



Utvärdering av

Hilleviprojektet i Upplands-Bro Kommun

– arbetsmetod och utfall -

Juni 2008

Förord

Hillevimottagningen representerar en typ av socialt arbete som under sista decenniet kommit allt mer i blickpunkten. Det handlar om så kallad tertiärprevention, det vill säga insatser för att avbryta eller mildra skadeverkningarna av ett missbruk. Vi kan också identifiera det som en form av indikerad prevention genom att insatserna styrs till identifierade individer i någon form av riskzon. Vid Hillevi är det ungdomar som missbrukar alkohol och/eller droger i sådan utsträckning att omvärlden reagerat som utgör målgrupp.

Föreliggande studie är en utvärdering, som genomförts vid FoU-Nordväst på uppdrag av socialtjänsten i Upplands-Bro Kommun. Martina Lif Uddenfeldt, fil mag, har utöver insamling av data sammanställt de teoretiska utgångspunkter, kartlagt forskningsläget samt gjort en genomgång av studier av motsvarande program som Hillevi. Ann Palm, fil dr/FoU-chef, har utöver det övergripande ansvaret för utvärderingdesign, även svarat för databearbetning samt sammanställning av resultat.

Sollentuna i juni 2008

Ann Palm

FoU-Chef

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	SAMMANFATTNING	5
1.	BAKGRUND	6
2.	UTVÄRDERING AV HILLEVIPROJEKTET	
2.1	Inledning	7
2.2	Överväganden, syfte och utvärderingsfrågor	7
2.3	Metod och genomförande	8
2.4	Metoddiskussion	10
3.	KUNSKAPSLÄGE	
3.1	Om metoder i socialt arbete	11
3.2	Om preventivt arbete, insatser och öppenvård	12
3.3	Om ungdomars missbruk och skydds-/riskfaktorer	14
3.4	Tidigare utvärderingar av jämförbara verksamheter	17
4.	ARBETET PÅ HILLEVI	
4.1	Inledning	20
4.2	Arbets sättet på Hillevi	20
5.	FÖRÄLDRARNA	
5.1	Inledning	23
5.2	”Värsta racet” – föräldrarnas berättelse om hur det var innan	23
5.3	”--- <i>inte så mycket kontakt</i> - -” - föräldrarnas beskrivning av hur kontakten såg ut	24
5.4	” <i>Tillgänglighet</i> ” - föräldrarnas synpunkter om hur kontakten med Hillevi var	25
5.5	” <i>Vändpunkter</i> ” - berättelser om hur det är idag	28
6.	UNGDOMARNA	
6.1	Beskrivning av ungdomarna	31
6.2	Tidigare kontakt med socialtjänsten	32
6.3	I samband med Hillevi	33
6.4	Tiden på Hillevi – form, innehåll och resultat	34
6.5	Ungdomarna efter Hillevi	35
6.6	Skydds- och riskfaktorer	37
7.	SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION	
7.1	Sammanfattning – resultat	40
7.2	Diskussion	42
	Litteraturlista	45

Sammanfattning

Hilleviprojektet i Upplands-Bro Kommun har tre delmål: att minska nyrekrytering av ungdomar som börjar missbruka droger och/eller alkohol, att verka för att ungdomar inte utvecklar ett tyngre missbruk, samt att de ungdomar som utvecklat missbruksproblem, i ett tidigt skede, erbjuds vård på hemmaplan. I denna utvärdering av Hillevi studeras den arbetsmodell som utvecklats samt utfallet för ungdomar som genomgår drogbedömning och/eller behandling i projektet.

Arbetsmodellen

Under den studerade perioden genomfördes drogbedömning liksom kortare behandlingsinsatser. Socialarbetarnas teoretiska utgångspunkt är eklektisk: psykodynamisk teori och systemteori utgör förklaringsmodell och genomsyrar synen på ungdomarna, med inslag av kognitiv teori. Det viktigaste arbetsverktyget är relationen med den unge och hans/hennes familj. Föräldraansvaret är centralt och socialarbetarna på Hillevi strävar efter att utgöra en länk mellan ungdomarna och föräldrarna och att återföra ansvaret för ungdomarna till föräldrarna.

Styrkan med Hillevi enligt både socialarbetarna och de intervjuade föräldrarna är hög grad av tillgänglighet, stor flexibilitet och förmåga att skapa förtroendefulla relationer. Problem med tydlighet och avgränsning gentemot andra instanser ses som en svaghet. En annan svårighet som personalen vid Hillevi berör, är känslan av otillräcklighet och att de ofta inte vet hur det går för ungdomarna..

Föräldrarna var nöjda framförallt med socialarbetarnas bemötande, att hjälpen fanns på hemmaplan, att det var smidigt och de kunde få hjälp med kort varsel. De uppskattade att informationen var konkret, dels om vad insatsen på Hillevi innebär, dels om droger. Socialarbetarna var lätta att prata med, de lyssnade och förstod samt förmedlade såväl trygghet som allvar. Några föräldrar rapporterar att de på olika sätt fått stöd i sin föräldraroll, vilket kommit hela familjen till godo.

Hur går det för ungdomarna?

28 ungdomar i åldern 13 till 21 år hade kontakt med Hillevi under den studerade perioden, varav hälften 15 – 17 år. Två grupper identifieras – en grupp som aktualiserades på grund av en anmälan, en där det under en kort tid kom många anmälningar, ett mönster som också upprepas. Nästan hälften hade i oktober 2007 inte haft någon ny kontakt med socialtjänsten efter Hillevikontakten.

Fyra av fem av ungdomarna hade kontakt med socialtjänsten innan Hillevi, då de nästan uteslutande erbjudits familjebehandling. Efter avslutad kontakt med Hillevi hade nästan hälften av denna grupp inte längre någon kontakt med socialtjänsten vid kartläggnings-tillfället.

Majoriteten föräldrarna rapporterar att det nu går bra för deras ungdomar, de är de inte längre lika oroliga. De talar om en ”vändning” och flera föräldrar menar att insatsen på Hillevi haft betydelse, tillsammans med den unges egen motivation. Andra faktorer som nämns är skolbyte och/eller att den unge brutit med kamrater som missbrukar droger.

1. BAKGRUND

I Upplands-Bro kommun, en relativt liten kommun med ca 22 000 invånare, ansvarar Barn- och Familjeenheten (BoF) inom Socialtjänstens individ- och familjeomsorg för barn och ungdomar upp till och med 21 år. Våren 2002 startade BoF tillsammans med Ekonomi- och Vuxenheten, ett gemensamt *ungdomsteam* bestående av socialsekreterare, sjuksköterska samt timanställd läkare. Arbetet skulle inriktas på ungdomar i åldern 15-25 som ett öppenvårdsalternativ på "hemmaplan". Syftet var att minska behovet av institutionsplaceringar och öka kvalitén för brukarna. Teamet uppnådde emellertid inte sina mål och avvecklades därför 2003. Öppenvård på hemmaplan bedömdes emellertid fortfarande vara lika aktuellt, varför Individ- och Familjeomsorgsenheten år 2005 ansökte om och erhöll utvecklingsmedel från Länsstyrelsen i Stockholms län till ett utvecklingsarbete för ungdomar med missbruksproblem (Upplands-Bro Kommun Individ- och familjeomsorg, projektbeskrivning, 2005-02-11, tjut 704-05-012488).

Utvecklingsarbetet bygger på ett samarbete mellan socialtjänstens enheter för Barn- och Familjer (BoF) och landstingets beroendevård för vuxna människor med missbruksproblem som samordnats i Härnevimmottagningen. Det innebar att all behandlingsverksamhet kring missbruk samlades under "ett och samma tak" och att Härnevimmottagningens målgrupp utvidgades till att även gälla ungdomar. Projektet kallas *Hillevi*.

Enligt projektbeskrivningen ska Hillevi " --- erbjuda insatser för ungdomar med begynnande eller pågående missbruksproblematik" (a.a.). Öppenvårdsverksamheten ska vara ett alternativ till institutionsplaceringar och kunna erbjuda ungdomar snabb och lättillgänglig hjälp utifrån individuella behov. Socialarbetarna vid Hillevi ska, enligt projektbeskrivningen (a.a.) arbeta individuellt med ungdomarna, deras familjer och nätverk, men också samarbeta med såväl interna som externa aktörer. Utvecklingsarbetets resultat förväntades vara:

- 1) en minskad nyrekrytering av ungdomar som börjar missbruka droger och/eller alkohol
- 2) att ungdomar inte utvecklar ett tyngre missbruk, samt
- 3) att de ungdomar som utvecklat missbruksproblem, i ett tidigt skede, erbjuds vård på hemmaplan (a.a.)

På Hillevi har först två, sedan tre socialarbetare varit anställda på deltid. Under projekttiden kom ungdomar via remiss från Barn- och Familjeenheten (BoF) med beslut om insats vid Hillevi enligt 4 kap. 1 § Socialtjänstlagen, SoL. Insatsen utgörs av en samtalsserie med fokus på drogbedömning samt urinprovskontroller. Efter att samtalsserien avslutats kan arbetet fortsätta i form av samtal, inriktade på återfallsprevention.

Projektet startade den 1 augusti 2005 och pågick i projektform till juli 2007. Hilleviprojektet ingår idag, 2008, i den ordinarie verksamheten vid Härnevimmottagningen. Från och med augusti 2007 finns även möjlighet för ungdomar, anhöriga och allmänhet att direkt vända sig till Hillevi utan remiss från BoF. Idag finns även en ungdomssjuksköterska som arbetar tillsammans med Hillevis socialarbetare.

2. UTVÄRDERING AV HILLEVIPROJEKTET

2.1 Inledning

FoU-Nordväst uppdrogs att utvärdera Hilleviprojektet. Utvärderingen avser tidsperioden augusti 2005 till och med augusti 2007 och består av tre delstudier - en studie av Hillevis arbetssätt, intervju med ungdomarnas föräldrar samt en aktstudie över ungdomarna som har remitterats till Hillevi.

2.2 Överväganden inför en utvärdering, syfte och utvärderingsfrågor

Enligt ansökan till Länsstyrelsen i Stockholms Län är målet med projektet att minska nyrekrytering, erbjuda tidiga insatser till ungdomar som är i ett inledningsskede samt förhindra fortsatt utveckling av missbruk. Även andra latenta mål återfinns, som mindre kostsamma insatser – så kallade ”hemmaplanslösningar” i stället för institutionsplaceringar eller motsvarande.

Att utvärdera måluppfyllelsen i detta projekt rymmer vissa svårigheter, av flera skäl. För det första har kommunerna generellt sett arbetat för att minska antalet kostsamma placeringar utom hemmet. Upplands-Bro kommun utgör inget undantag. Det innebär att administrativa liksom policybeslut gör att måttet ”placerade ungdomar” med svårighet kan sägas utgöra en indikator på om ett projekt som Hillevi lett till färre sådana placeringar eller ej. Vidare har visats att ungdomars inställning till och användning av olika droger är mer negativ idag än för ett par år sedan – fluktuationer som är beroende av andra faktorer än socialtjänstens insatser. En annan faktor är att en del ungdomar som en naturlig del i sin utveckling genomgår något som liknas vid en experimentfas, med normöverskridande och att de prövar till exempel olika typer av droger, för att sedan överge detta beteende. Det kan med andra ord vara svårt att avgöra vad som är den verk samma faktorn i ett projekt som detta. Men det finns fler svårigheter inför en studie som denna.

Demografiskt sett har nordvästkommunerna för närvarande en så kallad ”ungdomspuckel”. Fram till slutet av detta decennium finns ovanligt många ungdomar i åldersgruppen upp till 20 år. För socialtjänstens del innebär detta flera saker. Det innebär att *antalet* ungdomar som behöver olika insatser ökar, vilket per definition inte behöver innebära att ungdomsproblemen inom åldersgruppen ökar proportionellt sett – det är bara det att ungdomarna är så många! För en kommun som Upplands-Bro kan konsekvenserna bli mer omfattande än i andra, större kommuner - bland annat på grund av socioekonomiska förhållanden. Andelen barnfamiljer med låg inkomst är hög, samtidigt som en hög andel av dessa låginkomstfamiljer uppstår socialbidrag. Det faktum att barn växer upp i låginkomstfamiljer behöver i och för sig inte vara problematiskt. Däremot visas att barn som växer upp i låginkomstfamiljer som också uppstår socialbidrag/försörjningsstöd under längre perioder, har avsevärt ökad risk att bli socialt utsatta, till exempel för mobbing i skolan, utsatthet och missbruk i högre åldrar (se bl a SoS 2006).

Upplands-Bro är en kommun med hög andel barnfamiljer som uppstår socialbidrag. Enligt de studier som refereras ovan riskerar således en högre andel ungdomar i denna kommun att bli socialt utsatta jämfört med i andra kommuner. Ska en utvärdering visa effekter av ett program som Hillevi, krävs minst en kontrollkommun med samma sociala och ekonomiska förutsättningar. Även om detta teoretiskt sett skulle vara möjligt, ryms inte det inom ramarna för denna utvärdering.

Men att studera *utfallet* för gruppen ungdomar som Hillevi de facto haft kontakt med låter sig göras, liksom att söka svar på om de insatser som görs inom projektet till någon del kan anses medverka till en förbättring i något avseende för denna grupp. Även bortsett från att ungdomar generellt sett ofta genomgår en fas av experimentellt normöverskridande, för att sedan överge detta, går det att i någon mån värdera insatsen och utfallet av arbetet inom Hillevi.

Syftet med denna utvärdering av Hillevi är att undersöka utfallet för ungdomar som genomgår drogbedömning och/eller behandling i projektet samt om en eventuell förbättring kan sägas tillskrivas den arbetsmodell som utvecklats. Det är alltså arbetsmodellen som är i fokus. Utvärderingsfrågan innebär därmed i ett första steg två grundläggande frågor:

- *Arbetsmodellen* – vad består den av och hur arbetar teamet? Vad anser socialarbetarna och föräldrarna, vilka erfarenheter har de av arbetssättet?
- *Utfall* - hur går det för ungdomar som teamet har kontakt med?

I *den första delstudien* undersöks vad Hillevis arbetsmodell/arbetsätt består av. Frågeställningarna är:

-
- hur beskriver socialarbetarna sitt arbetsätt?
- med vilka utgångspunkter, på vilka teoretiska grundvalar vilar deras handlande?
- har deras arbetssätt förändrats över tid, och i så fall hur, från projektperiodens början till dess slut?

Syftet med *den andra delstudien* är att undersöka vad arbetsmodellen och kontakten med Hillevi har betytt för föräldrarna. De övergripande frågeställningarna är:

- hur tyckte föräldrarna att kontakten med Hillevi var?
- fick de någon hjälp via Hillevi?
- förändrades något för deras ungdom i samband med kontakten med Hillevi och menar föräldrarna att det i så fall är kopplat till Hillevis insats?

I *tredje delstudien* kartläggs ungdomarna som kom till Hillevi. Avsikten är att undersöka utfallet för ungdomarna. Frågeställningarna är:

- vilka är ungdomarna som kommer till Hillevi, hur ser deras situation ut och vilka problem har de?
- har deras eventuella problem, med fokus på droganvändning, förändrats efter insatsens avslutande jämfört med innan?
- har ungdomarna varit aktuella inom socialtjänsten efter avslutad insats?

2.3 Metod och genomförande

Den första delstudien är en kvalitativ, deskriptiv studie. Data har insamlats med hjälp av gruppintervju med de tre socialarbetare, som arbetade på Hillevi under projektperioden. Som komplement till intervjun har socialarbetarna var för sig även besvarat en enkät (bilaga 1). Fokus har legat på socialarbetarnas beskrivning av hur de arbetar, om arbetssättet förändrats under projektperiodens gång samt hur de tänker kring fortsatt utveckling av arbetssättet. Data

från gruppintervju och enkäter ger grund för en sammanhållen beskrivning av Hillevis arbets sätt.

Den andra delstudien är en kvalitativ, deskriptiv intervjustudie med föräldrar. Av 28 ungdomar som haft kontakt med Hillevi har socialarbetarna haft kontakt med 29 föräldrar till 20 ungdomar. Urval av föräldrar för intervjustudien gjordes bland dem som varit med på remitterings-, uppföljningsmöte och/eller haft mer frekvent kontakt med Hillevipersonalen. Ett ytterligare kriterium var att de kunde intervjuas per telefon. Sammanlagt 22 föräldrar tillfrågades om de ville delta i intervju. Personalen ringde föräldrarna och FoU-Nordväst skickade en skriftlig förfrågan med information om studiens syfte till föräldrarna (bilaga 3). Femton föräldrar till 13 ungdomar, svarade ja till att bli intervjuade – sju pappor och åtta mammor.

Föräldrarna informerades om att intervjuerna sammanställs i en FoU-rapport, som publiceras på FoU:s hemsida. De informerades vidare om att ingen enskild person kommer att kunna identifieras, att alla som deltar i undersökningen garanteras anonymitet och att deltagandet är frivilligt samt att de när som helst kan välja att avbryta sin medverkan eller avstå från att svara på vissa frågor.

Telefonintervjuerna genomfördes med hjälp av intervjuguide (bilaga 4) och var relativt korta och strukturerade. I fokus är vad föräldrarna tycker om kontakten med Hillevi och om de fått hjälp. Syftet med intervjun är även att ta reda på om något förändrades efter kontakten med Hillevi, främst den unges droganvändning och livssituation i övrigt.

Intervjuerna tog i genomsnitt 20 minuter och svaren skrevs ner under pågående samtal. En muntlig sammanfattning av svaren återgavs avslutningsvis för att säkerställa att intervjuaren uppfattat allt korrekt. De utsagor som återges i resultatkapitlet är således inte ordagranna citat, utan utsagor som intervjuaren skrev ner under pågående intervju och som genom återgivning ("klarifiering") godkännts av föräldrarna. Materialet från intervjuerna med föräldrarna har sammanställts på gruppnivå utifrån teman som vuxit fram utifrån de olika frågeområdena.

Den tredje delstudien är en akt-/registerstudie som omfattar alla 28 ungdomar Hillevi haft kontakt med under den studerade perioden. Samtliga kom till Hillevi via remiss från socialtjänstens Barn- och Familjeenhet. Hillevis egen dokumentation består av drogbedömnings- och behandlingssammanfattningar. Data har samlats in dels via socialtjänstens aktregister och utredande socialsekreterare på BoF, dels via Hillevis egen dokumentation.

Ett formulär utarbetades för att systematiskt samla in data från ungdomarnas akter. Undersökningsinstrumentet har utformats i linje med aktuell forskning och metodutveckling. Vid utarbetning användes motsvarande instrument som utvecklats inom BBiC (Barns Behov i Centrum, SoS), för Länsstyrelsernas liksom Riksdagens revisorers granskning av placeringsärenden samt ett CKP-formulär som utvecklats i samband med utvärderingen av jourhempoolen i Nordvästra Stockholmsregionen (se bilaga 2).¹ Genom denna granskning har data samlats in och sedan bearbetats via Statistical Package for Social Sciences (SPSS).²

¹ Frågeformulären som legat till grund för denna studie återfinns bland annat i Skrivelse från Länsstyrelsen i Stockholms län, Dnr 2121-02-88315; samt i Johansson, Bergmark&Lundström (2006);

² Varje registerformulär innehåller födelseår, kön och födelseland. Vidare registrerades uppgifter från tidigare utredningar samt eventuella utredningar gjorda efter avslutad insats på Hillevi. Den unges situation före, i samband med, och efter Hillevi finns också med och gäller boende och skolgång, föräldrarnas sysselsättning,

Aktstudien genomfördes på Härnevimottagningen med tillstånd från socialtjänstförvaltningen/socialnämnden. Samtliga ungdomar aidentifierades genom att registerformuläret försågs med ett kodnummer. Inget personregister/motsvarande har upprättats.

2.4 Metoddiskussion

Syftet med aktstudien var att få fram uppgifter om den unge *var aktuell* inom socialtjänsten innan han/hon kom till Hillevi och om den unge varit aktuell eller ej efter avslutad Hillevi-insats. Dessa uppgifter är faktiska uppgifter. Ett ytterligare syfte var att få en bild av hur den unges *situation* såg ut före, i samband med, och efter avslutad insats på Hillevi. Denna bild av ungdomarna baseras emellertid enbart på socialtjänstens dokumentation och utgör därmed i sig en tolkning av data, som gått att få fram ur registerhandlingar och annat aktmaterial.

Aktstudier används inte i någon större utsträckning vare sig i forskning eller i utvärdering av det sociala arbetets metoder och effekter (Billquist & Johnsson, 2007) eftersom det är vissa svårigheter förknippade med att använda socialarbetarens dokumentation i forskningssyfte. Information i personakter har visats ha brister i när det gäller reliabilitet (tillförlitlighet) samt validitet (uppgifternas relevans för studiens syfte och frågeställningar). I denna studie är uppgifterna i ungdomarnas personakter nedtecknade av socialsekreterare i ett syfte: att utifrån en anmälan eller en ansökan utreda den unges situation och behov av stöd. Uppgifterna är med Billquists och Johnssons ord ”--- ett resultat av socialsekreterarens subjektiva bedömning av vad som bör dokumenteras eller som anses organisatoriskt nödvändigt för att fatta beslut” (a.a., s. 7). I denna studie används således data som är insamlade för ett delvis annat syfte än denna undersökning.

Det finns således anledning att vara försiktig när det gäller akternas informationsvärde. Det kan saknas uppgifter och informationen kan vara osäker när akter används i forsknings- eller utvärderingssyfte. Ett annat problem vid aktstudier som författarna tar upp handlar om ”--- aktens förhållande till den bakomliggande ’verkligheten’, framförallt klientens verklighet” (a.a., s. 8). Om syftet med aktstudien är att få fram klientens faktiska situation och problem så menar författarna att ett sådant syfte inte kommer att nås, eftersom det enbart är socialsekreterarens bild av situationen som finns i akten.

Fördelarna med aktstudier är emellertid att bortfall kan undvikas samt att akternas uppgifter kan vara säkrare än de, som till exempel ges vid intervjuer avseende förfluten tid. Billquist och Johnsson (a.a.) avslutar sin artikel med att framhålla att akter ändå kan vara användbara i studier av insatser, under förutsättning att man är medveten om begränsningarna.

eventuella problem hos den unges familjemedlemmar samt risk- och skyddsfaktorer, så som de beskrivs i dokumentationen. Registerformuläret innehåller även data om Hilleviinsatsens innehåll och socialarbetarnas avslutande sammanfattning och bedömning. Som komplement till aktstudien har också socialarbetarna vid Hillevi tillfrågats för varje ungdom om de då insatsen avslutades kände någon oro för den unges droganvändning eller inte.

3. KUNSKAPSLÄGE

Inledning

I kapitlet nedan görs en kortfattad genomgång av kunskapsläget när det gäller metoder i socialt arbete med särskilt fokus på preventionsarbete, öppenvårdsinsatser samt ungdomars missbruk. Avsnittet avslutas med en genomgång av tidigare utvärderingar av motsvarande program.

3.1 Om metoder i socialt arbete

En enhetlig definition på "socialt arbete" finns i princip inte (Meeuwisse & Swärd, 2000) och detsamma gäller för "metoder i socialt arbete" (Bergmark & Lundström, 2000). Specifika metoder av olika typer anses ändå av många vara det centrala i det sociala arbetet (Bergmark & Lundström, 1998; 2000). "*Det är genom hävdandet av metodiken som professionalismen tydliggörs och manifesteras*" (Socialstyrelsen, 2006, s. 13). Bergmark och Lundström (1998) lyfter emellertid även fram att det såväl i socionomutbildningen som i litteraturen näst intill helt saknas beskrivningar av hur olika metoder i det sociala arbetet rent konkret kan se ut. De skriver också (Bergmark & Lundström, 2000) att det inte heller finns några tydliga gränser mellan "metoder" och annan form av verksamhet. Gemensamt för alla de olika definitioner av "metoder i socialt arbete" som ändå finns är att systematik, ändamålsenlighet och planering betonas.

Bergmark och Lundströms definition av metoder är:

"--- strategiskt utformade, planmässiga och systematiska aktiviteter som används i klientarbetet ---" (a.a., 1998, s. 292).

Med aktiviteter avses här interventioner i klienters liv där syftet är utredning eller förändring i någon form. Sker dessa tillfälligtvis eller i spridda former räknas de emellertid inte som metoder. Metoderna kan ha en mer eller mindre uttalad teoretisk förankring, men behöver inte ha det, kravet är ett *systematiskt* tillvägagångssätt.

Kraven på och önskemålen om att socialt arbete ska bygga på kunskapsbaserade, mätbara metoder och insatser har ökat under 1990-talet. Misstro mot mätbarhet, formaliserad kunskap och metoder finns emellertid också. I beskrivningar av vad socialt arbete egentligen är hänvisas då till sådant som förhållningssätt, värderingar samt olika former av så kallad tyst kunskap (a.a.) Dessa olika aspekter lyfts därmed ofta fram som motargument till "metodismen".

Utgångspunkten för kritiken mot en metodinriktning handlar om att systematiskt utformade metoder, mer eller mindre manualbaserade, ses som en hämsko för socialarbetaren i dennes strävan att skapa en genuin kontakt med klienten. Denna form av kontakt anses vara grundvalen för en reell förändring utifrån de ömsesidiga insiktsskapande processer som dessa möten skapar. Den tysta kunskapen definieras som "*--- en erfarenhetsbaserad och personburen kompetens ---*" (Bergmark & Lundström, 2000, s. 80) och denna riskerar att sättas ur spel då instrumentella metoder används, menar kritikerna.

Bergmark och Lundström (2000) menar att kritiken mot metodiskt socialt arbete ofta förs i generella ordalag: att metoder till sin natur ses som instrumentella, oflexibla och att de

innebär att klienter inte ges möjligheter att påverka. De poängterar dock att ”metoder” rymmer många olika metoder och att vissa metoder, som till exempel familjerådslag, faktiskt har som direkt syfte att demokratisera och öka inflytandet för klienter.

3.2 Om preventivt arbete, insatser och öppenvård

Prevention

Ferrer-Wreder et al (2005) skriver gällande prevention att det per definition är något proaktivt och att målet är “--- att agera nu – att bygga upp en buffert mot oönskade konsekvenser och att främja möjligheten till en positiv morgondag” (a.a., s. 19). Det vanligaste sättet att beskriva olika preventionsprogram är utifrån begreppen primär-, sekundär- och tertiärprevention. Denna kategorisering utgår från ett folkhälsoperspektiv (a.a.). Till primärprevention räknas förebyggande åtgärder som syftar till att förhindra uppkomst av sjukdom. Sekundärprevention avser insatser vars syfte är att tidigt upptäcka sjukdom och hejda dess vidareutveckling. Med tertiärprevention avses åtgärder som sätts in för att förhindra återfall i sjukdom eller åtgärder som vidtas för att kompensera olika handikapp eller svårigheter till följd av sjukdom (NE, 2007).

Ett annat sätt att beskriva innebörden av primär, sekundär och tertiär prevention ges av Svensson, Svensson och Tops (1998). De skriver att primär prevention är insatser som riktas mot en hel befolkning för att avvärja ett specifikt problem, till exempel att missbruk, överhuvudtaget uppstår. Exempel som ges är att nationellt begränsa tillgången på narkotika. Sekundär prevention är insatser som riktas mot specificerade riskgrupper och med tertiär prevention avses behandling för att avbryta eller mildra skadeverkningarna av ett missbruk.

Författarna talar följaktligen om tre nivåer av preventivt arbete, en nivå som når hela befolkningen, en som når särskilda riskgrupper och en som riktas till de människor som redan har det specifika problemet. Denna beskrivning har likhet med de begrepp som 1944 utformades av Institute of Medicine (IOM). Där anges universell prevention som åtgärder som sätts in utan beaktande av skillnader mellan eventuella hög- och lågriskgrupper, det vill säga åtgärder som avser att främja alla, oavsett grad av risk. Med selektiv prevention avses åtgärder riktade mot grupper som utsätts för olika typer av riskfaktorer. Indikerad prevention innebär slutligen att insatserna styrs till identifierade individer i någon form av riskzon (Ferrer-Wreder et al, 2005).

Insatser

”Insats” definieras som en åtgärd med vilken man avser att förbättra klienters eller gruppers situation. Insatser är sådant som utförs av socialtjänsten, som stödsamtal och kontaktskap, men begreppet används också för att fastställa vilka grupper som hjälpen riktas till, som ungdomar med missbruksproblem. Insatser kan, men behöver inte, utgöras av specifika metoder (Bergmark & Lundström, 2000).

Insatser ”beviljas” antingen som bistånd eller service. Med *serviceinsatser* menas insatser som ges utan att ett formellt beslut om bistånd har fattats och som regel även utan att en social utredning har genomförts (Forkby & Larsson, 2007). Det främsta motivet för att erbjuda serviceinsatser bedöms vara en önskan om att utveckla ett förebyggande arbete (a.a.). Aspekter som ökad tillgänglighet och närhet samt att stärka brukarens ställning genom att tilltro honom/henne att själv kunna bedöma sitt behov av stöd, framkommer också. Tanken är att verksamheterna ska nå ”nya” grupper, det vill säga de människor som med hjälp av en mer begränsad insats skulle kunna handha sina svårigheter själva, men som nu antas

”--- avhåller sig från kontakt om de måste utredas, registreras och dokumenteras inom en myndighet” (a.a., s. 8).

Om socialtjänsten enbart eller näst intill uteslutande skulle erbjuda serviceinsatser, uppstår vissa risker. Det handlar främst om barns rätt till skydd och stöd samt om rättssäkerheten för den som önskar stöd. En fundamental fråga är om, och i så fall hur, barnets eller den unges behov av skydd synliggörs. Personalen i de olika öppenvårdsinsatserna får därmed ett stort ansvar för att uppmärksamma om det finns behov av ett högre stöd eller skydd för barnet, eller den unge, utöver det som ges inom ramen för en serviceinsats. Ett ansvar som å andra sidan redan vilar på alla de som arbetar med barn och unga i och med den lagstadgade anmälningskyldigheten. När det gäller rättsäkerhetsaspekten, däremot, finns inga möjligheter att överklaga en serviceinsats då den inte vilar på ett formellt beslut, vilket kan bli ett problem för den enskilde om han eller hon inte är nöjd med en serviceinsats. Det vilar därför ett ansvar på socialtjänsten om att informera om olika serviceinsatser och hur man får tillgång till dem samt om möjligheten att ansöka om stöd i form av bistånd om serviceinsatsen inte räcker till (Forkby & Larsson, 2007).

En annan form av konsekvens av serviceinsatser som problematiseras i Forkbys och Larssons studie (a.a.) gäller dokumentation och uppföljning. Socialtjänsten är inte skyldig att dokumentera insatser som ges som service, men kan för statistiska ändamål och för att kunna följa upp sin egen verksamhet emellertid avidentifierat dokumentera sina serviceinsatser, till vilka grupper den riktats och, om möjligt, vilka resultat som insatsen medfört för den enskilde (Socialstyrelsen, 2006). Enligt Forkby och Larssons studie dokumenteras inte serviceinsatser på annat sätt än genom skriftliga planeringar och anteckningar, som förstörs när insatsen är avslutad. Dokumentationen ses därmed som ett problem, vilket kräver utvecklingsarbete i hur serviceinsatserna ska dokumenteras liksom hur dokumentationen ska handhas efter avslutas kontakt. Ytterligare problem handlar om att serviceinsatser inte registreras i den officiella statistiken, vilket innebär brister när det gäller kunskapen om socialtjänstens innehåll, omfattning och resultat samt att frånvaro av dokumentation blir en svårighet när det kommer till att följa upp och utvärdera socialtjänstens insatser.

Öppenvård

Sveriges kommuner har sedan 1990-talet i varierande omfattning byggt ut såväl den allmänt förebyggande verksamheten som den öppna vården. Fokus har i synnerhet legat på att skapa alternativ till institutionsvården, som dels har fått kritik för innehåll och effekter, dels uppfattats som alltför kostsam (Socialstyrelsen, 2006; Forkby, 2006). Socialstyrelsen (2006) framhåller att social barn- och ungdomsvård företrädesvis är ett kommunalt ansvar och att den därmed ska utvecklas utifrån regionala förhållanden. Framför allt gäller detta de öppna insatserna som ges på hemmaplan.

När det gäller begreppen öppna insatser, öppenvårdsinsatser och hemmaplanslösningar finns inga allmänt vedertagna definitioner (Forkby, 2006). Forkby (a.a.) använder begreppet ”öppna insatser” för allt som inte innebär vård utom hemmet, från allmänt förebyggande insatser till riktade behandlingsinsatser. ”Öppenvårdsinsatser” inkluderar *inte* allmänt förebyggande insatser, ”hemmaplanslösningarna” utgör alternativ till vård utom hemmet. Även begrepp som strukturerat öppenvårdsprogram och mellanvård förekommer och bakom samtliga begrepp finns verksamheter med olika målgrupper, målsättningar och innehåll (Ahlgren, 2007). Vad de olika öppenvårdsinsatserna mer tydligt innebär och hur omfattande de är, saknas det mer detaljerad kunskap om (Socialstyrelsen, 2006).

Socialstyrelsen (2006) har kartlagt öppenvårdsinsatser till barn, ungdomar och familjer som ges med stöd av socialtjänstlagen, med syftet att utveckla och definiera olika former av öppenvårdsinsatser. Kartläggningen omfattade inte allmänt förebyggande verksamheter och inte heller insatsen kontaktperson/kontaktfamilj.³ När det gäller mottagningar för ungdomar med missbruksproblem, hamnar denna form av insats under kategorin ”öppenvård i annan form”. Socialstyrelsen menar att ”--- flera av dessa skulle möjligen kunnat ha rapporterats in som ’enskilt samtalsstöd’ ” (2006, s. 48). En annan typ av insats som blir placerad i denna sjunde kategori är de sekundärpreventiva, det vill säga insatser som ges till vissa målgrupper. Här skriver Socialstyrelsen (a.a.) att det kan vara svårt att bedöma om de sekundärpreventiva insatserna bör ses som allmänt förebyggande eller om de kan ses som öppenvårdsinsatser.

Ett ytterligare annat begrepp, centralt i socialt arbete, som likaledes används för att beskriva en mängd olika verksamheter är begreppet ”behandling”. Ahlgren (2007) går igenom olika definitioner av behandlingsbegreppet, men anser att ingen av dem beskriver det som händer i en öppenvårdsbehandling för ungdomar. Ahlgrens definition utgår mer från att ett förändringsperspektiv är ett probleminriktat perspektiv. Behandling definieras som ”--- individuella och/eller gruppinriktade insatser som syftar till att förbättra ungdomens och dess nära anhörigas situation” (a.a., s. 16).

3.3 Om ungdomars missbruk och risk-/skyddsfaktorer

I en rapport om drogutvecklingen i Sverige 2007, gör Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) en samlad bedömning av ungdomars alkoholvanor. Slutsatsen är att den ökade i omfattning under 1990-talet. Skillnaden mellan pojkars och flickors konsumtion är idag också mindre än på länge. En minskning i totalkonsumtion och berusning kan emellertid noteras för pojkar i årskurs 9 under 2000-talet. Däremot ökar alkoholkonsumtionen bland elever som går sitt andra år på gymnasiet, främst bland pojkar. De dricker betydligt mycket mer än flickor i samma ålder.

Flera alkoholfrågeundersökningar visar också en ökning av vuxna storkonsumenter sedan 1990-talet, både bland män och kvinnor oavsett åldersgrupp. Orsaken anges framförallt vara ökat antal dryckestillfällen, men också antalet intensivkonsumtionstillfällen (minst en flaska vin eller motsvarande vid ett och samma tillfälle) har ökat.

När det gäller narkotikaanvändning kan den inbegripa allt från konsumtion vid enstaka tillfällen till mer regelmässig användning liksom långvarigt och dagligt missbruk. Data om tillfällig eller mindre regelmässig användning av narkotika fås främst genom frågeundersökningar och från 1971 finns nationella data från skol- och mönstringsundersökningarna. Under 1990-talet mer än fördubblades andelen elever i årskurs 9 och mönstrade som prövade narkotika jämfört med under 1980-talet. Denna uppåtgående tendens vände i början av 2000-talet och 2007 svarade sex procent av eleverna i årskurs 9 och 15 procent av eleverna i gymnasiets andra år att de prövat narkotika. I en telefonundersökning år 2003 uppgav 17 procent av 16-24-åringarna att de någon gång provat narkotika. Debutåldern för de som var 20 år och äldre var 18 år (CAN , 2007).

³ Resultatet av kartläggningen var sex olika kategorier av öppenvårdsinsatser: programverksamhet, riktad dagverksamhet, socialpedagogisk insats, skolsocial insats och kvalificerat nätverksarbete samt enskilt samtalsstöd. Det centrala med programverksamhet är ett på förhand framtaget program med vars hjälp barnets/ familjens kunskaper, färdigheter och/eller beteenden ska påverkas. Denna insats ges inom en avgränsad tidsperiod och under ett bestämt antal timmer i veckan. Exempel som ges är ART (Aggression Replacement Training) och riktad föräldrautbildning.

Av dem som har prövat narkotika uppger cirka 60 procent att de enbart använt cannabis, 5-10 procent har enbart använt annan narkotika. Den näst vanligaste narkotikasorten var tidigare amfetamin men idag ingår även ecstasy i denna grupp, företrädesvis bland ungdomar. Om sömnmedel/lugnande medel av bensodiazepintyp, det vill säga illegalt använda läkemedel, tas med är de också minst lika vanligt förekommande som amfetamin och ecstasy (a.a.).

Sniffning, inhalering av lösningsmedel som thinner och lim, kom under 1950-talet att uppmärksammas som en företeelse bland ungdomar. Idag finns fler sniffningsmedel, som exempelvis butangas. Andelen unga med sniffningserfarenhet har svängt under årens lopp för att idag, 2007, ligga på fyra procent hos både pojkar och flickor i skolan, ungefär samma siffror redovisas för gymnasieelever. Sniffningserfarenhet synes vara jämförelsevis jämt fördelad i landet, till skillnad mot narkotikaerfarenhet som uppvisar tydliga regionala skillnader. Att pröva narkotika, och specifikt utvecklandet av en regelbundenhet, är i hög grad ett storstadfenomen. Ungar med sniffningserfarenhet meddelar också en högre alkoholkonsumtion samt en ansenlig vana av andra droger jämfört med dem som inte sniffat. Hos skolelever finns även ett positivt samband mellan sniffning och skolk samt otrivsel i skolan. Bland äldre ungdomar återfinns motsvarande samband mellan sniffning och avsaknad av arbete eller annan sysselsättning (a.a.).

Alkohol ger upphov till såväl medicinska som sociala skador. Säkrare uppgifter om utvecklingen av antalet missbrukare eller alkoholberoende saknas likväl som data som entydigt visar omfattning och utveckling av alkoholskador, särskilt gäller detta sociala skador. CAN's rapport nämner som exempel på sociala skador konsekvenser för anhöriga och arbetsplatsfrånvaro (CAN, 2007). Hög frånvaro i skolan kan för ungdomars del motsvara det senare exemplet. Kognitiv mognad, personlig utveckling och skolframgång kan fördröjas eller försämrans av tidigt missbruk. En stor andel av de olycksfall, mord och självmord som svarar för 80 procent av alla dödsfall under ungdomstiden är därutöver förknippade med bruk av alkohol och droger (Stockholms läns landsting, 2002)

Studier av grupper med personer med ett tungt narkotikamissbruk uppvisar att dessa ofta haft tidiga och uttalade sociala problem, alla som prövat narkotika har emellertid inte en sådan bakgrund. Dock lyfter CAN fram att olika undersökningar gemensamt pekar på att ungdomar och unga vuxna som prövat narkotika har en större ansamling av sociala problem, som bland annat skolk och otrivsel i skolan samt lägre utbildningsnivå jämfört med ungdomar som inte prövat narkotika. De som fortsätter använda narkotika mer regelbundet skiljer ut sig än mer i dessa avseenden (CAN, 2007). Svensson, Svensson och Tops (1998) visar att ett experimentellt narkotikamissbruk åter ökar bland ungdomar. Synen på att pröva narkotika har också förändrats. Även om flertalet är negativa, ökar de som uttalar sig positivt eller neutralt. En uppmärksam ny form av missbruk finns hos så kallade vanliga medelklassungdomar med goda studieförhållanden och en social trygghet. Dessa ungdomar anser sig ha kontroll över sin droganvändning och de ser inte sig själva som missbrukare. Med en ökad ungdomsarbetslöshet och ökad tillgång på droger, menar författarna att risken ändå är stor att experimenterandet kan leda till social marginalisering i framtiden även för en del av dessa ungdomar (a.a.)

Hallén Hemb och Färdig (2006, s. 22) definierar olika former av missbruk enligt följande:

- *Rekreativ missbruk*, vilket innebär en relativt oregelbunden användning av droger som av den unge uppfattas tillföra något positivt i deras tillvaro. Denna form av missbruk behöver inte märkas, varken av föräldrar eller av annan omgivning. Vanligt

- är också att den unges skola eller annan sysselsättning fungerar bra samt att bekantskapskretsen består både av ungdomar som missbrukar och de som inte gör det.
- *Missbruk*, som ofta är *av mer regelbunden karaktär*. Drogen spelar en stor roll i den unges liv och dess funktion är att minska oro eller problem. Föräldrar och andra misstänker eller känner till den unges missbruk och i de flesta fall består kamraterna enbart av missbrukande ungdomar. Situationen i skolan, eller annan sysselsättning, berörs negativt av missbruket.
- *Beroende*, betyder att den unge har mycket svårt att klara sig utan regelbundet nyttjande av droger och dessa upptar helt den unges liv. De flesta beroende ungdomar har heller ingen form av sysselsättning enligt författarna och försök att bryta missbruket medför svår abstinens.

Avslutningsvis talar drogutvecklingen i Sverige, förutom för behovet av primärpreventiva insatser, kraftigt för behov av utökad sekundärprevention, det vill säga tidig upptäckt av missbruk. Sekundärpreventiva insatser inom sjukvården riktade mot vuxna med ett menligt alkoholbruk har visat sig effektiva och borde på liknande sätt kunna visa goda effekter när det gäller unga som inte ännu hunnit etablera sitt missbruk (Stockholms läns landsting, 2002.).

Barn och unga växer upp i ett livssammanhang, som innefattar både skydd och faror eller risker. Med *riskfaktorer* avses ett socialt, psykologiskt eller biologiskt förhållande som kan innebära att problem uppstår inom hälsa, utveckling, anpassning eller beteende (Lagerberg & Sundelin, 2000). *Skyddsfaktorer* å sin sida är faktorer som ökar sannolikheten för att inte nämnda problem ska uppstå (Ferrer-Wreder, Stattin, Lorente, Tubman & Adamson, 2005). De skyddande faktorerna ”--- kan fungera som en sköld mot konsekvenserna av att befinna sig i riskzonen” (a.a., s. 27).

I en forskningsöversikt gällande framgångsrika preventionsprogram för barn och unga (a.a.) går författarna igenom en del av den forskning som finns när det gäller de olika mönster av risk- och skyddsfaktorer som gör det mer eller mindre troligt att en ung människa kommer att utveckla problem. Denna forskning ökar ständigt och stor uppmärksamhet ägnas åt att undersöka faktorer som kan äventyra ungdomars utveckling. Allt eftersom kunskapen om riskfaktorernas betydelse, har ökat har fokus också kommit att riktas mot att öka kunskapen om vilka faktorer som gör att vissa individer utvecklas positivt trots en negativ miljö. Riskfaktorer kan finnas inom (individuella aspekter) likväl som utanför (miljömässiga aspekter) individen (Ferrer-Wreder, et al., 2005).

Olika författare ordnar olika riskfaktorer på olika sätt. Som exempel tar Lagerberg och Sundelin (2000) upp kön, ålder, fysisk hälsa, beteende, psykiska problem samt kamratrelationer när det gäller risker som kan hänföras till barnet/den unge. Med avseende på risker som kan hänföras till föräldrar, nämns missbruk, psykisk sjukdom, mental retardation, kriminalitet samt arbetslöshet. Inom gruppen risker som kan hänföras till familjen finns vidare social status, samlevnadsformer, föräldra - barnrelationen samt livshändelser. Stattin (2002) skiljer mellan sådana riskförhållanden som rör barnet/den unge själv och sådana som inryms inom en negativ psykosocial miljö- eller hembakgrund.

3.4 Tidigare utvärderingar

Det finns ett fåtal studier av verksamheter motsvarande Hillevi. Nedan redovisas några utvärderingar, där personalens arbetsätt beskrivs, hur det går för ungdomarna eller hur föräldrarna värderar verksamheten.

- Galaxen

Värnamo kommun har en öppenvårdsmottagning, Galaxen, för ungdomar i åldrarna 13-21 år med alkohol- och/eller drogproblem. Galaxen både informerar om alkohol och droger och bedriver motivations- och behandlingsarbete samt återfallsprevention, med möjlighet till drogtester och läkarkontakt. Remiss till Galaxen behövs inte. Målet är dels att skapa kunskap bland vuxna, föräldrar och personal, så att de tidigt kan upptäcka ungdomars missbruk, dels att snabbt erbjuda ungdomarna kvalificerad hjälp (Enell, 2005).

Verksamheten utvärderades år 2005. Ett resultat är att ungdomar, föräldrar och andra professionella värderar Galaxens arbetsätt som allmänt stödande med stor tillgänglighet, med professionellt och bra bemötande. Galaxens personal lyfter i sin beskrivning av sitt arbete fram att de, till skillnad mot i vuxenarbete, är avsevärt mer aktiva i sina kontakter och att de i behandlingsarbetet alltid involverar föräldrarna (om den unge ej är myndig). När det gäller arbetet med ungdomarna använder de sig av specifika metoder för missbruksarbete som motiverande intervjuer och drogprover men även av mer allmänna behandlingsmetoder som familjesamtal. Fem av sju ungdomar anger Galaxen vara skäl till att de idag, i det stora hela, är drogfria. Ungdomarnas berättelser tillsammans med befintlig statistik och personalens bedömningar leder författaren till att verksamheten på kort sikt kan sägas ha lett till goda resultat. Samtidigt konstateras att det saknas objektiva mått som mer systematiskt skulle kunna värdera effekterna av denna och motsvarande öppenvårdsverksamheter (a.a.).

- Lidingö

År 2004 utvärderades ett öppenvårdsprojekt som sedan 2003 pågått i Lidingö stad (Eriksson & von Greiff, 2004). Projektet riktar sig till ungdomar i åldern 15-20 år som är inne i ett aktivt alkohol- eller narkotikamissbruk. Utvärderingen grundas på genomgång av projektledarens dagboksanteckningar och annan beskrivning av hur denne arbetade med ungdomarna samt intervjuer som socialsekreterare gjorde med ungdomarna och deras föräldrar. I resultatet redovisas ungdomarnas bakgrund och denna visar, bland annat, att alla utom en avbrutit sin skolgång eller hade ofullständig skolgång. Ungdomarnas debutålder för droganvändning var 12-15 år och deras egna tankar kring varför de började använda droger var nyfikenhet, grupstryck och att de var tillsammans med "fel" personer. Några ungdomar använde droger "--- i ytterligare ett syfte, nämligen som självmedicinering" (a.a, s. 23), som ett sätt att orka med sin vardag eller tidigare smärtsamma upplevelser. Av de sju ungdomar som ingick i projektet, var de fyra som intervjuades drogfria. De tre ungdomarna som inte intervjuades, deltog inte aktivt i projektet. En av dem rapporterades ändå vara drogfri. Tre föräldrar rapporterar positiva förändringar för sina ungdomar liksom att de själva varit nöjda med kontakten med projektledaren.

De teoretiska grundvalar projektledaren utgår från är främst psykodymanisk teori, men också andra teorier har haft betydelse i mötet och arbetet med ungdomarna. Att använda olika teorier och terapiinriktningar, som systemteori, anknytningsteori, miljöterapi, lösningsfokuserad terapi och kognitiv terapi, menar författarna möjliggöra en förståelse av ungdomarna och deras handlingar utifrån olika perspektiv (Eriksson & von Greiff, 2004).

- Öppenvårdsmottagningar i storstäder

Richert (2007) har i en deskriptiv och jämförande studie av sex öppenvårdsmottagningar kartlagt deras insatser, metoder och besökare. Mottagningarna finns i Stockholm, Göteborg samt Malmö och de har mycket gemensamt. De erbjuder alla råd, stöd och behandling i öppenvård och flertalet mottagningar använder sig av kognitivt inriktade metoder. Den unges familj och nätverk betraktas som en självklar del i arbetet, de arbetar således även systemteoretiskt. Väsentligt för samtliga mottagningar är utåtriktat och uppsökande arbete eftersom ett artikulert mål är att de ska nå ungdomar i riskzonen. Formen för detta arbete är främst att personalen är ute på fältet och informerar samt olika typer av samverkan med andra instanser som träffar ungdomar.

Vissa skillnader finns emellertid i fråga om arbetsmetoder liksom vilken typ av arbete som prioriteras. Som exempel kan nämnas vilken tyngd som läggs på utredning och kortare samtalskontakter respektive längre behandlingskontakter med mer terapeutisk inriktning. Richert (a.a.) menar att skillnaderna kan ses som ett bekräftande på att det saknas en tydlig evidensbaserad praktik eller metod i mottagningarnas arbete. Samtidigt påtalas att skillnader vad gäller till exempel specifika metoder enbart svarar för en del av utfallet i behandling av missbruksproblem, även andra omständigheter som den terapeutiska alliansen och organisatoriska premisser har betydelse.

De ungdomar och unga vuxna som vände sig till mottagningarna uppvisar en mycket stor spridning avseende ålder, bakgrund, problem och behov. Personalen på mottagningarna rapporterar att de kan vara till hjälp för de som kommer i de allra flesta fall, med undantag för ett mindre antal ungdomar med så stora och omfattande problem att mottagningens resurser inte bedöms räcka till. Dessa ungdomar har antingen omfattande psykiatriska problem, alternativt ett mycket tungt missbruk och/eller en omfattande brottslighet (a.a.).

Parallellt med ovan nämnda studie bedrevs en kvalitetscirkel för verksamhetsutveckling och erfarenhetsutbyte mellan de sex öppenvårdsmottagningarna. Denna resulterade i ett antal faktorer som deltagarna ansåg vara viktiga för öppenvårdsmottagningar för unga med missbruksproblem samt vad i verksamheterna som är i behov av förbättringar. Viktiga faktorer i arbetet är en lyssnande och respektfull hållning, aktuell och forskningsrelaterad kunskap om droger och missbruk samt hög tillgänglighet. Brister som redovisas handlar framförallt om dokumentation, kvalitetsutveckling och utvärdering. Tre av mottagningarna använder frågeformulär som de skapat själva som grund för sin dokumentation, de andra tre använder DOK (Dokumentation av Klienter), ett etablerat dokumentationssystem. Ingen av mottagningarna är emellertid helt nöjd med det formulär/system man använder. ASI (Addiction Severity Index), ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) och EuroADAD (en förkortad version av ADAD som har tagits fram i ett samarbetsprojekt mellan flera länder i Europa) diskuterades, men personalen bedömde att frågorna i dessa instrument dels inte var anpassade till ungdomar som kommer till öppenvård, dels att de kunde uppfattas som känsliga eller kränkande. Samtliga formulär upplevdes också som alltför omfattande och tidskrävande. Samtliga deltagare var överens om att en utförlig och systematisk dokumentation är av största vikt, men lika överens var man om att ett system som är alltför omfattande eller som innehåller fel frågor, kan ha en negativ inverkan på relationen till den unge, vars motivation till kontakten uppges kunna vara nog så skör och ofta också ambivalent (Richert, 2007).

-Adrian

I Sollentuna kommun, Stockholms län, genomfördes ett projekt för ”unga vuxna” i åldern 17 – 25 år. Bakgrunden var att både ungdomsenheten och vuxenenheten var dåliga på att tillgodose gruppens behov. Insatserna bedömdes alltför kortsiktig, mer akututryckning än långsiktig planering. Det krävdes mer ändamålsenliga arbetsformer för ökad kvalitet i arbetet. Under våren 2002 startade projektet, och under två år arbetade en grupp erfarna socialarbetare med 25 ungdomar. 12 av dessa blev visades vara drogfria efter två års verksamhet (Arnsvik, 2004).

Kännetecknande för Adrian var att socialarbetargruppen först kartlade kunskapsläget – vilka metoder eller modeller som fanns att tillgå – men att de sedan valde bort till exempel strukturerade intervjumodeller, efter som de bedömde att Adrians population ”hamnade mellan frågebatteristolarna”. Utmärkande för arbetssättet vid Adrian var att man utgick från ungdomarnas situation, ett samlat grepp genom att förhålla sig till alla livsområden och inte bara missbruket. Det som bedöms känneteckna Adrians arbetsmodell är individualitet, flexibilitet och tid, ledstjärnan kvalitet, inte kvantitet. Arbetssättet beskrivs som ”traditionellt otraditionellt” (a.a.).

- Föräldrarna

Hallén, Hemb och Färdig (2006) har i en studie intervjuat fyra föräldrar om deras upplevelser och erfarenheter av att ha missbrukande ungdomar. Samtliga som intervjuats har ungdomar som har brutit med sitt missbruk och rapporten fokuserar på föräldrarnas bemästrande av de svårigheter som deras barns missbruk innebar. Utifrån resultatet av intervjuerna lyfter författarna fram ett antal viktiga, övergripande, förhållningssätt i arbetet med ungdomar och deras föräldrar. Dessa är att vara inbjudande, ha ett gott bemötande, förmedla hopp om förändring likväl som medkänsla och delaktighet. Vidare poängteras vikten av att skapa utrymme för att sätta ord på och dela svårigheter, känslor av ensamhet och skuldbörda, men att också se den kompetens som finns och lyfta fram den, likafullt som känslor av samhörighet och delaktighet. Hallén Hemb och Färdig beskriver att stödet från familjen för de flesta ungdomar bland annat utgörs av att föräldrarna kan stötta sina ungdomar rent praktiskt med de grundläggande behoven, mat, sömn och aktiviteter. Familjesamtalen på mottagningen används också bland annat till att gemensamt diskutera och kompromissa sig fram till förslag kring detta. De handlar också om vilka regler som ska gälla, och inte minst, om närhet och nya sätt att förhålla sig till varandra. ”Att bryta missbruk handlar alltså inom familjens ram mycket om att utöka kontakten med varandra” (a.a., s. 89).

Sammanfattning

De olika öppenvårdsmottagningarna som ingår i de studier som har redovisats ovan har mycket gemensamt, alla erbjuder råd, stöd och behandling till ungdomar med missbruksproblem. Men skillnader finns också, främst gällande arbetsmetoder och vilken typ av arbete som prioriteras. Öppenvårdsmottagningarnas arbetssätt beskrivs som allmänt stödjande, personalen har ett gott bemötande och de är lättillgängliga. Flertalet av de arbetsmetoder som används är kognitivt inriktade. Arbetet med de unga involverar mestadels föräldrarna i de fall då de unga inte är myndiga. Specifika metoder för missbruksarbete används som motiverande samtal och drogprover men även mer allmänna behandlingsmetoder som familjesamtal. Det framkommer att såväl teoretisk utgångspunkt som arbetssätt i hög grad är eklektiskt. Det saknas en tydlig evidensbaserad praktik eller metod i mottagningarnas arbete, områden som därutöver är i behov av utveckling rör dokumentation, kvalitetsutveckling och utvärdering.

De ungdomar som kommer till mottagningarna uppvisar en stor variation när det gäller ålder, bakgrund, problem och behov. Problem i skolan av olika slag synes emellertid vara vanligt för flertalet ungdomar. De utvärderingar som gjorts rörande ungdomarnas droganvändning efter avslutad insats, visar ett gott resultat på kort sikt. Fem av sju ungdomar (samma resultat för Galaxen och öppenvårdsprojektet på Lidingö) uppgav sig vara drogfria. Det konstateras emellertid också att det saknas objektiva mått, som mer systematiskt och på längre sikt skulle kunna värdera effekterna av denna form av öppenvårdsverksamhet.

4. ARBETET PÅ HILLEVI

4.1 Inledning

I resultatavsnitten om arbetssättet och föräldrarna benämns socialarbetarna som arbetar på Hillevi antingen som "Hillevipersonalen" eller "socialarbetarna". Ungdomarna är genomgående benämnda som "han" eller "den unge", oavsett kön, för att undvika identifiering.

4.2 Arbetssättet på Hillevi

- Hur gör andra?

För att orientera sig i hur andra verksamheter, program eller motsvarande arbetat med den aktuella målgruppen gjorde Hillevipersonalen olika studiebesök. De besökte Mini-Anton i Upplands-Väsby, Moa-mottagningen i Nynäshamn och Maria Ungdom. Arbetssättet tog form också genom möten och diskussioner med andra socialarbetare i kommunen, vid såväl Barn- och Familjeenheten (BoF) som Vuxenenheten. I samband med projektstarten hade socialarbetarna tankar om att det i stort sett för alla ungdomar skulle göras en drogbedömning och att man också skulle ha längre, strukturerade, behandlingskontakter. En i gruppen säger att

"--- jag såg nog jobbet som bredare än bara utförare av drogbedömningar, vilket det i många fall har blivit." (citat från en personalenkät)

Socialarbetarna hade även idéer om att starta grupper för ungdomar, men andra som prövat detta rekommenderade dem att inte göra detta. De olika typer av insatser som BoF kan uppdra åt Hillevi är, enligt de remisser eller uppdrag som ges, missbrukskontroller (urinprovskontroller), drogbedömning, behandling och/eller skola/sysselsättning.

Under projekttiden har varje kontakt startat med att Hillevi har fått en remiss från BoF. Därefter har den unge, den unges föräldrar, utredande socialsekreterare från BoF samt socialarbetarna från Hillevi träffats under ett inremitteringsmöte. I vissa fall har även andra, för den unge, viktiga personer varit med. I de fall kontakten gällt en myndig ungdom har föräldrar varit med om den unge själv önskat detta. Under inremitteringsmötet har den unge, den unges föräldrar och socialsekreteraren berättat om den unges situation och anledningen till att kontakt tagits med Hillevi. Hillevipersonalen har informerat om sitt arbetssätt och vad de kan bistå med och därefter har man gemensamt bestämt vad kontakten ska innehålla framöver.

I de allra flesta fall har ingen drogbedömning gjorts tidigare, vilket då görs inledningsvis. Syftet är att klargöra om den unge missbrukar alkohol eller andra droger och hur omfattande

ett eventuellt missbruk är. I drogbedömningen ingår även att ta reda på den unges motivation till förändring och att bedöma om det finns behov av fortsatta insatser från Hillevi.

Drogbedömningen vid Hillevi består av en samtalsserie, vanligen tre till fyra samtal, samt vid behov urinprovskontroller. På frågan om, och i så fall hur, arbetssättet har förändrats under projekttiden uppger socialarbetarna att ”--- drogbedömningsinstrumentet har förändrats” (citrat från en personalenkät). De tog i början del av olika typer av bedömningsinstrument som till exempel ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) och AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) samt DUDIT (Drug Disorders Identification Test) men rapporterar att de upplevde nackdelar med denna form av instrument, att ”--- de är inte relationsskapande” (citrat från gruppintervjun). Hillevipersonalen bedömde dessutom att denna typ av omfattande instrument inte var nödvändiga, eftersom ungdomarna kom till Hillevi efter en utredning på BoF. Sådan information om de ungas situation som till exempel ADAD kan ge, skulle därmed redan finnas. I början använde de sig emellertid av ett frågeformulär kring psykosocial situation och droganvändning som de fick i samband med besök på Mini-Anton, men

”--- det slutade med att vi fick för mycket information och att vi flöt ut och --- frågorna var för styrda.” (citrat från en personalenkät)

Hillevi diskuterade sig därför fram till sitt nuvarande ”drogbedömningsinstrument”, vilket är en form av tidslinje. Detta är en ritad pil på ett A4-papper, pilen står för den unges liv och där den unges droganvändning skrivs ner. Drogbedömningsamtalen fokuseras på den unges droganvändning, men också på de konsekvenser som droganvändningen leder till i förhållande till familj, skola, fritid och kamrater.

Efter drogbedömningen samlas samma personer som var med på inremitteringsmötet för ett uppföljande möte. På detta redogör Hillevi för vad som har framkommit. Gemensamt diskuteras sedan en eventuell fortsättning. Avsikten med en fortsatt insats är att förebygga återfall i missbruk. Den förlängda kontakten kan bestå enbart av fortsatta urinprovskontroller, vilket förmodas ha en dämpande effekt på ungdomarnas drogintag. För de ungdomar som är motiverade kan den fortsatta kontakten även bestå av behandling i form av samtal och/eller stöd till en meningsfull fritidssysselsättning.

I sitt arbete beskriver socialarbetarna att de utgår från ett psykodymaniskt och systemteoretiskt perspektiv, med inslag av kognitiv teori i samtalen. Det psykodymaniska perspektivet utgörs av ett grundläggande synsätt på människor som formade av sin miljö och sina relationer. Det systemteoretiska perspektivet konkretiseras med att de

” --- inte ser den unge som problembärare utan som symtombärare ”
(citrat från gruppintervjun).

Flera av de ungdomar Hillevi haft kontakt med kommer alltså från familjer som uppges varit aktuella inom BoF kortare eller längre tid. Hos de flesta av dessa ungdomar framkommer även andra problem under samtalen. En socialarbetare uttrycker att ”--- deras alkohol/droganvändning speglar deras livssituation.” (citrat från en personalenkät). Socialarbetarnas förståelse av vad som sker är, att drogerna används för att döva ångest, för att fly eller komma bort från en vardag som inte fungerar och som den unge inte mår bra av.

De kognitiva inslagen i samtalen, rapporterar socialarbetarna, återfinns främst i samtal som genomförs efter drogbedömningssamtalen, om det bestäms att den unge ska ha fortsatt kontakt med Hillevi. Inriktningen är då återfallsprevention. Det handlar om att stödja den unge till en ökad insikt kring sitt sätt att tänka kring sin droganvändning samt att hitta strategier för att undvika återfall.

På frågan kring teoretiska perspektiv uttrycker en av socialarbetarna att "*--- man blir låst av att säga att man tillhör det ena eller det andra*" (citrat från gruppintervjun). De menar att *ett* perspektiv eller *en* metod allenast inte räcker till i deras arbete, "*--- man plockar det bästa --*" från olika perspektiv och metoder. Det viktigaste arbetsredskapet socialarbetarna har är relationerna, rapporterar de och poängterar vikten av att skapa öppna och förtroendefulla relationer med ungdomarna och deras föräldrar.

Även socialarbetarnas relationer sinsemellan betraktas som ett arbetsverktyg: "*--- vi jobbar två och två, vi kompletterar varandra, vi hjälps åt och diskuterar*" (citrat från gruppintervjun). Viktigaste arbetsverktygen är den egna intuitionen och erfarenheten samt - inte minst - tålmod och uthållighet. Det som de bedömer vara ett mer "tekniskt" arbetsverktyg, som de använder sig av, är den ovan beskrivna "tidslinjen" som utgör deras drogbedömningsinstrument, kompletterat med urinprovskontrollerna.

Under intervjun med Hillevipersonalen framhåller de att kontakten med ungdomarnas föräldrar inledningsvis inte är i fokus, deras roll uppmärksammas senare i processen. I fall de tycker sig ha lyckats handlar det om att de "*--- har fått ansvaret att landa hos föräldrarna*" (citrat från gruppintervjun). Då de har kunnat förmedla den unges berättelse "*--- utan pekpinnar eller sanningar*" (citrat från gruppintervjun). Samtidigt framhålls att det är otroligt viktigt att få föräldrarna att vara med från början och att de själva inte gå i svaromål eller hamnar i försvarsposition i situationer, när starka känslor är i omlopp. Socialarbetarna ser som en av sina uppgifter att göra föräldrarna medvetna om sitt ansvar för relationen med den unge och vikten av gränssättning, på ett sätt som inte kränker föräldern. Föräldraansvaret beskrivs som centralt för hur det ska gå för den unge och de ger uttryck åt en vilja att, då det finns behov av det, vara en "*--- länk mellan ungdomarna och föräldrarna*" (citrat från gruppintervjun).

På en fråga om vad som är Hillevis styrka, anger socialarbetarna tillgängligheten, ingen väntetid samt att de är relativt flexibla. De säger vidare att de i drogbedömningen lyckas få ungdomarna att berätta om sin drogsituation utan att de känner sig dömda, "*--- vi värderar inte deras svar inför dem, vi tar dem för vad de är*" (citrat från en personalenkät).

Hilleviprojektet är idag implementerat i den ordinarie verksamheten vid Härnevimmottagningen, Upplands-Bro kommuns beroendemottagning. Verksamheten har också "öppnats upp", det vill säga såväl ungdomar som anhöriga eller yrkesverksamma inom kommunen kan ta direkt kontakt med Hillevi. Något beslut om insats från socialtjänsten behövs inte, även om den möjligheten också kvarstår. Socialarbetarna rapporterar att utveckla arbetet till att också ge serviceinsatser, blev "*en självklarhet under projektiden*". Fördelarna är att "*--- hela kommunen har nytta av Hillevi, såsom ungdomar, föräldrar och professionella*" och "*--- det har lett till fler rådgivande samtal med skolpersonal och föräldrar per telefon*" (citrat från personalenkäterna). Denna utveckling rapporteras också i andra studier av motsvarande program (Forkby & Larsson, 2007).

Det arbetsgruppen rapporterar upplevs vara svårt i arbetet, är känslor av otillräcklighet och att de ofta inte vet hur det går för ungdomarna, liksom problem med tydlighet och avgränsning gentemot andra instanser kring ungdomarna. De tänker sig en vidareutveckling av verksamheten, dels i form av olika typer av stöd till föräldrar men också i form av behandlingsarbete med hela familjen och nätverket. Även det individuella behandlingsarbetet med ungdomarna vill de stärka mer, det är, som en socialarbetare uttrycker det, *"... tunt efter drogbedömningen, både när det gäller enskilda samtal med ungdomar som stöd till föräldrar"*. En annan uppfattning som framkommer är att det ges *"... för lite utrymme för annan behandling än samtal på mottagningen, i och med att vi ska hinna med alla vuxna klienter också"* (citat från personalenkäterna).

5. FÖRÄLDRARNA

5.1 Inledning

För att undersöka vad kontakten med Hillevi betytt för föräldrarna genomfördes telefonintervjuer med femton föräldrar till tretton ungdomar som haft kontakt med Hillevi - sju pappor och åtta mammor. De övergripande frågeställningarna är:

- hur tyckte föräldrarna att kontakten med Hillevi var?
- fick de någon hjälp via Hillevi?
- förändrades något för deras ungdom i samband med kontakten med Hillevi och menar föräldrarna att det i så fall är kopplat till Hillevis insats?

I föräldrantervjuerna framkom fyra temata:

- *"Värsta racet"* - föräldrarnas berättelser om hur det var innan
- *"--- inte så mycket kontakt ---"* - föräldrarnas beskrivning av hur kontakten såg ut
- *"Tillgänglighet"* - föräldrarnas synpunkter om hur kontakten med Hillevi var
- *"Vändpunkter"* - föräldrarnas berättelser om hur det är idag

Det första temat blottlägger hur situationen var för familjerna innan barnets användning av droger kom fram i dagsljuset. I det andra temat beskriver föräldrarna hur kontakten med Hillevi såg ut, det tredje handlar vad de tyckte om denna kontakt och det sista om och hur deras barn förändrades i samband med kontakten med Hillevi och hur det går för dem idag.

5.2 *"Värsta racet"* – föräldrarnas berättelser om hur det var innan

Bland de föräldrar som intervjuats kan det urskiljas två typsituationer innan kontakten med Hillevi etablerades. En grupp föräldrar visste, de var oroliga för sina tonåringar och hur de använde droger. En förälder berättar att:

"Det var massor av strul, han var ute på nätterna och vi var ute och letade, han rökte hasch och sniffade butangas och det var mycket öl och sprit, och sedan erkände han och vi tog kontakt med socialen ..."

Dessa föräldrar tog, utifrån sin oro, själva olika kontakter. De flesta av dem tog kontakt med socialtjänsten. En blev först hänvisad till Maria Ungdom men kom därefter till Hillevi utifrån att:

”--- vi ville ha en närmare kontakt, det var krångligt att ta sig till Maria Ungdom --- de (Hillevi, e.a.) tog inga ungdomar då, det var bara vuxna, vi fick tjata oss till att lämna urinprov där”.

En annan förälder ringde direkt till Hillevi, denna förälder berättar att:

”--- men jag var tvungen att gå via soc först och det tog ju tid och det gjorde mig väldigt frustrerad, vi var ju beredda att gå samma dag.”

Några föräldrar åkte akut direkt till Maria Ungdom med ungdomarna, men tyckte det var för lång resväg och valde istället Hillevi, eftersom detta fanns på ”hemmaplan”. Ett par kände redan till Hillevi.

En annan grupp av föräldrar beskriver att det händer något plötsligt, det kommer signaler utifrån - som en förälder uttrycker det: *”--- vi hamnade i det”*. Dessa föräldrar skildrar, med olika formuleringar, att deras barn sysslade med skadegörelse i olika former, var aggressiva och normbrytande samt umgicks i gäng med andra ungdomar som använde droger och/eller misstänktes för olika former av lagbrott. Dessa föräldrar kontaktades av socialtjänst och/eller polis. En förälder beskriver det så här:

”Han var stökig och ute på nätterna och vände på dygnet och umgicks med kompisar som inte var så bra, så dom misstänkte att han höll på med droger, han var ju så trött och hade problem med humöret.”

De berusningsmedel som de intervjuade föräldrarna uppger att deras ungdomar använde sig av var framförallt hasch, ibland i kombination med alkohol och/eller sniffning. I några fall var det enbart sniffning och i ett par fall en oroväckande hög alkoholkonsumtion. För flera föräldrar blev upptäckten en smärtsam erfarenhet. En förälder beskriver det så här:

”Han hade hållit på med droger, hasch och amfetamin och sniffat ett halvår, det var som ett slag i ansiktet, vi misstänkte att han höll på med droger --- så talade han om det --- det var fruktansvärt, man tror ju att man har koll på ungarna, men det säger jag aldrig längre att jag har, jag fick gå till en kurator för jag visste inte vad jag skulle göra.”

5.3 ”--- inte så mycket kontakt ---”- föräldrarna om kontakten med Hillevi

Föräldrarnas berättelser om hur kontakten med Hillevi såg ut är relativt samstämmiga. De har varit på ett första möte tillsammans med sina ungdomar och utredande socialsekreteraren från socialtjänstens barn- och familjeenhet. Därefter har ungdomarna gått till Hillevi, mestadels själva, under olika lång tid för urinprovskontroller och samtal. Föräldrarna har därefter återigen varit på ett möte på Hillevi för att ta del av vad som har framkommit vid urinprovskontroller och samtal. De flesta föräldrar rapporterar att det var samma personer vid det avslutande mötet som på det första.

Någon förälder beskriver mötena med att: ”--- alla fick ge sin bild av situationen och sedan pratade de med honom själv också”. En synpunkt som framkom när det gällde formen för kontakten var att:

”Det var bra att dom förklarade direkt i början hur allt skulle gå till och att de sedan höll det, det blev precis som dom hade sagt att dom skulle göra.”

Kontakten med Hillevi mellan första och sista mötet beskrivs ha varit olika. En förälder berättar att:

”Oftast lämnade han urinprov själv, ibland var vi med och vi kunde få stickor med oss och ta själva hemma, ibland släpade vi dit honom och då visade ju urinproven att han tagit droger.”

Några föräldrar har haft telefonkontakt med socialarbetarna mellan första och sista mötet, oftast om samordna tider eller att den unge uteblivit. Ett par föräldrar har tillsammans med sina ungdomar och Hillevipersonalen deltagit i möten där sjukvårdspersonal berättat hur kroppen påverkas av att sniffa – något dessa föräldrar rapporterar som mycket uppskattat. Det har även förekommit att föräldrar har varit på mer än ett uppföljningsmöte.

De allra flesta föräldrarna uppger emellertid att de inte hade någon större kontakt med Hillevi mellan det första och det sista mötet. En av dessa säger att: ”det var direkt riktat till sonen, jag var med på det första mötet sen har vi haft lite kontakt telefonledes”.

5.4 Tillgänglighet: ”--- dom pratar så att man förstår allvaret”

Med tillgänglighet avses här inte bara om något är geografiskt tillgängligt, utan också om något, eller snarare socialarbetarna på Hillevi, är ”känslomässigt” tillgängliga. Så gott som alla intervjuade föräldrarna var mycket nöjda med kontakten med Hillevi. Ingen tyckte att någonting var mindre bra eller dåligt, bortsett från den förälder som önskade att hon kunde vända sig direkt till Hillevi utan att gå via socialtjänsten. Med ett par undantag saknade de ingenting. En förälder saknade möjlighet att få tala med socialarbetarna själv, utan att den unge var med, en annan önskade bevakade urinprovskontroller.

En av föräldrarna menade att det var svårt att säga vad som var bra med Hillevi, eftersom hon själv inte haft så mycket kontakt med dem. Men hon avslutade intervjun med att säga att

”--- det hade ju varit skillnad om det hade varit positiva urinprov då kanske man hade behövt ringa och få stöd och så”.

En annan förälder menade att de fick hjälp på Hillevi:

”--- på det sättet att han drack mindre men det hade varit bra om han hade fortsatt ett tag med samtalen där --- så fort man såg en förbättring så släppte man”.

Denna förälder genomgick behandlingssamtal för egen del och menade att det hade varit bra med ett samarbete mellan de olika instanserna: ”--- man kanske hade kunnat hålla kvar honom längre då”.

Ett par föräldrar rapporterar att de var negativa till kontakten med Hillevi. Av deras utsagor framgår att det främst handlade om att Hillevipersonalens bedömning av den unges situation inte överensstämde med föräldrarnas samt att de upplevt att socialarbetarna inte hade tillräckligt lång erfarenhet av ungdomar och droger. Både för lite information och kontakt framkommer även som en anledning till att dessa föräldrar inte var nöjda, som en förälder uttrycker det:

”Jag tycker att vi skulle ha fått mer information allmänt om haschrökning, och mer telefonkontakt mellan gångerna som han var där för att få mer information om vad som hände och vad som kom fram i samtalen.”

Dessa föräldrar skulle föredra kontakt med Maria Ungdom. De allra flesta av de intervjuade föräldrarna skulle emellertid ta kontakt med Hillevi igen, om de blev oroliga.

Några av föräldrarna talar om den geografiska närheten. En aspekt av den hjälp som de har fått, och som de är nöjda med, är att hjälpen fanns på ”hemmaplan”, att den fanns ”inom räckhåll”, att den gick att få ”med kort varsel”, att ”det var smidigt”, och att ”det är positivt att en sån verksamhet finns i en kommun”. En av föräldrarna påtalar dock att

”--- med Hillevi är det mycket närmare men om något skulle hända akut skulle vi få åka till Maria Ungdom eftersom Hillevi inte har öppet på helger och nätter”.

Socialarbetarnas bemötande nämns av samtliga föräldrar, som är nöjda. De beskriver detta tämligen utförligt. När det gäller bemötandet i samtalen säger en förälder att ”--- dom pratar så att man förstår allvaret”, en annan att ”--- dom lyssnade och förstod”. Ännu en förälder säger att ”--- de var lätta att prata med”, och två uttalanden visar att ”--- det var ett bra omhändertagande av personer som lyssnade och som informerade bra” samt att ”--- dom var trevliga, ingen nedlåtande attityd och dom ville verkligen hjälpa till, det märktes”.

En annan aspekt av bemötandet som föräldrarna tar upp vikten av är att socialarbetarna var tillgängliga för dem även utanför de inbokade samtalen.

”--- dom sa alltid att man kan ringa om man behöver igen, väldigt tillmötesgående”, och ”vi fick ringa till dem om vi undrade över något, vi fick bådars telefonnummer och vi kan ringa nu också om vi skulle behöva, det var tryggt att veta att vi kunde ringa”.

Tryggheten föräldrarna kände i kontakten framkommer även hos en annan förälder som säger att ”-- vi hade dom till hands, dom fanns till hands”. En förälder konstaterar helt enkelt att ”det är rätt personal på rätt ställe”.

Hillevipersonalens sätt att prata med ungdomarna är också något som några föräldrar tar upp, med uttalanden som:

”--- dom var bra i samtalen med barn, dom kunde fråga om igen med en annan formulering, dom var på barns nivå”

”--- samtalskontakten var bra och att han fick hjälp med bollande av olika alternativ.”

Merparten av föräldrarna tar också upp vad de uppfattade att deras ungdomar tyckte om kontakten:

”--- han tyckte det var jätteskönt att prata med dem, det var skönt att prata med någon annan än oss, någon utanför”

”--- de var skitbra, de var jätteengagerade och han fick förtroende för dem”

”--- han tyckte att det var OK, han gillade att det var en manlig socialarbetare.”

”--- han förstod inte vad han skulle göra där, han var deprimerad och tyckte allt var skit, men han gick dit i alla fall”

”--- han tyckte inte att det var roligt att åka dit men jag tror ändå att han tyckte att det var skönt att vuxna bryr sig.”

Hur ser då föräldrarna på om de själva fick något stöd i och med kontakten med Hillevi? En säger sig inte ha haft något utbyte av kontakten, en annan uttrycker tveksamhet till om hon fick något eget stöd som förälder, medan en tredje förälder berättar att hon fick det:

”De var ett stöd i min föräldraroll som förälder till en tonåring som använder droger, det var raka rör, det viktigaste var att vi också kunde prata med dom, öppna oss, det var en trygghet att veta att de känner till det hela, också om droger.”

Ytterligare några föräldrar uttrycker att de fått ett stöd som förälder mer indirekt, med ordalydelser som: *”--- vi fick hjälp att hitta tillbaka till varandra”* och *”--- det var nyttigt både för oss och för honom”*. Några föräldrar uppger också att den information de har fått på Hillevi har varit ett stöd för dem, som en förälder uttrycker det:

”Vi fick hjälp på Hillevi, det var en lättnad att få hjälp och med det att vi fick förklarat vad sniffning var, det var bra att få förklaringar med en personlig kontakt, man kunde ställa frågor och få svar direkt.”

På frågan om de har några tankar om hur Hillevis verksamhet skulle kunna utvecklas, svarar några föräldrar att det vore bra om Hillevi hade någon form av jourtelefon, för att öka tillgängligheten. En förälder säger: *”--- mer likt Maria ungdom, fast här hemma”*. En annan menar också att det förekommer mycket alkohol och droger bland ungdomarna i kommunen och att det därför är synd att Hillevi inte har större befogenheter. Denna förälder tycker att socialarbetarna skulle kunna vara ute bland ungdomarna mer och bland annat göra stickprovskontroller. En annan önskar att de enskilda samtalen med ungdomarna kunde fördjupas ytterligare och fokuseras på orsaken till deras missbruk.

Ett mer utvecklat stöd till tonårsföräldrar med ungdomar som testat droger, är ett ytterligare önskemål från en förälder, som nämner både enskilda samtal och föräldragrupper, där man kan träffa andra i samma situation och utbyta erfarenheter. Ett par föräldrar tycker också att det vore bra med längre kontakter, för att följa upp över tid. Avslutningsvis tar en förälder även upp att informationen om vart man som förälder kan vända sig med sin oro brister i kommunen:

”--- det vore bra med information till alla föräldrar, till exempel i skolan, om vart man ska vända sig.”

5.5 Vändpunkter - berättelser om hur det är idag

Majoriteten av föräldrarna rapporterar att deras ungdomar använt droger och/eller alkohol i oroväckande mängder. En förälder uttrycker emellertid att: *”--- det var ju bara någon som sa att han använde droger och han lämnade bara negativa urinprov så ---”*. Ännu en förälder säger att *”--- jag var ju också orolig att det kunde vara droger, man vet ju aldrig, men det var det inte”*.

De flesta av de intervjuade föräldrarna rapporterar att det går bra för deras ungdomar idag och att de inte hyser någon oro för att deras barn använder droger eller sniffar, även om en förälder uttrycker att:

”Det är klart att man kan känna oro, det sitter väl alltid i men vi tror på honom. Skulle han göra något dumt idag så skulle han nog säga det till oss för vi blir inte arga. Jag skulle absolut ta kontakt med Hillevi om jag blev orolig igen och jag tror även att sonen skulle ta kontakt med dem själv om han behövde.”

När det gäller alkohol beskriver några föräldrar i likhet med nästkommande uttalande att deras ungdomar *”--- dricker lite för mycket, tycker jag, inte som ett stort problem, men onödigt ofta”*. Flera föräldrar uppger dock att de kan prata med sina ungdomar om detta och i det stora hela beskrivs det som att *”--- det kan bli en del alkohol men inte mer än andra, inget som oroar”*. Ett par av ungdomarna uppges också dricka mindre än andra ungdomar.

En förälder berättar att:

”Idag fungerar allt jättebra. Inte bara det att han slutade med droger utan att han kan visa känslor idag mycket mer, om han är ledsen eller arg. Han pratar mycket mer också. Det har blivit en väldigt positiv vändning.”

Ordet ”vändning” förekommer i en eller annan form i flera av föräldrarnas berättelser. Vändningen har gällt flera olika områden, inte bara användandet av droger, utan föräldrarna redogör för - som citatet ovan - att de också märkt andra, känslomässiga ”vändningar” eller förändringar hos sina barn. Någon beskriver sin son som *”lugn och fin”* idag, någon annan skildrar hur sonen blivit mer harmonisk och ännu någon förälder beskriver hur den unge fått nya insikter. En förälder säger:

”Han mådde bättre och bättre, jag såg en skillnad, en stor skillnad, han började prata mer och han började vissla i duschen igen.”

Ett par föräldrar tar också upp att relationerna mellan dem och deras barn förändrades till det bättre och att ungdomarna började vara hemma mer.

Med några undantag rapporterar således de intervjuade föräldrarna att det har skett positiva förändringar, som att ungdomarna har fungerande skol- eller arbetssituation. En förälder uttrycker i likhet med andra att:

”--- han går på gymnasiet, han trivs bra och han har en toppennärvaro, det trodde jag aldrig att det skulle bli så bra.”

Kamratrelationerna beskrivs av föräldrarna också ha genomgått en förändring. Flera rapporterar att deras ungdomar brutit med kamrater som använder droger och/eller kamratgäng där det förekommer missbruk.

”--- ingen av de kamrater han umgås med idag missbrukar, förut hängde han på plattan.”

Det framkommer även i föräldrarnas berättelser att flera ungdomar har positiva relationer med flick-/pojkvänner. Hur tänker då föräldrarna kring orsakerna till ungdomarnas förändring, vilka vändpunkter kan de urskilja och vilken betydelse tillmäter de Hillevi-insatsen? Ur föräldrarnas berättelse framträder olika tänkbara orsaker, som den unges egen motivation: *”--- han ville inte fortsätta själv”* och samtalen med föräldrarna då det uppdagats att den unge använde droger. En förälder säger angående det senare att:

”Vändpunkten kom när vi kom på honom. Det var en stor skamkänsla för honom hela den här knarkgrejen, det var jättejobbigt för honom men samtidigt en stor lättnad för honom när vi kom på honom. Han bröt sitt cannabisrökande med en gång i samband med att det uppdagades”

En annan förälder ser ett samband mellan den unges egen motivation och samtalen vid Hillevi. Flera andra föräldrar menar också att Hillevi haft betydelse.

”--- jag tror att det hör ihop med kontakten med Hillevi, de fick honom på rätt spår.”

”Hillevi var bra, det gav honom en tankeställare även om han inte sa det så. Det blev synligt för honom med faran i att sniffa --- och det var nyttigt med Hillevi, man behöver vakna upp och förstå vad man håller på med. Att vi som föräldrar läxar upp det är inget man behöver lyssna på, det gör vi ju alltid. Men när någon som kommer utifrån och som sysslar med det här och har erfarenhet av hur det kan gå och berättar från det perspektivet då lyssnar man.”

”Jag tror att det hör ihop med Hillevi, han fick bra kontakt med dem, de var vettiga personer. Det vände i och med att han fick prata med folk som förstod honom. Det var en jäkla tur att han hamnade på Hillevi.”

”Den positiva förändringen hade skett innan Hillevi men Hillevi var en hjälp med tanke på urinproven, det var bra att sätta press på honom --- att befästa och hålla kvar en redan befintlig drogfrihet.”

För några av ungdomarna var Hillevi ett led i flera, pågående, insatser som till exempel kontakt med BUP, att genomgå Påverkansprogram⁴ och/eller insatser i form av kontaktperson eller jourhemsplacering. Andra omständigheter, som byte av skola, förekom också. Några föräldrar uppger också Hillevi som en av flera orsaker till förändringen:

”Det är svårt att säga om det beror på Hillevi, det var så många andra faktorer. Det var så mycket annat som hände då.”

”Jag tror att det hör ihop med Hillevi, han tyckte om att gå och prata med dom och så det att han hade berättat för oss, det var nog en kombination. Och så har han bytt kompisar totalt.”

”Faktorer som gjorde en positiv förändring var att han kände själv att det var fel och dåligt samvete gentemot oss föräldrar. Han har en stark egen drivkraft och sen var det krav från flickvännens föräldrar också. Han bröt helt med tidigare kamrater och kamratgäng.”

”Han har mognat och han fick stöd av Hillevi i att säga nej till droger helt och hållet, inte bara till sjuttiofem procent.”

För tre av ungdomarna rapporterar dock inte de intervjuade föräldrarna någon positiv förändring. Ett par föräldrar, vars ungdomar dricker oroväckande, berättar att:

”Han lugnade ner sig under tiden som vi var på Hillevi och hans drickande minskade. Men hans drickande har ökat igen och han exploderar när han är full. Så vi har tagit kontakt med Hillevi igen. Jag är jätteorolig för honom, han skulle behöva prata med någon som kan få honom att öppna sig. Han skulle behöva andra fritidssysselsättningar och en kontaktperson som han kan prata med.”

”Just då när han var där så drack han mindre, dom utmanade honom att dricka mindre. Jag tycker att det känns som att det hörde ihop med att han var där. Det är inte bra idag, han super varje helg, varje fredag och lördag, Hela gänget gör det, dricker på det där sättet --- han hamnar i trubbel när han är full, det är slagsmål och skadegörelse, han tappar omdömet helt, det gör han inte när han inte dricker --- det går dåligt i skolan också, han ligger i farozonen för att bli avstängd, han kommer inte upp på morgonen, han sitter framför datorn hela nätterna.”

Ytterligare en förälder berättar att:

⁴ Påverkansprogram är en insats som görs när den unge dömts av Tingsrätten till insatser inom Socialtjänsten för brott.

”Det är katastrof, han är aggressiv, har svårt att sitta stilla --- han är jämt i konflikter och slagsmål och blir hemskickad från skolan och det är klotter, det är bara för mycket --- vi har kontakt med BUP och vänta på utredning, och med soc och med familjebehandlare och polisen. Och jag är orolig för någon form av droger också.”

Denna förälder rapporterar att den unge sniffade några gånger under tiden på Hillevi, men inte därefter. Problemen upphörde en tid. Föräldern bedömer det vara ett resultat av att socialtjänstens handläggare, Hillevis socialarbetare och föräldrarna samlades för uppföljning. Situationen vid intervjutillfället rapporteras emellertid vara sådan att föräldrarna åter kände oro och funderade på att kontakta Hillevi igen.

6. UNGDOMARNA

6.1 Beskrivning av ungdomarna

Syftet med denna delstudie är dels att kartlägga vilka ungdomar som kommer till Hillevi, dels att undersöka hur det går för dem. Ytterligare ett syfte är att undersöka om det går att bedöma vad i insatsen som har lett till vilket utfall för vilka ungdomar. De övergripande frågeställningarna är:

- vilka är ungdomarna som kommer till Hillevi, hur ser deras situation ut och vilka problem har de?
- har deras eventuella problem, med fokus på droganvändning, förändrats efter insatsens avslutande jämfört med innan?
- har ungdomarna varit aktuella inom socialtjänsten efter avslutad insats, och i så fall av vilken anledning?

Data har hämtats från socialtjänstens aktregister och minnesanteckningar från socialarbetarna vid Hillevi. Avsnittet inleds med en beskrivning av de 28 ungdomar som Hillevi har haft kontakt med under projektperioden.

Ungdomarna på Hillevi

Av de 28 ungdomar som hade kontakt med Hillevi under den studerade perioden var 4 flickor. Hillevi vänder sig till ungdomar i åldern 13 till 21 år. Den yngste var 13 år då insatsen startade, den äldste 19 år.

Tabell 1. Åldersfördelning då insatsen startade.⁵

Ålder vid startad insats (n=28)	Frekvens	%
≤ 15 år	4	(14)
15 – 17 år	14	(50)
18 år och äldre	10	(36)
<i>Total</i>	28	<i>100</i>

⁵ Trots att det handlar om ett litet material med enbart 28 ungdomar redovisas andelar i procent för att tydliggöra fördelningen inom gruppen de följande tabeller.

De allra flesta ungdomar som Hillevi hade kontakt med var 15 år eller äldre, bara fyra var under 15 år. Merparten är födda i Sverige, två ungdomar är födda i ett utomeuropeiskt land.

Tabell 2. Föräldrarnas födelseland

Föräldrarnas födelseland (n=28)	Frekvens	%
Båda föräldrarna födda i Sverige	17	(61)
En förälder född i annat land	2	(7)
Båda föräldrarna födda i annat land	3	(11)
En förälder född i Sverige, gällande den andre saknas uppgift	6	(21)
<i>Total</i>	28	100

Även föräldrarna är födda i Sverige till övervägande del. Fem ungdomar noteras ha föräldrar födda i annat land, för sex ungdomar saknas uppgift om den ene föräldern. Så gott som alla ungdomar har syskon. Familjesammansättningen under uppväxtåren visar att ungdomarna vuxit upp

- med båda biologiska föräldrar	6
- växelvis boende	4
- med en förälder	5
- med mamma och hennes sambo	5
- hos släkting	1
- saknas uppgift	7

De flesta ungdomarna på Hillevi noteras alltså ha kontakt med minst en förälder. Studerar vi vilka familjeproblem som noterats i ungdomarnas akter, framgår följande.

Tablå X. Familjeproblem noterade under tiden för Hilleviinsats (n=28)

Inga problem noterade	15 familjer
Påtagliga psykiska problem	1 familj
Multiproblemfamilj	9 familjer
Bf	3 –"-

I mer än hälften av ungdomarnas familjer noteras inga problem, medan det i tio familjer finns rätt omfattande sådana.

6.2 Tidigare kontakt med socialtjänsten

Samtliga ungdomar kom alltså till Hillevi via remiss från BoF. Alla har således haft kontakt med socialtjänsten som utrett ungdomarnas situation och behov innan de kom till Hillevi. 23 har dessutom haft en eller flera kontakter med socialtjänsten innan detta tillfälle. Det innebär att för fem ungdomar var utredningen som föregick Hillevi-insatsen deras första kontakt med socialtjänsten. Antal utredningar som gjorts för den grupp som har haft tidigare kontakter med socialtjänsten varierar.

Tabell 3. Antal ungdomar som genomgått tidigare utredningar (n=28)

Antal tidigare utredningar (n=28)	Frekvens	%
Hillevi första kontakt	5	(18)
1	8	(29)
2-3	10	(36)
4 eller fler	5	(18)
<i>Total</i>	28	100

För inte fullt var femte ungdom var alltså kontakt med socialtjänsten något helt nytt. Femton ungdomar hade blivit utredda två gånger eller fler före Hillevi-insatsen. Aktgenomgång visar att socialtjänsten tidigare har genomfört sammanlagt 58 utredningar rörande de 23 ungdomar som redan var kända av socialtjänsten. Vanligast orsaken till tidigare utredningar var att föräldrar ansökt om stöd, följt av anmälan från skola och begäran om yttrande från åklagarmyndighet.

Den *vanligaste insatsen* som föregått Hillevikontakten för de redan kända ungdomarna och deras familjer var familjebehandling (12 ungdomar/familjer). Fyra ungdomar hade kontaktperson/kontaktfamilj, två genomgick påverkansprogram, ytterligare två var placerade i familjehem och en i jourhem. Fyra ungdomar har under sin uppväxt, från tid till annan, haft fler än en av dessa insatser under uppväxtåren.

6.3 I samband med Hillevi

Ungdomarna kan delas in i två grupper, som skiljer sig från varandra på flera sätt. Den första hälften utreddes vid BoF genom en ansökan från föräldrar, anmälan från skola, polis, domstolen, Länsstyrelsen eller socialjouren. Två av ungdomarna ansökte själva om stöd.

Den andra hälften skiljer sig från den första genom att det i deras fall under en kort tidsrymd kom *två eller fler* anmälningar och ansökningar till socialtjänsten. Föräldrar och/eller den unge själv ansökte om stöd ungefär samtidigt som skolan, socialjouren, polisen, Maria Ungdom och/eller sjukvården anmälde. Aktgranskningen visar att för dessa ungdomar återfinns samma mönster redan tidigare, före Hillevikontakten – det vill säga att det händer något som gör att plötsligt kommer det anmälningar från flera olika håll samtidigt rörande en ung person, att flera instanser och/eller enskilda personer ungefär samtidigt blir oroade för hans/hennes utveckling i sådan utsträckning, att en anmälan till socialtjänsten ses som befogad.

För 19 av ungdomarna är oro för missbruk en framträdande orsak, men det förekommer även anmälningar som rör relationsproblem i familjen, att den unge är misstänkt för hot, misshandel, snatteri, klotter och/eller skadegörelse samt stora svårigheter i skolan och/eller skolk.

För nästan hälften av de ungdomar som remitterats till Hillevi (12/28) föreslogs *initialt* även andra, samtidiga insatser, vilket tre avböjde. Det innebär att nio ungdomar (1/3) - utöver kontakten med Hillevi - också varit familje- eller jourhemsplacerade (4 ungdomar), genomgått familjebehandling (3 ungdomar) och påverkansprogram (2 ungdomar) eller fått kontaktperson/-familj (2 ungdomar).

Ytterligare åtta ungdomar av Hillevipopulationen återaktualiserades vid socialtjänstens BoF under tiden på Hillevi på grund av nya anmälningar/ansökningar. Orsakerna var:

- egen ansökan om familjehemsplacering
- begäran om yttrande från åklagare + anmälan från polis + socialjour + ansökan från förälder
- begäran om yttrande från åklagare
- anmälan från polis + skola + sjukvård +socialjour
- ansökan om ekonomiskt bistånd (2)
- ansökan från förälder (2)

Sex av dessa åtta ungdomar genomgick insatser som kom att löpa parallellt med Hillevi. De beviljade insatserna var:

- påverkansprogram + jourhemsplacering
- familjebehandling + ART (Aggressiv Replacemant Training)
- familjehemsplacering + kontaktfamilj
- familjehemsplacering
- påverkansprogrammet + MST (Multisystemisk Terapi)
- ekonomiskt bistånd

Sammantaget innebär detta att 16 av 28 (57 %) ungdomar också haft andra kontakter med socialtjänsten under tiden som de genomgått programmet vid Hillevi.

6.4 Tiden på Hillevi – form, innehåll och resultat

Som tidigare visats utgörs insatser på Hillevi främst av drogbedömning, missbrukskontroller och insatser som syftar till återfallsprevention. Nedan visas fördelningen av insatserna samt om insatsen fullföljts eller avbrutits.

Tabell 4. Fördelningen av olika insatsformer samt huruvida dessa har fullföljts eller ej.

Insatsform (n=28)	Frekvens	%
Fullföljt drogbedömning	10	(36)
Fullföljt drogbedömning & behandling	7	(25)
Fullföljt missbrukskontroll/ingen drogbedömning planerad	3	(11)
Fullföljt drogbedömning, avbruten behandling	4	(14)
Avbruten drogbedömning	4	(14)
<i>Total</i>	28	100

Den vanligaste insatsen för ungdomarna var drogbedömning. Tre av fyra genomförde också denna del av programmet. Elva av ungdomarna (ca 40 %) erbjöds därutöver behandling, innan eller i samband med fullföljd drogbedömning. Drygt var fjärde avbröt emellertid påbörjad drogbedömning respektive behandling.

Ungdomarna kan delas in tre grupper beroende på i vilken utsträckning de har fullföljt en planerad insats:

- de som fullföljt vad som planerats
- de som fullföljde drogbedömning, påbörjade en planerad behandling, men avbröt
- de som avbröt drogbedömningen.

Den första gruppen - 20 ungdomar – är i majoritet. Tio ungdomar fullföljde drogbedömningen och sju fullföljde drogbedömning samt därpå följande behandling. De tre ungdomar som genomgick så kallade missbrukskontroller fullföljde alla detta. När det gäller de ungas motivation till att komma till Hillevi framkommer följande i akterna:

Tabell 5. Den unges motivation.

Motivation (n=28)	Frekvens	%
Positiv till insats	8	(36)
Vill visa att han/hon ej använder droger	9	(25)
Anser sig ej ha behov av insats	4	(11)
Annat	3	(14)
Motivationen framgår ej av akt	4	(14)
<i>Total</i>	28	100

”Motivation” operationaliseras här som att det framgår av akten att den unge uttryckt att hon/han är positivt inställd till att vara med i programmet och/eller vill visa att hon/han inte använder droger. Det är egentligen bara en av tre som är positivt inställd till att komma till Hillevi. Men tillsammans med de ungdomar som vill visa att de inte ”drogar” är de i majoritet. Detta framgår av akterna på följande sätt, där det framgår att den unge:

- har använt droger, tröttnat på konsekvenserna av droger, motiverad att sluta
- vill visa att hon/han ej använder droger
- går med på för föräldrarnas skull
- går med på det för skolan kräver
- kontakt tvungen på grund av frivården

Ungdomarna är visserligen positiva till kontakt med Hillevi, men det är samtidigt också alldeles klart att motivationen ligger i att de ska ”visa” för föräldrar, skolan och andra att de inte använder droger eller andra berusningsmedel – ibland för att detta krävs av dem.

24 av de 25 ungdomarna som skulle genomgå drogbedömning eller missbrukskontroller fullföljde således detta. Antalet samtal varierade – vanligaste antalet individuella samtal under drogbedömningen var tre (11 ungdomar). Några ungdomar (4) hade två samtal, fem ungdomar hade fyra och en fem samtal. Antalet urinprovskontroller uppvisar stor variation mellan de olika ungdomarna, från ett urinprov till elva. För 15 ungdomar var samtliga urinprov negativa. Resterande sju ungdomar lämnade, vid ett eller fler tillfällen, positiva urinprov vilka visade spår av cannabis och/eller bensodiazepiner.

6.5 Ungdomarna efter Hillevi.

En viktig fråga är om ungdomarna har blivit återaktualiserade hos socialtjänsten efter avslutad kontakt med Hillevi.

Tabell 6. Kontakt med socialtjänsten efter avslutad Hillevi-insats.

Haft ny kontakt med socialtjänsten (n=28)	Frekvens	%
Ja	15	(54)
Nej	13	(46)
<i>Total</i>	28	100

Nästan hälften (13/28, 46 %) av ungdomarna har inte haft någon ny kontakt med socialtjänsten efter avslutad Hillevi-insats fram till oktober 2007. 11 av ungdomarna har däremot återaktualiserats en gång, ytterligare fyra hade haft två till tre nya kontakter med socialtjänsten. Anledningen till de nya kontakterna beskrivs i tabell 5 nedan.

Tabell 7. *Anledning till kontakt med socialtjänsten efter Hillevi. Ej uteslutande kategorier.*

Anledning till kontakt	Antal anmäln.
Anmälan/Ansökan - oro för bland annat missbruk	7
Begäran om yttrande från åklagare	5
Ansökan om ekonomiskt bistånd	7
Begäran om yttrande gällande körkortsärende	1

För sju de av 15 ungdomar som återaktualiserade efter avslutad kontakt med Hillevi, var omgivningen fortsatt orolig för den unges utveckling. För fem ungdomar inkom begäran om yttrande från åklagare.

Kontakten med Hillevi avslutades emellertid för hälften av ungdomarna (14 /28) med att personalen noterade att det inte tycktes finnas skäl för oro för fortsatt missbruk. Studerar vi det efter om de haft kontakt med socialtjänsten eller ej efter avslutad kontakt med Hillevi framstår det som att de haft fog för sin bedömning

Tabell 8. *Hillevipersonalens bedömning vid avslutad kontakt, efter om ungdomarna var aktuella vid socialtjänstens BOF eller ej (n=26)*/*

Kontakt efter Hillevi	Avslutad utan oro		Avslutad med oro		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ja	6	(43)	8	(67)	14	(54)
Nej	8	(57)	4	(33)	12	(46)
Total	14	(54)	12	(46)	26	100

*/ Bf = 2 ungdomar

Även om materialet är litet finns det ändå intressant information. Det framstår som att de ungdomar, som Hillevipersonalen noterat viss oro för, också i högre utsträckning än förväntat fortsatt hade kontakt med socialtjänsten. På samma sätt är det en högre andel än förväntat som *inte* har kontakt med socialtjänsten bland de ungdomar som Hillevipersonalen inte hyste någon oro för.

En annan viktig indikator på utfallet för ungdomarna efter det att de avslutat kontakten med Hillevi kan sägas vara hur många i den studerade populationen som hade kontakt med socialtjänsten *före* respektive *efter* Hillevikontakten

Tabell 9. Antal samt andel av ungdomar som har haft kontakt med socialtjänsten före samt efter Hillevi-insats. (n=28).

Kontakt före	Kontakt efter		<i>total</i>
	<i>ja</i>	<i>nej</i>	
<i>Ja</i>	12	11	23
<i>Nej</i>	3	2	5
<i>Total</i>	15	13	28

Av de ungdomar som genomgått programmet vid Hillevi var 4/5 tidigare kända och hade varit aktuella vid socialtjänstens BoF-enhet. Efter avslutad kontakt med Hillevi hade nästan hälften av dessa (11/23) inte längre någon kontakt med socialtjänsten vid tillfället för denna kartläggning – oktober 2007.

6.6 Skydds- och riskfaktorer

Vid aktgranskningen noterades vilka risk- och skyddsfaktorer som kunde utläsas ut dokumenten (se ovan sid 23 & bilaga 2). Här redovisas dessa enbart i huvudkategorier eller grupper, genom att i fall där det gått att identifiera två eller fler angivna risk- respektive skyddsfaktorer inom varje huvudkategori har dessa studerats i förhållande till om den unge hade kontakt med socialtjänsten vid tillfället för aktgenomgången - i oktober 2007.

Skyddsfaktorerna redovisas i fyra huvudkategorier:

- *Skyddsfaktorer förknippade med föräldrarna* definieras här som ett engagemang, att de har en god relation till sin flicka/pojke samt om de visar god omsorg om henne/honom liksom att de förmår samarbeta om sitt barn och aktivera familjens nätverk
- *Individuella skyddsfaktorer* definieras som att den unge/unga har ett lugnt temperament, självförtroende och god självinsikt
- *Faktorer förknippade med skolan* innebär fungerade skolsituation och goda/rimliga studieresultat
- *Relationer till andra* – här avses kamrater, andra viktiga vuxna utom familjen, pojk- eller flickvän

Dessa huvudkategorier ställs mot utfallet för de unga - här operationaliserat som om de har kontakt med socialtjänsten eller ej efter avslutad Hillevikontakt.

Tabell 10. Ungdomarnas kontakt med socialtjänstens BOF efter avslutad Hilleviinsats efter i akten noterade skyddsfaktorer (ej uteslutande kategorier)

Kontakt socialtjänstens efter avslutat Hilleviprogram			
Skyddsfaktorer, ≥ 2 noterad inom varje huvudkategori	ja	nej	total
<i>Skyddsfaktorer förknippade med föräldrarna</i>	13	9	22
<i>Individuella skyddsfaktorer</i>	4	3	7
<i>Faktorer förknippade med skolan</i>	2	4	6
<i>Relationer till andra</i>	3	4	7

Eftersom materialet är så pass litet går det inte att dra några säkra slutsatser. Det som går att utläsa ur akterna visar att socialsekreterarnas bedömning är, att även i fall där den unge fortfarande är aktuell inom socialtjänsten, finns det ändå skyddsfaktorer som härrör ur föräldrarnas engagemang. Möjligen skulle ett större material kunna visa att de ungdomar som inte har kontakt med socialtjänsten efter Hillevi har något bättre fungerande skolsituation och relationer med andra viktiga personer utöver föräldrarna. Men den slutsatsen går inte att dra här.

Utfallet kan studeras på flera olika sätt – ett är hur Hillevipersonalen ser på ungdomarna när de avslutar kontakten – utan eller med oro för att den unge ska fortsätta missbruka? Ställer vi det i relation till skyddsfaktorerna framkommer följande:

Tabell 11. Hillevipersonalens bedömning av avslutade kontakter efter avslutad Hilleviinsats efter i akten noterade skyddsfaktorer (ej uteslutande kategorier)

Hillevipersonalens bedömning vid avslutningskontakt			
Skyddsfaktorer, ≥ 2 noterad inom varje huvudkategori	Utan oro för fortsatt missbruk	Med oro för fortsatt missbruk	total
<i>Skyddsfaktorer förknippade med föräldrarna</i>	13	9	22
<i>Individuella skyddsfaktorer</i>	5	2	7
<i>Faktorer förknippade med skolan</i>	5	1	6
<i>Relationer till andra</i>	5	2	7

Här syns en intressant tendens. Hillevipersonalen tenderar att i viss utsträckning notera mindre oro för ungdomarnas framtida utveckling i de fall där positiva sidor – här formulerat som skyddsfaktorer – finns noterade i akten. Det innebär alltså att det finns en viss korrespondens mellan hur socialtjänstens personal och Hillevipersonalen ser på ungdomarna. Identifieras fler skyddsfaktorer, blir oron för den unges fortsatta missbruksbeteende mindre.

Studerar vi riskfaktorerna blir bilden något tydligare. De huvudkategorier som här används är:

- risker förknippade hur den unge beter sig *i hemmet och föräldrarnas förmåga* att hantera det, deras relation till den unge och varandra, deras omsorgsförmåga
- risker förknippade med den unges *sociala anpassning* – här operationaliserat som droganvändning och kriminalitet
- *svårigheter i skolan*, till exempel med skolk, ständiga regelbrott
- *risker förknippade med individuella faktorer* – impulsstyrd, risktagande, koncentrationssvårigheter eller psykisk ohälsa, bland annat
- *relationer till kamrater* –negativa, destruktiva kamratrelationer, avsaknad av viktiga vuxna förebilder bland annat

Tabell 12. Ungdomarnas kontakt med socialtjänstens BOF efter avslutad Hilleviinsats efter i akten noterade riskfaktorer (ej uteslutande kategorier)

Kontakt socialtjänstens efter avslutat Hilleviprogram			
Riskfaktorer, ≥ 2 noterad inom varje huvudkategori	ja	nej	total
<i>Riskfaktorer förknippade med föräldrarna & hemmiljön</i>	12	4	16
<i>Social anpassning</i>	11	10	21
<i>Risker förknippade med individuella faktorer</i>	8	6	14
<i>Faktorer förknippade med skolan</i>	9	6	15
<i>Relationer till kamrater och andra</i>	10	3	13

I fråga om riskfaktorer är aktmaterialet mer fullödigt. Återigen är hemsituationen och föräldrarelationen i fokus, men riskfaktorer som avser andra relationer framstår som mest intressant. De ungdomar som fortfar att ha kontakt med socialtjänsten efter avslutad Hillevikontakt noteras i akterna i högre utsträckning ha problem med andra - till exempel kamrater, andra vuxna - och fler destruktiva relationer utan positiva vuxna förebilder. Det finns också anledning att notera att det är något fler som rapporteras ha problem med skolan liksom riskfaktorer förknippade med individuella faktorer bland de som fortfarande är aktuella inom socialtjänsten, men – återigen – det krävs ett större material för att kunna utläsa om så är fallet eller ej.

7. SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION

7.1 Sammanfattning - resultat

Inledning

Målet för Hilleviprojektet är minskad nyrekrytering av ungdomar som börjar missbruka, förebygga och motverka att ungdomar utvecklar ett tyngre missbruk samt skapa vårdformer på hemmaplan att erbjuda i ett tidigt skede till unga som börjar utveckla missbruksproblem. Det första målet är alltför vittomfattade för att kunna besvaras i en mindre studie som denna. Utvärderingen har i stället fokuserats till två huvudfrågor:

- *Arbetsmodellen* – vad består den av och hur arbetar teamet?
- *Utfall* - hur går det för ungdomar som teamet har kontakt med?

Inledningsvis görs här en kort sammanfattning av resultaten, för att sedan diskutera och analysera resultatet.

Arbetsmodellen

Enligt socialarbetarna på Hillevi har arbets sättet utvecklats och förändrats under projekt tiden, framförallt det så kallade drogbedömningsinstrumentet. På samma sätt som socialarbetare gjort i andra, motsvarande projekt (se ovan sid 13ff), undersökte och prövade de först några manualbaserade drogbedömningsinstrument. Med liknande argument, som redovisas i andra studier, uppfattade Hillevipersonalen dessa instrument ha flera nackdelar – att de var alltför omfattande och/eller styrande. Därför utvecklade socialarbetarna på Hillevi ”något eget”, ett drogbedömningsinstrument, som innebär att den unge tillsammans med socialarbetarna går igenom och dokumenterar historiskt på en tidsaxel när och hur den unges missbruk utvecklats och sett ut över tid.

Under den studerade perioden har Hillevi arbetet i första hand inneburit drogbedömning och kortare behandlingsinsatser. De längre, mer strukturerade, behandlingskontakterna, som socialarbetarna inledningsvis förväntade sig, infann sig inte. I de fall sådana insatser initierades, avbröt den unge dem i så gott som samtliga fall.

Socialarbetarnas teoretiska utgångspunkt är eklektisk: de använder sig av både psyko-dynamisk teori och systemteori som förklaringsmodell i sitt synsätt på ungdomarna och deras livssituation. I samtalen finns även inslag av kognitiv teori. Deras viktigaste arbetsverktyg framhåller de, är relationen med den unge och hans/hennes familj. Också detta är ett resultat som överensstämmer med vad som framkommit i andra projekt av samma karaktär.

Föräldraansvaret ses som centralt för hur det ska gå för den unge. Socialarbetarna på Hillevi ser som sin viktigaste uppgift att fungera som en länk mellan ungdomarna och föräldrarna, göra föräldrarna medvetna om sitt ansvar för relationen med den unge och vikten av gränssättning. De talar om att lägga tillbaka eller återupprätta ansvaret för ungdomarna hos föräldrarna.

Styrkan med Hillevi enligt socialarbetarna själva är tillgängligheten, flexibiliteten och förmågan att skapa förtroendefulla relationer med ungdomarna och föräldrarna. De svårigheter de rapporterar består i deras egna känslor av otillräcklighet och att de ofta inte vet hur det går för ungdomarna. Problem med tydlighet och avgränsning gentemot andra instanser kring ungdomarna framkommer också som en svaghet. De vill vidareutveckla verksamheten,

med olika former av stöd till föräldrar, behandlingsarbete med hela familjen och nätverket och individuellt behandlingsarbete med ungdomarna.

Föräldrarna bekräftar personalens uppfattning om att de är både lättillgängliga och flexibla, men tar också upp deras förmåga att skapa förtroendefulla relationer inte bara med ungdomarna. Föräldrarna var nöjda framförallt med socialarbetarnas bemötande och att hjälpen fanns på hemmaplan, att det var smidigt och de kunde få hjälp med kort varsel. Att få konkret information, dels om vad insatsen på Hillevi innebär, dels om droger, är också något som föräldrarna uppskattat. Socialarbetarna beskrivs av föräldrarna som lätta att prata med, att de lyssnade och förstod samt att de förmedlade såväl trygghet som allvar. Några av föräldrarna rapporterar även att de på olika sätt fått stöd i sin föräldraroll och att det kommit familjen som helhet tillgodo.

Föräldrarnas idéer om hur Hillevis verksamhet skulle kunna utvecklas är mer pragmatiska än personalens. Jourtelefon för ökad tillgänglighet, är ett förslag, eller att socialarbetarna skulle vara ute bland ungdomarna mer och till exempel göra stickprovskontroller. Men det finns även förslag som står i samklang med personalens, till exempel fördjupade samtal med ungdomarna samt ett utvecklat föräldrastöd, både enskilt och i föräldragrupper.

Hur går det för ungdomarna?

Majoriteten av de intervjuade föräldrarna rapporterar att deras ungdomar tidigare använt droger och/eller alkohol i oroväckande mängder. Med undantag för föräldrarna till tre av tretton ungdomar, rapporterar de att det nu går det bra för deras ungdomar och att de själva inte är oroliga för att de ska missbruka droger eller annat.

Ordet ”vändning” förekommer i en eller annan form i flera av föräldrarnas berättelser. Vändningen har gällt flera olika områden, inte bara förknippat med drogmissbruk. Föräldrar rapporterar också andra, känslomässiga ”vändningar” eller positiva förändringar, till exempel en fungerande skol- eller arbetssituation. Ett par föräldrar tar också upp att relationerna mellan dem och deras ungdomar förändrats till det bättre.

Ur föräldrarnas berättelse framträder olika tänkbara orsaker till den positiva förändringen. Flera uppfattar att insatsen på Hillevi haft betydelse, tillsammans med den unges egen motivation och samtalen med föräldrarna, då det uppdagats att den unge använde droger. Andra faktorer av betydelse nämns också, som skolbyte och/eller att den unge brutit med kamrater som missbrukar droger. För några av ungdomarna var Hillevi också ett led i flera, pågående, insatser.

Av registerstudien framgår att övervägande delen av ungdomarna som kommit till Hillevi är pojkar i åldern 15 – 17 år. De är födda i Sverige av svenska föräldrar och har vuxit upp med två vuxna i familjen – varav drygt hälften tycks vara helt vanliga familjer utan större sociala problem. Trots detta har fyra av fem av ungdomarna redan haft kontakt med socialtjänsten innan de aktualiserades för Hillevi. Den insats som socialtjänsten tidigare erbjudit dem och deras familjer är nästan uteslutande familjebehandling.

Två grupper kan identifieras – en grupp som aktualiserades på grund av *en* ansökan alternativt anmälan, en där det under en kort tidsrymd inkom *två eller fler* anmälningar och ansökningar till socialtjänsten. För denna grupp är det ett mönster som upprepas om och om igen –

plötsligt kommer det anmälningar från flera olika håll samtidigt. Detta framgår också av vad föräldrarna rapporterar – att det var ”värsta racet”.

För 19 av ungdomarna är omgivningens oro för missbruk framträdande, men det förekommer även relationsproblem i familjen, att den unge är misstänkt för hot, misshandel, snatteri, klotter och/eller skadegörelse liksom skolproblem. Att socialtjänsten bedömer att problem för dessa unga är stora framgår också av att 16 av 28 (57 %) ungdomar haft andra kontakter med socialtjänsten samtidigt med Hillevi.

Ungdomarnas motivation till att genomföra programmet via Hillevi framstår som förhållandevis god, men det framgår samtidigt att deras främsta motiv är att de vill ”visa” att de inte använder droger – för föräldrar, skolan eller andra. Att det fungerar visas av följande sammanställning:

Tablå 1. Sammanställning, utfall (n=28)

<i>Ungdomar, antal & andel av alla, som hade kontakt med socialtjänsten före Hilleviinsatsen:</i>	23 (82%)
<i>- av dessa, antal & andel av alla, som <u>inte</u> hade kontakt med socialtjänsten efter Hillevi:</i>	11 (39%)

Av de ungdomar som genomgått programmet vid Hillevi var 4/5 tidigare kända och hade varit aktuella vid socialtjänstens BoF-enhet. Efter avslutad kontakt med Hillevi hade nästan hälften av just dessa (11/23) inte längre någon kontakt med socialtjänsten vid tillfället för denna kartläggning – oktober 2007.

Även om dataunderlaget är litet ska en iakttagelse särskilt uppmärksammas. Ungdomar, som Hillevipersonalen vid avslutningsmötet noterat viss oro för, fortsätter i högre utsträckning än förväntat ha kontakt med socialtjänsten. På samma sätt är det en högre andel än förväntat som *inte* har kontakt med socialtjänsten bland ungdomar, för vilka Hillevipersonalen inte hyste någon oro för. Detta skulle kunna vara en indikator bland annat på att Hillevipersonalens bedömningsinstrument fungerar tillfredsställande. Men för att säkerställa ett sådant resultat krävs både ett större material och en longitudinell ansats.

7.2 Diskussion

Den här presenterade studien rör ett litet material och uppföljningen av ungdomarna görs en kort tid efter avslutad insats, varför de slutsatser som kan dras är begränsade. Men det finns ett par intressanta iakttagelser, som avslutningsvis ska lyftas fram.

Den första iakttagelsen rör frågan om arbetsmetoden eller –modellen. Det är uppenbart att det inte bara är socialarbetarna vid Hillevi som anser att den typ av strukturerade och/eller manualbaserade instrument som idag står till förfogande är till fyllest. Detta fenomen – att socialarbetare avvisar strukturerade instrument av olika karaktär – stöter vi dagligen på, till exempel vid implementering av ASI (Addiction Severity Index) eller ADAD (se ovan).

Eftersom socialt arbete just nu genomgår en fas där evidensbaserade metoder står på agendan, finns det kanske anledning att fråga om socialarbetare, som gruppen vid Hillevi, överhuvudtaget kan säga, att de arbetar efter någon metod eller modell. Finns det något instrument, finns det någon metod i det de gör?

Socialarbetarna vid Hillevi arbetar eklektiskt – de har många olika teoretiska utgångspunkter för det de gör. Om vi sätter in det i ett professionellt sammanhang kan vi säga att de arbetar utifrån kunskap som vilar på teorier som tillhör en inomprofessionellt accepterad teorimassa. Genom att de tycks kombinerar detta med beprövad erfarenhet, framstår det som att här finns ingredienser som gör, att i en mening kan detta ses som embryot till en evidensbaserad praktik (se till exempel Oscarson, 2006). Även om det saknas en tydlig koppling till aktuell forskning – så som det framställs av socialarbetarna själva – finns ändå ingredienser som antyder att det finns en sådan utvecklingspotential.

EBP – evidensbaserad praktik - bygger på tre grundstenar: aktuell forskning, professionell beprövad erfarenhet samt klientens behov, förutsättningar och egna ställningstaganden (a.a.). Ett problem inom socialt arbete är att den beprövade erfarenheten vare sig är formulerad eller dokumenterad. I fall som Hillevi är det också ont om empiriska studier över arbetsätt som är framgångsrika. I en inte alltför avlägsen framtid är det fullt möjligt att flera studier av denna art visar vad som kan vara till hjälp för ungdomar och deras familjer, som de Hillevi möter. För att komma dithän krävs att arbetsättet, modellen, replikeras och utfallet studeras om och om igen (se t ex Tengvald, 2006).

Vad som är intressant i samband med denna fråga är ungdomarnas position i förhållande till vuxna. Ovan (sid 33 ff) visas vilka skyddsfaktorer socialarbetarna noterat och som kan utläsas ur akterna. Familjen framträder där som en mycket stark skyddsfaktor. Det finns en annan möjlig tolkning – resultatet skulle också kunna ses som uttryck för den *familism* som noteras av andra forskare - att den unge inte ses som en egen individ utan som en del i familjen, vars ansvar det är att lösa problem som uppstår (se t ex Sjöblom, 2002 & 2006). De journalanteckningar och motsvarande som här studeras, utgör en återspeglning av hur socialsekreterarna förstår den unges plats och position i förhållande till de vuxna i hans/hennes omvärld. Att så få noteringar återfinns rörande den unges egna positiva egenskaper, resultat i skolan och relationer till andra, kan delvis förklaras av detta förhållande, men kan också vara ett utslag av att socialtjänsten ännu inte tagit till sig en utredningsmodell som BBiC (SoS, 2006) i dessa ärenden.

Hillevi involverar inte föräldrarna mer direkt bortsett från första och sista samtalet, även om de håller kontakt, för att till exempel höra om det inträffar något som de behöver veta. Att föräldrarnas roll begränsas till dessa kontakter innebär att samtalen vid Hillevi blir ungdomarnas ” eget ” fora – ett ställe att gå till för att tala om och visa upp sig själv inför andra vuxna än föräldrarna. Det är samtidigt att notera att många ungdomar som kom till Hillevi under den studerade perioden redan hade varit med om socialtjänstens insatser i form av familjebehandling – den vanligaste insatsen för just dessa familjer. Det vill säga – Hillevi bryter av genom att förmedla till ungdomarna att ” här är det Du som står i fokus ”. Samtidigt är det Hillevi-personalens strävan är att återföra ansvaret för den unges missbruk till familjen, men under tiden ungdomarna har kontakt med Hillevi är det de facto de som står i fokus.

Görs ungdomarna till egna individer, inte bara görs till en i ett familjesystem, innebär det också att det blir lättare att se dem som en del i triaden i EBP. Att se ungdomarna som självständiga subjekt innebär också att det blir tydligare vilka individuella skyddsfaktorer som kan vara till hjälp för den unge att komma ifrån ett begynnande missbruk. Men det kräver två saker av socialtjänsten. För det första bör fokus systematiskt och i mycket högre grad sättas på skydds- och riskfaktorer och andra individuella egenskaper, som utgör resurser för den unge. Det betyder i klartext att inte stanna vid ett problemfokus. Det andra som krävs är att ungdomar ses som egna subjekt, som inte till varje pris ska utgöra en del i ett familjesystem, utan som också får lov att vara en alldeles egen ung person.

Slutligen ska frågan om socialarbetares behov av att fördjupa sitt arbete kommenteras helt kort. Generellt sett är det mycket vanligt att socialarbetare ger uttryck för en längtan eller strävan efter att få arbeta mer "behandlande" – men vad betyder det egentligen? Om vi utgår från att det finns ungdomar som under en tid under sin uppväxt prövar sig fram och "testar" gränserna för vad de själva och omvärlden "tål" – betyder det att alla behöver genomgå terapi? Sannolikt inte. Samtidigt finns det ett par ungdomar i Hillevipopulationen som behöver mycket mer än det som Hilleviprogrammet kan erbjuda, men det förtar inte intrycket av att programmet, i den utformning som det här studerats, räcker mer än väl för många, kanske för de allra flesta. Föräldrarna rapporterar också att det är Hillevis tillgänglighet och förmåga att pedagogiskt förklara saker som gjorde att de blev nöjda. Det är alltså här som den sekundärpreventiva potentialen återfinns och därmed måluppfyllelse för ett av målen som sattes för Hilleviprojektet.

Innebär detta att socialarbetarna själva, vid Hillevi men även i andra sammanhang, inte riktigt accepterar eller snarare uppskattar att arbeta med den typ av strukturerade pedagogiska korttidsinsatser som Hillevi faktiskt representerar och levererar i praktiken – och som de själva arbetat fram? Att det så att säga inte riktigt duger, egentligen inte är riktigt "socialt arbete"? När det i själva verket sannolikt förhåller sig precis tvärtom – det finns starka indikatorer att just denna typ av insats är just vad som behövs i just den fas ungdomarna befinner sig i just då.

REFERENSER

- Ahlgren, T. (2007). *Ungdomsbehandling. Hemmaplanslösning som idé och praktik*. Licentiatavhandling. Rapportserie i socialt arbete. Nr 1, 2007. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/vxu/abstract.xsql?dbid=1693&lang=sv>
2007-12-17
- Arnsvik, A (2004). *Adrian. Arbete med unga vuxna missbrukare i öppenvård*. FoU-Nordväst: rapport 2004:4
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (1998). Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4:98, s. 291-314.
- Bergmark, Å. & Lundström, T. (2000). Metoder i socialt arbete – vad är det? I Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Billquist, L. & Johnsson, L. (2007). Sociala akter som empiri. Om möjligheter och svårigheter med att använda socialarbetarens dokumentation i forskningssyfte. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 1:07, s. 3-18.
- CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2007). *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Rapport 107. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig: <http://www.can.se/documents/CAN/Rapporter/rapportserie/CAN-rapportserie-107-drogutvecklingen-i-sverige-2007-sammanfattning.pdf>
2007-12-17
- Enell, S. (2005). *Vad gör Galaxen? En utvärdering av en öppenvårdsmottagning för ungdomar som använder eller är i riskzonen för att använda droger*. Skriftserie för individ- och familjeomsorg 2005/5. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig: http://www.hj.se/upload_dir/6772251210b41c964bd13e6af86fd321.pdf
2007-11-13
- Eriksson, R. & von Greiff, K. (2004). *Metoder och visioner, vägar, berg och tunnlar. Utvärdering av ett öppenvårdsprojekt för ungdomar i Lidingö*. FoU-rapport 2/2004. Danderyd: FoU Nordost.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C., J. & Adamson, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia
- Forkby, T. (2006). *Hemmalaget formeras. Ett exempel på framväxten av öppna insatser i social barnavård*. FoU-rapport 2006:6. Göteborg: FoU i Väst/GR. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig: http://www.gr.to/download/18.55340448112b9e59b8980006627/hemmalaget_formeras.pdf
2007-12-18
- Forkby, T. & Larsson, L. (2007). *Serviceinsatser inom socialtjänsten. Perspektiv, inriktning och utsatta barns skydd*. FoU-rapport 5:2007. FoU i Väst/GR. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig: http://www.fouivast.com/download/18.4413b1f51146a52565080001708/serviceinsatser_inom_socialtjansten_inlaga.pdf
2007-11-20

Hallén Hemb, A. & Färdig, P. (2006). *Att bemästra missbruk hos ungdomar*. Ungdomsteamet Mini-Marias öppenvård för ungdomar och familjer. Rapport 2006:2. FoU i Väst/GR Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig:

http://www.fouivast.com/download/18.55340448112b9e59b8980006617/att_bemastra_missbruk.pdf
2007-10-17

Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn. Forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Gothia

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. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig:

<http://www.mobilisera.nu/upload/Unga%20missbrukare.pdf>
2007-11-19

Sjöblom, Y (2002). *På väg ut. När ungdomar rymmer och kastas ut hemifrån – ur socialtjänstens perspektiv*. Rapport i socialt arbete 103-2002. Stockholms Universitet: Institutionen för Socialt arbete/Socialhögskolan (akad.avh.)

Sjöblom, Y (2006). *I skuggan av Fadime och socialsekreterarnas arbete med hedersvåld*. FoU-Nordväst: Forskningsrapport 2006:4

Socialstyrelsen. (2006). *Barn och unga i socialtjänsten. Utredda, planera och följa upp beslutade insatser*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stattin, H. (2002). Om protektiva faktorer. I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, Wedding (red.). *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga, och planera för framtida behandling?* Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.

Stockholms läns landsting (2002). *Behovsanalys ungdom och missbruk: slutrapport*.

Rapportserie Behovsanalys 8. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig:

<http://www.hsn.sll.se/rapporter/behov/missbrukS.pdf>
2007-11-19

Svensson, B., Svensson, J. & Tops, D. (1998). *Att komma för sent så tidigt som möjligt. Om prevention, ungdomskultur och droger*. Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning.

NAD-Publikation Nr 34. Elektronisk. Pdf-format. Tillgänglig:

http://www.mah.se/upload/_upload/NAD34.doc
2007-12-18