivningsformulär för UngDOK	29

Förord

2010 påbörjade de tre storstäderna och regeringskansliets ANDT-sekretariat en dialog, där storstädernas företrädare bland annat påpekade städernas särskilda situation och problematik, men också deras särskilda möjligheter när det gäller arbetet med ungdomar och droger. I Stockholm, Göteborg och Malmö startar ofta de trender som sprids till ungdomar i övriga landet. Där finns också flest antal personer med problembeteenden, till exempel missbruk eller beroende, och tillgången till narkotika och andra droger är förhållandevis stor. I de tre storstäderna har andelen som använt narkotika länge legat över riksgenomsnittet. Dialogen mynnade ut i en ansökan om att driva ett gemensamt projekt, kallat Trestad2, med det övergripande syftet att minska användandet av cannabis bland ungdomar. Städerna beviljades då medel för perioden 2012-2014.

En viktig poäng med att ansöka tillsammans om ett gemensamt projekt var att utvecklingsarbetet skulle bedrivas samtidigt i de tre städerna. En nära samverkan innebär större kunskapsuppbyggnad än vad som vore möjligt om arbetet gjordes var för sig. Denna rapport är ett exempel på hur vi med gemensamt stadsövergripande arbete kan få ett bredare kunskapsunderlag, med bättre möjlighet att följa förändringar och att göra jämförelser. Rapporten är tänkt att genomföras årligen och kan på sikt ge ett gediget underlag för att avgöra vilken metod- och kompetensutveckling som behövs för att möta ungdomars behov tidigt och med rätt insatser.

Marie Larsson
Styrgruppen Trestad2

Sammanfattning

Trestad2 är en nationell satsning där de tre städerna Stockholm, Göteborg och Malmö samarbetar för att minska användandet av cannabis bland ungdomar. Inom ramen för projektet har det skapats en modell för att identifiera och följa trender i de tre storstäderna vad gäller droganvändning och psykosocial situation för ungdomar som påbörjar behandling för missbruksproblem. Framtagandet av relevanta indikatorer har skett i nära samarbete mellan praktiker och forskare utifrån en sammanvägning av forskningsmässiga, metodologiska och kliniskt betydelsefulla utgångspunkter. Underlaget utgörs av uppgifter om 788 ungdomar som inledde öppenvårdsbehandling vid någon av städernas Maria-mottagningar under år 2013 och har inhämtats med intervjumetoden UngDOK.

Sammanställningen av indikatorer visar att flickor utgör cirka en fjärdedel av det totala antalet ungdomar som påbörjar öppenvård för problem med alkohol eller narkotika. Ungdomarnas medianålder när vårdkontakten inleds är 17 år och mer än hälften av ungdomarna har kommit i kontakt med Maria-mottagningarna via eget eller nätverkets initiativ. Nästan två tredjedelar av ungdomarna uppger att de har eller har haft omfattande problem under sin skolgång och cirka en tiondel av ungdomarna varken studerar, arbetar eller praktiserar.

Drygt tre fjärdedelar av ungdomarna anger cannabis som sin primära drog, men nästan hälften av dem har även en riskfylld alkoholkonsumtion. Den genomsnittliga debutåldern för den primära drogen är 15 år. Ungefär en fjärdedel av ungdomarna har tidigare fått vård och behandling för alkohol- eller narkotikaproblem.

Förekomsten av besvärliga uppväxtvillkor är hög hos ungdomarna och över hälften av dem har erfarenheter av att ha växt upp med våld, psykiska problem och/eller missbruk i familjen. Drygt en tredjedel av samtliga ungdomar har eller har haft kontakt med den psykiatriska vården.

Vissa skillnader mellan de tre städernas Maria-mottagningar kan identifieras. Ungdomarna som påbörjar kontakt med mottagningen i Stockholm verkar ha problem av något lindrigare art jämfört med Göteborg och Malmö och utgör mindre andelar både när det gäller komplicerande bakgrundsfaktorer och nuvarande problembeteenden. Det finns även mindre skillnader i åldersstrukturen i de tre städerna, där Stockholm har fler ungdomar under 18 år medan både Göteborg och Malmö har fler som är över 18 år. Det finns även vissa könsskillnader genom att flickorna i samtliga tre städer tycks ha en tyngre problematik i jämförelse med pojkarna. Flickorna saknar i högre grad sysselsättning, anger oftare problem i skolan, har haft svårare uppväxtvillkor och har i större utsträckning haft kontakt med psykiatri i jämförelse med pojkarna.

Att sammanställa och rapportera deskriptiva indikatorer om individer som påbörjar behandling för alkohol- och narkotikaproblem kan ha flera fördelar. En sådan är att informationen kan ligga till grund för en ökad förståelse av ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning och dess omfattning. Även om rapportens uppgifter inte är heltäckande, beskriver den en större population av svenska ungdomar med en problematisk användning av alkohol och droger. Föreliggande rapport är således en första ansats till att ge en sammanfattande bild av de ungdomar som påbörjar behandling vid Maria-mottagningarnas öppenvård i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Inledning

Bakgrund

Trender och förändringar vad gäller användning av alkohol och narkotika kan skifta snabbt. Eftersom denna användning till viss del även är dold, ligger det en stor utmaning för praktiker och beslutsfattare inom välfärdssystemet att tidigt kunna identifiera nya och förändrade drogvanor hos ungdomar och vuxna. För att kunna möta nya behov krävs information som är aktuell, pålitlig och möjlig att följa över tid. I annat fall riskerar insatser av både preventiv och behandlande karaktär baseras på osäkra eller felaktiga grunder, på förlegade forskningsresultat eller på spontana iakttagelser via media (Rush m.fl. 2007).

Det finns idag ett antal olika sätt att försöka fånga trender kring alkohol- och narkotikaanvändning och ett flertal olika dokumentationssystem på nationell och internationell nivå har byggts upp för detta ändamål (CAN 2012; se även Fuller 2013; Johnston m.fl. 2014). I samband med uppdateringen av de nationella riktlinjerna har även förslag på nationella indikatorer för missbruks- och beroendevården tagits fram (Socialstyrelsen 2014). De syftar dels till att följa upp i vilken grad de rekommendationer som ges i riktlinjerna efterlevs inom sjukvård och socialtjänst på nationell, regional och lokal nivå, dels att belysa i vilken utsträckning den behandling och vård som ges är kunskapsbaserad. De föreslagna indikatorerna avser därför främst att belysa vilka bedömningsinstrument eller behandlingsmetoder som används. På en mer övergripande nivå är också tanken att indikatorerna ska påvisa kvalitet, resultat och kostnader och möjliggöra jämförelser över tid.

Att använda sig av indikatorer för att följa utvecklingen eller bedöma kvalitet och resultat inom offentlig sektor är en pågående internationell trend (Dahler-Larsen 2008; Lindgren et al 2012; Power 1999). Den grundläggande idén bakom det ökade intresset är att kunna standardisera t.ex. skolresultat eller vårdkvalitet för att få ett kunskaps- och beslutsunderlag för bl.a. bättre styrning, verksamhetsutveckling och resursfördelning. *Öppna jämförelser* är ett exempel på ett indikatorbaserat redovisningssystem, där tanken är att informationen ska utgöra underlag för politiska beslut och för utvärdering, för jämförelser med andra verksamheter samt att förbättra vårdens kvalitet (Socialstyrelsen 2012).

Trestad 2 är ett samarbete mellan Stockholm, Göteborg och Malmö med det övergripande målet att minska användandet av cannabis bland unga. Projektet pågår under åren 2012-2014 och har stöd från regeringen inom ramen för den nationella ANDT-strategin (Socialdepartementet 2013a). De olika aktiviteterna inom Trestad 2 är organiserade i tre huvudområden: förebyggande arbete, tidig upptäckt samt vård/behandling. Inom nämnda satsning har ett forsknings- och utvecklingsprojekt som ska omfatta intervjumetoden UngDOK genomförts. Syftet är att utveckla den befintliga metoden för att skapa en struktur för kontinuerlig uppföljning av Maria-mottagningarnas behandlingsresultat samt att skapa en modell för att identifiera och följa trender i de tre storstäderna vad gäller droganvändning och psykosociala situation för ungdomar som inleder behandling. I denna rapport redogörs för arbetet med att ta fram indikatorer för att identifiera och följa trender.

Projektet har organiserats i en styrgrupp och en projektgrupp. Styrgruppen har bestått av arbetsledning från de tre städernas mottagningar med representation från både kommun och landsting. I projektgruppen har två anställda från respektive stad samt de två medverkande forskarna deltagit.

Projektet innebär en samverkan mellan praktiker och forskare där förhållningssättet till kunskapsutveckling bygger på demokratisk, interaktiv och kommunikativ grund samt på ett handlande som präglas av nyckelord som öppenhet, argumentation, ömsesidighet och perspektivbyte (Nutley m.fl. 2007). Det gemensamma arbetet har konkretiserats med stöd av en s.k. *logisk modell*. Den har använts för att förankra och öka förståelsen för projektet vid de medverkande enheterna. Den logiska modellen erbjuder hypoteser och antaganden om hur projektet kan utformas för att förväntade resultat ska uppnås (McLaughlin & Jordan 1999).

UngDOK

UngDOK är ett exempel på en intervjumetod som är utvecklad specifikt för ungdomar med missbruksproblem. Utvecklingsarbetet påbörjades år 2000 inom ramen för Trestad 1, ett projekt där öppenvårdsmottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö inledde ett samarbete och erfarenhetsutbyte. Under arbetet med att ta fram en strukturerad intervju som bättre passade ungdomar gjordes bedömningen att befintliga intervjumetoder som t.ex. ASI, ADAD och DOK inte motsvarade de särskilda behov av dokumentation som öppenvårdsverksamheter har. Utgångspunkten var att intervjun skulle vara kortfattad och lättadministrerad för att passa ungdomar som påbörjar någon form av behandling för missbruksproblem i öppenvård. Ytterligare aspekter var att frågorna skulle vara anpassade till ungas språkbruk och att informationen kunde utgöra ett stöd i behandlingsarbetet samt för att skapa underlag för beskrivning av verksamheternas målgrupper (Richert 2007; 2011).

I det aktuella projektet har en vidareutveckling skett av UngDOK för att möjliggöra uppföljning av mottagningarnas behandlingsresultat. Intervjumetoden används för att kartlägga den unges problem, behov och aktuella situation. Därigenom skapas ett underlag för bedömning, planering och genomförande av behandling. Inskrivningsformuläret innefattar följande livsområden: Boende och försörjning, sysselsättning, fritid, alkohol, droger och tobak, behandlingshistoria, kriminalitet, uppväxt, utsatthet för våld, familj och relationer, fysisk hälsa samt psykisk hälsa. Därutöver finns även områden med administrativa uppgifter, sociodemografisk information och behandlingskontakter samt några avslutande öppna frågor. Det finns även särskilda formulär för utskrivning och uppföljning (Dahlberg & Anderberg 2013).

Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö

I nedanstående avsnitt beskrivs de tre deltagande städernas öppenvårdsverksamheter avseende huvudmannaskap och organisation, uppdrag och målgrupp samt behandlingsmetoder.

Maria-mottagningarna i Göteborg, Malmö och Stockholm bedrivs i samverkan mellan kommunen och landstinget eller regionen. På alla mottagningar arbetar socialsekreterare, sjuksköterskor och läkare. Personalen har ofta vidareutbildningar eller specialistkompetens.

Maria Ungdom i Stockholm bedrivs i samverkan mellan Stockholms stad och Beroendecentrum. Verksamheten sker i en centralt lokaliserad öppenvårdsenhet och har bedrivits sedan år 1966. Verksamheten vänder sig till ungdomar upp till 20 år som bor i Stockholms stad och Danderyd.

Mini Maria Göteborg drivs i samverkan mellan Beroendekliniken vid Sahlgrenska universitetssjukhus och Göteborgs Stad. Verksamheten består sedan 2007 av fyra öppenvårdsmottagningar belägna i olika delar av Göteborg. På Mini Maria Göteborg arbetar även psykologer. Mottagningarna vänder sig till boende i Göteborgs stad som är under 21 år.

Maria Malmö drivs i samverkan mellan Malmö stad, Beroendecentrum och Barn- och ungdomspsykiatri. Verksamheten har funnits sedan år 2005 och är centralt lokaliserad i Malmö. På Maria Malmö arbetar även kuratorer. Mottagningen vänder sig till ungdomar upp

till 25 år boende i Malmö stad, Trelleborg, Svedala och Vellinge. Region Skåne omfattas av fritt våldsökande vilket innebär att sökande kan komma från samtliga närliggande kommuner.

Maria-mottagningarnas uppdrag är att arbeta med ungdomar och deras familjer där det finns oro för missbruk av alkohol eller andra droger. Ungdomar och familjer kan själva vända sig till mottagningarna, men man arbetar också på uppdrag av socialtjänsten eller andra verksamheter inom landstinget. Verksamheten är i alla tre städer ett komplement till huvudmännens verksamheter, vilket innebär en lokal samverkan med t.ex. myndighetsutövande socialtjänst och psykiatri. I uppdragen ingår också information och rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med unga och droger. Samtliga mottagningar har tillgång till heldygnsvård för abstinensbehandling och avgiftning. I Stockholm finns även en akutavdelning dit ungdomar kan komma dygnet runt.

I Göteborg finns även en särskild mottagning som erbjuder samtal och/eller undersökning och provtagning med fokus på sexuell riskutsatthet. Landstinget i Stockholm har en motsvarande verksamhet som Maria-mottagningen i Stockholm har tillgång till. Beroendecentrum i Stockholms läns landsting bedriver även vård utanför samarbetet med Stockholms stad. Den specialiserade öppenvården vänder sig till ungdomar med missbruk och psykiatrisk problematik som inte har någon kontakt med BUP. Livsstilsmottagningen vänder sig till unga vuxna mellan 18 och 25 år med ett riskbruk av alkohol och droger. Dessa verksamheter ingår inte i UngDOK-samarbetet.

Under 2013 hade Maria Malmö knappt 300 pågående behandlingskontakter och träffade utöver det drygt 50 ungdomar vid enstaka kartläggande/rådgivande samtal. Maria ungdom Stockholm hade 450 ungdomar inskrivna i behandling år 2013. Totalt har man kontakt ungefär 600 ungdomar per år. Enheterna i Göteborg hade nästan 500 pågående behandlingskontakter under 2013, och träffade utöver det cirka 70 ungdomar vid enstaka rådgivande besök. Den genomsnittliga vårdtiden är 4-6 månader på samtliga mottagningar.

Arbetet på mottagningarna sker i flera olika former. Gemensamt för alla mottagningar är att man erbjuder:

- Psykosocial och medicinsk bedömning kring riskbruk/missbruk av alkohol och droger
- Drogtester och annan provtagning
- Hälsorådgivning
- Individuell samtalsbehandling
- Familjesamtal av rådgivande och behandlande karaktär
- Haschavvänjningsprogrammet (HAP) som är ett pedagogiskt och strukturerat program för stöd vid cannabisavvänjning i öppenvård
- Stöd eller rådgivning till föräldrar och anhöriga
- Psykologbedömning och utredning (gäller Göteborg samt finns på försök i Stockholm)

Syfte

Projektets syfte är att skapa en modell för att identifiera och följa trender i Stockholm, Göteborg och Malmö vad gäller droganvändning och psykosocial situation för ungdomar som påbörjar behandling. Denna rapport beskriver projektets utgångspunkter, genomförande samt en presentation av modellens tillämpning avseende indikatorer för år 2013. Tanken är att rapporten ska kunna användas som förlaga för kommande rapporter om trender och tendenser i de tre storstäderna.

Kunskapsgenomgång om indikatorer

Det är svårt att ge en entydig definition av begreppet indikator och innebörden kan skifta mellan praktiker, beslutsfattare och forskare (Lindgren m.fl. 2012). Begreppet indikator härstammar från latinets *indicium*, som enligt Nationalencyklopedin betyder ”omständighet som tyder på något”. Ett annat begrepp som ofta används som synonym till indikator är *nyckeltal*, d.v.s. siffror eller värden från en stor mängd information som ses som de mest betydelsefulla och som i likhet med indikatorer kan utgöra en grund för jämförelser med liknande verksamheter eller den egna verksamheten över tid.

Under 1960- och 70-talen skapades olika system för att mäta länders ekonomiska och sociala utveckling, ofta i form av s.k. *social indicators*. Dessa kan kategoriseras i tre olika typer: *normativa välfärdsindikatorer*, *nöjdhetsindex* samt *deskriptiva sociala indikatorer* (Land 1983). De förstnämnda indikatorerna inriktades på offentliga verksamheters målsättning eller prestation för att åskådliggöra eventuella förbättringar eller försämringar över tid. Subjektiva mätningar av nöjdhet eller livskvalitet togs fram som komplement till de mer objektiva eller faktabaserade variablerna. Deskriptiva sociala indikatorer utgörs främst av kvantitativa värden som syftar till att ge ökad kunskap och förståelse om sociala förhållanden och hur de förändras över tid. Samtliga tre indikator typer används fortfarande inom välfärdsområdet.

Det är även brukligt att skilja mellan struktur-, process- och utfallsindikatorer. *Strukturindikatorer* visar på vilka förutsättningar en verksamhet har eller resurser man förfogar över, medan *processindikatorer* fokuserar på insatser som ges till individer och *utfallsindikatorer* följer upp vad dessa insatser resulterar i. Indikatorerna är ofta kopplade till någon form av kriterium eller standard, exempelvis ett normvärde, förra årets tal eller specifika verksamhetsmål (Rush m.fl. 2007).

Indikatorer inom missbruksvården

Ett av de främsta skälen till utveckling av olika dokumentationssystem inom missbruksområdet har varit att kartlägga förekomsten av HIV och Hepatit till följd av injektionsmissbruk (Stimson m.fl. 1999). Många system för att tidigt upptäcka förändringar inom narkotikaområdet består av olika datakällor och såväl kvantitativa som kvalitativa data samlas in och sammanställs. Vanliga internationella beteckningar på denna typ av dokumentationssystem är *DIS (Drug Information Systems)* eller *RAR (Rapid Assessment and Response)*. Metodiken har även fått en stor spridning över världen och förekommer i minst 70 länder (Dos Santos 2011; Fitch et al 2004; Shand et al 2003).

En av de källor som ofta ligger till grund för dessa övergripande rapporteringssystem utgörs av uppgifter från olika typer av behandlingsenheter inom missbruksvården. Det finns ett flertal olika anledningar till att bygga upp system för att samla in uppgifter om individer som påbörjar behandling för narkotikaproblem. Informationen kan ligga till grund för en förbättrad generell förståelse av missbruksproblem och dess omfattning, behov av vårdutbud, samt för att åskådliggöra mönster och trender. Observerade förändringar hos individer som söker vård kan även indikera förändringar hos en större population med erfarenheter av droganvändning (EMCDDA 1999; United Nations 2006).

Ett annat skäl för att utveckla indikatorer inom detta område är att beslutsfattare och ansvariga för verksamheterna har möjlighet att dels kunna bedöma i vilken grad de uppfyller det uppdrag de har, dels identifiera aktuella behandlingsbehov för att utveckla lämpliga interventioner (Stimson et al 1999; United Nations 2006). För beslutsfattare kan sådan

kunskap även vara betydelsefull som underlag för prioritering och resursfördelning. På lokal nivå kan behandlingspersonal ha nytta av information om förändrade problem- och behovsmönster för olika undergrupper genom en mer nyanserad målgruppsbeskrivning, vilken annars riskerar att baseras på specifika individer med extrem problematik. Informationen kan även uppmärksamma tillkomsten av nya generationer av droganvändare eller nya typer av preparat. Det är därför särskilt viktigt att kartlägga de individer som söker hjälp för första gången (Daviaud m.fl. 1987).

En rutinmässig dokumentation av individer i behandling för missbruksproblem med stöd av indikatorer kännetecknas av tre aspekter: att samma information erhålls om samtliga individer, att den insamlade informationen granskas och sammanställs systematiskt med stöd av en databas som medger snabb analys och återkoppling, att den resulterar i statistisk information som görs tillgänglig med återkommande tidsintervall (Daviaud m.fl. 1987). I en forskningsöversikt konstateras att information från denna typ av system i flera fall har genererat ökad lokal kunskap om aktuell drogsituation, utveckling av befintliga interventioner samt skapat förutsättningar för nya insatser (Fitch et al 2004; se även Stimson et al 2006).

Ett omfattande forsknings- och samordningsarbete har gjorts på global och europeisk nivå för att ta fram standardiserade och relevanta indikatorer för missbruksvården. Ett system med beteckningen *GAP (Global Assessment Programme on Drug Abuse)* har skapats för att sammanställa tillförlitlig information om mönster och trender kring droganvändning, som kan utgöra underlag för politisk strategi och handling (United Nations 2006). Tanken är att standardisera insamlingen av data för att möjliggöra jämförande analyser mellan olika länder i världen.

Liknande koordinerande initiativ på europeisk nivå har tagits av EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) i Lissabon, där målet är att samla in jämförbar och tillförlitlig information beträffande omfattning och karaktäristika för personer som påbörjar behandling för problem med droger i EU:s medlemsländer (EMCDDA 2014). Systemet, som benämns *TDI (Treatment Demand Indicator)*, har implementerats i de flesta medlemsländerna och har även uppdaterats och reviderats vid några tillfällen. TDI bygger på gemensamma begrepp och en gemensam uppsättning huvudvariabler som ska utgöra indikatorer på förändringar eller trender (Simon et al 1999). Ett flertal studier i enskilda europeiska länder eller jämförelser mellan länder och städer har genomförts med stöd av uppgifterna (Colpaert et al 2009; Pouloupoulos & Tsiboukli 1999; Shand et al 2003; Stauffacher 2002). EMCDDA använder sig även av dessa indikatorer som underlag för att beskriva situationen i de deltagande länderna samt för en övergripande europeisk analys i de regelbundna årsrapporteringarna. Uppgifter från svensk missbruksvård saknas dock sedan några år tillbaka (se t.ex. EMCDDA 2014).

Via det europeiska samarbetet har de viktigaste indikatorerna för att tidigt upptäcka förändringar i narkotikaanvändningen som tidigare nämnts tagits fram. De huvudsakliga variabler (utöver vissa administrativa uppgifter) som återfinns i den senaste versionen av TDI är följande (EMCDDA 2013):

Tabell 1. Huvudvariabler i TDI 3.0

Variabel
Typ av behandlingsenhet
Kön
Ålder
Tidigare vård för missbruksproblem
Initiativtagare
Levnadsform
Boendeform
Arbetsmarknadsstatus
Högsta fullföljda utbildningsnivå
Primär drog och andra droger
Intagningssätt
Frekvens
Debutålder
Blandmissbruk
Substitutionsbehandling
Testad för HIV och Hepatit
Delning av injektionsverktyg

Flera av dessa indikatorer återfinns även i andra länders system (se t.ex. Colpaert et al 2009; Parry et al 2005; Topp et al 2004). USA har utvecklat ett omfattande rapporteringssystem – TEDS (*Treatment Episode Data Set*) – som ger deskriptiv information på nationell nivå om de individer som påbörjar vård för alkohol- eller narkotikamissbruk. Med stöd av detta underlag publiceras årligen nationell statistik (se exempelvis SAMHSA 2013). Storbritannien har utifrån tidigare uppbyggda regionala databaser kring alkohol- och narkotikaanvändning utvecklat ett liknande system genom att samla in, sammanställa och analysera information från missbruksvården för att dels identifiera trender inom området, dels visa på vårdens kvalitet och effektivitet. Systemet benämns *NDTMS (The National Drug Treatment Monitoring System)* och finns även i en särskild version för ungdomar med missbruksproblem (PHE 2013). Systemen ligger även till grund för ett flertal studier kring exempelvis särskilda målgrupper.

Indikatorers problem och begränsningar

I takt med att indikatorer och rapporteringssystem blivit allt vanligare och populärare, har även ett antal problem med dem uppmärksammats. Problemen berör delvis alla former av indikatorer, men i störst utsträckning s.k. prestations- eller resultatindikatorer som visat sig kunna medföra både oönskade effekter och oförutsedda konsekvenser. Det finns en omfattande forskning kring indikatorers svagheter eller avigsidor som är kopplade till indikatorerna i sig själv eller dess resultat och användning.

En grundläggande begränsning med indikatorer är att de kan bygga på alltför *grova förenklingar* av de företeelser eller omständigheter som de syftar till att mäta, eftersom man ofta väljer en begränsad aspekt av något som är mer komplext och svårfångat (Lindgren m.fl. 2012; Perrin 1998). Ett exempel är när antal patient-/klientbesök räknas utan att samtidigt ta hänsyn till målgruppens specifika egenskaper eller sammansättning. Av detta skäl bör man vara mycket försiktig vid tolkning av de värden som denna typ av indikatorer kan ge.

En grundtanke med att ta fram indikatorbaserade system är att reducera ett mångfacetterat fenomen eller ett komplicerat verksamhetsområde till ett mindre antal indikatorer. Härigenom kan indikatorerna riskera att bli alltför *intetsägende* eller *irrelevanta*, något som i sin tur kan ge begränsat kunskapsunderlag eller göra dem vilseledande (Perrin 1998; Power 1999; Van Peurse m.fl. 1995).

Ytterligare en begränsning med indikatorers information är att de vanligen utgörs av andelar eller genomsnittsvärden som därigenom riskerar att *dölja den heterogenitet* eller *komplexitet* som ofta återfinns i välfärdsorganisationer såsom skola, sjukhus eller socialtjänst (Drewnowski 1972).

De indikatorer som används i föreliggande projekt är deskriptiva till sin karaktär. Även för denna typ av uppgifter finns ett antal tillkortakommanden. Ett sådant är den *begränsade representativiteten*, d.v.s. att uppgifterna endast representerar klienter som har kontakt med denna typ av behandlingsenheter och därmed kan vara av begränsat värde för bedömningar på en mer generell nivå (jfr Dahlberg & Anderberg 2013; Stimson et al 1999). För att dra säkra slutsatser om trender behöver informationen jämföras och valideras med stöd av andra källor eller uppgifter som t.ex. polisdata, drogvaneundersökningar eller fältstudier (Dahlberg & Anderberg 2013; EMCDDA 1999; Shand et al 2003; Stimson et al 1999).

Det är också viktigt att ha i åtanke att förändringar hos individer som påbörjar behandling inte nödvändigtvis speglar förändrade drogvvanor, utan kan istället hänga samman med ändringar i lagstiftning eller vårdutbud (CAN 2012; Mounteney & Haugland 2009; Rush m.fl. 2007; United Nations 2006).

Denna typ av dokumentation är även behäftad med andra begränsningar eller brister. En sådan är avvägningen mellan å ena sidan betydelsefull information till gagn för beslutsfattare och chefer – och andra sidan – att datainsamlingen inte upplevs som alltför ett omfattande och påfrestande merarbete för såväl behandlare som klienter (Daviaud et al 1987).

Framtagande av indikatorer

Den samlade forskningen inom området ger även förslag på hur man kan hantera de problem som uppmärksammas samt ett antal principer som är viktiga att beakta vid framtagande av kvalitetsindikatorer. En grundläggande aspekt är att man i möjligaste mån ska undvika eller åtminstone *begränsa process-, prestations- och utfallsindikatorer* (Bohte & Meier 2000). En alternativ lösning är att välja mycket generella indikatorer för att på så sätt undvika misstolkning eller manipulation (Perrin 1998).

En annan viktig princip är att indikatorerna bör *utvecklas i dialog* med personal och ledning i berörda verksamheter med stöd av exempelvis forskare eller experter inom det aktuella området samt *bygga på konsensus* kring verksamhetens mål och kvalitet (Adair m.fl. 2006; Lindgren et al 2012; Perrin 1998; Rush m.fl. 2007; Van Peursem m.fl. 1995). Ur ett praktiskt och ekonomiskt perspektiv är det positivt om indikatorerna baseras på *redan tillgängliga data* eller uppgifter (Rush m.fl. 2007; Spence m.fl. 2000) och att systemet är tillräckligt *flexibelt* för att hantera framtida behov eller intressen (Perrin 1998; Van Peursem m.fl. 1995).

Det betonas också att indikatorerna ska vara *tydligt formulerade*, uppfylla en *hög validitet* i relation till de egenskaper som avses samt ta fasta på aspekter som kan *fånga förändring* (Lindgren et al 2012).

Ytterligare en viktig aspekt är att de är *tillräckligt många* för att täcka olika intressenters perspektiv och samtidigt så få att verksamheterna kan beskrivas på ett ändamålsenligt sätt. Det är också klokt att använda flera *olika typer* av indikatorer för att belysa en verksamhet på ett bredare och mer nyanserat sätt (Adair m.fl. 2006; Perrin 1998; Van Peursem m.fl. 1995).

De framtagna indikatorerna behöver också *prövas* för att se om och hur de fungerar samt revideras och uppdateras regelbundet (Lindgren et al 2012; Perrin 1998). *Återkoppling* på lokal nivå, där resultaten kan analyseras och diskuteras i dialog med personal och ledning är viktig för fortsatt motivation (Rush m.fl. 2007).

Sammantaget är det viktigt att poängtera att indikatorer är bäst ägnade till att *väcka frågor* och identifiera områden som behöver uppmärksammas samt som *underlag för kartläggning* och

planering, dock inte som enda underlag för utvärdering eller kvalitetsbedömning (Adair m.fl. 2006; Martin & Kettner 2010; Perrin 1998; Van Peursem m.fl. 1995). Dessa förenklade mätningar kan således aldrig ersätta mer omfattande utvärderingar (Power 1999).

Metod

I denna del redogörs för hur projektet i sina olika delar har genomförts samt det slutgiltiga urvalet av indikatorer.

Projektets genomförande

Arbetet med att skapa en modell för att identifiera och följa trender de tre storstäderna inleddes med att verksamheterna identifierade frågor i UngDOK:s inskrivningsformulär som uppfyller deras behov för att beskriva de ungdomar som påbörjar behandling.

Parallellt genomförde projektets forskare en kunskapsgenomgång kring val av indikatorer för missbruksområdet och presenterade utifrån denna ett antal relevanta variabler. En narrativ metodik användes vid såväl insamling och sammanställning som vid analys av litteraturen (Bryman 2011). En narrativ kunskapsgenomgång har som huvudsakligt syfte att skapa en ökad förståelse för ett särskilt problemområde eller en specifik företeelse. En sådan tar ofta sin utgångspunkt i praktikers intressen eller utmaningar. Översikten gör inte anspråk på att ge en systematisk och heltäckande sammanställning av den mycket omfattande forskning som finns inom området. Databasen OneSearch användes vid insamling av relevanta vetenskapliga publikationer. Till grund för sökningar låg följande termer och sökord i kombination med ”and” eller ”or”: ”indicators”, ”treatment demand”, ”monitoring system”, ”substance abuse”.

Verksamheternas förslag på indikatorer diskuterades i projektgruppen och ett gemensamt preliminärt förslag på en uppsättning indikatorer togs fram, vilken senare presenterades för projektets styrgrupp.

Därefter fortsatte utvecklingsarbetet med indikatorer i en särskild projektgrupp med två representanter från varje stad (Stockholm, Göteborg och Malmö) samt de två ansvariga forskare som har haft det övergripande ansvaret för arbetet som bedrivits i projektet. Projektgruppen träffades vid fem tillfällen. De inledande träffarna hade inslag av mer utbildande karaktär, för att skapa en gemensam grund och plattform för projektgruppens fortsatta arbete. I utbildningsdelen ingick även en statistikdel för att underlätta det framtida lokala uttaget av indikatorer i respektive stad. Diskussioner om indikatorer och dess komplexitet fördes i projektgruppen. Dessa har även bidragit till en inblick i de synsätt som råder och arbetssätt som tillämpas i de olika städernas verksamheter.

Efter utbildningsdelen fortsatte arbetet med det förslag på indikatorer som tidigare tagits fram. Diskussioner kring styrkor och svagheter med olika indikatorer har skett löpande. Sammantaget har varje indikator ingående prövats empiriskt och granskats. Det empiriska materialet baserades på uppgifter från UngDOK:s inskrivningsformulär och hämtades från forskningsdatabasen IKMDOK. Det omfattar totalt 788 ungdomar som inledde behandling under år 2013, nio formulär som var ofullständigt ifyllda har tagits bort. Det förekommer även ett visst internt bortfall (0-81) beträffande de enskilda indikatorerna.

Materialet överfördes till statistikprogrammet SPSS och analyserades gemensamt i projektgruppen. Representanterna från respektive stad har kontinuerligt återrapporterat framtagna resultat till sina arbetsgrupper där ytterligare synpunkter inhämtats. Deltagarna i projektgruppen har även haft till uppgift att ta fram och sammanställa förslag på några av indikatorerna i sina respektive verksamheter för att sedan redovisa resultat på nästa projektgruppsträff. Granskningen resulterade sammantaget i att några indikatorer valdes bort, medan några tillkom. Den slutgiltiga listan över indikatorer har fastställts av projektets

styrgrupp och resultaten har gemensamt sammanställts av projektgruppens deltagare, vilket resulterat i föreliggande rapport. En slutlig vetenskaplig granskning av rapporten har utförts av Håkan Jenner, professor i pedagogik vid Linnéuniversitetet.

Val av indikatorer

Framtagandet av indikatorer har – som framgår ovan – skett i nära samarbete mellan praktiker och forskare utifrån en sammanvägning av forskningsmässiga, metodologiska och kliniskt relevanta utgångspunkter. Valet av indikatorer i UngDOK har till stor del utgått från de rekommendationer som återfinns i tidigare forskning (se kunskapsgenomgången ovan). Några av de mest centrala aspekterna har varit att urvalet baserats på redan tillgängliga uppgifter från UngDOK samt skedde i dialog mellan personal, arbetsledning och forskare. Vi har även strävat efter att valda indikatorer skulle uppfylla krav på tydlighet, relevans och tillförlitlighet samt att de ska vara möjliga och meningsfulla att följa över tid. Ytterligare en aspekt har varit att de tillsammans ska ge en mångfaktoriell beskrivning av målgruppen genom att flera livsområden är representerade.

Beskrivningen av valda indikatorer, med definition och syfte, följer delvis den standard som har används vid framtagandet av nationella indikatorer för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2014). Relationen mellan indikatorerna och UngDOK:s inskrivningsformulär redovisas i Bilaga 2. Följande indikatorer har valts för att följa utvecklingen för de ungdomar som påbörjar kontakt med de tre storstädernas Maria-mottagningar:

Tabell 2. Presentation av valda indikatorer, definitioner och syften.

Indikator	Definition	Syfte
1. Andel flickor/pojkar	Andel flickor respektive pojkar	Att följa könsfördelning över tid.
2. Medianålder	Medianålder när det aktuella vårdtillfället påbörjas.	Att följa medianåldern över tid.
3. Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ	Behandlingskontakt som sker genom eget/nätverkets initiativ.	Att följa andelen ungdomar som får behandlingskontakt genom eget/nätverkets initiativ.
4. Saknar sysselsättning	Den andel ungdomar som de senaste 3 månaderna varit arbetslösa eller saknat sysselsättning.	Att följa andelen ungdomars ekonomiska och sociala exklusion.
5. Problem i skolan	Den andel ungdomar som uppger att de har eller har haft problem i skolan som påverkat deras närvaro, resultat och/eller trivsel.	Att följa utveckling av problem som kan relateras till ungdomens skolgång.
6. Primär drog 1-5	Andel av de fem mest förekommande drogerna. Primär drog är det preparat som orsakar mest problem vid behandlingens början och/eller utgör anledning till att ungdomen söker vård. Den primära drogen identifieras och bedöms av behandlaren som gör en sammanvägning av ungdomens uppfattning och kliniska uppgifter.	Att följa utvecklingen av primär drog bland de ungdomar som påbörjar vård. Informationen kan även uppmärksamma tillkomsten av nya typer av preparat.

7. Frekvens av primär drog	En användningsfrekvens som omfattar 2-3 dagar/vecka eller mer de senaste 3 månaderna.	Att följa utvecklingen av användningsfrekvens av primär drog bland de ungdomar som påbörjar vård.
8. Debutålder för primär drog	Median för den ålder när ungdomarna första gången prövade sin angivna primär drog.	Att följa utvecklingen av debutålder för primär drog.
9. Användning av annan drog	Andel ungdomar som uppger användning av andra preparat de senaste 3 månaderna som orsakar problem utöver primär drog.	Att följa utvecklingen av användning av annan drog bland de ungdomar som påbörjar vård.
10. AUDIT-C¹	Andel ungdomar med riskfylld alkoholanvändning. Med riskfylld användning avses sammanlagd poäng om 5 eller mer för pojkar respektive 4 eller mer för flickor som gränsvärden.	Att följa utvecklingen av riskfylld alkoholanvändning bland de ungdomar som påbörjar vård.
11. Tidigare missbruksvård	Andel ungdomar som tidigare vårdats för alkohol- och/eller narkotikaproblem.	Att följa utvecklingen av ungdomar som tidigare vårdats respektive inte vårdats inom missbruksvården.
12. Besvärliga uppväxtvillkor	Andel ungdomar som uppger att de upplevt missbruk, psykiska problem och/eller våld i sin uppväxtmiljö.	Att följa utvecklingen av ungdomar som upplevt missbruk, psykiska problem och/eller våld i sin uppväxtmiljö.
13. Dömd för brott	Andel ungdomar som dömts till påföljd i domstol.	Att följa utveckling av ungdomars brottslighet avseende påföljder i domstol.
14. Psykiatrisk vård	Andel ungdomar som har pågående och/eller tidigare vård inom psykiatri.	Att följa utveckling av ungdomars psykiska ohälsa avseende psykiatrisk vård.

¹ AUDIT-C består av de tre konsumtionsfrågorna i det ursprungliga screeninginstrumentet AUDIT och syftar till att identifiera riskfyllt drickande. Siffrorna representerar den andel som bedöms ha en riskfylld alkoholkonsumtion utifrån gränsvärdena 4 för flickor och 5 för pojkar i AUDIT-C (Reinert & Allen 2007; Socialdepartementet 2013b).

Resultat

I följande avsnitt presenteras resultatet i form av en sammanställning av de valda indikatorerna. Inledningsvis redovisas både den totala bilden och en jämförelse mellan Stockholm, Göteborg och Malmö. Därefter följer en jämförelse mellan flickor och pojkar.

De tre städerna

Tabell 3. Sammanställning av de tre städernas indikatorer för år 2013.

	Stockholm N=351	Göteborg N=268	Malmö N=169	Totalt N=788
Andel flickor/pojkar (%)	22/78	28/72	30/70	26/74
Medianålder (år)	17	17	17	17
Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ (%)	52	54	52	53
Saknar sysselsättning (%)	7	15	14	11
Problem i skolan (%)	57	71	57	62
Primär drog 1-5 (%)				
Cannabis	81	73	72	76
Alkohol	16	15	12	15
Spice ²	2	3	2	2
Tramadol ³	0,3	-	6	2
Amfetamin	-	3	0,6	1
Frekvens av primär drog (%)	32	45	62	43
Debutålder för primär drog (år)	15	15	15	15
Användning av annan drog (%)	56	50	65	56
AUDIT C (%)	39	57	54	48
Tidigare missbruksvård (%)	29	26	20	26
Besvärliga uppväxtvillkor (%)	39	54	58	52
Dömd för brott (%)	38	31	31	34
Psykiatrisk vård (%)	34	32	46	36

Tabell 3 illustrerar de valda indikatorerna fördelade på de tre städerna. Det insamlade materialet uppvisar sammantaget en könsfördelning som uppgår till 26 procent flickor och 74 procent pojkar. Här finns vissa lokala skillnader och andelen flickor i Stockholm (22 procent) är mindre än både i Göteborg (28 procent) och i Malmö (30 procent). Medianåldern är 17 år för samtliga städer. Drygt hälften av ungdomarna har kommit i kontakt med Maria-mottagningarna via eget eller nätverkets initiativ. Totalt saknar 11 procent av ungdomarna sysselsättning, där Stockholm har en mindre andel än Göteborg och Malmö. Merparten av ungdomarna uppger att de har eller har haft betydande problem med sin skolgång, här skiljer dock Göteborg sig från de övriga städerna med en högre andel (71 procent).

² Spice är ett samlingsnamn för olika rökmixer som innehåller syntetiska cannabinoider.

³ Tramadol tillhör en grupp läkemedel som kallas centralt verkande analgetika och används för att behandla måttlig till svår smärta.

Drygt tre fjärdedelar av ungdomarna anger att cannabis är det preparat som orsakar mest problem vid behandlingens början och/eller utgör anledning till att ungdomen söker vård. Även här ses skillnader mellan städerna genom att Stockholm har en större andel som anger cannabis jämfört med Göteborg och Malmö. Totalt uppger 15 procent av ungdomarna alkohol som primär drog. Övriga preparat (som Spice, Tramadol och amfetamin) har mindre andelar, även om vissa lokala skillnader kan iakttas, t.ex. utgör Tramadol 6 procent av primär drog i Malmö. Totalt uppger 43 procent av ungdomarna att de vid inskrivning använt den primära drogen 2-3 dagar i veckan eller mer under de tre senaste månaderna. Här finns skillnader mellan städerna och andelen ungdomar i Malmö (62 procent) är större än i Stockholm (32 procent) och Göteborg (45 procent) vad gäller nämnda användningsfrekvens. Den genomsnittliga debutåldern för primär drog uppgår till 15 år för samtliga städer.

Över hälften av ungdomarna (56 procent) använder även andra preparat vid sidan av primärdrogen, för Malmö i något högre utsträckning än Stockholm och Göteborg. Även alkoholkonsumtionen är omfattande hos målgruppen och över hälften av ungdomarna i Göteborg (57 procent) och Malmö (54 procent) uppger en riskfylld alkohol användning enligt AUDIT-C, medan motsvarande andel för Stockholm är 39 procent. Drygt en fjärdedel av ungdomarna har tidigare varit föremål för vård- och behandlingskontakter för alkohol- och/eller narkotikaproblem, Stockholms ungdomar i högre grad än Göteborgs och Malmös.

Över hälften av ungdomarna (52 procent) uppger att de upplevt missbruk, psykiska problem och/eller våld i sin uppväxtmiljö. Här finns dock skillnader mellan de tre städerna genom att Malmös andel (58 procent) är något större än Göteborgs (54 procent) och större än Stockholms (39 procent). Det omvända förhållandet gäller för ungdomar som dömts för brottslighet, där andelen ungdomar i Stockholm (38 procent) är större än i både Göteborg och Malmö (båda 31 procent). Andel ungdomar som har pågående och/eller tidigare vård inom psykiatrien uppgår totalt till 36 procent, men även här ses lokala differenser. I Malmö anger 46 procent av ungdomarna sådana kontakter, medan motsvarande andelar för Stockholm och Göteborg är 34 respektive 32 procent.

En jämförelse mellan flickor och pojkar

Tabell 4. Sammanställning av de tre städernas indikatorer uppdelat på flickor och pojkar.

	Flickor N=201	Pojkar N=587	Totalt N=788
Andel flickor/pojkar (%)	26	74	
Medianålder (år)	17	17	17
Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ (%)	50	54	53
Saknar sysselsättning (%)	14	10	11
Problem i skolan (%)	73	57	62
Primär drog (%)			
Cannabis	60	82	76
Alkohol	26	11	15
Spice	2	2	2
Tramadol	3	1	2
Amfetamin	2	0,5	1
Frekvens av primär drog (%)	43	43	43
Debutålder för primär drog (år)	15	15	15
Användning av annan drog (%)	63	54	56
AUDIT C (%)	56	45	48
Tidigare missbruksvård (%)	26	26	26
Besvärliga uppväxtvillkor (%)	62	44	52
Dömd för brott (%)	21	39	34
Psykiatrisk vård (%)	47	32	36

Tabell 4 åskådliggör att medianåldern för båda könen är 17 år. Beträffande initiativtagande till kontakten ses mindre skillnader där en något större andel av pojkarna har på egen hand eller via sitt nätverk tagit kontakt med Maria-mottagningarna. Något fler flickor än pojkar rapporterar att de är arbetslösa eller saknar sysselsättning, 14 respektive 10 procent. Flickorna har eller har haft problem i skolan som påverkat deras närvaro, skolresultat och/eller trivsel i betydligt större utsträckning än pojkarna, 73 jämfört med 57 procent.

Det är 56 procent av flickorna och 45 procent av pojkarna som uppger en riskfylld alkoholkonsumtion utifrån könets differentierade gränsvärden i AUDIT-C. När det gäller primär drog är könsskillnaderna tydliga, där 82 procent av pojkarna och 60 procent av flickorna anger cannabis som primär drog. Alkohol är däremot vanligare hos flickorna som primär drog i jämförelse med pojkarna, 26 respektive 11 procent. Övriga droger som exempelvis amfetamin och Tramadol anges också av en större andel flickor även om dessa nivåer generellt är låga. Det är totalt 43 procent av både flickor och pojkar som de senaste tre månaderna har använt den primära drogen i en omfattning om 2-3 dagar per vecka eller mer. Debutåldern gällande primär drog är för både flickor och pojkar 15 år. För annan drog uppger 63 procent av flickorna och 54 procent av pojkarna användning av sådan vid sidan av primärdrogen.

Det är 26 procent av både flickor och pojkar som tidigare har vårdats för alkohol- eller narkotikaproblem. Däremot skiljer det sig åt när det gäller uppväxtvillkor. Här finns tydliga

könsskillnader och en större andel flickor har erfarenheter av ekonomiska problem, missbruksproblem, psykiska problem och våld under sin uppväxt jämfört med pojkar, 62 respektive 44 procent. Av pojkarna har 37 procent dömts för brott medan motsvarande siffra för flickorna är 22 procent. I jämförelse med pojkarna är eller har en betydligt större andel av flickorna tidigare varit föremål för psykiatrisk vård, 50 respektive 29 procent.

Diskussion och slutsatser

Detta avsnitt innehåller fyra delar, en första del som ger en mer generell bild av ungdomarna och deras situation. I den andra delen diskuteras några av skillnaderna mellan de tre städerna, den tredje delen tar upp skillnader mellan flickor och pojkar samt en fjärde och avslutande del som sammanfattar projektets implikationer för praktik och forskning. Innehållet bygger dels på mottagningarnas egna iakttagelser och kliniska erfarenhet, dels på metodologiska och forskningsmässiga resonemang.

En bild av ungdomarna i de tre städerna

Sammanställningen av indikatorer för de tre städerna visar att flickorna utgör cirka en fjärdedel av det totala antalet ungdomar som påbörjar öppenvård vid Maria-mottagningarna, en proportion som är relativt vanligt förekommande i liknande underlag (Dembo & Muck 2009). Medianåldern, när vårdkontakten inleds, är 17 år för samtliga städer.

Något mer än hälften av ungdomarna har kommit i kontakt med Maria-mottagningarna via eget eller nätverkets initiativ. En profil med en lättillgänglig verksamhet, kontakt utan krav på formella beslut samt ett välkänt koncept påverkar troligen den relativt stora andel ungdomar som kommer dit genom eget eller nätverkets initiativ. Föräldrarna har i många fall fortfarande inflytande på ungdomen och kan ställa krav på att ungdomen/familjen ska söka vård. Det kan även finnas en del hänvisningar från andra myndigheter, där ungdomen/familjen uppmanats att själva kontakta den aktuella mottagningen.

Indikatorn för saknar sysselsättning visar på att cirka en tiondel av ungdomarna som påbörjar en kontakt med Maria-mottagningarna varken studerar, arbetar eller praktiserar. Detta är en grupp som fått stor massmedial och politisk uppmärksamhet under senare år, eftersom detta tillstånd är förenat med omfattande psykosociala risker av olika slag (Spielhofer m.fl. 2009). Mer positivt är det omvända förhållandet, att merparten av ungdomarna har en samhällelig förankring genom att totalt 9 av 10 fortfarande är inskrivna i skolan eller befinner sig på praktik- eller arbetsplatser. Det kan dock noteras att en ungdom formellt kan vara inskriven i gymnasiet utan att skolgången fungerar tillfredsställande.

Nästan två tredjedelar av ungdomarna uppger att de har eller har haft omfattande problem under sin skolgång som påverkat såväl deras närvaro som resultat. Detta är mycket viktigt att uppmärksamma och följa eftersom skolmisslyckande är en mycket betydelsefull riskfaktor för fortsatta problem i vuxen ålder (Gauffin m.fl. 2013). En positiv aspekt är emellertid att denna riskfaktor är förändrings- och påverkbar. Det är därmed av stor vikt att mottagningarna, utöver behandlingens fokus på att komma tillrätta med alkohol- och narkotikaproblemen, även förmedlar kontakter som möjliggör insatser för fullföljd skolgång.

Av samtliga ungdomarna som vänder sig till storstädernas Maria-mottagningar anger drygt tre fjärdedelar cannabis som sin primära drog. Det är även det preparat som fått stor uppmärksamhet de senaste åren och varit föremål för ett flertal stora satsningar, bl.a. detta projekt (Socialdepartementet 2013b; Statens folkhälsoinstitut 2012). Men utöver de ungdomar

som uppger cannabis som primär drog, har nästan hälften även en riskfylld alkoholkonsumtion. Detta förhållande kan äventyra behandlingen och utgöra en risk för återfall. Den höga alkoholanvändningen påtalar vikten av att denna screening sker, men också att denna information beaktas och följs upp i den intervention som ges. Övriga preparat anges i lägre grad.

Den genomsnittliga åldern när merparten av ungdomarna börjar använda den primära drogen är 15 år. Sammanställningen visar också att det finns en tidsdifferens mellan debutålder och ålder när behandling inleds. Det innebär att för många ungdomar skiljer det i genomsnitt två år från debut till det att man blir aktuell på en mottagning. Debutåldern indikerar att många ungdomar prövar att använda narkotika redan på högstadiet. Å andra sidan kan detta begränsade tidsspänn även ses som positivt genom att merparten av ungdomarna har använt den primära drogen under en relativt kort tidsperiod, vilket är gynnsamt ur behandlingssynpunkt.

Nästan tre fjärdedelar av ungdomarna har inte tidigare fått vård och behandling för alkohol- eller narkotikaproblem. Men det innebär också det motsatta förhållandet, att en fjärdedel av ungdomarna sedan tidigare har erfarenhet av missbruksvård. Det är dock viktigt att ha i åtanke att dessa andelar kan påverkas av tillgängligt vårdutbud eller särskilda satsningar.

Resultaten pekar på att förekomsten av besvärliga uppväxtvillkor är hög. Över hälften av ungdomarna som påbörjar öppenvård för alkohol- eller narkotikaproblem i de tre storstäderna har erfarenheter av att ha växt upp med våld, psykiska problem och missbruk i familjen, något som ger en betydande risk för allvarliga missbruksproblem även som vuxen (Stone m.fl. 2012).

Indikatorn dömd för brott visar att cirka en tredjedel av ungdomarna är lagförda för brottslighet, något som särskilt kan kopplas till den stora andelen som använder cannabis eller andra narkotiska preparat.

I materialet framgår också att drygt en tredjedel av samtliga ungdomar har eller har haft kontakt med den psykiatriska vården. Det betyder att en relativt stor andel ungdomar även har andra svårigheter utöver missbruksproblem. Indikatorn om psykiatrisk vård visar med all tydlighet behovet av fungerande samverkan mellan missbruksvård och psykiatrisk vård.

Några skillnader mellan städerna

Den samlade bilden av indikatorerna ger vissa skillnader mellan de tre städernas mottagningar. Mottagningen i Stockholm når en mindre andel flickor än de övriga städerna.

Medianåldern döljer det faktum att det finns skillnader i åldersstrukturen i de tre städerna, där Stockholm har fler ungdomar under 18 år medan både Göteborg och Malmö har fler som är över 18 år (se diagram i appendix). Här kan också noteras att städernas mottagningar delvis vänder sig till olika åldersgrupper.

Därmed ökar antalet som inte är inskrivna i skolan och därför är det också fler som saknar sysselsättning i Göteborg och Malmö. Malmö tycks dessutom ha en tyngre målgrupp jämfört med Stockholm och Göteborg, och möjligen slår den äldre andelen i Malmö igenom när alkohol- och narkotikaanvändningen har hunnit eskalera och blivit mer frekvent.

Ungdomarna som påbörjar kontakt med Maria-mottagningen i Stockholm verkar ha problem av något lindrigare art jämfört med Göteborg och Malmö och utgör mindre andelar både när det gäller komplicerande bakgrundsfaktorer (uppväxtvillkor, problem i skolan) och nuvarande problembeteenden (avsaknad av sysselsättning, frekvens av primär drog, AUDIT C). Detta hänger med all sannolikhet samman med att andelen ungdomar under 18 år är större i Stockholm. Däremot ligger Stockholms ungdomar på högre nivåer när det gäller cannabis som primär drog, dömd för brott samt tidigare missbruksvård.

Det finns några tänkbara förklaringar till dessa skillnader. En sådan är att cannabisfrågan enligt mottagningens personal har fått stort fokus i Stockholm de senaste åren, bl.a. via Trestad 2-satsningen. Det har genomförts satsningar på utbildning och information till ungdomsarbete, polis och föräldrar. Det har också skett ett utökat samarbete mellan polis och Maria ungdom (via projektet MUMIN⁴), som syftar till att ungdomar snabbt ska få kontakt med vården när de är misstänkta för narkotikabrott. Sammantaget bidrar troligen dessa aktiviteter till att ungdomar med ”experimentell användning” av cannabis upptäcks tidigare och därmed söker hjälp.

Skillnader mellan flickor och pojkar

Indikatorerna illustrerar även att det generellt är så att flickorna i alla tre städerna utmärker sig genom att de tycks ha en tyngre problematik i jämförelse med pojkarna. De saknar i högre grad sysselsättning, anger oftare problem i skolan, har haft svårare uppväxtvillkor och har i större utsträckning haft kontakt med psykiatri. De verkar även ha en något tyngre problematik när det gäller alkohol och droger genom att de i högre grad använder andra preparat vid sidan av den primära drogen och konsumerar alkohol i större utsträckning. Förekomsten av psykiska problem tycks vara större hos flickorna än hos pojkarna, något som även överensstämmer med både kliniska iakttagelser tidigare forskning (Kloos m.fl. 2009). Det framgår även att en betydligt större andel pojkar har dömts för brott.

Implikationer

Att sammanställa och rapportera deskriptiva indikatorer om individer som påbörjar behandling för alkohol- och narkotikaproblem kan ha flera fördelar. En sådan är att informationen kan ligga till grund för en ökad förståelse av ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning och dess omfattning. Genom att målgruppsbeskrivningarna upprepas kan även mönster och trender identifieras. Föreliggande rapport är således en första ansats till att ge en sammanfattande bild av de ungdomar som påbörjar behandling vid Maria-mottagningarnas öppenvård i Stockholm, Göteborg och Malmö. Det betyder att det redan kommande år kan bli möjligt att urskilja trender och tendenser för den aktuella målgruppen. Även om informationen inte är heltäckande, kan indikatorerna och eventuella tendenser bland ungdomar som inleder en vårdkontakt, visa på förändringar hos en större population ungdomar med en problematisk användning av alkohol och droger.

Andra skäl för att sammanställa dokumentation inom detta område är att verksamheterna bättre kan bedöma i vilken grad de uppfyller det uppdrag de har och även identifiera ändrade behandlingsbehov för att utveckla bättre lämpade interventioner.

Det finns även framtida uppgifter som innebär förnyade forskningsaktiviteter och som framgår av denna rapport torde det vara av värde att ytterligare belysa relationen mellan alkohol- och narkotikaanvändning hos ungdomar som genomgår behandling. Det skulle även vara betydelsefullt att utförligare analysera könsaspekter eftersom materialet påvisar tydliga skillnader mellan pojkar och flickor. Det är inte minst viktigt då flickor och pojkar kan ha skilda behov och därmed kan behöva olika typer av interventioner eller stöd.

Indikatorerna består av självrapporterade uppgifter som inhämtas genom intervjuer med UngDOK och här kvarstår ett arbete med att validera intervjumetoden. Flera av de valda indikatorerna överensstämmer dock med de som förekommer i andra liknande internationella system som t.ex. TDI, TEDS och NDTMS. Det möjliggör jämförelser och innebär dessutom att flera av indikatorerna under lång tid prövats och testats i en internationell kontext.

⁴ I samband med att den unga omhändertags erbjuds polisen ett första samtal, rådgivning och vård med Maria Ungdom.

Källor

- Adair, C.E., Simpson, E. & Casebeer, A.L. (2006). Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process. *Healthcare Policy*, 2(1), pp. 56-78.
- Bohte, J. & Meier, K.J. (2000). Goal Displacement: Assessing the Motivation for Organizational Cheating. *Public Administration Review*, 60(2), pp. 173-182.
- CAN (2012). *Drogutvecklingen i Sverige 2011*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Cederblad, M. (2013). Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare. *Läkartidningen*, nr. 36, pp. 1532-1535.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., Van Hal, G., Schuyten, G. & Broekaert, E. (2009). Cannabis-Related Treatment Demands in Belgium: A Socio-Demographic and Treatment Seeking Profile. *Archives of Public Health*, 67(4), pp. 179-193.
- Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2013a). *UngDOK. Manual för intervjuformulären*. Växjö: IKM, Linnéuniversitetet.
- Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2013b). The hidden population: Some methodological issues about estimation of problematic drug use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(3), pp. 149-166.
- Dahler-Larsen, P. (2008). *Konsekvenser af indikatorer*. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.
- Daviaud, E., Hartnoll, R., Power, R., Griffiths, L. & Chalmers, C. (1987). Monitoring the Demand for Treatment by Problem Drug Takers: a case study of a London Drug Dependency Unit. *British Journal of Addiction*, 82(11), pp. 1225-1234.
- Dembo, R. & Muck, R.D. (2009). Adolescent Outpatient Treatment. I Leukefeld, C.G., Gullotta, T.P. & Staton-Tindall, M. (eds.) *Adolescent Substance Abuse. Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*. New York: Springer Science.
- Dos Santos, M., Trautmann, F. & Kools, J-P. (2011). Rapid assessment response (RAR) study: drug use and health risk – Pretoria, South Africa. *Harm Reduction Journal*, 8(14), pp. 1-10.
- Drewnowski, J. (1972). Social Indicators and Welfare Measurement: Remarks on Methodology. *The Journal of Development Studies*, 8(3), pp. 77-90.
- EMCDDA (1999). *Feasibility study on detecting, tracking & understanding emerging trends in drug use*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- EMCDDA (2013). *Treatment demand indicator (TDI). Standard protocol 3.0. Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- EMCDDA (2014). *European Drug Report. Trends and developments*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Fitch, C., Stimson, G.V., Rhodes, T. & Poznyak, V. (2004). Rapid assessment: an international review of diffusion, practice and outcomes in the substance use field. *Social Science & Medicine*, 59(9), pp. 1819-1830.
- Fuller, E. (ed) (2013): *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2012*. London: Health and Social Care Information Centre.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M. & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, 108(8), pp. 1441-1449.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Miech, R.A., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2014). *Monitoring the Future national results on drug use: 1975-2013: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- Kloos, A., Weller, R.A., Chan, R. & Weller, E.B. (2009). Gender Differences in Adolescent Substance Abuse. *Current Psychiatry Reports*, 11(2), pp. 120-126.
- Land, K.C. (1983). Social indicators. *Annual Review of Sociology*, 9(1), pp. 1-26.
- Lindgren, L., Ottosson, M. & Salas, O. (2012). *Öppna jämförelser. Ett styrmedel i tiden eller "Hur kunde det bli så här?"* Göteborg: FoU i Väst.
- Martin, L.L. & Kettner, P.M. (2010). *Measuring the Performance of Human Service Programs*. Thousand Oaks: Sage publications.
- McLaughlin, J.A. & Jordan, G. (1999). Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), pp. 65-72.
- Mounteney, J. & Haugland, S. (2009). Earlier warning: A multi-indicator approach to monitoring trends in the illicit use of medicines. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), pp. 161-169.
- Nutley, S.M., Walter, I. & Davies, H.T.O. (2007). *Using evidence. How research can inform public services*. Bristol: The policy press.
- Parry, C.D.H., Pluddemann, A. & Myers, B. (2005). Heroin treatment demand in South Africa: trends from two large metropolitan sites (January 1997 – December 2003). *Drug and Alcohol Review*, 24(5), pp. 419-423.
- Perrin, B. (1998). Effective Use and Misuse of Performance Measurement. *American Journal of Evaluation*, 19(3), pp. 367-379.
- PHE (2013). *Young People's Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS)*. London: Public Health England (PHE)
- Pouloupoulos, C. & Tsiboukli, A. (1999). Sociodemographic Differences, Patterns of Use and Drop-out from Greek Drug-free Treatment Programmes. *Drugs, education, prevention and policy*, 6(1), pp. 99-110.
- Power, M. (1999). *The Audit Society. Rituals of Verification*. Oxford: Oxford University Press.

- Reinert, D.F. & Allen, J.P. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(5), pp. 844-854.
- Richert, T. (2007). *Unga missbrukare i Stockholm, Göteborg och Malmö – En deskriptiv och jämförande studie av sex öppenvårdsmottagningar och deras besökare*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Richert, T. (2011). *Mot en mer kunskapsbaserad öppenvård för unga med missbruk*. Malmö: Malmö Högskola.
- Rush, B., Corea, L. & Martin, G. (2007). Monitoring alcohol and other drug treatment: What would an optimal system look like? *Contemporary Drug Problems*, 36(3-4), pp. 545-574.
- SAMHSA (2013). *State Admissions to Substance Abuse Treatment Services*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- Shand, F., Topp, L., Darke, S., Makkai, T. & Griffiths, P. (2003). The monitoring of drug trends in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 22(1), pp. 61-72.
- Simon, R., Donmall, M., Hartnoll, R., Kokkevi, A., Ouwehand, A.W., Stauffacher, M. & Vicente, J. (1999). The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: A European Core Item Set for Treatment Monitoring and Reporting. *European Addiction Research*, 1999; 5(4), pp. 197-207.
- Socialdepartementet (2013a). *Åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2013*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet (2013b). *Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. Förslag på indikatorer avseende de prioriterade målen i strategin*. Stockholm: Socialdepartementet, Regeringen.
- Socialstyrelsen (2012). *Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014. Stöd för styrning och ledning. Preliminär version*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spence, S.H., Donald, M., Dower, J., Woodward, R. & Lacherez, P. (2000). *Outcomes and indicators, measurement tools and databases for the National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health*. Queensland: University of Queensland, School of Psychology and Centre for Primary Health Care.
- Spielhofer, T., Benton, T., Evans, K., Featherstone, G., Golden, S., Nelson, J. & Smith, P. (2009). *Increasing Participation: Understanding Young People who do not Participate in Education or Training at 16 and 17*. London: National Foundation for Educational Research.
- Stauffacher, M. (2002). Drug treatment data as an epidemiological indicator: methodological considerations and improved analyses. *Bulletin on Narcotics*, 54(1-2), pp. 73-85.
- Statens folkhälsoinstitut (2012). *Cannabis – om spridningen, skadeeffekterna, sambanden med tobak och hur missbruk kan förebyggas*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Stimson, G.V., Fitch, C., Rhodes, T. & Ball, A. (1999). Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 18(3), pp. 317-325.
- Stimson, G.V., Fitch, C., Des Jarlais, D., Poznyak, V., Pertis, T., Oppenheimer, E. & Rhodes, T. (2006). Rapid Assessment and Response Studies of Injection Drug Use: Knowledge Gain, Capacity Building, and Intervention Development in a Multisite Study. *American Journal of Public Health*, 96(2), pp. 288-295.
- Stone, A.L., Becker, L.G., Huber, A.M. & Catalano, R.F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), pp. 747-775.
- Topp, L., Breen, C., Kaye, S. & Darke, S. (2004). Adapting the Illicit Drug Reporting System (IDRS) to examine the feasibility of monitoring trends in the markets for party drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(2), pp. 189-197.
- United Nations (2006). *Guidance for the measurement of drug treatment demand*. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Van Peursem, K.A., Pratt, M.J. & Lawrence, S.R. (1995). *Health management performance. A review of measures and indicators*. Accounting, Auditing, & Accountability Journal, 8(5), pp. 34-70.

Appendix

Bilaga 1. Valda indikatorer i relation till UngDOK

Indikator	Variabel i UngDOK
1. Andel flickor/pojkar	B1
2. Medianålder	B2
3. Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ	C2 (Avser svarsalternativ 1. Eget initiativ, 2. Familj och 3. Vänner)
4. Saknar sysselsättning	E3b (Avser svarsalternativ 6. Arbetslös och 7. Saknar sysselsättning)
5. Problem i skolan	E6
6. Primär drog 1-5	F7.1a
7. Frekvens av primär drog	F7.1d (Avser svarsalternativ 3. 2-3 dagar/vecka, 4. 4-6 dagar/vecka och 5. Dagligen)
8. Debutålder för primär drog	F7.1e
9. Användning av annan drog	F7.2-7d (Avser svarsalternativ 1. Enstaka tillfälle, 2. 1 dag/vecka eller mindre, 3. 2-3 dagar/vecka, 4. 4-6 dagar/vecka och 5. Dagligen)
10. AUDIT-C	F4, F5 och F6
11. Tidigare missbruksvård	G1a-b
12. Besvärliga uppväxtvillkor	I4, I5 och I6
13. Dömd för brott	H2
14. Psykiatrisk vård	C5 och G1e-f

Bilaga 2. Indikatorer för Stockholm

	Flickor	Pojkar	Totalt
	N=76	N=275	N=351
Andel flickor/pojkar (%)	22	78	
Medianålder (år)	16	17	17
Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ (%)	54	52	52
Saknar sysselsättning (%)	9	6	7
Problem i skolan (%)	72	52	57
Primär drog (%)			
Cannabis	64	86	81
Alkohol	32	12	16
Spice	1	2	2
Ecstasy	1	0,4	0,6
Kokain	1	-	0,3
Frekvens av primär drog (%)	25	34	32
Debutålder för primär drog (år)	14	15	15
Användning av annan drog (%)	62	54	56
AUDIT C (%)	49	36	39
Tidigare missbruksvård (%)	32	28	29
Besvärliga uppväxtvillkor (%)	52	34	39
Dömd för brott (%)	23	42	38
Psykiatrisk vård (%)	50	29	34

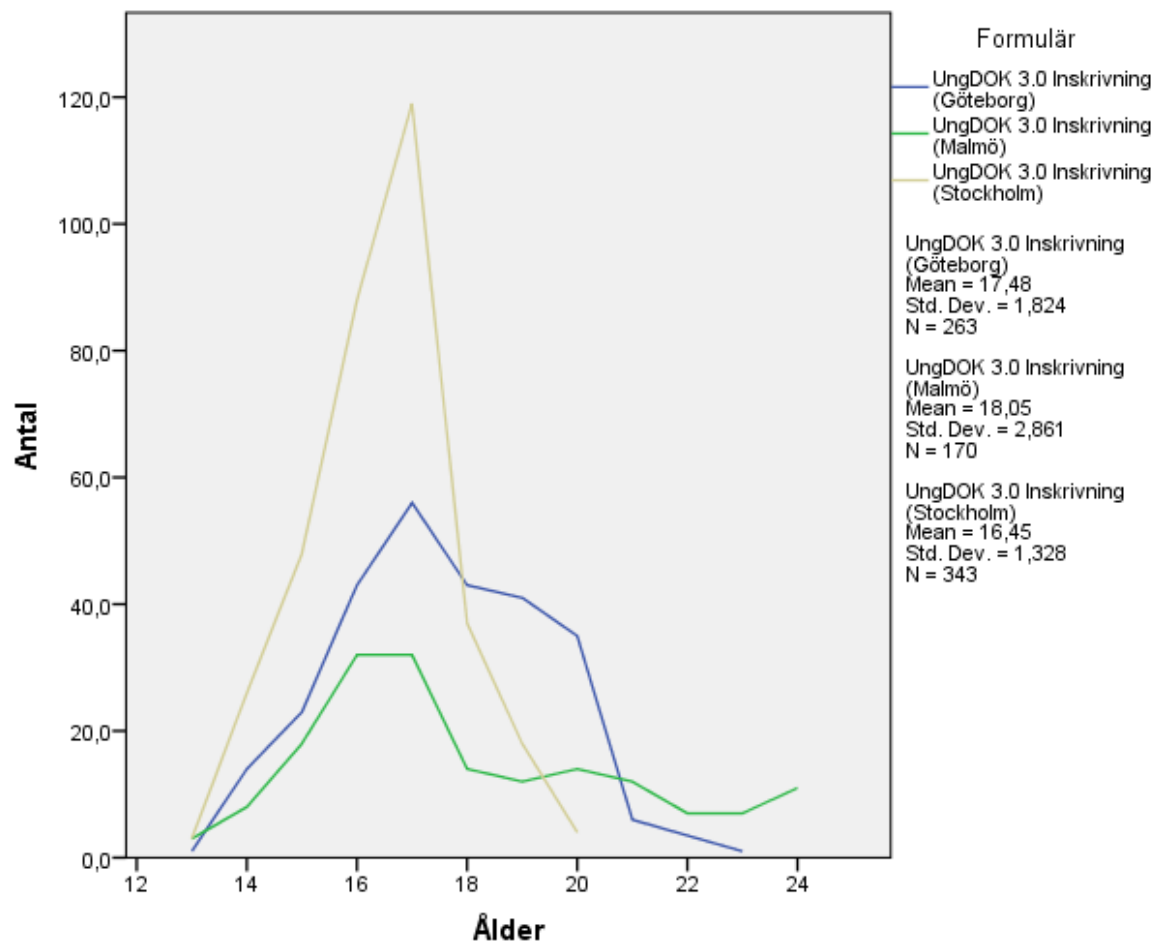
Bilaga 3. Indikatorer för Göteborg

	Flickor	Pojkar	Totalt
	N=75	N=193	N=268
Andel flickor/pojkar (%)	28	72	
Medianålder (år)	18	17	17
Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ (%)	48	57	54
Saknar sysselsättning (%)	24	13	15
Problem i skolan (%)	79	68	71
Primär drog (%)			
Cannabis	56	80	73
Alkohol	29	10	15
Spice	1	4	3
Amfetamin	5	2	3
Subuxone	3	0,5	1
Frekvens av primär drog (%)	50	43	45
Debutålder för primär drog (år)	14	15	15
Användning av annan drog (%)	61	45	50
AUDIT C (%)	62	54	57
Tidigare missbruksvård (%)	27	26	26
Besvärliga uppväxtvillkor (%)	66	49	54
Dömd för brott (%)	16	37	31
Psykiatrisk vård (%)	37	31	32

Bilaga 4. Indikatorer för Malmö

	Flickor	Pojkar	Totalt
	N=50	N=119	N=169
Andel flickor/pojkar (%)	30	70	
Medianålder (år)	17	17	17
Behandlingskontakt genom eget/nätverkets initiativ (%)	48	53	52
Saknar sysselsättning (%)	12	15	14
Problem i skolan (%)	66	53	57
Primär drog (%)			
Cannabis	60	77	72
Alkohol	12	13	12
Tramadol	12	4	6
Kokain	6	2	3
Spice	4	1	2
Frekvens av primär drog (%)	60	63	62
Debutålder för primär drog (år)	15	15	15
Användning av annan drog (%)	66	65	65
AUDIT C (%)	60	52	54
Tidigare missbruksvård (%)	16	21	20
Besvärliga uppväxtvillkor (%)	68	54	58
Dömd för brott (%)	26	33	31
Psykiatrisk vård (%)	56	42	46

Bilaga 5. De tre städernas åldersstruktur



Intervjuinformation

1. Individkod (ÅÅDDII): _____	4. Datum för ifyllande av formulär: _____
2. Vårdtillfälle: _____	5. Löpnummer: _____
3. Inskrivningsdatum: _____	6. Intervjuare/uppgiftslämnare: _____

A - Administrativa uppgifter

A1. Ip:s hemkommun: (kommunnummer) * _____	A4. Har föräldrar/anhöriga närvarat vid intervjun? _____ 0 = Nej 1 = Ja
A2. Om stadsdel, vilken? * _____	
A3. Formuläret besvarat genom: * _____ 1 = Personlig intervju 3 = Aktmaterial 2 = Telefonintervju	

B - Sociodemografisk information

B1. Kön: * _____ 1 = Man 2 = Kvinna	b Förälder 1 _____
B2. Ålder: * _____	c Förälder 2 _____
B3. Födelseland: a Intervjuperson _____	B4. Är du adopterad? _____ 0 = Nej 1 = Ja

C - Behandlingskontakt

C1. Har du tidigare haft kontakt med vår enhet? * _____ 0 = Nej 1 = Ja	C4. Har du en pågående kontakt med Socialtjänsten? _____ 0 = Nej 1 = Ja
C2. Vem är den främsta initiativtagaren till kontakten? _____ 1 = Eget initiativ 6 = Sjukvård 2 = Familj 7 = Polis 3 = Vänner 8 = Kriminalvård 4 = Socialtjänst 9 = Annan initiativtagare 5 = Skola	C5. Har du en pågående kontakt med BUP/Psykiatri? _____ 0 = Nej 1 = Ja
C3. Hur fick du information om verksamheten? _____ 1 = Internet 5 = Skola 2 = Familj 6 = Sjukvård 3 = Vänner 7 = Polis 4 = Socialtjänst 8 = Annat sätt	C6. Har du en pågående kontakt med Kriminalvården? _____ 0 = Nej 1 = Ja

D - Boende och försörjning

D1. Vilken har din huvudsakliga boendeform varit?

a de senaste 30 dagarna: ____

b de senaste 3 månaderna: ____

- | | |
|---|--------------------|
| 1 = Egen bostad | 7 = Hotell |
| 2 = Andra hand/inneboende/studentbostad | 8 = Hos föräldrar |
| 3 = Försöks/träningslägenhet | 9 = Hos släktingar |
| 4 = Institution | 10 = Bostadslös |
| 5 = Familjehem | 11 = Annat |
| 6 = Fängelse/häkte | |

D2. Om annat boende de senaste 30 dagarna, vilket? *

D3. Vilket har varit din huvudsakliga försörjning? *

a de senaste 30 dagarna: ____

b de senaste 3 månaderna: ____

- | |
|---------------------------------------|
| 1 = Lön |
| 2 = A-kassa |
| 3 = Ersättning från Försäkringskassan |
| 4 = Försörjningsstöd |
| 5 = Studiemedel |
| 6 = Försörd av förälder/anhörig |
| 7 = Kriminalitet |
| 8 = Annat |

D4. Om annan försörjning de senaste 30 dagarna, vad? *

E - Sysselsättning (utbildning, arbete och praktik)

E1. Deltar du i någon regelbunden fritidsaktivitet?

(minst en gång per vecka) ____

0 = Nej 1 = Ja

E2. Om fritidsaktivitet, vad?

E3. Vilken har din huvudsakliga sysselsättning varit?

a de senaste 30 dagarna: ____

b de senaste 3 månaderna: ____

- | | |
|--|---------------------------|
| 1 = Grundskola | 5 = Praktik |
| 2 = Gymnasium | 6 = Arbetslös |
| 3 = Eftergymnasial utbildning/högskola | 7 = Saknar sysselsättning |
| 4 = Arbete | 8 = Annat |

E4. Om annan sysselsättning de senaste 30 dagarna, vilken? *

E5. Vilken är din högsta fullföljda utbildningsnivå? *

- | |
|--|
| 1 = Ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande |
| 2 = Fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande |
| 3 = Fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande |
| 4 = Fullföljt eftergymnasial utbildning/högskola |

E6. Har du eller har du haft problem i skolan som påverkat din närvaro, dina resultat och/eller din trivsel?

0 = Nej 1 = Ja

E7. Om problem i skolan, vad?

E8. Har du läs- och skrivsvårigheter? ____

0 = Nej 1 = Ja

E9. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din sysselsättning? ____

0 = Nej 1 = Ja

E10. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (sysselsättning)

F - Alkohol, droger och tobak

fortsättning på nästa sida

F1. Röker eller snusar du regelbundet? ____

0 = Nej 1 = Ja

F2. När rökte eller snusade du första gången? (ålder, ange 0 om det ej har skett) ____

F3. När var du berusad av alkohol första gången? (ålder) ____

F4. Hur ofta dricker du alkohol? ____

- | |
|---------------------------------------|
| 0 = Aldrig |
| 1 = 1 gång i månaden eller mer sällan |
| 2 = 2-4 gånger i månaden |
| 3 = 2-3 gånger i veckan |
| 4 = 4 gånger per vecka eller mer |

F5. Hur många glas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol? ____

- | | |
|---------|-------------------|
| 0 = 1-2 | 3 = 7-9 |
| 1 = 3-4 | 4 = 10 eller fler |
| 2 = 5-6 | |

F6. Hur ofta dricker du (tjej) 4 eller (kille) 5 glas eller mer vid samma tillfälle? ____

0 = Aldrig

1 = Mer sällan än en gång i månaden

2 = Varje månad

3 = Varje vecka

4 = Dagligen eller nästan varje dag

F7. Primär drog och andra droger

	Drog (välj från alternativ 1)	Intagningssätt (välj från alternativ 2)	Frekvens senaste 30 dagarna (välj från alternativ 3)	Frekvens senaste 3 månaderna (välj från alternativ 3)	Debutålder
Primär drog	____	____	____	____	____
Annan drog	____	____	____	____	____
Annan drog	____	____	____	____	____
Annan drog	____	____	____	____	____
Annan drog	____	____	____	____	____
Annan drog	____	____	____	____	____
Annan drog	____	____	____	____	____

Alternativ 1		Alternativ 2		Alternativ 3	
1 = Alkohol	9 = Subutex/Subuxone	1 = Oralt	3 = Rökning	0 = Ej bruk	3 = 2-3 dagar/vecka
2 = Cannabis	10 = GHB	2 = Nasalt	4 = Injicering	1 = Enstaka tillfälle	4 = 4-6 dagar/vecka
3 = Amfetamin	11 = Spice			2 = 1 dag/vecka eller mindre	5 = Dagligen
4 = Kokain	12 = Sniffning/lösningsmedel				
5 = Ecstasy	13 = Bensodiazepiner				
6 = LSD	14 = Andra dämpande medel				
7 = Heroin	15 = Anabola androgena steroider				
8 = Metadon	16 = Andra medel				

F8. Om andra medel (1), vad?

F9. Om andra medel (2), vad?

F10. Om andra medel (3), vad?

F11. Om andra medel (4), vad?

F12. Använder du två eller flera droger i kombination? (blandmissbruk) * ____

0 = Nej 1 = Ja

F13. Har du någon gång injicerat narkotika? * ____

0 = Aldrig injicerat

1 = Injicerat någon gång, men inte senaste 12 månaderna

2 = Injicerat någon gång senaste 12 månaderna, men inte senaste 30 dagarna

3 = Injicerar för närvarande (under de senaste 30 dagarna)

F14. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din användning av alkohol? ____

0 = Nej 1 = Ja

F15. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (alkohol)

F16. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din användning av narkotika och läkemedel? ____

0 = Nej 1 = Ja

F17. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (narkotika och läkemedel)

G - Behandlingshistoria

G1. Har du tidigare vårdats ...? a för narkotikaproblem ____ b för alkoholproblem ____ c enligt LVU ____ d enligt LVM ____ e frivillig psykiatrisk vård/BUP ____	f psykiatrisk tvångsvård ____ g annan vård ____ 0 = Nej 1 = Ja G2. Om annan vård, vad? _____
---	---

H - Kriminalitet

H1. Har du någon gång blivit gripen av polisen, antal gånger? (för brott du varit inblandad i eller misstänkts för) ____ H2. Har du blivit dömd för något/några brott? * ____ 0 = Nej 1 = Ja H3. Har du någon gång blivit utsatt för något brott? ____ 0 = Nej 1 = Ja	H4. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din kriminalitet? ____ 0 = Nej 1 = Ja H5. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (kriminalitet) _____
--	---

I - Uppväxt och uppväxtmiljö

I1. Med vem eller vilka har du främst vuxit upp, dvs bott hos, upp till 18 års ålder?		
	Med vem/vilka (välj från alternativ 1)	Om annan, vad?
0-2 år	_____	_____
3-6 år	_____	_____
7-9 år	_____	_____
10-12 år	_____	_____
13-15 år	_____	_____
16-18 år	_____	_____
Alternativ 1		
1 = Båda föräldrarna/adoptivföräldrar	5 = Släktingar	
2 = En förälder	6 = Familjehem/fosterhem	
3 = En förälder med sambo	7 = Institution/behandlingshem	
4 = Syskon	8 = Annan	
I2. Har du någon gång varit placerad i familjehem eller på institution? ____ 0 = Nej 1 = Ja	I5. Förekom det psykiska problem i din uppväxtmiljö? ____ 0 = Nej 1 = Ja	
I3. Förekom det ekonomiska problem i din uppväxtmiljö? ____ 0 = Nej 1 = Ja	I6. Förekom det misshandel/våld i din uppväxtmiljö? ____ 0 = Nej 1 = Ja	
I4. Förekom det alkohol- och drogmissbruk i din uppväxtmiljö? ____ 0 = Nej 1 = Ja	I7. Har dina föräldrar separerat? ____ 0 = Nej 1 = Ja	

J - Utsatt för våld

J1. Har du någon gång varit utsatt för våld/övergrepp?

Ja/Nej (välj från alternativ 1)

Fysiskt	_____
Psykiskt	_____
Sexuellt	_____

Alternativ 1

0 = Nej 1 = Ja

K - Familj och relationer

K1. Nuvarande relationer

Hur många är ett stöd för dig? (antal)

Föräldrar	_____
Syskon	_____
Partner	_____
Barn	_____
Annan släkting	_____
Vänner	_____
Andra personer	_____

K2. Umgås du med vänner som använder droger? ____

0 = Nej 2 = Ja, för det mesta
1 = Ja, ibland

K3. Umgås du med vänner som begår brott? ____

0 = Nej 2 = Ja, för det mesta
1 = Ja, ibland

K4. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller relationerna i din familj? ____

0 = Nej 1 = Ja

K5. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (familj)

K6. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller relationerna till vänner och andra personer? ____

0 = Nej 1 = Ja

K7. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (vänner och andra personer)

L - Fysisk hälsa

L1. Har du under de senaste 30 dagarna haft något/några allvarliga problem med din fysiska hälsa? *

0 = Nej 1 = Ja

L2. Om fysiska problem, vad?

L3. Är det något som du skulle vilja förändra när det gäller din fysiska hälsa? ____

0 = Nej 1 = Ja

L4. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (fysisk hälsa)

M - Psykisk hälsa

fortsättning på nästa sida

M1. Har du någon gång/de senaste 30 dagarna under en period av en vecka eller längre ...?

Någon gång (välj från alternativ 1)

De senaste 30 dagarna (välj från alternativ 1)

haft problem med sömnen	_____	_____
varit deprimerad	_____	_____
haft ångest eller upplevt allvarlig oro	_____	_____
haft problem med att förstå, koncentrera dig eller minnas	_____	_____
upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende	_____	_____

fortsättning från föregående sida

	Någon gång (välj från alternativ 1)	De senaste 30 dagarna (välj från alternativ 1)
upplevt allvarliga självmordstankar	_____	_____
om ja, har du försökt att begå självmord	_____	_____
haft hallucinationer, utan att det har varit i samband med drogbruk	_____	_____
tagit receptbelagd medicin för något psykiskt problem/funktionshinder	_____	_____
haft någon ätstörning	_____	_____
avsiktligt skadat dig själv	_____	_____
Alternativ 1		
0 = Nej 1 = Ja		
M2. Har du någon neuropsykiatrisk diagnos? ____	M5. Om allvarlig händelse, vad?	
0 = Nej 1 = Ja	_____	
M3. Om neuropsykiatrisk diagnos, vilken?	M6. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din psykiska hälsa? ____	
_____	0 = Nej 1 = Ja	
M4. Har du varit med om en allvarlig händelse, olycka, våld eller katastrof som du fortfarande påverkas psykiskt av? (t.ex. mardrömmar, vaksamhet, undviker saker som har samband med händelsen) ____	M7. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (psykisk hälsa)	
0 = Nej 1 = Ja	_____	

N - Avslutande frågor

N1. Vilken är din egen främsta anledning till kontakten med vår enhet?	N2. Är det något annat som du vill säga eller tillägga? (som inte framkommer i formuläret och som har betydelse för kontakten)
_____	_____

Denna rapport *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö* beskriver trender i de tre storstäderna vad gäller droganvändning och psykosocial situation för de ungdomar som kommer till mottagningarna. En sammanfattande bild är viktig för ökad förståelse av ungdomarnas situation och deras alkohol- och narkotikaanvändande. Arbetet med att ta fram underlag och rapport har skett i nära samverkan mellan praktiker från Maria-mottagningarna och forskare från Linnéuniversitetet.

Metodutvecklingen på Maria-mottagningarna ingår i Trestad2, ett projekt mot cannabis i Stockholm, Göteborg och Malmö. Arbetet inom Trestad2 innefattar både förebyggande och rehabiliterande insatser på flera nivåer.

