

Lokal uppföljning av ungdomar med missbruksproblem vid Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö

Mats Anderberg, Mattias Borg, Mikael Dahlberg, Catharina Davidsson, Alexander Holmstedt, Kari Kainulainen, Katarina Magnusson, Maria Wallander och Oskar Williamsson.

Trestad2
Rapport 2015:1
Omslag: Kia Benroth
Tryckeri: Majornas Grafiska
ISBN: 978-91-87099-09-0

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning.....	4
Bakgrund	4
Om projektet och Maria-mottagningarna	5
UngDOK	6
Projektets och rapportens syfte	7
Tidigare forskning.....	8
Att bedöma förändring	8
Lokal uppföljning och utvärdering.....	8
Uppföljningsintervjuer för ungdomar med missbruksproblem.....	9
Implementering av nya arbetssätt och metoder.....	10
Projektets genomförande.....	12
Planering av uppföljning	12
Urval.....	13
Bortfall	16
Genomförda behandlingsinsatser	17
Resultat av uppföljningsintervjuerna	18
Sysselsättning	18
Alkohol, droger och tobak.....	19
Kriminalitet	22
Familj och relationer	22
Fysisk hälsa	23
Psykisk hälsa	23
Öppna frågor vid uppföljning.....	25
Intervjuer med behandlare.....	27
Synen på uppföljning	27
Rutiner och tillvägagångsätt.....	28
Möjligheter med uppföljning	28
Hinder vid uppföljning	29
Förbättringsområden	30
Analys och diskussion.....	32
Modellens utformning och implementering.....	32
Modellens resultat	35
Avslutande reflektioner.....	37
Referenser.....	38

Sammanfattning

Denna rapport beskriver och diskuterar en modell för lokal uppföljning av ungdomar med missbruksproblem vid Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Projektet har bedrivits inom ramen för den nationella satsningen mot ungdomars ökade användning av cannabis – Trestad2. Forsknings- och utvecklingsprojektet har utförts gemensamt av nämnda verksamheter och forskare. Syftet har varit att utveckla och implementera en modell för kontinuerlig uppföljning av Maria-mottagningarnas behandlingsresultat. Utvecklingen och implementering av modellen har skett i nära samarbete mellan praktiker och forskare utifrån en sammanvägning av forskningsmässiga, metodologiska och kliniskt betydelsefulla utgångspunkter. Under perioden 2013-12-01 – 2014-08-31 har mottagningarna genomfört uppföljningar med intervjumetoden UngDOK. Totalt var det 578 ungdomar som var aktuella för uppföljning, av dessa blev sammantaget 167 ungdomar (29 procent) föremål för intervjuer tre månader efter avslutad behandling.

En viktig slutsats från projektet är att det är möjligt att implementera en modell för kontinuerlig uppföljning till gagn för såväl ungdomar och deras anhöriga som för personal och verksamheter. Uppföljning tycks ha stor betydelse för de ungdomar som verksamheten vänder sig till, då det utgör en trygghet för dem och deras anhöriga samt troligen har en positiv effekt i sig. Många behandlare tycker att det är en personlig tillfredsställelse att få veta hur det gått för ungdomarna och betonar också att de får värdefull kunskap från dem om vad som har varit verksamt i deras behandling, vilket i sin tur ger ökad professionalitet och trygghet i arbetet. Uppföljningsmodellen genererar också en grundläggande statistik att visa upp för t.ex. politiker, beslutsfattare, samverkanspartners och anhöriga. Några behandlare anser dock att uppföljningen är ytterligare ett arbetsmoment som kräver extra arbete och som är svårt att prioritera i konkurrens med övriga arbetsuppgifter.

För att uppnå och vidmakthålla en mer varaktig och naturlig användning av uppföljningsmodellen krävs ett fortsatt lednings- och organisationsstöd, att uppföljningsarbetet ges utrymme och uppmärksamhet samt att den insamlade informationen kommer till användning. Projektet har också utmynnat i ett antal olika utvecklingsområden. Ett sådant är att med stöd av proaktiva insatser nå fler ungdomar för uppföljning. Det är också av stor vikt att utforma tydligare och bättre rutiner i uppföljningsarbetets olika faser. Dokumentation kring vilka typer av psykosociala och medicinska behandlingsinsatser för att kunna dra slutsatser om kopplingar mellan resultat och specifika insatser, är ytterligare ett förbättringsområde.

Resultaten från den implementerade uppföljningsmodellen visar att den kan generera uppgifter som kan åskådliggöra olika former av resultat. Sammantaget kan det konstateras att en stor andel ungdomar genomgår behandling på Maria-mottagningarna i de tre storstäderna med goda resultat. Många av dem minskar eller upphör med alkohol- och narkotikaanvändning, men det sker även positiva förändringar inom andra livsområden. Användningen av den drog som utgör anledning till kontakten med en Maria-mottagning minskar och vid uppföljningen uppger totalt 3/4-delar att inget bruk har förekommit de tre senaste månaderna. Många av ungdomarna har dock en riskfylld alkoholkonsumtion även vid uppföljning. Av de subjektiva skattningarna framgår att en stor andel av ungdomarna anser att både relationen till familj och vänner har förbättrats sedan utskrivningen. Umgänget med vänner som använder droger eller begår brott har minskat. Inom området psykisk hälsa är förändringarna mellan inskrivning och uppföljning påtagliga och gäller i stort sett samtliga efterfrågade problem eller tillstånd. Eftersom de ungdomar som följts upp utgör ca en tredjedel av det totala antalet bör resultaten emellertid tolkas med försiktighet.

Inledning

Bakgrund

Att kontinuerligt följa upp klienter inom socialtjänsten och missbruksvården har fått en allt större uppmärksamhet under det senaste decenniet. Föreliggande rapport beskriver och diskuterar en modell för lokal uppföljning av ungdomar med missbruksproblem vid Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Det aktuella projektet har bedrivits inom ramen för den nationella satsningen mot ungdomars ökade användning av cannabis – Trestad2. Arbetet med forsknings- och utvecklingsprojektet har utförts gemensamt av nämnda verksamheter och forskare. Ett överordnat och prioriterat syfte inom projektet har varit att utveckla och implementera en modell för kontinuerlig uppföljning av Maria-mottagningarnas behandlingsresultat.

Tanken med att skapa en uppföljningsmodell för verksamheter som vänder sig till ungdomar med missbruksproblem kan ha flera olika utgångspunkter eller bevekelsegrunder, t.ex. professionella, etiska eller lagstadgade. Dessa skäl kan dessutom vara giltiga samtidigt eller relateras till varandra.

Att följa upp ungdomar med missbruksproblem för att undersöka hur det går för dem rimmar väl med missbruksvårdens målsättning, d.v.s. att det sker någon form av förändring. Antingen för den unge själv, eller av dennes livsvillkor. Det senaste decenniet har ett flertal svenska forskare betonat att forskningsöversikter och riktlinjer inom det sociala området behöver kompletteras med en mer praktiktäna kunskapsproduktion. Ur ett professionellt perspektiv är det betydelsefullt för behandlare att få en ökad kunskap och förståelse för ungdomarnas problem och behov, men också om resultatet av den behandling som ges. Denna kunskap kan i sin tur ligga till grund för kritisk reflektion och i sin förlängning även för kvalitets- och metodutveckling. Lokal uppföljning kan på så sätt utgöra en betydelsefull del i uppbyggnaden av en kunskapsbaserad praktik (Anderberg & Dahlberg 2009; Bergmark & Oscarsson 2006; Blomqvist & Wallander 2004; Börjeson 2003; 2008; Jenner & Segraeus 2005; Morén & Blom 2003).

Nära kopplade till professionella aspekter är de etiska perspektiven på uppföljning. Eftersom många ungdomar har en svag eller utsatt position i samhället och påbörjar kontakter med missbruksvården mer eller mindre frivilligt är det viktigt att kunna legitimera dessa insatser med stöd för att de ”för något gott med sig” (Börjeson, 2005, s. 224). Uppföljning av klienter och patienter är en aktivitet som också är lagstadgad, i såväl Socialtjänstlagen som Hälso- och Sjukvårdslagen med syfte att fastställa hur väl verksamheten uppfyller lagstiftningens krav och tillgodoser enskildas behov samt hur dessa uppfattar verksamhetens kvalitet (SOU 2009).

En mycket viktig, men ofta bortglömd eller ignorerad aspekt av att följa upp sitt behandlingsarbete är att det kan ge bättre utfall och resultat. Ett flertal studier har visat på att uppföljning kan ha förstärkande effekter för de individer som är berörda. De överlag goda behandlingsresultaten till följd av deltagande i det omfattande *Project MATCH* kunde t.ex. till viss del förklaras av att återkommande uppföljningar genomfördes (Project MATCH Research Group 1997). Uppföljning ses även som en nyckelfaktor i behandling av ungdomar med missbruksproblem (Waldron m.fl. 2005; Winters m.fl. 2013). Det har också visat sig uppmuntra och förstärka engagemanget hos behandlare under pågående behandlingsinsats (Carroll 1997). Att kontakta patienter för uppföljning kan förutom det kliniska värdet också ha en förebyggande funktion genom att de förnyade kontakterna även kan leda till tidigare upptäckt av fortsatt alkohol- eller droganvändning (McLellan m.fl. 2005).

Uppföljning och utvärdering kan utöver dessa mer positiva utgångspunkter även ha andra mer eller mindre uttalade skäl, t.ex. att dessa aktiviteter syftar till politikerns och beslutsfattarens

kontroll av om verksamheter lever upp till fastställda målsättningar och kvalitetskrav (Dahler-Larsen 2008; Socialstyrelsen 2014; Vedung 1998).

Förutsättningarna för att få ökad kunskap om hur det går för klienter efter avslutad behandling är idag större än någonsin tidigare. Ett flertal verksamheter inom missbruksvården använder sig av olika typer av systematisk dokumentation som möjliggör uppföljning och utvärdering (Fridell m.fl. 2013). Det är dock fortfarande vanligare med enkla uppföljningar som fokuserar på kvalitets- och resultatmått t.ex. i form av nyckeltal eller brukartillfredsställelse, jämfört med mer omfattande utvärderingar kring olika interventioners resultat eller effekter (Lindgren 2006).

Även om uppföljning och utvärdering numera är lagstadgade aktiviteter i Socialtjänstlagen tycks det fortfarande vara ovanligt att verksamheter tar reda på resultatet av de sociala interventioner de använder. En förklaring är att det är komplicerat att få till stånd uppföljning av klienter i reguljära verksamheter (Abrahamsson & Tryggvesson 2009; Alexandersson 2006; Engström & Armelius 2005). Svårigheterna kan bl.a. handla om att det saknas tillräckligt med tid och resurser för att genomföra intervjuer vid sidan av det vardagliga klientarbetet. Brist på kunskap och kompetens om tillvägagångssätt för att sammanställa insamlade uppgifter eller utvärdera verksamheten på ett vederhäftigt sätt är också vanligt förekommande hinder. Det saknas dessutom sanktioner eller incitament för organisationer inom missbruksvården som stimulerar till utvärdering av deras verksamheter.

Det tycks vara särskilt svårt att genomföra uppföljningar med ungdomar med psykosociala problem, då många inte vill medverka eller är svåra att nå efter avslutad behandling (Nordqvist 2005). Det ligger således en stor utmaning i att ta sig an ett projekt som syftar till att skapa en modell för att undersöka hur det går för de ungdomar som genomgått öppenvårdsbehandling vid Maria-mottagningarna i Sveriges tre storstäder.

Om projektet och Maria-mottagningarna

Trestad2 är ett samarbete mellan Stockholm, Göteborg och Malmö med det övergripande målet att minska användningen av cannabis bland unga. Projektet har pågått under åren 2012-2014 med stöd från regeringen inom ramen för den nationella ANDT-strategin (Socialdepartementet 2013a). De olika aktiviteterna inom Trestad2 är organiserade i tre huvudområden: förebyggande arbete, tidig upptäckt samt vård och behandling. Inom nämnda satsning har ett forsknings- och utvecklingsprojekt som ska omfatta intervjumetoden UngDOK genomförts. Syftet är dels att utveckla den befintliga metoden för att skapa en struktur för kontinuerlig uppföljning av Maria-mottagningarnas behandlingsresultat, dels 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. Det sistnämnda delprojektet slutfördes under hösten 2014 (Almazidou m.fl. 2014).

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.

Maria-mottagningarna i Göteborg, Malmö och Stockholm bedrivs i samverkan mellan kommunen och landstinget eller regionen. På alla mottagningar arbetar socialsekreterare, sjuksköterskor och läkare. Flera ur personalen har även olika former av specialistkompetens eller har genomgått vidareutbildningar av olika slag.

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 startade 1995 och 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 en kurator. Mottagningen vänder sig till ungdomar upp till 25 år som är boende i Malmö stad. Region Skåne omfattas av fritt vårdsökande 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 narkotika. Ungdomar och familjer kan själva vända sig till mottagningarna, men man arbetar också på uppdrag av socialtjänsten, kriminalvården eller andra verksamheter inom landstinget. Verksamheten är i alla tre städer ett komplement till huvudmännens verksamheter, vilket innebär lokal samverkan med t.ex. myndighetsutövande socialtjänst och psykiatri. I uppdraget 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.

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 eller 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)

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 samt en grund för uppföljning efter avslutad 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).

Projektets och rapportens syfte

Projektets syfte är att utveckla och utpröva en modell för kontinuerlig uppföljning av Maria-mottagningarnas behandlingsresultat. Rapporten beskriver projektets utgångspunkter och genomförande, med särskilt fokus på erhållna resultat samt hinder och möjligheter vad gäller implementeringen av modellen som reguljär verksamhet.

Tidigare forskning

Följande litteraturgenomgång omfattar både teoretiska och forskningsmässiga aspekter vid uppföljning och bedömning av förändring, specifika modeller för lokal uppföljning och utvärdering, uppföljning av ungdomar med missbruksproblem samt implementering av nya arbetssätt och metoder.

Att bedöma förändring

För att kunna följa upp behandling av ungdomar med missbruksproblem och belysa förändring är det av stor betydelse att beakta faktorer om hur det kan mätas och värderas. Hill och Lambert (2004) har utvecklat en *begreppsmässig ram för att bedöma förändring*. I den beskrivs följande fyra olika komponenter: Den första avser val av den *nivå* eller det fokus som själva uppföljningen omfattar, d.v.s. om den är tänkt att identifiera förändringar som sker hos individen själv, i relation till klientens nätverk eller avseende dennes sociala omständigheter. Den andra komponenten tar upp *val av tidsperspektiv*, d.v.s. att den tänkta tidsperioden representerar den specifika behandlingens syfte och innehåll samt att förändringen i högre grad kan belysas med stöd av flera uppföljningstillfällen. Den tredje komponenten belyser vem som är *uppgiftslämnare*. Ett underlag som grund för uppföljningsstudier kan ha olika källor (klient, behandlare, register), vilket påverkar både analys och tillförlitlighet. Den fjärde beskriver hur *förändringsvariabelns konstruktion* har betydelse för bearbetning och analys, vilket innebär att variabelns typ avgör val av statistisk metod samt vilka slutsatser som kan dras utifrån ett resultat. Det är i detta avseende t.ex. viktigt att skilja på ”objektiva” och ”subjektiva” variabler, där de förstnämnda baseras på konkret information eller händelser som kan verifieras genom uppgifter från andra källor, medan de senare är variabler där klienten själv skattar t.ex. sin upplevelse av förändring inom ett specifikt livsområde.

Lokal uppföljning och utvärdering

Bergmark & Oscarsson (2006) har skapat en modell för hur forskare och praktiker i socialt arbete gemensamt kan utvärdera arbetet med klienter som ett komplement till annan forskningsbaserad kunskap. De betonar att denna typ av praktisk kunskap dock behöver uppfylla några viktiga vetenskapliga och metodologiska krav. Modellens fyra grundpelare är *dokumentation*, *jämförbarhet*, *kritisk reflektion* och *klientperspektiv*. Dokumentationen ska vara kommunicerbar samt teori- och metodspecifik, vilket innebär att man bör använda sig av redan utprovade intervjumetoder vid uppföljning av klienter med en viss typ av problematik. För möjliggöra jämförbarhet behöver resultatet av en viss intervention värderas i relation till fastställda mål eller kriterier. Inga resultat tas för givna utan kompletteras med kritiska analyser och alternativa förklaringar. Med klientperspektiv menas att klienternas egen uppfattning om insatserna och deras resultat också ska utgöra en väsentlig del av den praktiska utvärderingsprocessen.

Modellen består av fyra olika faser eller steg. Under *förberedelsefasen* definieras målgruppen och den projekttid som avses. Här fastställs även den dokumentation som ska användas i de olika faserna. I *genomförandefasen* beskrivs målgruppens problem och behov i samband med påbörjad intervention, hur motsvarande situation är efter denna, samt om planerade insatser genomförts så som tänkts. Genom att i en *upprepningsfas* replikera tillvägagångssättet med liknande behandlingsprogram eller med andra klienter via nya uppföljningar, kan uppnådda resultat styrkas – alternativt försvagas. Om lovande resultat uppnås på nytt kan mer rigorösa effektstudier göras av forskare. I den avslutande *kommunikationsfasen* presenteras resultaten från den lokala utvärderingen som ett underlag för diskussion och kritisk reflektion i syfte att uppnå kunskaps- och professionsutveckling.

Uppföljningsintervjuer för ungdomar med missbruksproblem

För preventions- och behandlingsinsatser riktade till ungdomar som riskerar att utveckla olika typer av folkhälso- eller sociala problem, är teorier om *risk- och skyddsfaktorer* numera väletablerade (Andershed & Andershed 2005; Andreassen 2003; Ferrer Wreder m.fl. 2005; Hawkins m.fl. 1992; Sundell & Forster 2005). Risk- och skyddsfaktorerna kan minska respektive öka risken för en ogynnsam utveckling och framtida problem i form av psykisk ohälsa, missbruk och kriminalitet. De anges i relation till fyra huvudsakliga nivåer: individen och dennes vänner, familjen, skolan och närsamhället. Grundtanken i behandling för drogmissbruk eller andra problem är att reducera de riskfaktorer som finns hos individerna och samtidigt förstärka skyddsfaktorerna. Om dessa förhållanden kan påverkas under behandlingstiden finns potential för en positiv utveckling (Fleming m.fl. 2010; Shekhtmeyster m.fl. 2011; Sundell & Forster 2005). Flera av dessa faktorer blir därmed viktiga att följa upp och åskådliggöra efter avslutad insats (Waldron m.fl. 2005). En nyligen genomförd deskriptiv studie med UngDOK som underlag illustrerar vikten av att risk- och skyddsfaktorer integreras i strukturerade intervjuer som vänder sig till ungdomar med missbruksproblem (Anderberg & Dahlberg 2014).

Då missbruksproblem är både mångfacetterade och mångfaktoriella behöver strukturerade intervjuer och bedömningsinstrument som riktar sig till ungdomar med missbruksproblem vara multidimensionella och omfatta ett flertal *betydelsefulla livsområden* för att relevanta bedömningar av behov vid inskrivning och förändring i samband med uppföljning ska kunna göras (Winters & Stinchfield 1995). Följande områden eller faktorer behöver belysas vid påbörjad behandlingskontakt: *socioekonomisk bakgrund, boende, skolgång, alkohol-, narkotika- och tobaksanvändning, fysiska problem och sjukdomar, sexualitet, psykiska problem samt inlärningssvårigheter, fysiska/sexuella övergrepp* och andra *traumatiska händelser, uppväxtvillkor* och *familjeproblematik, relationer till vänner, kriminalitet, kontakter med socialtjänst* (Dilbaz & Hendriks 2006; Friedman & Utada 1989; Kaminer m.fl 1991; Meyers m.fl 1995; Meyers m.fl 1999; Winters 2003).

Det är väsentligt att strukturerade intervjuer för *uppföljning* innehåller jämförbara uppgifter och frågeställningar som fångar förändring i relation till ungdomars specifika och tidigare angivna problem. Eftersom några av dessa livsområden enbart syftar till att kartlägga behov blir vissa områden endast intressanta vid uppföljning. Den information som fås vid uppföljning bör till viss del vara verifierbar, d.v.s. går att bekräfta via andra uppgifter (Babor m.fl. 1990). En huvudsaklig frågeställning i samband med uppföljning av behandlingsresultat är om en förändring – med stöd av en behandlingsinsats – har åstadkommit. När det gäller missbruksproblem utgörs vanligen sådan förändring i form av upphörande eller minskande alkohol- eller droganvändning, men även förbättringar inom andra livsområden, t.ex. avseende skolgång, relationer eller psykisk hälsa.

Även frågornas *tidsintervall* är av stor betydelse för att på ett relevant sätt dels kunna bedöma problematiken, dels belysa förändring t.ex. avseende droganvändning. Här behövs en kombination av både tidigare och nuvarande förhållanden. En alltför kort mätperiod är inte representativ eller tillräckligt sensitiv för att fånga variationer och kan därför innebära osäkra resultat och slutsatser (Anderberg & Dahlberg 2010). Frågor som berör såväl de senaste 30 dagarna som den tid som förfallit sedan behandlingen avslutades är viktiga att inkludera, vanligen de senaste tre, sex eller tolv månaderna. För intervjumetoder som vänder sig till ungdomar är det vanligt med ett tremånadersperspektiv (Brodey m.fl 2005; Friedman & Utada 1989; Kaminer m.fl 1991; Meyers m.fl 1995).

Strukturerade intervjuer inom missbruksvården för såväl behandlingsplanering som uppföljning kännetecknas av att de vanligen innehåller ett stort antal frågor och kräver

speciell utbildning (Butler m.fl 2006; Dilbaz & Hendriks 2006; Friedman & Utada 1989). Alltför omfattande intervjuformulär när det gäller ungdomar kan emellertid utgöra hinder av olika slag, t.ex. avseende implementering, språklig förståelse, uthållighet i intervjusituationen samt tillförlitlighet (Christie m.fl 2007; Friedman & Granick 1994).

Svenska uppföljningsstudier kring ungdomar med missbruksproblem har genomförts i relativt begränsad omfattning (Jacobsson m.fl. 2011). Några studier genomfördes för över 20 år sedan och såväl klientgrupper som interventioner inom missbruksområdet har genomgått stora förändringar sedan dess (Andersson 1995; Bergmark m.fl. 1989; Söderholm Carpelan 1992). Vårdformer och behandlingsmetoder för missbrukande ungdomar har utvecklats. Ingen av dessa uppföljningar gjordes med en gemensam dokumentationsstruktur som underlag, utan baserades på olika former av underlag t.ex. journal- och registeruppgifter eller egenhändigt konstruerade intervjuformulär. Det har därför varit svårt att göra jämförelser mellan olika målgrupper och resultat.

Några uppföljningsstudier har dock genomförts det senaste decenniet (Hodgins m.fl. 2010; 2014; Larm m.fl. 2010; Nordqvist 2005; Petrell m.fl. 2005). I dessa senare studier har olika semistrukturerade intervjuer, psykiatriska bedömningsinstrument och registeruppgifter legat till grund för uppföljning.

Samtliga uppföljningar har genomförts inom ramen för specifika forskningsprojekt som varit avgränsade i tid och har inte haft som syfte att implementera modeller för lokal kontinuerlig uppföljning.

Implementering av nya arbetssätt och metoder

Resultat från forskning om implementering kan bidra till en ökad kunskap och förståelse kring de möjligheter och hinder som kan omgärda införandet av nya arbetssätt eller metoder inom missbruksvården, som t.ex. uppföljning av ungdomar med missbruksproblem. Komplexiteten hos ett arbetssätt eller en metod, och de särskilda resurser den nya metodiken kan kräva, påverkar tillämpningen. Ju enklare och mer användbar den uppfattas av anställda och organisation, desto större användning (Fäldt m.fl. 2007; Greenhalgh m.fl. 2004; Nutley m.fl. 2007; Rogers 2003).

Kontextuella och organisatoriska faktorer på både individuell och gruppnivå är också av stor betydelse för en lyckosam implementering. Överensstämmelse med den aktuella verksamhetens gällande kultur och värderingar samt resurser, kunskap och uttalad vilja hos de tänkta användarna underlättar införandet av nya arbetssätt (Abrahamsson & Tryggvesson 2009; Alexandersson 2006; Edmondson m.fl. 2001; Engström & Armelius 2005; Fridell & Holmberg 2006; Fäldt m.fl. 2007; Nutley m.fl. 2007; Roselius & Sundell 2008; Rudman m.fl. 2012; Simpson 2002; Vind & Hecksher 2004).

Olika former av interventioner för att understödja implementering av arbetsmetoder – exempelvis i form av utbildningsinsatser, processledare eller metodstödjare – har också visat sig vara av stor vikt för framgångsrikt införande av nya metoder (Engström & Armelius 2005; Fridell & Holmberg 2006; Fridell m.fl. 2013; Miller m.fl. 2006; Nilsen m.fl. 2014). Tidigare kunskapsöversikter ger även stöd för att användning av lokalt förankrade nyckelpersoner ger bättre resultat i jämförelse med andra implementeringsaktiviteter (Greenhalgh m.fl. 2004; Grimshaw m.fl. 2012) Implementering som bygger på en nära samverkan mellan praktiker och forskare med interaktiva undervisningsinslag och gemensamma aktiviteter kan också vara framgångsrika och bidra till ett ökat engagemang och en ökad användning av nya metoder (Nutley m.fl. 2007).

Sammanfattningsvis följer här en lista över olika aspekter som har visat sig främja implementering:

- Relevant och lättanvändbar metod
- Tillräcklig information om den nya metoden
- Intresserade användare
- Intresserade och stödjande ledare
- Avsatt tid för utbildning, prövning av ny metod och för reflektion och lärande
- Tekniskt stöd
- Nödvändiga ekonomiska resurser
- Stabil organisation/låg personalomsättning
- Inga konkurrerande projekt
- Positiv feed-back från klienter

Projektets genomförande

Presentationen i detta avsnitt beskriver projektets planering och genomförande, urval, bortfall och genomförda behandlingsinsatser för de ungdomar som följts upp.

Planering av uppföljning

Det aktuella projektet grundas på en samverkan mellan praktiker och forskare med ett förhållningssätt till kunskapsutveckling som bygger på kommunikativ och interaktiv grund samt på en strävan att den ömsesidiga kunskapsproduktionen även bidrar till en ökad tillämpning av den nya kunskapen (Nilsen m.fl. 2014; Nutley m.fl. 2007). Det gemensamma arbetet har konkretiserats med stöd av en s.k. *logisk modell* som tillhandahåller hypoteser och antaganden om hur projektet ska utformas för att förväntade resultat ska uppnås (McLaughlin & Jordan 1999; Rossi m.fl. 2003). Under förberedelsearbetet under hösten 2012 tillämpades den logiska modellen av forskare och personal vid de medverkande mottagningarna för att planera projektets ingående delar och aktiviteter samt identifiera vem som skulle ansvara för vad. Den logiska modellen låg sedan till grund för utformning av uppföljningens syfte och genomförande utifrån tillgängliga resurser. Arbetet resulterade även i att projektet förankrades hos alla involverade parter och att förståelsen för projektet ökade.

Parallellt med detta arbete utfördes en empirisk prövning av verksamheternas dåvarande inskrivnings- och utskrivningsformulär genom dels en deskriptiv analys av målgruppens karaktäristika, dels en jämförande analys av uppgifter från 615 ungdomar som påbörjat och avslutat en behandlingskontakt. Tvärsnittsstudien analyserades deskriptivt och redovisades för samtlig personal under hösten 2012. Prövningen identifierade livsområden och enskilda variabler där jämförbarheten behövde utvecklas för att en uppföljning skulle vara möjlig att genomföra.

Under denna inledande projektfas påbörjade projektets forskare även en kunskapsgenomgång kring intervjumetoder för att kartlägga och följa upp ungdomar med missbruksproblem (se *Tidigare forskning*). 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 och tar ofta sin utgångspunkt i praktikers intressen eller utmaningar. Litteraturstudiens resultat utgjorde sedan underlag för det fortsatta utvecklingsarbetet av UngDOK och för framtagandet av en modell för uppföljning av behandlingsresultat. Databaserna PubMed och OneSearch användes vid insamling av relevanta vetenskapliga publikationer. Till grund för sökningar låg följande termer och sökord i kombination med ”and” eller ”or”: ”adolescent substance abuse”, ”treatment outcome”, ”structured interviews”, ”follow-up”, ”substance abuse”.

Nästa aktivitet innefattade utvecklingen av de nya intervjuformulären. Representanter för de medverkande mottagningarna deltog under våren 2013 i ett flertal träffar där förslag på nya livsområden och specifika variabler gemensamt diskuterades fram utifrån både forskningsmässiga och kliniska utgångspunkter. Arbetet resulterade i en manual och reviderade formulär för inskrivning och utskrivning samt ett nykonstruerat uppföljningsformulär (se Dahlberg & Anderberg 2013). För att skapa en modell för kontinuerlig uppföljning av behandlingsresultat utformades en struktur som innebar att samtliga ungdomar som påbörjade en vårdkontakt skulle erbjudas ett uppföljningssamtal tre månader efter avslutad behandling. Skriftlig information till ungdomar och familjer om uppföljningsmodellen utformades.

Utifrån ett förslag från projektgruppens deltagare beslöt projektets styrgrupp att uppföljningsperioden skulle sträcka sig från den 1 december 2013 till den 31 maj 2014 och att datainsamlingen skulle omfatta samtliga ungdomar som avslutade en behandlingskontakt. Perioden för uppföljning kom senare att förlängas ytterligare tre månader. Målsättningen var att intervjuer med UngDOK skulle genomföras av samtliga behandlare på de olika mottagningarna vid inskrivning, utskrivning samt vid uppföljning tre månader efter utskrivning.

Därefter implementerades de reviderade intervjuformulären och uppföljningsmodellen. För att stödja genomförandet togs lokalt anpassade implementeringsplaner i respektive stad fram, där resurser och strategier som kan motverka hinder av olika slag identifierades och prioriterades av samtlig personal. Utifrån dessa planer utformades sedan lokala rutiner för uppföljningsarbetet (jfr Grimshaw m.fl. 2012; Logan & Graham 2010).

Ungdomars och behandlares acceptans av den nyutvecklade UngDOK-intervjun studerades under våren 2013 med en svensk version av en enkät som är baserad på en förlaga utarbetad av forskare i Schweiz (Suppiger m.fl. 2009). Sammantaget besvarade 31 ungdomar och 31 behandlare enkäten efter genomförd inskrivningsintervju. Det framgår av enkäten att ungdomarna överlag har en hög grad av acceptans för UngDOK-intervjun både vad gäller innehåll och form samt finner den relevant. Behandlare har en något lägre grad av acceptans särskilt när det gäller formulärets omfattning och den tid det tar att genomföra intervjun.

För att undersöka hur Maria-mottagningarnas klienter ser på att bli föremål för uppföljning en tid efter avslutad behandling och vad det skulle kunna betyda för dem, gjordes under sommaren 2013 även åtta kvalitativa intervjuer med ungdomar och anhöriga av projektgruppsmedlemmar/behandlare från de tre städernas mottagningar. Denna projektaktivitet tillkom efter önskemål från praktiker. I intervjuerna uppger en övervägande del av ungdomarna och de anhöriga att uppföljning med aktuell behandlare efter avslutad behandlingskontakt skulle vara av stor betydelse för dem. De uppfattar även själva intervjun med UngDOK som ett seriöst, viktigt och förväntat moment i en behandlingskontakt.

Resultaten från dessa båda aktiviteter redovisades för personal i samband med en konferens för samtliga Maria-mottagningar i augusti 2013.

Urval

I nedanstående tabell framgår vilka livsområden som ingår i inskrivningsintervjun samt vilka som återkommer vid utskrivning och uppföljning av behandling, d.v.s. de områden som den systematiska uppföljningen baseras på.

Tabell 1. Livsområden som ingår i UngDOK vid inskrivning, utskrivning och uppföljning.

Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning
Administrativa uppgifter	Administrativa uppgifter	Administrativa uppgifter
Sociodemografisk information	Boende och försörjning	Boende och försörjning
Behandlingskontakt	<i>Sysselsättning</i>	<i>Sysselsättning</i>
Boende och försörjning	<i>Alkohol, droger och tobak</i>	<i>Alkohol, droger och tobak</i>
<i>Sysselsättning</i>	<i>Kriminalitet</i>	<i>Kriminalitet</i>
<i>Alkohol, droger och tobak</i>	<i>Familj och relationer</i>	<i>Familj och relationer</i>
Behandlingshistoria	<i>Fysisk hälsa</i>	<i>Fysisk hälsa</i>
<i>Kriminalitet</i>	<i>Psykisk hälsa</i>	<i>Psykisk hälsa</i>
Uppväxt och uppväxtmiljö		
Utsatt för våld		
<i>Familj och relationer</i>		
<i>Fysisk hälsa</i>		
<i>Psykisk hälsa</i>		

Det framgår av tabell 1 att det är åtta livs- eller frågeområden som återkommer i formulären vid samtliga intervjutillfällen. Av dessa har sex bedömts vara relevanta för att påvisa förändring: Sysselsättning, Alkohol, droger och tobak, Kriminalitet, Familj och relationer, Fysisk hälsa samt Psykisk hälsa (se kursivering). Inom nämnda livsområden ställs både objektiva och subjektiva frågor till ungdomen. Exempel på en objektiv fråga är *huvudsaklig sysselsättning de senaste tre månaderna*, en uppgift som med andra ord kan verifieras eller kontrolleras med stöd av andra källor. De subjektiva frågorna inriktar sig på ungdomens eget önskemål om förändring inom respektive område samt en kompletterande fråga där möjlighet att specificera den önskade förändringen ges. Vid utskrivning ställs frågor om förändring under behandlingstiden och vid uppföljning efterfrågas förändring som är relaterad till de tre månaderna efter att behandlingskontakten avslutats. Detta innebär att skattningsfrågorna vid uppföljningsintervjun inte är direkt jämförbara med motsvarande frågor vid inskrivningsintervjun.

Övriga livsområden som t.ex. Behandlingskontakt och Behandlingshistoria innehåller frågor som kan sammanställas och ge viktig bakgrundskunskap om de ungdomar som ingår i uppföljningen. Dessa uppgifter kan även möjliggöra jämförelser mellan olika grupper som exempelvis likheter och skillnader mellan flickor och pojkar.

Totalt var det 578 ungdomar som var aktuella för uppföljning inom den aktuella uppföljningsperioden. Av dessa blev sammantaget 167 ungdomar (29 procent) föremål för intervjuer omkring tre månader efter avslutad behandling och bortfallet består således av 411 ungdomar. Förutom det externa bortfallet finns det även ett mindre internt bortfall inom vissa livsområden, som främst beror på att 19 ungdomar skrivits in med stöd av en tidigare UngDOK-version. Nedanstående tabell beskriver bakgrundsuppgifterna för de ungdomar som ingår i uppföljningen.

Tabell 2. Bakgrundsuppgifter från inskrivningsformuläret för de ungdomar som omfattas av uppföljningen.

	Totalt	Flickor	Pojkar	N
Medianålder (år)	17	17	17	167
Kön (%)		35	65	167
Initiativtagare (%)				167
Eget initiativ	10	14	8	
Familj/vänner	48	40	52	
Socialtjänst	25	26	25	
Annan ¹	17	20	15	
Pågående kontakt (%)				166
Socialtjänst	42	40	44	
Psykiatri	15	22	11	
Kriminalvård	1	-	2	
Boendeform de senaste 3 månaderna (%)				149
Egen bostad ²	6	15	2	
Institution ³	8	8	7	
Föräldrar/släkt	87	77	91	
Primär drog (%)				167
Alkohol	20	33	14	
Cannabis	74	57	83	
Övriga preparat	6	10	4	
Tidigare vård (%)				147
Missbruk	14	13	15	
LVU/LVM	2	-	3	
Psykiatri	29	38	25	
Kriminalitet (%)				159
Dömd för brott	20	16	22	
Uppväxtmiljö (%)				
Familjehem/institution	9	9	9	163
Ekonomiska problem	17	11	20	142
Missbruk	29	31	28	160
Psyksiska problem	24	30	21	159
Våld	18	23	15	157
Utsatt för våld (%)				
Fysiskt	36	41	33	159
Psykiskt	29	43	21	158
Sexuellt	10	26	-	158
Psykisk hälsa (%)				
Neuropsykiatrisk diagnos	13	15	12	145
Allvarlig händelse	26	35	22	142

Som framgår av tabell 2 är medelåldern för de ungdomar som följts upp 17 år (13-24 år) och fördelningen flickor och pojkar är 35 respektive 65 procent. Totalt initieras 48 procent av vårdkontakter genom familj eller vänner, 25 procent via socialtjänsten, 17 procent av annan (se fotnot 1) samt 10 procent på ungdomens eget initiativ. Här föreligger vissa skillnader mellan flickor och pojkar, t.ex. att initiativet för pojkar i högre grad än flickor kommer från familj eller vänner.

¹ Kategorin annan utgörs av en sammanslagning av svarsalternativen skola, sjukvård, polis, kriminalvård och annan initiativtagare.

² Egen bostad avser svarsalternativen egen bostad och bostad i andra hand, inneboende och studentbostad.

³ Institution omfattar svarsalternativen försöks- eller träningslägenhet, institution, familjehem, fängelse eller häkte och annan boendeform.

Det är totalt 42 procent av ungdomarna som vid inskrivning uppger att de har en pågående kontakt med socialtjänsten, 15 procent med psykiatrin och 1 procent med kriminalvården. Även här framkommer könsskillnader, flickor har i högre grad än pojkar en pågående kontakt med psykiatrin. Som huvudsaklig boendeform de senaste tre månaderna anger 87 procent ett boende hos föräldrar eller släkt, 8 procent vid olika former av institutioner eller träningsboenden och 6 procent av ungdomarna har eget boende. Flickor uppger i högre grad än pojkar att de har eget boende.

Den primära drogen fastställs genom en klinisk bedömning av behandlaren. Primär drog är det preparat som utgör huvudproblemet och anledning till vårdkontakten. Cannabis utgör primär drog för totalt 74 procent av ungdomarna, alkohol för 20 procent och övriga preparat för 6 procent. I kategorin övriga preparat ingår exempelvis droger som amfetamin, kokain och bensodiazepiner. Här kan noteras tydliga skillnader mellan flickor och pojkar beträffande cannabis och alkohol som primär drog. Det är totalt 14 procent av ungdomarna som tidigare har haft vårdkontakter för missbruksproblem, 2 procent har vårdats enligt LVU eller LVM medan 29 procent har vårdats inom psykiatrin. Flickor anger i större utsträckning än pojkar att tidigare vård inom psykiatrin har förekommit. Totalt har 20 procent av ungdomarna dömts i domstol för brottslighet och pojkar är dömda i högre grad än flickor.

En relativt stor andel av de ungdomar som ingår i uppföljningen anger ogynnsamma förhållanden i uppväxtmiljön. Det är totalt 9 procent av ungdomarna som någon gång varit placerad i familjehem eller på institution. Det är vidare totalt 17 procent som uppger ekonomiska problem i sin uppväxtmiljö, 29 procent att det förekom missbruk av alkohol eller droger, 24 procent förekomst av psykiska problem och 18 procent att de upplevt våld eller misshandel. Pojkar uppger en högre andel av ekonomiska problem medan flickor uppger högre andelar av psykiska problem och förekomst av våld i under sin uppväxt.

Vid inskrivningsintervjun ställs också frågor om ungdomarna varit utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld. Det är totalt 36 procent som anger att de har varit utsatta för fysiskt våld, 29 procent för psykiskt våld och 10 procent för sexuellt våld. Också när det gäller utsatthet för olika typer av våld och övergrepp är flickornas andel genomgående större eller mycket större.

När det gäller psykisk hälsa är det totalt 13 procent som uppger att de har en neuropsykiatrisk diagnos och det är 26 procent har varit med om en allvarlig händelse som påverkar den nuvarande psykiska hälsan. Flickor uppger i högre grad än pojkar att de varit om en allvarlig händelse.

Bortfall

I en bortfallsanalys av de ungdomar som följdes upp respektive inte följdes upp, visade det sig att det finns vissa skillnader mellan grupperna. Merparten av de ungdomar som följdes upp avslutade sin behandlingskontakt enligt planering och det genomfördes därmed en personlig utskrivningsintervju (95 procent). När det gäller de ungdomar som inte medverkade vid uppföljning var andelen personliga intervjuer vid utskrivning endast 30 procent. Medelåldern vid inskrivning var 17 år för båda grupperna, medan andelen flickor var något större i uppföljningsgruppen, 35 respektive 24 procent i den grupp som föll bort. Initiativ till kontakten togs för de ungdomar som följdes upp i högre grad från familj och vänner, medan det var något vanligare att de ungdomar som inte följdes upp kom i kontakt med mottagningen på eget eller via socialtjänstens initiativ. Beträffande sysselsättning så var skillnaderna generellt mindre, även om det var en större andel ungdomar i bortfallsgruppen som vid inskrivning saknade sysselsättning (16 procent jämfört med 6 procent för de som följdes upp).

När det gäller primär drog syntes mindre skillnader, även om de uppföljda ungdomarna i något större utsträckning än bortfallsgruppen uppgav alkohol som huvudsakligt problem (20

respektive 14 procent). Användningsfrekvensen för primär drog de tre senaste månaderna före inskrivning på Maria-mottagningarna var relativt likartad för båda grupperna, utom för kategorin 4-6 dagar per vecka eller dagligen där skillnaderna var större, 15 procent för uppföljningsgruppen respektive 28 procent för de som föll bort.

De ungdomar som följdes upp hade i lägre grad tidigare varit föremål för vård för missbruksproblem jämfört med de som ej blev uppföljda (14 respektive 26 procent) för psykiska problem (29 respektive 39 procent) eller tidigare dömts för brott (20 respektive 37 procent). Skillnaderna i uppväxtvillkor var mindre och lika stora andelar ungdomar hade växt upp med missbruksproblem, medan det var något vanligare att man upplevt psykiska problem och våld under sin uppväxt i den grupp som inte följdes upp.

Sammantaget visar bortfallsanalysen att de ungdomar som följts upp således har en något lindrigare problematik och livssituation i jämförelse med de som föll bort, även om skillnaderna överlag är ganska små.

Genomförda behandlingsinsatser

Här beskrivs de insatser som de 167 uppföljda ungdomarna fått del av under kontakten med Maria-mottagningarna. Medianvärdet för antal dagar i behandling är 137 dagar d.v.s. cirka fyra och en halv månad. Den kortaste kontakten varade i 25 dagar och den längsta i 1 372 dagar. Dokumentationen av behandlingsinsatser är uppdelad i de två huvudkategorierna *psykosociala* och *medicinska* insatser. När olika utförda psykosociala insatser summeras blir medianvärdet 8 samtal. De mest förekommande insatserna har varit individuella behandlings- och bedömningsamtal, därefter följer olika former av familjesamtal. Manualbaserade samtal eller samtal med psykolog har generellt skett i mindre utsträckning.

Verksamheten vid de tre Maria-mottagningarna sker i samverkan mellan socialtjänst och sjukvård. Det innebär även ett relativt brett utbud av medicinska insatser som t.ex. möjlighet till läkarkontakt, droganalys och provtagning i olika former. Det summerade medianvärdet för medicinska insatser blir 4 besök/samtal. De vanligaste insatserna var droganalys och läkarbesök. Andra former av medicinska insatser som exempelvis hälsosamtal och provtagning har skett i mindre omfattning.

Resultat av uppföljningsintervjuerna

Rapportens resultat är uppdelat i två delar. I det förstnämnda avsnittet redovisas resultat som baseras på genomförda uppföljningsintervjuer samt en analys av öppna frågor och i den andra delen presenteras resultat från intervjuer med behandlare om arbetet med uppföljning. De sex livsområden som redovisas och som uppföljningsintervjun innefattar är: sysselsättning, alkohol och droger, kriminalitet, familj och relationer, fysisk hälsa samt psykisk hälsa.

Sysselsättning

Det första livsområdet innehåller uppgifter om ungdomens dagliga sysselsättning och illustreras med nedanstående tabell.

Tabell 3. Livsområdet sysselsättning vid inskrivning och uppföljning.

	Inskrivning				Uppföljning			
	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N
Huvudsaklig sysselsättning de senaste 3 månaderna				148				165
Grundskola	27	34	24		13	18	11	
Gymnasium/Högskola	60	53	62		65	58	68	
Arbete/Praktik	8	11	6		15	18	14	
Saknar sysselsättning ⁴	5	2	8		7	7	6	
Problem i skolan	50	62	44	148	23	24	22	145
Regelbunden fritidsaktivitet	49	36	55	148	49	42	53	166
Förändring, sysselsättning	53	52	54	147				163
Sämre					4	4	5	
Ingen förändring					43	33	48	
Bättre					53	63	47	

Vid inskrivning uppger totalt 87 procent av ungdomarna att den huvudsakliga sysselsättningen utgörs av skolgång, 8 procent har arbete eller praktik och 5 procent saknar sysselsättning. Vid uppföljning går 78 procent i skolan, 15 procent arbetar eller praktiserar och 7 procent saknar sysselsättning. Det sker, förutom denna minskning avseende skolgång, en viss ökning framförallt av andelen ungdomar som arbetar eller praktiserar.

Det är totalt 50 procent av ungdomarna som uppger tidigare eller nuvarande problem i skolan när behandlingen påbörjas och vid uppföljning är det totalt 23 procent som anger att de har skolproblem. Den positiva förändringen är större för flickor än för pojkar. Eftersom frågorna delvis representerar olika tidsperioder så ska emellertid resultatet tolkas med viss försiktighet.

Ungefär hälften av ungdomarna deltar i en regelbunden fritidsaktivitet, en viss förändring sker vid uppföljning då andelen flickor med regelbunden fritidsaktivitet har ökat något.

Något mer än hälften av ungdomarna, 53 procent, har önskemål om förändring beträffande sin sysselsättning vid inskrivning. Vid uppföljning sker en skattning av förändring avseende de tre månaderna sedan utskrivning, 4 procent uppger att det blivit sämre, 43 procent anger oförändrad situation medan 53 procent bedömer att det blivit bättre. Flickor uppger förändring i högre grad än pojkar när det gäller sysselsättning.

⁴ Sammanslagning av svarsalternativen arbetslös, saknar sysselsättning och annan sysselsättning.

Alkohol, droger och tobak

Uppgifter som rör alkohol och droger är ett huvudområde för Maria-mottagningarna och här följer en redovisning av resultaten för de olika aspekter som området omfattar.

Tabell 4. Livsområdet alkohol, droger och tobak vid inskrivning och uppföljning.

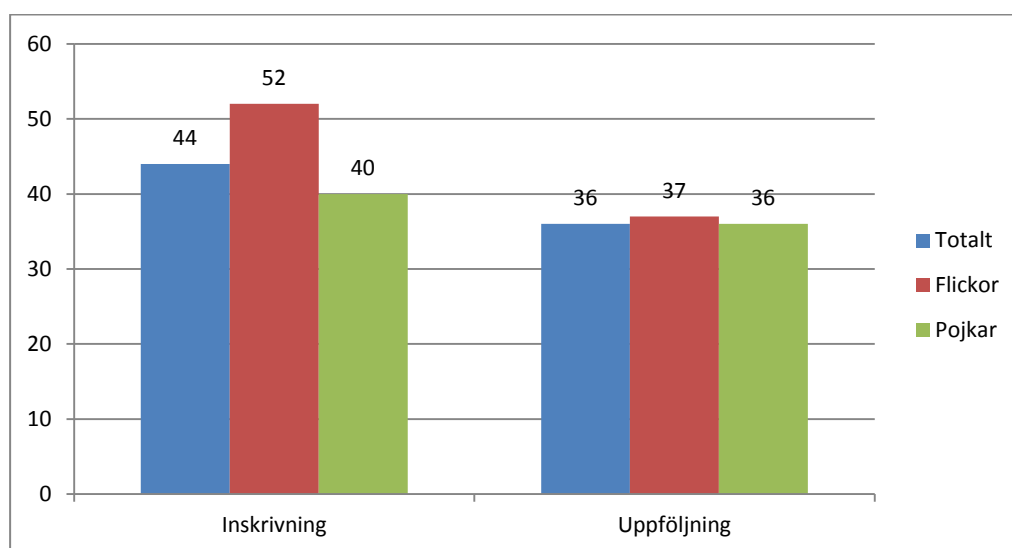
	Inskrivning				Uppföljning			
	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N
Röker eller snusar	60	67	56	165	62	64	61	166
AUDIT-C ⁵	44	52	40	148	36	37	36	164
Primär drog, frekvens de senaste 3 månaderna				164				156
Ej bruk	12	7	14		72	70	73	
Enstaka tillfälle	34	26	38		17	21	15	
1 dag/vecka eller mindre	14	16	13		9	6	11	
2-3 dagar/vecka	26	37	20		2	4	1	
4-6 dagar/vecka eller dagligen	15	14	15		1	-	1	
Annan Drog				167				156
Alkohol	38	24	45		27	19	31	
Cannabis	17	29	11		12	15	10	
Övriga preparat	19	24	16		16	17	16	
Förekommer ej	26	23	28		45	49	43	
Annan drog, frekvens de senaste 3 månaderna				123				86
Ej bruk	24	18	27		58	59	58	
Enstaka tillfälle	53	56	51		37	37	34	
1 dag/vecka eller mindre	15	7	19		7	4	8	
2-3 dagar/vecka	7	20	-		-	-	-	
4-6 dagar/vecka eller dagligen	2	-	3		-	-	-	
Förändring, alkohol	22	23	22	147				160
Sämre					7	7	7	
Oförändrad					59	50	64	
Bättre					34	43	29	
Förändring, narkotika	56	61	53	142				157
Sämre					2	-	4	
Oförändrad					57	48	61	
Bättre					41	52	35	

För ungdomarna totalt ökar användningen av cigaretter och snus något mellan inskrivning och uppföljning. Flickornas användning minskar något medan pojkarnas användning ökar från 56 procent till 61 procent vid uppföljning.

Riskfylld konsumtion av alkohol identifieras med stöd av AUDIT-C. Här framgår att den totala andelen ungdomar med en riskabel användning minskar från 44 procent vid inskrivning till 36 procent vid uppföljning. Flickornas andel minskar i högre utsträckning än pojkarnas, från 52 procent när behandling påbörjas till 37 procent när uppföljning sker. Nedanstående diagram illustrerar nämnda förändringar mellan inskrivning och uppföljning.

⁵ AUDIT-C består av de tre konsumtionsfrågorna i det ursprungliga screeninginstrumentet AUDIT och syftar till att identifiera ett 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).

Figur 1. Riskfylld användning av alkohol, enligt AUDIT-C, vid inskrivning och uppföljning (N=164).



Primär drog är det preparat som utgör anledning eller huvudproblem till att ungdomen kommer i kontakt med en Maria-mottagning. Här kan noteras påtagliga skillnader i användningsfrekvens för den primära drogen de senaste tre månaderna, mellan inskrivning och uppföljning. Vid uppföljning uppger totalt 72 procent av ungdomarna att bruk inte förekommit, 17 procent att det har skett vid enstaka tillfällen och det är sammantaget 12 procent som anger en användningsfrekvens om 2-3 dagar per vecka eller mer vid uppföljning.

Nedanstående tabell illustrerar de enskilda ungdomarnas förändring, mellan inskrivning och uppföljning, när det gäller användningsfrekvensen av den primära drogen.

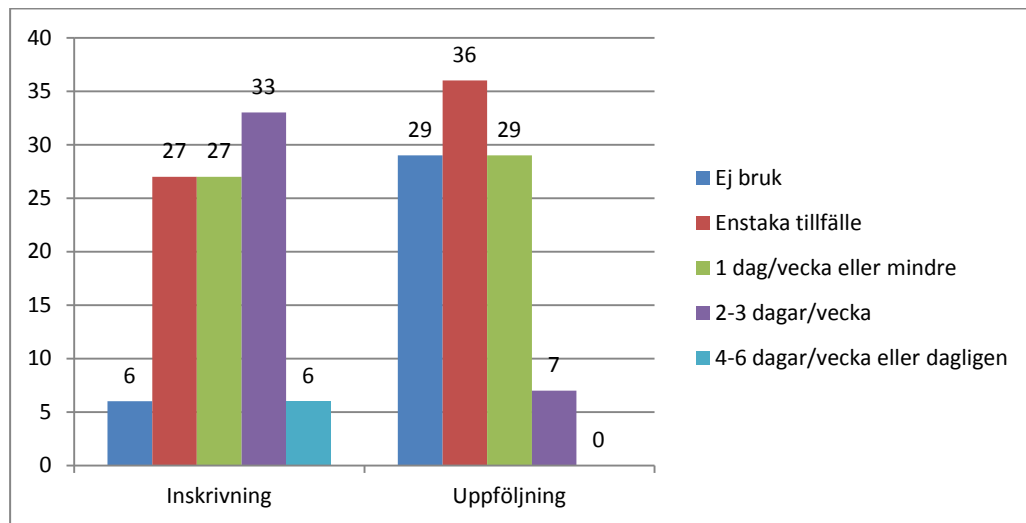
Tabell 5. En kontingenstabell för användningsfrekvens av primär drog de senaste tre månaderna vid inskrivning och uppföljning (N=153). 0=ej bruk, 1=enstaka tillfälle, 2=1 dag/vecka eller mindre, 3=2-3 dagar/vecka, 4=4-6 dagar/vecka och 5=dagligen.

		Inskrivning						
		0	1	2	3	4	5	
Uppföljning	5						1	1
	4							0
	3	1			2			3
	2	1	3	2	5	2	1	14
	1	2	5	6	9	3		22
	0	14	43	14	22	10	7	110
		18	51	22	38	15	9	153

I tabell 5 kan utläsas att sammantaget 24 ungdomar återfinns i den gula diagonalen vilket innebär att den angivna användningsfrekvensen av den primära drogen är oförändrad mellan inskrivning och uppföljning. I diagonalen återfinns t.ex. 14 ungdomar som uppger ej bruk vid de båda intervjutillfällena (0 respektive 0), men här finns även en enskild ungdom som anger daglig användning av den primära drogen vid både inskrivning och uppföljning (5 respektive 5). I det röda området, ovanför diagonalen, påträffas totalt sju ungdomar där användningsfrekvensen istället ökar. För de sammanlagt 122 ungdomar som återfinns i det

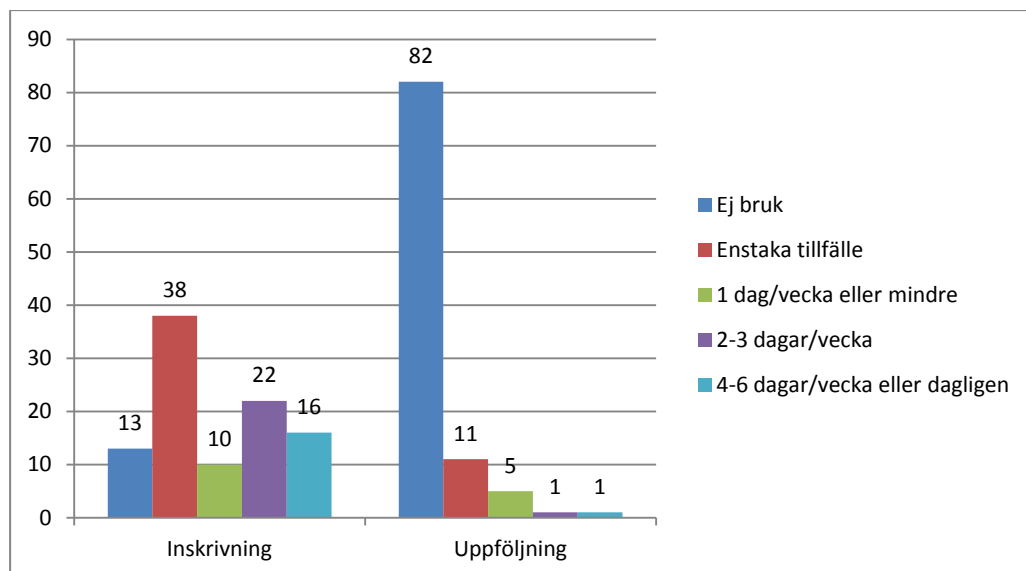
gröna området, nedanför diagonalen, sker en positiv förändring mellan inskrivning och uppföljning genom att droganvändningen reduceras eller helt upphör.

Figur 2. Användningsfrekvens de senaste 3 månaderna för primär drog alkohol, vid inskrivning och uppföljning (N=33).



Ovanstående diagram beskriver användningsfrekvens vid inskrivning och uppföljning för de ungdomar som uppger alkohol som huvuddrog. Av det framgår att användningen av alkohol har förändrats när uppföljning sker. Vid inskrivning uppger sammantaget 39 procent en användningsfrekvens som omfattar 2-3 dagar per vecka eller mer och vid uppföljning är andelen med motsvarande användning endast 7 procent.

Figur 3. Användningsfrekvens de senaste 3 månaderna för primär drog cannabis, vid inskrivning och uppföljning (N=124).



Diagrammet ovan åskådliggör användningsfrekvens för de ungdomar som uppger cannabis som primär drog vid inskrivning och uppföljning. Förändringen är påtaglig och vid uppföljning anger 82 procent att bruk inte har förekommit under de senaste tre månaderna. Endast 2 procent uppger vid uppföljningsintervjun en användningsfrekvens som tyder på ett mer regelbundet och fortsatt bruk av cannabis.

Kriminalitet

Inom livsområdet kriminalitet redovisas två variabler för att synliggöra eventuella förändringar vid uppföljning.

Tabell 6. Livsområdet kriminalitet vid inskrivning och uppföljning.

	Inskrivning				Uppföljning			
	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N
Gripen av Polis	59	44	67	147	6	5	6	164
Förändring, kriminalitet	9			128				
Sämre					2	-	2	122
Oförändrad					84	89	82	
Bättre					14	11	15	

Det är totalt 59 procent av ungdomarna som vid inskrivning uppger att de någon gång har blivit gripen av polis för inblandning eller misstanke om brott, pojkar i betydligt högre utsträckning än flickor. Vid uppföljningsintervjun anger totalt 6 procent av ungdomarna att de någon gång under de senaste tre månaderna gripits av polis.

Även om det är en stor andel ungdomar som har en viss erfarenhet av brottslighet är det ett område där önskemål om förändring är relativt begränsat, totalt har 9 procent ett sådan önskan när behandlingen inleds. När uppföljning sker anser totalt 14 procent att en positiv förändring har skett sedan utskrivningen, men de flesta uppger att situationen är oförändrad när det gäller kriminalitet.

Familj och relationer

Eftersom merparten av ungdomarna som har kontakt med Maria-mottagningarna bor hemma hos sina föräldrar, är därmed relationer med föräldrar och anhöriga av stor betydelse. Här följer en redovisning av de förändringar som sker avseende relation till föräldrar och vänner.

Tabell 7. Livsområdet familj och relationer vid inskrivning och uppföljning.

	Inskrivning				Uppföljning			
	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N
Stöd av förälder/föräldrar	92	90	93	143	94	97	92	162
Umgås med vänner som använder droger				145				164
Nej	38	32	41		54	62	50	
Ibland	48	49	47		40	34	42	
Ofta	14	19	12		6	3	8	
Umgås med vänner som begår brott				144				163
Nej	74	65	79		84	88	82	
Ibland	22	29	19		15	12	16	
Ofta	4	6	2		1	-	2	
Förändring, familj	39	43	38	143				164
Sämre					7	5	8	
Oförändrad					40	34	42	
Bättre					54	60	50	
Förändring, vänner	22	26	20	142				160
Sämre					6	5	7	
Oförändrad					52	39	59	
Bättre					42	55	35	

I tabell 7 framgår det att drygt 90 procent av ungdomarna anser att de har stöd av en eller båda föräldrarna vid både inskrivning och uppföljning, här sker en viss positiv förändring mellan intervjutillfällena, vilket specifikt gäller för flickor.

Det är totalt 62 procent vid inskrivningsintervjun som anger att de den senaste månaden ibland eller ofta umgåtts med vänner som använder droger och vid uppföljningen är motsvarande uppgift 46 procent. I detta fall sker det en större förändring för flickor än för pojkar. När det gäller umgänge med vänner som begår brott sker också en påtaglig positiv förändring.

Vid inskrivning framkommer att totalt 39 procent av ungdomarna önskar förändring beträffande relationer i sin familj och vid uppföljning uppger totalt 54 procent att en förbättring har skett sedan utskrivningen. Även önskemål om förändring när det gäller relationer till vänner skattas och här anser 22 procent vid inskrivningsintervjun att ett sådant behov finns. Vid uppföljning uppger 42 procent att en positiv förändring sedan utskrivningen har skett i detta avseende. I båda nämnda skattningar är förbättringen för flickor tydligare.

Fysisk hälsa

Här följer en redogörelse för livsområdet fysisk hälsa och där innefattas frågor om fysiska problem samt skattningar om förändring.

Tabell 8. Livsområdet fysisk hälsa vid inskrivning och uppföljning.

	Inskrivning				Uppföljning			
	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N	Totalt (%)	Flickor (%)	Pojkar (%)	N
Problem med fysisk hälsa de senaste 30 dagarna	14	15	13	146	10	16	8	164
Förändring, fysisk hälsa	44	38	47	143				157
Sämre					7	7	7	
Oförändrad					56	51	59	
Bättre					37	42	34	

När behandling påbörjas är det totalt 14 procent av ungdomarna som uppger allvarliga problem med sin fysiska hälsa den senaste månaden och vid uppföljning är andelen 10 procent. Förekomsten av fysiska problem minskar för pojkar, men den ökar för flickor.

Det är totalt 44 procent som vid inskrivningsintervjun uppger att de önskar förändra sin fysiska hälsa och vid uppföljning anser totalt 37 procent att en förbättring har skett sedan utskrivningen.

Psykisk hälsa

I följande område intervjuas ungdomarna om olika former av problem eller besvär med den psykiska hälsan. Frågorna syftar till att kartlägga ungdomens egen uppfattning om sitt psykiska mående de senaste 30 dagarna när behandling inleds respektive följs upp. Problemen behöver inte vara utredda eller konstaterade och kan förekomma utan drogmissbruk.

Tabell 9. Livsområdet psykisk hälsa vid inskrivning och uppföljning.

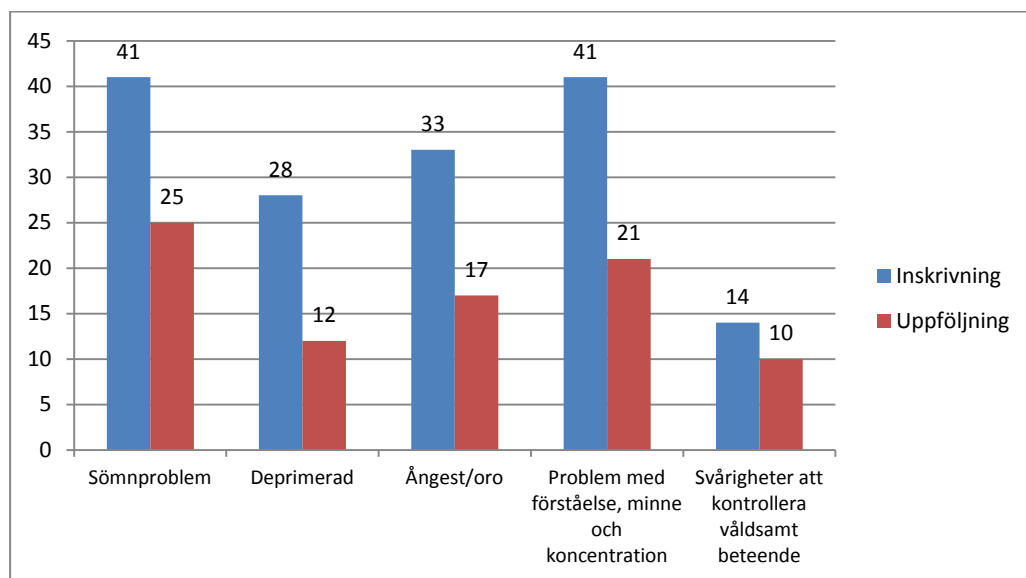
Livsområde	Inskrivning				Uppföljning			
	Totalt (%)	Flickor	Pojkar	N	Totalt (%)	Flickor	Pojkar	N
Sömnproblem, 30 dgr	41	56	34	152	25	32	22	164
Deprimerad, 30 dgr	28	38	24	151	12	16	10	164
Ångest/oro, 30 dgr	33	51	24	153	17	28	11	164
Problem med förståelse, minne och koncentration, 30 dgr	41	54	34	153	21	26	19	164
Svårigheter att kontrollera våldsamt beteende, 30 dgr	14	24	9	148	10	18	6	164
Självordstankar, 30 dgr	6	4	6	144	2	2	3	163
Självordsförsök, 30 dgr	-	-	-	144	1	2	-	163
Hallucinationer, 30 dgr	7	9	6	140	2	-	3	164
Medicinering, 30 dgr	16	33	6	147	11	20	7	162
Åtstörning, 30 dgr	7	14	3	141	2	5	1	164
Självskadebeteende	4	4	3	141	1	2	-	164
Förändring, psykisk hälsa	35	49	29	144				164
Sämre					8	10	7	
Oförändrad					44	33	50	
Bättre					48	56	43	

Det sker påtagliga förändringar för samtliga tillstånd (undantaget självmordsförsök) mellan inskrivning och uppföljning. När behandlingen inleds uppger exempelvis totalt 41 procent av ungdomarna att de haft problem med sömnen de senaste 30 dagarna och vid uppföljning har det skett en minskning till 25 procent. Det är totalt 28 procent som vid inskrivning anger att de varit deprimerade eller nedstämda, vid uppföljning är motsvarande uppgift 12 procent. Ångest eller allvarlig oro uppges av totalt 33 procent vid inskrivning och vid uppföljning har det reducerats till 17 procent. Det föreligger även stora skillnader mellan flickor och pojkar vad gäller självrapporterade problem vid både inskrivning och uppföljning. Flickorna uppger vid inskrivningsintervjun i högre grad olika former av psykiska problem än pojkarna, skillnaderna kvarstår vid uppföljning men det framgår även positiva förändringar specifikt för flickorna.

Vid inskrivning är det totalt 35 procent av ungdomarna som har önskemål om förändring när det gäller sin psykiska hälsa och vid uppföljning anger 8 procent att situationen försämrats, 44 procent oförändrat och 48 procent uppger att det skett en förbättring sedan utskrivningen. Flickorna uppger i högre grad än pojkar att förändring skett vid uppföljning.

I nedanstående diagram illustreras några av de vanligast förekommande psykiska problemen och förändringen mellan inskrivning och uppföljning.

Figur 4. Livsområdet psykisk hälsa vid inskrivning och uppföljning (N=164).



Diagrammet illustrerar genomgående positiva förändringar för de vanligast förekommande psykiska tillstånden mellan de båda intervjutillfällena.

Öppna frågor vid uppföljning

Under detta avsnitt presenteras några utsagor från de avslutande öppna frågorna som ställs till ungdomarna i samband med uppföljning om hur de i efterhand upplevt behandlingstiden och kontakten med mottagningen samt vad som varit särskilt betydelsefullt för deras förändring. Det är totalt 157 ungdomar som lämnat svar på den första öppna frågeställningen. I redovisningen framkommer att flera ungdomar uppskattar kontakten med Maria-mottagningen och den enskilde behandlaren. Här följer några exempel:

”Bra! Uppskattat HUR vi pratat. Fått möjlighet att byta perspektiv.”

”Det var skönt och nyttigt att prata med någon utanför familjen som var neutral.”

”Vi snackade och kom fram till bra slutsatser.”

”Det har varit skönt att ha någon som lyssnar och engagerar sig.”

Utöver själva samtalen ges även beskrivningar om ett positivt bemötande, som exempelvis att man har blivit väl omhändertagen, fått en snabb kontakt, har känt ett bra stöd eller stort förtroende. Några ungdomar lyfter också upp insikter som de gjort, att de har lärt sig saker om sig själv och om drogers medicinska påverkan:

”Bra att prata med någon som hade kunskap.”

”Jag har lärt mig mycket om droger och dess påverkan på kroppen.”

”Bra att jag fick info och fick veta vilka risker det är med cannabis.”

Det som lyfts upp som mindre bra är de övervakade urinproven:

”Bra att prata med någon men jobbigt att lämna urinprov när någon tittar på.”

Huvudsakligen kan tre teman skönjas när det gäller vad ungdomarna lyfter fram som särskilt betydelsefullt när det gäller förändring av sin livssituation de senaste tre månaderna. Många ungdomar talar om att sysselsättningen har varit viktig för dem:

*"Fått jobb."
"Har kommit in på Komvux."
"Valt gymnasieprogram."
"Jag har kämpat på med skolan och ska ta studenten i sommar."
"Börjat tjäna egna pengar."*

I flera av utsagorna framgår det att situationen har förändrats på ett positivt sätt. Förbättrade familjerelationer tas upp av flera ungdomar:

*"Alla i min familj har brytt sig om mig och gett mig en andra chans."
"Eftersom att vi har pratat och min familj blev lugnare, har vi kommit varandra närmare och vi pratar mera allihop hemma."
"Att mamma och jag inte bråkar på samma sätt längre kring vår grundkonflikt."
"Att det är mera trygghet och lugn i familjen."
"Familjen ska semestra tillsammans."*

Relationer till partner eller andra viktiga personer framhålls som betydelsefulla av ungdomarna:

*"Att jag har träffat en kille som jag tycker om."
"Träffat en schysst kille."
"Blivit sambo."
"Jag fick flickvän."
"Träffat flickvän."
"Jag träffade en tjej för några månader sedan. Hon är inte min flickvän men har blivit oerhört viktig för mig. Vet inte varför. Kan inte förklara, men hon har förändrat mycket i min livssituation."*

Intervjuer med behandlare

Under uppföljningsarbetet uppkom ett önskemål från projektgruppen om att genomföra intervjuer med ett antal behandlare om implementeringen av uppföljningsmodellen. Det beslutades att totalt nio behandlare skulle intervjuas via telefon, tre från varje stad. Inklusionskriterierna var att de som intervjuades skulle representera olika yrkesgrupper samt ha genomfört minst två uppföljningsintervjuer. Samtliga intervjuer och en kvalitativ innehållsanalys utfördes av Katarina Magnusson, adjunkt vid Institutionen för pedagogik på Linnéuniversitetet i Växjö. Processen i en kvalitativ innehållsanalys innebär att med utgångspunkt i det transkriberade materialet söka grundläggande mönster och utifrån dessa identifiera koder, kategorier och teman (Bryman 2011).

Av de nio behandlare som intervjuades om sina erfarenheter och upplevelser av arbetet med uppföljningsintervjuer, är sju kvinnor och två män. Fem av intervjupersonerna är socionomer, medan tre har utbildats till sjuksköterska och en till psykolog. Det skiljde sig åt beträffande hur många år de hade arbetat vid den nuvarande mottagningen, från ett till tjugofem år. Antalet genomförda uppföljningar varierade från två till tio intervjuer mellan behandlarna.

Synen på uppföljning

En övervägande del av de intervjuade behandlarna ställer sig positiva till att följa upp sina ungdomar för att få veta hur det gått för dem, vad som har varit verksamt och att få veta om det som görs för dem fungerar. Några menar också att det är bra att verksamheten kan visa upp siffror för beslutsfattare och för "vårdgrannar" om hur många som blir drogfria efter behandlingen.

Jag tycker att det är ganska viktigt att följa upp. Dels så är det ju bra för oss själva att veta om det vi gör fungerar, men framförallt är det ju bra för våra ungdomar och familjer att man ser att det fungerar eller att det inte gör det och att de då kan komma tillbaka.

Av intervjuerna framkommer emellertid även att några behandlare uttrycker en större ambivalens inför det nya arbetssättet. Det kopplas särskilt till att ett nytt moment i arbetet har tillkommit vid sidan av det ordinarie arbetet, vilket har inneburit att det ibland har varit svårt att prioritera det.

Nja, jag var positiv till projektet som sådant men jag hade svårt att se hur man skulle kunna klämma in det. Om vi säger att vi har trehundra intervjuer med ungdomar per år, så har vi trehundra ungdomar som kommer på uppföljningsintervju, och så har vi trehundra behandlingssamtal till. Så ur den aspekten var jag kritisk till hur vi skulle kunna hinna med det, men egentligen är det helt nödvändigt att följa upp hur behandlingen har gått. Jag tycker det är jätteroligt, jag tycker det är guldanten att få se dem igen efter tre månader.

En respondent menar att syftet med uppföljningsintervjuer är otydligt och betonar att det är ett moment som ligger utanför behandlingen. En annan behandlare anser att tre månaders uppföljningstid är alltför kort. Ytterligare en intervjuperson uttrycker sig mer skeptiskt på uppföljning som en del i arbetet.

Det kändes inte riktigt som det fanns någon tydlig regel för det där vilket jag tycker att man borde kunna förvänta sig om det är forskare inblandade. Det kändes som att det bara bestämdes, att så där skulle vi göra. Jag känner mig tveksam till det här med uppföljning. Jag känner att kedjan In-Ut-Upp inte riktigt hänger ihop.

Rutiner och tillvägagångsätt

Hur man har genomfört uppföljningsintervjuerna skiljer sig till viss del åt mellan de intervjuade. De flesta respondenterna berättar att uppföljningen introduceras redan när de träffar ungdomen eller familjen den första gången. De redogör då för hur de använder sig av UngDOK och syftet med arbetssättet.

Till att börja med så berättar jag direkt när de kommer vid första samtalet att vi har inskrivningsintervjuer, utskrivningsintervjuer och sen då att vi följer upp också. Jag berättar om vad syftet är, att vi har ju de här intervjuerna för att lära känna ungdomen bättre, men att det också finns ett statistiksyfte för att kunna skapa sig en bild av hur det är i den här situationen för den här målgruppen och att det är till hjälp för oss. Så dom är medvetna om det från start. Det ingår liksom i paketet och när vi skiljs så bokar jag den tiden för intervjun vid utskrivningen för den ska ju ske tre månader efter. Och beroende på ungdomens ålder och så, så antingen med föräldrar eller själva. Jag tar ju datum och säger att detta kan ni ju ändra om det inte kommer att stämma om tre månader men det är ju viktigt att ta en tid.

Andra respondenter säger att de presenterar uppföljningen först i samband med utskrivningen. De flesta behandlare tycker att de har funnit en fungerande rutin genom att de vid utskrivning bokar tid för uppföljningsintervju och kommer överens med ungdomarna om hur de vill bli påmind. Flera av dem har även hittat olika sätt att påminna sig själva om att bestämma tid för uppföljning med ungdomarna, eftersom det annars riskerar att glömmas bort.

Uppföljningsintervjuerna sker oftast på den egna mottagningen och i några fall har det också förekommit telefonintervjuer.

Möjligheter med uppföljning

Intervjupersonerna ser ett flertal möjligheter och fördelar med att följa upp sina klienter, såväl för ungdomarna och deras anhöriga som för de själva som behandlare och för verksamheten. Flera anser att det finns en trygghet för ungdomarna och deras föräldrar genom att de vet om att det sker en uppföljning tre månader efter avslutad kontakt. Några behandlare menar att uppföljningen i sig själv kan ha en booster-effekt för den unge och att den också kan ses som en form av utslussning.

Det har varit positivt, det är inte alla som vill, men för de som sagt ja har det varit positivt. Det är inte någon som sagt nej. Mer statistik kan ge ökad kunskap, tänker jag. Som är bra för oss. Sen för min personliga del, det är spännande att få höra hur det har gått för dom. Jag kan också tänka mej att om man haft... att det är skönt för ungdomen att det här inte var den sista gången utan man kommer träffas ytterligare efter tre månader, det blir inte det här abrupta avslutet. De kan känna sig lite betydelsefulla och att de får bidra till utveckling och att det kan bidra till fortsatt behandlingseffekt.

Flera respondenter nämner även möjligheten att på nytt kunna ta sig an de ungdomar som har återfallit i missbruk innan det har hunnit gå för långt.

Jag har haft en patient som har återaktualiserats, när han sa eller när han berättade att börjat röka lite cannabis igen, där jag kunde göra en nyanmälan och där jag bara behövde träffa honom några gånger, och sedan kunde vi avsluta det igen.

Många intervjupersoner tar upp flera fördelar för sin egen del, dels den personliga tillfredsställelsen med att få veta hur det gått och dels den kunskap som man erhåller från

ungdomarna om vad som har varit verksamt. Flera respondenter menar att det är roligt att få träffa ungdomarna igen och få höra vad som varit bra och mindre bra.

Jag tycker att jag har fått mycket också... vad jag har gjort för att det ska gå bra, att man blir ju speglad lite. Det och det var bra som du gjorde, och det och det har hjälpt mej, de har lite distans. Jag har fått mycket tips på grejer som jag gjort, som är bra och som man kanske: - Aha, det var bra, det kanske man ska göra mer av.

Samtliga behandlare tar upp aspekter som också är positiva för verksamheten. De flesta behandlarna anser att uppföljning är viktigt för verksamheten genom att man kan få fram statistik som sedan kan användas för att beskriva för olika intressenter hur behandlingen fungerar, istället för information som grundas på tro eller känsla. Flera behandlare menar att dessa faktauppgifter sedan kan användas för att informera ungdomar, föräldrar, uppdragsgivare, beslutsfattare och politiker. Att kunna ge en bild av hur situationen är för den här målgruppen och vad kontakten resulterar i höjer kvaliteten generellt samt förmedlar en seriös bild av verksamheten, menar en av de intervjuade. En annan respondent menar att uppföljningsarbetet bidrar till bilden av "en lärande organisation".

Nu får vi faktiskt information som vi kan förmedla till de som bestämmer, som beslutar om oss och som beslutar om våra ungdomar, eller vilka ungar det nu kan vara. Vad vi behöver göra. Våra beslutsfattare behöver hård fakta för de struntar faktiskt i vad jag känner liksom. Så på så sätt är det bra att man får en överblick över sin klientgrupp över en längre tid.

Hinder vid uppföljning

Alla respondenter är samstämmiga i att det stora och svåra arbetet ligger i att få tag i eller att få den unge att komma till uppföljningsintervjun. Det kan handla om ungdomar som inte har varit nöjda med kontakten eller som känt sig tvingade dit av sina föräldrar eller av socialtjänsten, men också om ungdomar som anser att deras behandling är ett avslutat kapitel och därför inte är lika angelägna att komma tillbaka igen för ett nytt samtal. Några intervjuade menar att det är särskilt svårt att nå de äldre ungdomarna.

En av svårigheterna är ju rent praktiskt att få tag på folk. Alltså vi jobbar ju med ungdomar, det är ju en väldigt flyktig målgrupp och tre månader är en rätt lång tid i en artonårings liv. Att faktiskt få tag på dom och påminna dom tycker jag har varit en svårighet.

Flera respondenter påtalar också problemet med att de ungdomar som har kunnat följas upp främst har utgjorts av de som har varit positivt inställda till behandlingen och verksamheten eller som det har gått bra för, något som de menar i slutändan ger en skev bild av verksamhetens behandlingsresultat. En intervjuperson anser också att det finns en risk att ungdomarna ger en alltför tillrättalagd bild av sin situation i samband med uppföljning.

En annan svårighet som upplevs av några intervjupersoner, är att det blir ytterligare ett moment till att prioritera i konkurrens med det vardagliga arbetet, och att det är lätt att glömma bort uppföljningen när utskrivningsintervjun är klar. Det är ett moment som inte fungerar av sig själv, utan kräver en noggrann planering. När det kommer in nya klienter är det lätt att glömma bort de som ska följas upp, menar en behandlare.

Om tre månader måste jag återigen kontakta honom och så måste jag göra det här och det här. Alltså, det var så skönt innan när man var klar med Ut så var han avslutad. - Fint, hoppas det går bra. Detta är ju bara gnäll, men det var så skönt att

lägga en till bakom sig. Jag fattar ju varför det är bra, men det kräver mer arbete. Det var skönt mentalt att känna att nu var jag färdig och få lägga detta åt sidan. Nu är det mer så att jag måste ringa honom igen, jag är inte färdig ännu. Det tar aldrig slut. Men jag förstår att det är värt besväret, för det är dock ett besvär.

En respondent ställer sig också frågande till hur man ska agera om en ungdom som följs upp visar sig behöva en förnyad kontakt.

Några respondenter lyfter upp problem med de frågor som ingår i UngDOK-formuläret, att det är lite upprepande och tjatiga frågor för ungdomen. En respondent var även kritisk till att det vid kortvariga behandlingskontakter sammantaget blir alltför många frågor som ska ställas.

Om kontakten är oerhört kort med få samtal, så kan det kännas lite besvärande tycker jag, med både en lång In och en lång Ut och sedan efter tre månader följa upp. Det betyder då att instrumentdelen i kontakten nästan är större än själva kontakten. Dom kanske tycker det är lite konstigt. Mer frågor än samtal.

Förbättringsområden

Några intervjupersoner anser att syftet med att följa upp sina klienter behöver tydliggöras av organisation och arbetsledning, för att man bättre ska kunna förklara det för sina klienter. En behandlare tycker att det skulle vara positivt med ett utbildningsinslag om hur man på bästa sätt kan genomföra en uppföljningsintervju för att motivera personalen ytterligare.

Flertalet av de intervjuade behandlarna menar att det viktigaste förbättringsområdet är att det läggs ned mer kraft på att motivera och få fler ungdomar att komma och att få till stånd uppföljningsintervjuer med dem. Flera behandlare tror att det behövs incitament av olika slag för locka dem, t.ex. i form av biocheckar eller trisslotter.

En intervjuperson nämner möjligheten att samla in ytterligare kontaktuppgifter från ungdomarna till andra tänkbara anhöriga eller närstående personer. Några respondenter menar att det behövs bättre system eller rutiner för påminnelser till såväl behandlare som ungdomar. Några intervjupersoner uttrycker även en önskan om en rutin kring hur många kontaktförsök som ska genomföras innan man ger upp eller vilken prioritet uppföljningsarbetet ska ha.

Det är ju ett jobb för våra chefer, att det tar tid från det ordinarie arbetet, så att de tar ställning till hur mycket jobb vi ska göra för att.. alltså, hur mycket jobb man ska lägga ner för att få tag på ungdomen.

Flera respondenter tar även upp alternativa sätt att genomföra uppföljningsintervjuerna på, exempelvis med telefonintervjuer eller webbenkäter. En behandlare efterlyser en tydligare rutin för när telefonintervju kan vara tillämpbar.

Flera av de intervjuade behandlarna anser att det vore en bra lösning om en särskild anställd hade som sin huvudsakliga arbetsuppgift att planera och ombesörja att uppföljningsintervjuer kommer till stånd samt att även genomföra dem.

Att jag lämnade mina uppföljningsintervjuer till någon annan. Att någon har det som sin huvuduppgift. Som har lite olika knep att få hit folk.

Det tar en hel del tid från andra pågående patienter, det är en hel del registrering runt detta och att jag ska jaga dem och boka in tid för de här patienterna. Ett sätt är

att man skulle kunna ha en som jobbar och har det i sin tjänst att jobba med uppföljningsintervjuer.

Det tog rätt lång tid innan In-doken satt sig. Innan alla var bekväma med den och nu är den helt naturlig att arbeta med. Samtidigt så börjar nu Ut-doken bli, den är inte alls på samma nivå, men den börjar bli ganska naturlig också att man gör den, att den är en del. Så jag tänker att det är viktigt att inte tappa farten i detta nu utan att uppföljnings-doken inte ligger lika nära behandlarna och därför behöver man trycka på den mer och det är ju därför också bra att ha någon som jobbade lite mer med den på mottagningen.

En intervjuperson anser att omfattningen av UngDOK sammantaget borde minskas ned och en annan respondent att intervjuens språkbruk behöver förenklas.

Analys och diskussion

Modellens utformning och implementering

Intentionen i det aktuella projektet har varit kollaborativ och integrativ samverkan mellan verksamheternas personal och rekryterade forskare. Projekttiden har omfattat ett flertal olika aktiviteter som involverat samtlig personal under planering och genomförande: möten, workshops, enkätundersökning, intervjuer med ungdomar, föräldrar och behandlare, återkopplingsdiskussioner, mm. Det gemensamma arbetet har också inrymt förhandlingar och kompromisser mellan praktiskt relevanta aspekter och vetenskapliga krav.

Rogers (2003) har identifierat ett antal egenskaper hos den nya kunskap som ska spridas och som kan påverka implementeringsresultatet; relativ fördel, komparabilitet, komplexitet, testbarhet, observerbarhet och anpassningsbarhet. Med utgångspunkt i dessa egenskaper så såg personal inledningsvis i projektet både för- och nackdelar med uppföljningsmodellens konstruktion och egenskaper. Det finns emellertid en påtaglig överensstämmelse med utformningen av mottagningarnas dåvarande dokumentationssystem, eftersom UngDOK har använts under flera år och då både inskrivnings- och utskrivningsintervju redan hade en hög grad av tillämpning (Richert 2011). Att bygga på dessa rutinmässiga moment med ytterligare en beståndsdel, en uppföljningsintervju, ligger därmed i linje med redan tidigare invanda arbetsrutiner. Det nya arbetsmomentet kan dock sägas vara relativt komplext, genom att uppföljningen kräver flera nya aktiviteter och rutiner som åligger behandlarna t.ex. information till ungdomar och anhöriga, planering och tidsbokning av uppföljning, påminnelser till ungdom samt genomförande av uppföljningsintervju. Det har under projekttiden även givits goda möjligheter att pröva hur det nya arbetsmomentet fungerar, samt att få reflektera och diskutera modellen och arbetssättet med kollegor, arbetsledning och forskare. Det pågående uppföljningsarbetet har kontinuerligt följts upp och återrapporterats till projekt- och styrgrupp, men även till samtlig personal vid de lokala enheterna. Som tidigare nämnts har det även funnits möjligheter till viss lokal anpassning, inte av modellen som sådan, däremot beträffande de specialistfunktioner eller olika aktiviteter som varit knutna till den.

Behandlares kunskap, vilja och förmåga är av stor betydelse för en framgångsrik implementering av nya arbetssätt. Troligen har planeringsarbetet med den logiska modellen bidragit till att samtlig personal fick en medvetenhet, kunskap och förståelse om både projektet, dess syfte och de aktiviteter som förväntades. Arbetet innebar även att enskilda medarbetare fick påverka utformningen av modellen. Personalen har generellt en god utbildningsbakgrund och de flesta har dessutom lång erfarenhet av att samtala med ungdomar med missbruksproblem (och därmed goda förutsättningar att också genomföra uppföljningsintervjuer). Uppföljningsmodellen mottogs inledningsvis både positivt och negativt av behandlare. Många uttryckte vilja och engagemang, medan några uttryckte mer oro, motstånd och skepsis till modellen och det arbete den medför.

Organisatoriska och kontextuella faktorer är synnerligen viktiga för en hög grad av användning av en ny arbetsmetod (Abrahamsson & Tryggvesson 2009; Alexandersson 2006; Engström & Armelius 2005; Fridell & Holmberg 2006; Fäldt m.fl. 2007; Nutley m.fl. 2007; Roselius & Sundell 2008; Vind & Hecksher 2004). Några mottagningar har under projekttiden periodvis haft en mycket hög arbetsbelastning, vilket kan ha inverkat på modellens implementering. Via det aktuella projektet har vissa ekonomiska medel funnits för extra resurser, men den avsatta tid som har krävts för det nya arbetsmomentet har möjligen ändå inte funnits i tillräcklig utsträckning. Sammantaget kan dock påpekas att medverkande

organisationer i huvudsak präglas av en ambitiös och utvecklingsinriktad inställning till det aktuella projektet.

Ett flertal olika implementeringsinterventioner har tillämpats i projektet. Istället för att i efterhand konstatera att projektet haft olika former av implementeringsproblem, har en förebyggande strategi varit att från början identifiera stödjande och hindrande faktorer inför själva införandet av uppföljningsmodellen samt att skapa implementeringsplaner som skraddarsyttits utifrån lokala villkor och förutsättningar (jfr Grimshaw m.fl. 2004; Nilsen m.fl. 2014; Nutley m.fl. 2007). Modeller för integrativ samverkan mellan praktiker och forskare är ytterligare en strategi som stöds av en samlad implementeringsforskning:

”Men sammantaget tycks för närvarande interaktiva metoder vara de mest lovande för att uppnå en ökad forskningsanvändning. Dessa interaktiva strategier kan variera från att på ett enkelt sätt möjliggöra fördjupade diskussioner kring forskningsresultat vid presentationer av beslutsfattare och praktiker själva, via lokal samverkan mellan forskare och forskningsanvändare för att pröva att använda resultat från forskning, till formaliserade, kontinuerliga och storskaliga partnerskap som på längre sikt stöder bättre relationer mellan forskning, politik och praktik” (Nutley, Walter & Davies 2007, s. 152, vår översättning).

Dessa gemensamma aktiviteter har kombinerats med undervisningsinslag för samtlig personal kring forskning om uppföljning av individer med missbruksproblematik, men också specifik utbildning för projektgruppens medlemmar kring olika faser i systematisk uppföljning, statistik mm. Några projektgruppsmedlemmar har även haft ett särskilt ansvar för att uppmuntra och stödja sina kollegor under projekttiden i arbetet med implementeringen av modellen. Uppföljningsarbetet har kontinuerligt följts upp och avrapporterats till både projektgrupp och styrgrupp, vilket har inneburit smärre justeringar av modellen under projekttiden.

Uppföljningsmodellen förefaller ha stor relevans för ungdomar, deras anhöriga, behandlare och verksamheter. Att följa upp ungdomarna tre månader efter avslutad behandling har, enligt intervjuerna med behandlare, haft stor betydelse för de ungdomar som verksamheten vänder sig till, dels utgör det en trygghet för dem och deras anhöriga, dels har uppföljningen troligen en effekt i sig. Ungdomar som inte har lyckats avhålla sig från droger kan även snabbt få hjälp på nytt.

Behandlare ser dock svårigheter när det gäller att få tag i de ungdomar som ska följas upp och att få dem att komma till en uppföljningsintervju. Det kan handla om ungdomar som inte är nöjda med behandlingen eller som är tvingade till mottagningen av föräldrar eller socialtjänsten, t.ex. i form av s.k. ungdomskontrakt. Det kan enligt behandlarna även vara svårt att tillämpa modellens alla delar vid kortare behandlingskontakter. I intervjuerna med behandlarna menar flera att det finns en risk att det främst är en ”positiv” grupp ungdomar som blir uppföljda, vilket kan ge en skev bild av verksamhetens behandlingsresultat.

En övervägande del av de intervjuade behandlarna uttrycker en positiv inställning till uppföljningsintervjuer med ungdomar, medan några förhåller sig mer ambivalenta till modellen. Många tycker att det är en personlig tillfredsställelse att som behandlare få veta hur det gått för ungdomarna och att de får ett kvitto på att rätt saker görs. Men de betonar också att de kan få värdefull kunskap från dem om vad som har varit verksamt i deras behandling, vilket i sin tur kan ge en ökad professionalitet och trygghet i arbetet (Jenner & Segraeus 2005). Behandlarnas inställning till uppföljning tycks ha förändrats positivt under projekttiden och det ses numera som ett mer självklart inslag i arbetet.

Några behandlare anser att det är ytterligare ett arbetsmoment som kräver arbete och som är svårt att prioritera i konkurrens med övriga arbetsuppgifter. Några menar också att det är lätt att glömma bort att påminna både sig själv och ungdomarna om när det är dags för uppföljning.

Behandlarna uttrycker även att uppföljningsarbetet har varit positivt för verksamheten, att det generellt höjer kvaliteten i behandlingsarbetet, men även att det genererar statistik att visa upp för t.ex. politiker, beslutsfattare, samverkanspartners och anhöriga.

Huruvida detta kollaborativa projekt även har bidragit till en ökad kunskapsutveckling och forskningsanvändning är dock en empirisk fråga. En kommande studie avser att försöka besvara frågan om projektet medför en ökad kunskapsutveckling hos medverkande behandlare och verksamheter med stöd av det kanadensiska instrumentet CIROP (Currie m.fl. 2005).

Projektet har utmynnat i ett antal olika utvecklingsområden. Ett sådant, som också lyfts fram av flera behandlare, är att motivera fler ungdomar att komma för att på så sätt öka andelen genomförda uppföljningar. Det finns en omfattande forskning som visar på svårigheter med att följa upp ungdomar med missbruksproblem (Garner m.fl. 2007; Meyers m.fl. 2003). Det finns emellertid ett flertal olika möjligheter för det fortsatta uppföljningsarbetet i syfte att nå fler ungdomar. En första åtgärd är att fastslå vilka som ska följas upp, om det handlar om samtliga ungdomar eller enbart de som har varit föremål för en viss typ av insats under en viss tidsperiod. Olika former av incitament till ungdomarna har också diskuterats av några behandlare, exempelvis i form av biobiljetter eller trisslotter.

Ett annat förslag som uppkommit är att hela uppföljningsarbetet skulle kunna skötas om av en särskild funktion eller person som har kontroll på de ungdomar som ska följas upp, kontaktar, bokar tid och påminner dem samt genomför samtliga uppföljningsintervjuer. Detta alternativ står dock i motsättning till de önskingar som framförts av ungdomar och deras föräldrar samt flera behandlare, där den personliga relationen som byggts upp betonas och förefaller vara av central betydelse för att en uppföljning ska komma till stånd.

Några aspekter berör utformning av bättre rutiner, t.ex. genom att samla in alternativa kontaktuppgifter från ungdomarna eller med hjälp av påminnelser till både ungdomar och behandlare om att uppföljning ska bokas och ske. Den tekniska utvecklingen inom detta område innebär att det numera är enkelt att införa nya påminnelserutiner. Inom sjukvården är det mycket vanligt att man via sms eller mail får en påminnelse om tid hos vårdcentral eller tandläkare, en rutin som troligen skulle kunna införas även på Maria-mottagningarna utan större svårigheter.

Från behandlarnas sida efterlyser man även tydligare rutiner om hur många kontaktförsök som ska göras innan man ger upp eller om när telefonintervjuer är tillämpbara. Sammantaget överensstämmer dessa förslag på förbättringar i stor utsträckning med forskning som redogör för proaktiva insatser för att nå fler ungdomar för uppföljning (Scott 2004).

Även om utgångspunkten ska vara en personlig intervju med den aktuella behandlaren, kan det vara klokt att intervjun istället görs av en kollega när behandlingskontakten har varit negativ eller särskilt konfliktfylld. När ett bestämt antal försök att få till en uppföljningsintervju gjorts, skulle behandlare istället kunna erbjuda ungdomarna alternativa lösningar, t.ex. via telefonintervjuer eller med webb-enkäter till individers datorer eller mobiltelefoner som ungdomen själv kan fylla i. Även andra tekniska innovationer för att följa upp klienter har tagits fram. *Interactive Voice Response* (IVR) är en metodik för automatiserade telefonintervjuer där respondenter besvarar ett begränsat antal förinspelade frågor, t.ex. om sin nuvarande alkohol- och narkotikaanvändning, muntligen eller med

knaptryckningar. Dessa alternativa uppföljningsmetoder tycks användas allt oftare inom missbruksvården (Andersson m.fl. 2007; Litt m.fl. 2013; Mundt m.fl. 2006).

Ytterligare ett sätt att öka andelen uppföljningsuppgifter skulle kunna vara att få tillgång till olika former av registeruppgifter, t.ex. socialtjänst-, sjukvårds- eller belastningsregister, för att åskådliggöra hur det går för den unge eller grupper av ungdomar ett, två eller fem år efter avslutad behandling. I dessa fall kan samarbete med forskare ske.

Modellens resultat

Vid redovisning av resultat från den implementerade uppföljningsmodellen framgår att den kan generera uppgifter som kan sammanställas för att åskådliggöra olika former av resultat. De sex livsområden som kan relateras till förändring är: sysselsättning, alkohol och droger, kriminalitet, familj och relationer, fysisk hälsa samt psykisk hälsa.

När det gäller de uppföljda ungdomarnas sysselsättning sker det begränsade förändringar mellan inskrivning och uppföljning. Merparten går i skolan, antingen i grundskolan eller i gymnasiet vid både inskrivning och uppföljning. Drygt hälften av ungdomarna bedömer dock vid uppföljningen att situationen beträffande skola, arbete eller praktik har förbättrats i olika avseenden sedan utskrivningen.

Inom området alkohol och droger kan påtagliga förändringar noteras. Användning av primär drog minskar och vid uppföljningen uppger totalt 3/4-delar att inget bruk har förekommit de tre senaste månaderna. Förändringen blir ännu tydligare när gruppen med cannabis som primär drog analyseras, här uppger drygt 4/5-delar ej bruk vid uppföljning. Många av ungdomarna använder alkohol och en betydande andel av dem har enligt gränsvärdena i AUDIT-C en riskfylld alkoholkonsumtion även vid uppföljning, vilket är oroande och på sikt kan äventyra goda behandlingsresultat (Staiger m.fl. 2012; Tanner-Smith m.fl. 2013). Vid självskattning av förändring när det gäller detta område, uppger 4 av 10 ungdomar att situationen har förbättrats.

Området kriminalitet omfattar endast ett fåtal frågor och här tycks ingen märkbar förändring ske mellan inskrivning och uppföljning. I skattningen framgår att 1 av 7 ungdomar uppfattar en positiv förändring.

Även när det gäller familj och relationer sker positiva förändringar. Stödet från anhöriga förbättras något från en redan hög nivå. Också när det gäller relationen till vänner syns en positiv utveckling, då umgänget med vänner som använder droger eller begår brott har minskat, i högre grad för flickor. I de subjektiva skattningarna framgår att en stor andel av ungdomarna anser att både relationen till familj och vänner har förbättrats sedan utskrivningen.

Beträffande fysiska problem ses små förändringar, en viss minskning för pojkar samtidigt som de ökar något för flickor.

Inom området psykisk hälsa är förändringarna mellan inskrivning och uppföljning påtagliga och gäller i stort sett samtliga efterfrågade problem eller tillstånd. Flickor rapporterar i högre grad psykiska problem än pojkar vid både inskrivning och uppföljningen, även om betydande förändringar sker.

Förbättring inom ett livsområde kan sannolikt påverka ett annat. När en ungdom slutar att använda narkotika så får det i hög grad betydelse för skolgång, familje- och vänskapsrelationer samt fysisk och psykisk hälsa. Men det kan även gälla det omvända t.ex. att förbättringar beträffande relationer sker som påverkar inställning till och bruk av narkotika (Winters m.fl. 2013). Hur dessa förändringar samvarierar inom olika livsområden skulle vara intressant att undersöka vidare.

Resultaten indikerar även att det finns vissa tydliga könsskillnader vid både inskrivning och uppföljning. Det gäller särskilt primär drog, kriminalitet, umgänge med vänner som använder

droger eller begår brott och psykisk hälsa. Här sker genomgående mer positiva förändringar för flickor. Det är en något större andel flickor i den grupp ungdomar som har följts upp, vilket även innebär att andelen som har alkohol som primär drog är större. Det medför även att det oftare är alkoholproblemen som behandlas, vilket kan förklara varför flickorna i högre grad än pojkarna minskar sin alkoholkonsumtion. Dessa påtagliga skillnader mellan pojkar och flickor är intressanta, och behöver beforskas ytterligare.

Utdrag från de öppna frågorna kan tillföra nya perspektiv och ytterligare kunskap till de resultat som redovisas. Förutom att ungdomarnas svar bidrar till att uppföljningsresultaten blir mer levande, pekar också informationen på verksamma inslag i behandlingen samt aspekter som uppfattats negativa och som därmed kan ligga till grund för metod- och kvalitetsutveckling. De öppna frågorna indikerar även att faktorer utöver själva behandlingen bidrar till en positiv utveckling.

Resultaten från uppföljningsmodellen har också en del begränsningar. En sådan hänger samman med vilka ungdomar som följts upp, i detta fall skiljer de sig åt något i jämförelse med de ungdomar som fallit bort eller inte gått att nå. Det innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet och därmed är problematiska att generalisera (Soydan & Vinnerljung 2002).

Det är också viktigt att poängtera att resultaten endast visar på skillnader mellan inskrivning och uppföljning. Det är således två steg som saknas, dels förändring mellan inskrivning och utskrivning, dels förändring mellan utskrivning och uppföljning. En sammanställning av uppgifter från utskrivningsintervjuer skulle naturligtvis kunna tillföra fördjupad information om ungdomarnas förändring, men samtidigt riskerar resultat med ytterligare ett mättillfälle att bli alltför komplexa och svårtolkade. Jämförelser mellan inskrivnings- och utskrivningsuppgifter kan dock ge viktig information för den lokala mottagningen (Anderberg & Dahlberg 2009).

Några frågeställningar avser delvis olika tidsperioder, vilket är viktigt att beakta vid tolkning av resultaten. Samtidigt är det inte ovanligt vid uppföljningsstudier att det kan skilja sig något åt mellan information som samlats in vid påbörjad behandling och de uppgifter som fås vid uppföljning efter avslutad behandling (se t.ex. Hodgins m.fl. 2010; Söderholm Carpelan 1992). Förändringsfrågornas konstruktion och anvisningar i manualen behöver dock ses över och eventuellt revideras för att uppnå en bättre jämförbarhet. En planerad validering av UngDOK skulle dessutom kunna tillföra ytterligare fakta om eventuella svagheter i intervjuformulären.

Ytterligare en begränsning i de presenterade uppföljningsresultaten kan gälla dess tillförlitlighet. Hos självrapporterade uppgifter finns det alltid en risk att individers svar kan präglas av en viss grad av social önskvärdhet, särskilt när det är samma person som har genomfört behandlingen som utför uppföljningsintervjun (Midanik 1989). Men samtidigt är inte målet att genomföra en uppföljning i forskningssyfte, utan om att införa en uppföljningsmodell i syfte att utveckla ny kunskap om verksamheten och hur det går för deras klienter, vilken sedan kan vara användbart för metod- och verksamhetsutveckling (Anderberg & Dahlberg 2009; Bergmark & Oscarsson 2006).

Dokumentation kring vilka typer av psykosociala och medicinska behandlingsinsatser är ytterligare ett förbättringsområde, där projektet visat på olika tillämpning och tolkningar av innehåll. Här behöver en samordning ske så att en större likvärdighet uppnås. Först genom att tydligt kunna ange vilka insatser olika grupper av ungdomar har varit föremål för under behandlingstiden, kan eventuella kopplingar mellan resultat och specifika insatser analyseras.

Avslutande reflektioner

Flera behandlare har ställt sig frågande till om andelen gjorda uppföljningar kan betraktas som låg eller hög. Frågan är delvis felaktigt ställd, eftersom projektet inte är att jämföra med en uppföljningsstudie med ett avgränsat urval utan istället syftar till att implementera och pröva en modell för kontinuerlig uppföljning. Att implementering av nya arbetsätt och metoder tar lång tid är ett välkänt faktum inom denna forskningsinriktning (Nilsen 2014). Det finns emellertid en risk att det påbörjade uppföljningsarbetet ses som ett avgränsat projekt som nu avslutats och att några behandlare återgår till tidigare rutiner. Här tror vi att organisation och arbetsledning behöver klargöra syftet med fortsatt kontinuerlig uppföljning och fortsätta att ge detta arbete hög prioritet. Kvarstående motstånd och hinder behöver tas på allvar och hanteras.

För att uppnå och vidmakthålla en mer varaktig och naturlig användning av uppföljningsmodellen, krävs ett fortsatt lednings- och organisationsstöd, att uppföljningsarbetet ges stort utrymme och uppmärksamhet samt att den insamlade informationen kommer till användning (Roselius & Sundell 2008). Modellen behöver även utvecklas i olika avseenden för att bli ännu mer lättarbetad.

Sammantaget kan det konstateras – trots de begränsningar som tagits upp – att en stor andel ungdomar genomgår behandling på Maria-mottagningarna i de tre storstäderna med goda resultat. Många av dem minskar eller upphör med alkohol- och narkotikaanvändning, men det sker även positiva förändringar inom andra livsområden som exempelvis psykisk hälsa samt familj och relationer.

Projektet visar även att det är möjligt att implementera en modell för kontinuerlig uppföljning till gagn för såväl ungdomar och deras anhöriga som för personal och verksamheter. Ett helt nytt arbetsätt ställer dock krav på modellens utformning och egenskaper, organisationens och arbetsledningens stöd samt kunskap om systematisk uppföljning. En samverkan mellan praktik och forskning kan ses som grundläggande förutsättning för att modeller likt den aktuella ska kunna utvecklas och implementeras. Erfarenheten, inte minst, från det aktuella projektet visar även att det kan komma att behöva fortsatt samverkan för att användningen av modellen i sin helhet ska kunna vidmakthållas.

Referenser

- Abrahamsson, M. & Tryggvesson, K. (2009). Socialtjänstens användning av standardiserade klientbedömningsinstrument – ASI som retorik och praktik i två svenska kommuner. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 26(1), s. 21-39.
- Alexandersson, K. (2006). *Vilja Kunna Förstå – om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*, Akademisk avhandling, Örebro: Universitetsbiblioteket.
- Almazidou, M., Anderberg, M., Borg, M., Dahlberg, M., Kainulainen, K., Nilsson, I., Saras, T. & Williamsson, O. (2014). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Ungdomar i öppenvård år 2013*. Göteborg: Trestad2.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2009). *Strukturerade intervjuer inom missbruksvården – som en grund för kunskapsutveckling*. Växjö: Växjö University Press.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2010). Mellan förenkling och komplexitet – om strukturerade intervjuer och behandlingsresultat i missbruksvård. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(3), s. 223-240.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2014). Ungdomar med missbruksproblem – en deskriptiv studie av Maria-mottagningarna I Stockholm, Göteborg och Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift*, 91(4), s. 348-359.
- Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen – vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia Förlag.
- Andersson, C., Öjehagen, A. & Berglund, M. (2007). *Automatiserad telefonuppföljning inom Kriminalvården*. Norrköping: Kriminalvårdens Utvecklingsenhet.
- Andersson, C. (1995). *Marias barn. Om ungdomars väg in i missbruk av alkohol och andra droger*. Stockholm: Sober.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse och Förlagshuset Gothia AB.
- Babor, T.F., Brown, J. & Del Boca, F.K. (1990) Validity of Self-Reports in Applied Research on Addictive Behaviors: Fact or Fiction? *Behavioral Assessment*, Vol. 12, s. 5-31.
- Bergmark, A., Björling, B., Grönbladh, L., Olsson, B., Oscarsson, L. & Segraeus, V. (1989). *Klienter i institutionell narkomanvård*. Uppsala: Pedagogiska institutionen, Uppsala Universitet.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2006) Att utveckla, sammanställa och tillämpa kunskaper i socialt arbete. I Meuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red.) *Socialt arbete: en grundbok*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Blomqvist, J. & Wallander, L. (2004) *Åt var och en vad hon behöver? En vinjettstudie av socialarbetares bedömningar och val av insatser vid missbruksproblem*, Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten.
- Brodey, B.B., Winters, K.C., Sheetz, B.M., Steinfeld, R.R., Rosen, C.S., Brodey, I.S. & Kaminer, Y. (2005). Conversion and Validation of the Teen-Addiction Severity Index (T-ASI) for Internet and Automated-Telephone Self-Report Administration. *Psychology of Addictive Behavior*, 19(1), s. 54-61.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 2. Malmö: Liber.
- Butler, S.F., Budman, S.H., McGee, M.D., Sean Davis, M., Cornelli, R. & Morey, L.C. (2006). Addiction severity assessment tool: Development of a self-report measure for clients in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(3), s. 349-360.
- Börjeson, B. (2003) Från Skås försök... En diskussion om relationen kunskap och social praktik. I Varg, N. (red.) *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Börjeson, B. (2005) Kunskapens språk eller språket om kunskapen. I Ljunggren, S. (red.) *Empiri – Evidens – Empati. Nordiska röster om kunskapsutvecklingen i socialt arbete*, Århus: Nordiska ministerrådet och Nopus.
- Börjeson, B. (2008) *Förstå socialt arbete*, Malmö: Liber.
- Carroll, K. (1997). Enhancing retention in clinical trials of psychosocial treatments: practical strategies. I Simon Onken, L., Blaine, J.D. & Boren, J.J. (eds.) *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. Rockville, MD: NIDA Research Monograph 165.
- Christie, G., Marsh, R., Sheridan, J., Wheeler, A., Suaalii-Sauni, T., Black, S. & Butler, R. (2007). The Substances and Choices Scale (SACS) – the development and testing of a new alcohol and other drug screening and outcome measurement instrument for young people. *Addiction*, 102(9), s. 1390-1398.
- Currie, M., King, G., Rosenbaum, P., Law, M., Kertoy, M. & Specht, J. (2005). A model of impacts of research partnerships in health and social services. *Evaluation and Program Planning*, 28(4), s. 400-412.
- Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2013). *UngDOK. Manual för intervjuformulären*. Växjö: IKM, Linnéuniversitetet.
- Dahler-Larsen, P. (2008). *Konsekvenser af indikatorer*. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.
- Dilbaz, N. & Hendriks, V. (2006). Screening and assessment. I Pampidou Group (eds.) *Young people and drugs: care and treatment*. Strasbourg: Council of Europe. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pampidou Group).
- Edmondson, A.C., Bohmer, R.M. & Pisano, G.P. (2001). Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Implementation in Hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), s. 685-716.
- Engström, C. & Armelius, B-Å. (2005). Implementering av en strukturerad intervju (ASI) i missbruksvård och kriminalvård. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12(1), s. 27-42.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G. & Adamson, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia.
- Fleming, C.F., Catalano, R.F., Haggerty, K.P & Abbott, R.D. (2010). Relationships Between Level and Change in Family, School, and Peer Factors During Two Periods of Adolescence and Problem Behavior at Age 19. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(6), s. 670-682.

- Fridell, M. & Holmberg, R. (2006). *Implementering av nya behandlingsprogram i kriminalvården*. Norrköping: Kriminalvården.
- Fridell, M., Holmberg, R., Billsten, J. & Benderix, Y. (2013). *Utvärdering av Kunskap till praktik – ett nationellt stöd till implementering av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Växjö: Linnéuniversitetet.
- Friedman, A.S. & Granick, S. (1994). *Assessing Drug Abuse Among Adolescents and Adults: Standardized Instruments*. Rockville: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Friedman, A.S. & Utada, A. (1989). A Method for Diagnosing and Planning the Treatment of Adolescent Drug Abusers. The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) Instrument. *Journal of Drug Education*, 19(4), s. 285-312.
- Fäldt, J. (2007). Implementeringen av dokumentationssystem och behandlingsmetoder. I (eds.) Fäldt, J., Storbjörk, J., Palm, J., Oscarsson, L. & Stenius, K. (2007) *Vårdkedjeprosjektet. Tre utvärderingsperspektiv*, Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Garner, B.R., Passeti, L.L., Orndorff, M.G. & Godley, S.H. (2007). Reasons for and Attitudes Toward Follow-Up Research Participation Among Adolescents Enrolled in an Outpatient Substance Abuse Treatment Program. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 16(4), s. 45-57.
- Greenhalgh, T., Kyriakidou, O. & Peacock, R. (2004). *How to Spread Good Ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation*. London: NHS Service Delivery and Organisation.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N., Hill, S.J. & Squires, J.E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), s. 1-17.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), s. 64-105.
- Hill, C.E. & Lambert, M.J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. I Lambert, M.J. (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 5th Edition, New York: Wiley.
- Hodgins, S., Oliver, B.R., Tengström, A. & Larsson, A. (2010). Adolescents who consulted for substance misuse problems: Outcomes 1 year later. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(3), s. 189-195.
- Hodgins, S., Lövenhag, S., Rehn, M. & Nilsson, K.W. (2014). A 5-year follow-up study of adolescents who sought treatment for substance misuse in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), s. 347-360.
- Jacobsson, J., Richter, C., Tengström, A. & Borg, S. (2011). *Ungdomar och missbruk – kunskap och praktik*. Rapport för Missbruksutredningen. Stockholm: Beroendecentrum, Stockholm.
- Jenner, H. & V. Segraeus (2005) The Swedish DOC system – an attempt to combine documentation and self-evaluation. *European Addiction Research*, 11(4), s. 186-192.
- Kaminer, Y., Bukstein, O. & Tarter, R.E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: Rationale and Reliability. *The International Journal of the Addictions*, 26(2), s. 219-226.
- Larm, P., Hodgins, S., Tengström, A. & Larsson, A. (2010). Trajectories of resilience over 25 years of individuals who as adolescents consulted for substance misuse and a matched comparison group. *Addiction*, 105(7), s. 1216-1225.
- Lindgren, L. (2006) *Utvärderingsmonstret. Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*, Lund: Studentlitteratur.
- Litt, M.D., Kadden, R.M. & Petry, N.M. (2013). Behavioral treatment for marijuana dependence: Randomized trial of contingency management and self-efficacy enhancement. *Addictive Behavior*, 38(3), s. 1764-1775.
- Logan, J. & Graham, I.D. (2010). The Ottawa Model of Research Use. I Rycroft-Malone, J. & Bucknall, T. (eds.) *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action*. Blackwell Publishing: Oxford.
- McLaughlin, J.A. & Jordan, G. (1999). Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), s. 65-72.
- McLellan T., McCay J.R., Forman R., Cacciola J. & Kemp J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective followup to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), s. 447-458.
- Meyers, K., McLellan, T., Jaeger, J.L. & Pettinati, H.M. (1995). The Development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A). An Interview for Assessing Multiple Problems of Adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(3), s. 181-193.
- Meyers, K., Hagan, T.A., Zanis, D., Webb, A., Frantz, J., King-Kurtz, S., Rutherford, M. & McLellan, T. (1999). Critical issues in adolescent substance use assessment. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(3), s. 235-246.
- Meyers, K., Webb, A., Frantz, J. & Randall, M. (2003). What does it take to retain substance-abusing adolescents in research protocols? Delineation of effort required, strategies undertaken, costs incurred, and 6-months post-treatment differences by retention difficulty. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), s. 73-85.
- Midanik, L.T. (1989). Perspectives on the Validity of Self-Reported Alcohol Use. *British Journal of Addiction* 84(12), s. 1419-1423.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. & Brigham, G.S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), s. 25-39.
- Morén, S. & Blom, B. (2003) *Insatser och resultat. Om utvärdering i socialt arbete*, Umeå: Umeå Universitet.
- Mundt, J.C., Moore, H.K. & Bean, P. (2006). An interactive voice response program to reduce drinking relapse: A feasibility study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(1), s. 21-29.
- Nilsen, P. (red). (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Nordqvist, S. (2005). *Uppföljning 2000-2002 ADAD*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Nutley, S.M., Walter, I. & Davies, H.T.O. (2007). *Using evidence. How research can inform public services*. Bristol: The policy press.

- Petrell, B., Blomqvist, J. & Lundqvist, T. (2005). *Ut ur dimman: en uppföljning av Maria Ungdoms cannabisprogram*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), s. 7-29.
- 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), s. 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.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*. New York, London: Free press cop.
- Roselius, M. & Sundell, K. (red). (2008). *Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Rossi, P., Lipsey, M., Freeman, H. (2003). *Evaluation. A Systematic Approach*. 7 Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Boström, A-M. & Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice: A longitudinal study of the first five years after graduation. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12). s. 1494-1504.
- Scott, C.K. (2004). A replicable model for achieving over 90% follow-up rates in longitudinal studies of substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(1), s. 21-36.
- Shekhtmeyster, Z., Sharkey, J. & You, S. (2011). The Influence of Multiple Ecological Assets on Substance Use Patterns of Diverse Adolescents. *School Psychology Review*, 40(3), s. 386-404.
- Simpson, D.D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), s. 171-182.
- 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.
- Socialstyrelsen (2014). *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2009). *Socialtjänsten. Integritet – effektivitet. Betänkande av Socialtjänstdatautredningen*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Soydan, H. & Vinnerljung, B. (2002). Några problem i utvärdering av sociala interventioner och utfallsstudier. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 9(2-3), s. 160-174.
- Sundell, K. & Forster, M. (2005). *En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J. & Schneider, S. (2009). Acceptance of Structured Diagnostic Interviews for Mental Disorders in Clinical Practice and Research Settings. *Behavior Therapy*, 40(3), s. 272-279.
- Staiger, P.K., Richardson, B., Long, C.M., Carr, V. & Marlatt, A. (2012). Overlooked and underestimated? Problematic alcohol use in clients recovering from drug dependence. *Addiction*, 108(7), s. 1188-1193.
- Söderholm Carpelan, K. (1992). *Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja – en studie av 208 ungdomar vid Maria ungdomsenhet i Stockholm*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Tanner-Smith, E.E., Wilson, S.J. & Lipsey, M.W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), s. 145-158.
- Vedung, E. (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vind, L. & Hecksher, D. (2004). The diffusion of the ASI in Denmark: Implementation of a national monitoring system based on the EuropASI. *Journal of Substance Use*, 9(3-4), s. 156-162.
- Waldron, H.B., Turner, C.W. & Ozechowski, T.J. (2005). Profiles of drug use behaviour change for adolescents in treatment. *Addictive Behaviors*, 30(9), s. 1775-1796.
- Winters, K.C. (2003). Assessment of Alcohol and Other Drug Use Behaviors Among Adolescents. I Allen, J.P. & Wilson, V.B. (red.), *Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers*. Second edition. Bethesda: National Institutes of Health.
- Winters, K.C. & Stinchfield, R.D. (1995). Current Issues and Future Needs in the Assessment of Adolescent Drug Abuse. I Rahdert, E. & Czechowicz, D. (eds.) *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. NIDA Research Monograph 156. NIDA (National Institute on Drug Abuse): Rockville.
- Winters, K.C., Botzet, A.M. & Fahnhorst, T. (2013). Advances in Adolescent Substance Abuse Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), s. 416-421.



I denna rapport beskrivs hur man kan utveckla och implementera en modell för kontinuerlig uppföljning av ungdomar med missbruksproblem. Rapporten beskriver forsknings- och utvecklingsprojektets utgångspunkter och genomförande med särskilt fokus på erhållna resultat samt hinder och möjligheter vad gäller implementeringen av modellen. 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 som strävar efter att minska ungdomars användning av cannabis i Stockholm, Göteborg och Malmö. Arbetet inom Trestad2 innefattar både förebyggande och rehabiliterande insatser på flera nivåer.

