

Behovsanalyser Ungdom och missbruk

Slutrapport

Samordningsgrupp:
Marianne Upmark, SMD
Johan Svensson, SMD
Eva Bohlin, NVSO
Eva Huslid, HSNstaben
Kjell Klevbom, KSL



UPPDRAGET	3
SYFTE	3
Definitions­mässig av­gränsning	4
RAPPORTENS UPPLÄGG	5
BAKGRUND	6
Förändrade förutsättningar för svensk alkoholpolitik	6
Tillståndsgivning för alkohols­servering	6
Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador	7
Nationell narkotikahandlingsplan	8
ALKOHOLKONSUMTION OCH ALKOHOLVANOR	9
Alkohol­konsumtionen i ett internationellt perspektiv	9
Alkohol­konsumtionen i riket	9
Den svenska alkohol­kulturen	10
ALKOHOL OCH UNGA	11
Varför dricker ungdomar alkohol?	11
Alkoholvanor bland ungdomar	12
NARKOTIKA OCH UNGA	15
Narkotikautvecklingen och sniffning bland ungdom och unga vuxna	15
RISKER MED MISSBRUK OCH SAMBAND MELLAN KONSUMTIONSVANOR OCH VISSA BETEENDEN	16
ALKOHOLVANOR OCH NARKOTIKAMISSBRUK BLAND UNGDOMAR I STOCKHOLMS LÄN	17
Stockholms stad	18
Lokala data måste tolkas med försiktighet	18
Sammanfattande beskrivning av alkoholvanor och missbruk av narkotika bland ungdomar	19
ALKOHOL- OCH DROGFÖREBYGGANDE ARBETE	20
Några vanliga begrepp inom förebyggande arbete	20
Förhållandet mellan riskfaktorer, skyddsfaktorer och prevention	21
Exempel på primärpreventiva åtgärder i skola/förskola	22
Vuxnas betydelse	23
Åtgärder riktade mot tillgången	23
Kontroll av försäljning/servering till minderåriga	23
Samordnade åtgärder	24
Effekter av prevention	24
Sekundärpreventiva insatser	24
Strukturella förhållanden	25
Alkohol- och drogpreventiva insatser i kommunerna i Stockholms län	25
Brist på dokumentation	26
Stöd till det förebyggande arbetet i Stockholms läns kommuner	26

Frivilligorganisationer _____	26
VÅRD OCH BEHANDLING _____	27
Landstingets slutenvård _____	27
Tonåringar som vårdats inom Stockholms läns landstings slutenvård _____	27
Kommunvis utveckling av antalet tonåringar som vårdats inom Stockholms läns landstings slutenvård _____	29
Huvuddiagnoser vid första vårdtillfället år 2001 _____	29
Förändringar beträffande de fem vanligaste huvuddiagnoserna vid första vårdtillfället åren 1997 till 2001 _____	31
Antal och andel vårdtillfällen och vårddagar år 2001 _____	32
Utvecklingen det senaste halvåret _____	34
Öppenvårdsinsatser vid Maria Ungdom _____	34
Vård/behandling inom socialtjänsten _____	35
Resultat _____	35
DEMOGRAFISK UTVECKLING _____	37
SKATTNING AVSEENDE BEHOV AV VÅRD/BEHANDLING ÅR 2007 _____	38
Antaganden bakom samtliga prognoser _____	38
Illustration av tre olika scenarier _____	40
Scenario 1 _____	40
Scenario 2 _____	42
Scenario 3 _____	43
Sammanfattande kommentar till scenarierna _____	43
REKOMMENDATIONER OCH FÖRSLAG _____	44
Gemensam behovsbild _____	44
Gemensam planering av åtgärder/insatser _____	45
Tydlig ansvars-/rollfördelning _____	45
Gemensam kunskapsutveckling _____	45
Förbättrad primärprevention _____	46
Förbättrad sekundärprevention _____	46
REFERENSER _____	48

UPPDRAGET

Under år 2000 påtalade en arbetsgrupp inom Stockholms läns landsting med representanter från beställare och Beroendecentrum Nord behovet av en fördjupad behovsanalys rörande ungdom och missbruk. Gruppen hade konstaterat att åldersgruppen 13-20 år kommer att öka kraftigt i Stockholms län under de närmaste åren samtidigt som en ökande andel ungdomar berusar sig och har erfarenhet av att använda narkotika. Ett ökat antal ungdomar som söker hjälp vid Maria Ungdom hade också noterats. Detta ledde till att Hälso- och psykiatriutskottet samma år gav HSNstaben och Nordvästra sjukvårdsområdet (NVSO) i uppdrag att i samarbete med Samhällsmedicin (SMD) diskutera form, inriktning och omfattning av en sådan behovsanalys.

I december 2001 uttryckte Parlamentariska kommittén för uppföljning av missbrukarvården och beroendevården i länet kraftig oro över utvecklingen vad gäller unga missbrukare. Detta ledde till att det tidigare uppdraget aktualiserades. Kommittén beslutade att ägna mötet den 13 maj 2002 åt missbruket bland ungdomar. Man uppdrog åt KSL (Kommunförbundet Stockholms Län) och HSN att till mötet skriftligen redovisa situationen vad gäller unga missbrukare i länet, landstingets och kommunernas insatser (vad är på gång och vilka brister finns det?) och vad som behöver göras. Situationen vad gäller invandrarungdomar och droger liksom frivilligorganisationernas insatser skulle särskilt beaktas.

Kommitténs uppdrag resulterade mars 2002 i en överenskommelse om behovsanalys rörande ungdom och missbruk mellan HSN/NVSO i samarbete med KSL och SMD representerat av Centrum för Alkohol- och Drogprevention (CADP).

Samordnare/projektledare har varit Marianne Upmark SMD (CADP) som till sin hjälp har haft Johan Svensson SMD (CADP).

Arbetet har letts av en samordningsgrupp bestående av Eva Bohlin NVSO, Eva Huslid HSNstaben, Kjell Klevbom KSL och Marianne Upmark SMD.

En referensgrupp med representanter för samtliga sjukvårdsområden, KSL, Socialtjänstförvaltningen i Stockholms stad, kommunernas FoU-enheter, polisen och HSNstaben har följt arbetet och bidragit med erfarenheter.

SYFTE

I överenskommelse mellan beställaren och Samhällsmedicin formuleras syftet för behovsanalysen på följande sätt:

- att ta fram ett brett och övergripande kunskapsunderlag avseende tonåringars missbruk av alkohol, narkotika och andra substanser så att parlamentariska kommittén (men också sjukvårdsområdena och kommunerna) får tillräcklig kunskap för att bättre kunna bedöma framtida behov av prevention och vård/ behandling.

Definitionsmässig avgränsning

I avsaknad av entydig definition av begreppet missbruk har begreppet i behovsanalysen definierats som ett bruk av alkohol och/eller narkotika och/eller andra substanser som uppfattas som problem. Eftersom syftet enligt ovan primärt är att utgöra *övergripande* underlag för vårdbehov/behandlingsinsatser görs i analysen i huvudsak ingen åtskillnad beroende på vilken drog det gäller. Uppdraget omfattar hela länet och avgränsas till att omfatta ungdomar i åldersgruppen 13-19 år.

Uppdraget är på g a sitt ämnesområde, med vård- och behandlingsansvar fördelat på både primärkommuner och landstinget, mer omfattande än tidigare behovsanalyser. Därtill kommer ett osäkert kunskapsläge vad gäller såväl förekomst av ungdomar med behov av vård och behandling som vad gäller effektiva preventiva åtgärder. Osäkerheten medför att analyserna i denna rapport baseras på ett mer ovisst underlag än vad som varit fallet om forskningsläget inom dessa områden varit mer utvecklat. Denna betydande ovisshet vad gäller kunskap liksom i många fall väsentliga metodproblem kommer att kommenteras i anslutning till varje avsnitt.

RAPPORTENS UPPLÄGG

Analysarbetet som redovisas i denna slutrapport har genomförts i två steg.

Slutrapporten innehåller såväl en övergripande omvärlds- och kunskapsbeskrivning (steg 1) som en mer täckande behovsanalys rörande missbruk bland ungdom. Rapporten är tänkt att tjäna som planeringsunderlag och innefattar rekommendationer om åtgärder att vidtas i både landstinget och kommunerna (steg 2). Behovsanalysen baseras på vårddata från landstinget, enkätuppgifter från kommunerna, befolkningsprognos t o m år 2007 samt på omvärldsanalysen.

Omvärldsanalysen som inleder rapporten omfattar en nulägesbeskrivning av den svenska alkohol- och drogsituationen samt vad man vet om konsumtion och konsumtionsmönster främst bland tonåringar. Därefter följer en sammanfattning av kunskapsläget rörande risker förknippade med missbruk bland ungdom samt från forskning om preventiva åtgärder. Tonvikten i beskrivningarna ligger på alkohol. Detta främst beroende på medlets dominans som drog, dels för att missbruk av andra droger har ett mycket starkt samband med alkoholanvändning. Ungdomars bruk av tobak omfattas inte av denna behovsanalys.

Den inledande bakgrundsbeskrivningen (omvärldsanalysen) följs av data om vård och behandling för ungdomar i Stockholms län under perioden 1997-2001. Därpå redovisas den demografiska utvecklingen i nämnda åldersgrupper fram till år 2007, d v s avseende de närmaste fem åren.

Slutligen presenteras en behovsanalys avseende behov av slutenvård fram till år 2007 utifrån tre olika scenarier rörande missbruk bland ungdom:

- Scenario 1: med i förhållande till dagsläget i stort sett oförändrad situation
- Scenario 2: med i förhållande till dagsläget ökad konsumtion
- Scenario 3: med i förhållande till dagsläget kraftigt ökad konsumtion

De tabeller som är införda i den löpande texten har samma nummer som i den till antalet tabeller mer omfattande tabellbilagan.

BAKGRUND

Förändrade förutsättningar för svensk alkoholpolitik

Genom alkohollagen som trädde i kraft den 1 januari 1995 upphörde de tidigare import-, tillverknings- och partihandelsmonopolen. Det enda statliga alkoholmonopolet utgöres idag av detaljhandelsmonopolet (Systembolaget). Förändringarna har medfört att Sverige fått en växande och mer konkurrensutsatt alkoholnärings.

Den svenska restriktiva alkoholpolitiken med ovanstående monopol samt begränsad tillgänglighet och i förhållande till de flesta övriga europeiska länder hög beskattning av alkoholhaltiga drycker har emellanåt varit livligt debatterad. Olika perioder då tillgängligheten ökat avseende starköl samt då mellanölet infördes ledde till kraftiga ökning av våldsbrottsligheten bland ungdomar.

Den ökande internationaliseringen har medfört ett ökat handelsutbyte, ett ökat privat resande och ett närmande till andra länder när det gäller attityder och värderingar. Detta förväntas leda till en allt större homogenisering mellan olika länder, vilket inte minst gäller ungdomar där man kunnat konstatera sinsemellan allt mer likartade livsstilar i Europas länder. I allt fler länder utbildar sig både flickor och pojkar längre än tidigare generationer och väntar med att skaffa familj. Hur påverkar denna förlängda ungdomstid bruket av alkohol och droger?

Därtill har från den 1 juli 2000 införselkvoterna som en resande kan föra in till Sverige från annat EU-land successivt ökat. För närvarande (oktober 2002) får en resenär införa 2 liter sprit, 6 liter starkvin, 26 liter vin och 32 liter starköl. Från år 2004 kommer samma införselregler att gälla i Sverige som i övriga EU-länder. Detta innebär att från 2004 får varje resande (20 år eller äldre) per restillfälle införa 10 liter spritdrycker, 20 liter starkvin, 90 liter vin och 110 liter starköl.

En färsk dom (4 mars 2002) i Stockholms tingsrätt som i princip ger klartecken för reklam för alkoholhaltiga drycker i TV, radio och tidningar utgör ett annat exempel på hur harmoniseringen med bestämmelserna med övriga länder inom Europa alltmer tvingar Sverige till en mindre restriktiv alkoholpolitik. I domen (som är överklagad till marknadsdomstolen) konstaterar tingsrätten att verkligheten redan gjort att det svenska förbudet mot alkoholreklam är verkninglös, eftersom alkoholreklam förekommer så flitigt i utlandsbaserade betalkanaler i TV. Detta förhållande kan av svenska varumärken betraktas som bristande konkurrensneutralitet.

Sammantaget förväntas dessa förändringar medföra att priserna på alkoholhaltiga drycker pressas nedåt för att alltmer harmoniseras med prisnivån i övriga EU-länder samtidigt som tillgängligheten kommer att öka ytterligare. Parallellt med en förändrad, mer alkoholliberal opinion hos allmänheten kan dessa förhållanden förväntas medföra en ökad konsumtion och därmed ökade skador.

Tillståndsgivning för alkoholserving

Förutom de beskrivna förändringarna vad gäller svensk alkoholpolitik har en förändring skett avseende beviljande av utskänkningstillstånd av alkoholhaltiga drycker. Genom alkoholpolitiska kommissionens förslag överfördes 1996 tillståndsgivningen för

alkoholservering från länsstyrelserna till kommunerna. I Stockholms län har det sedan början av 80-talet skett en femfaldig ökning av antalet utskänkingsställen.

Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador

Sverige har en av de lägsta registrerade försäljningsnivåerna för alkohol i EU. Även alkoholskadorna ligger på en låg nivå. Politiken har kännetecknats av befolkningsinriktade åtgärder som syftar till att begränsa tillgänglighet och efterfrågan på alkohol. För att möta de ändrade förutsättningarna för den svenska alkoholpolitiken har riksdagen antagit en Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/2001:20) med åtgärder bl a avsedda att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade, förebyggande insatser på kommunal nivå. I planen anges att målet för samhällets alkoholpolitik även i fortsättningen skall vara att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Målet bör uppnås genom åtgärder mot skadligt dryckesbeteende och genom att sänka den totala alkoholkonsumtionen.

Ambitionen är att den totala alkoholkonsumtionen i landet ska ha minskat till år 2005. Målet ska uppnås genom att förhindra att människor blir storkonsumenter och genom att försöka påverka storkonsumenters dryckesbeteende. Framför allt gäller detta bland ungdomar och unga vuxna.

Som särskilt prioriterade delmål anges:

- ingen alkohol skall förekomma i trafiken, på arbetsplatser eller under graviditet,
- åstadkomma en alkoholfri uppväxt,
- skjuta upp alkoholdebuten,
- minska berusningsdrickandet,
- åstadkomma fler alkoholfria miljöer,
- undanröja den illegala alkoholhanteringen

Huvudinriktningen för alkoholpolitiken är således att stimulera utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på kommunal nivå.

På **nationell nivå** är Statens folkhälsoinstitut (FHI) en av flera aktörer. Bland uppdragen ingår vissa tillsynsuppgifter, vilka tidigare utövades av Alkoholinspektionen. Institutet ska också tillhandahålla kunskapsunderlag om alkohol för olika aktörers information till allmänheten och till riskgrupper.

En **ny statlig kommitté**, Alkoholkommittén, har inrättats för att samordna insatserna på nationell nivå. I kommittén finns representanter för departement och myndigheter med ansvar för alkohol- och drogfrågor. En rad frivilligorganisationer är också involverade i det alkoholskadeförebyggande arbetet.

På **regional nivå** ska **länsstyrelsen** verka för en samordning av metod- och kompetensutveckling i respektive län. Länsstyrelserna har nämligen ett visst utvecklingsansvar i och med att de fördelar utvecklingsmedel för både förebyggande verksamhet och vård som avser både alkohol- och narkotikamissbruk.

Landstingen har förutom vård en viktig funktion i hälso- och sjukvårdens primär- och sekundärpreventiva arbete. Landstingen bör förbättra informationen vid mödra- och barnhälsovården, ungdomsmottagningarna och i sjukvården.

Kommunerna ska förbättra informationen i skolorna och utöka kontrollen över miljöer med berusningsdrickande. Skärpt tillsyn av åldersgränser vid servering och inköp ska utövas. Föreningar skall kunna få stöd. Kommunerna ska därtill ge stöd till barn med missbrukande föräldrar.

Nationell narkotikahandlingsplan

Med narkotika avses i Sverige de preparat som finns upptagna i Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika. De flesta av dessa medel är föremål för kontroll enligt internationella överenskommelser, men föreskrifterna omfattar även några medel som enligt svenska bestämmelser klassificeras som narkotika. Det gemensamma för medlen är att de påverkar centrala nervsystemet. I Sverige betecknas allt icke medicinskt användande av narkotika som missbruk. Detta innebär att begreppet kan omfatta allt ifrån konsumtion vid något enstaka tillfälle till regelbunden användning. CAN påtalar (2002 Rapport 68) att en beskrivning av narkotikasituationen bör inkludera olika former av narkotikaanvändning och en beskrivning av dessa. Om ej, är risken överhängande att felaktiga slutsatser dras om problemets karaktär.

Våren 2002 antog Riksdagen en proposition om nationell handlingsplan mot narkotika (Prop 2001/02:91) där det slogs fast att målet för den svenska narkotikapolitiken även fortsättningsvis skall vara ett narkotikafritt samhälle. För att genomföra planen tillsattes en nationell narkotikasamordnare (Björn Fries). För samordningen av de nationella insatserna har ett kansli tillsatts, Mobilisering mot narkotika, vars uppdrag är att initiera och samordna insatserna på nationell nivå. Samordnaren presenterade nyligen en aktionsplan för verksamhetsperioden 2002-2004.

Huvudbudskapen är:

- tillgången till narkotika ska strypas,
- färre ungdomar ska pröva och experimentera med droger,
- fler personer med missbruksproblem ska få hjälp att sluta missbruka.

Aktionsplanen kan i sin helhet laddas hem från: www.sou.gov.se/mob

ALKOHOLKONSUMTION OCH ALKOHOLVANOR

Alkoholkonsumtionen i ett internationellt perspektiv

Efterkrigstiden har karakteriserats av en tilltagande konsumtion av alkohol i stora delar av världen. Det finns ett påvisbart samband mellan den totala konsumtionsnivån i samhället och skadenivån. Om konsumtionen förändras, så förändras också skade- och brottsnivån enligt ett förutsägbart mönster. Sverige har en av de lägsta registrerade försäljningsnivåerna för alkohol i EU. Även alkoholskadorna ligger på en låg nivå. Politiken har kännetecknats av befolkningsinriktade åtgärder som syftar till att begränsa tillgänglighet och efterfrågan på alkohol, men EU-medlemskapet har, som beskrivits ovan, förändrat väsentliga delar av den förda politikens villkor.

Alltsedan 1980-talet karakteriseras utvecklingen på flera håll av en minskad konsumtion. I t ex Frankrike, Italien och Spanien noteras framförallt en minskning av vinkonsumtionen medan spriten ökat sin andel av den totala alkoholförsäljningen. Utjämnningen av konsumtionsnivåerna länderna emellan innebär också en utjämning av den alkoholrelaterade dödligheten och framförallt då dödlighet i levercirrhos där EU:s vinländer minskat sin dödlighet, de sk ölländerna ökat sin, medan Norge, Finland och Sverige visar en ganska konstant nivå.

I en internationell studie (Hibell m fl 2000) som första gången genomfördes 1995 jämfördes ungdomars drogvanor i 26 europeiska länder. Vid den senaste undersökningen som genomfördes år 1999 visade det sig att alkoholkonsumtionen fortfarande var hög i Syd- och Mellaneuropa medan berusningsdrickandet är vanligare i Norden och på de brittiska öarna. De svenska ungdomarna dricker mycket då de väl dricker. Denna studie pekar också på att berusningsdrickande och intensivkonsumtion har ökat i nära hälften av länderna i Europa. Vad gäller användandet av illegala droger har detta ökat i en stor majoritet av länderna och framförallt i centrala och östra Europa.

Alkoholkonsumtionen i riket

Vid försök till mätning av den totala konsumtionen av alkohol brukar man skilja mellan registrerad respektive oregistrerad försäljning av alkoholhaltiga drycker. Med registrerad (statistikförd) konsumtion avses försäljning på Systembolaget och restauranger samt försäljning av folköl i livsmedelsbutiker. Efter andra världskriget var den registrerade försäljningen av alkohol mycket låg i Sverige jämfört med andra länder (4 liter ren alkohol per invånare i åldrarna 15 år och däröver). Efter motbokens avskaffande 1955 fram till mitten av 70-talet, ökade försäljningen kraftigt och nådde sin topp med 7,7 liter 1976 och sjönk därefter fram till 1984. De två senaste åren har den dock åter stigit och enligt senaste försäljningssiffrorna ökade detaljhandelsförsäljningen under perioden jan-aug i år (2002) med 12,2% jämfört med motsvarande period föregående år. Den totala alkoholkonsumtionen uppgick 2001 till 9,1 liter ren alkohol per person (15 år och äldre) och år. Fortsätter konsumtionen att öka i samma takt som under 12-månadersperioden april 2001-mars 2002 kommer den att överstiga 10 liter ren alkohol i slutet av år 2002 eller början av år 2003 (Leifman och Trolldal 2002).

För att få kunskap om utvecklingen, omfattningen och fördelningen av konsumtionen i olika befolkningsgrupper är man hänvisad till frågeundersökningar. Varje år gör CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) en drogvanundersökning i årskurs 9 och bland värnpliktsmönstrande. Av studierna bland mönstrande har framkommit att den högsta frekvensen av berusningsdrickande (någon gång i veckan eller oftare) noterades under 1970-talet (mellanölsperioden). Därefter sjönk den under 1980-talet. Under 1990-talet har berusningsintensiteten åter ökat och ligger nu på nästan samma nivå som under 1970-talet. Enligt den senaste undersökningen (2001) där ett frågebatteri om alkoholvanor (AUDIT) ingick hade totalt 14% av de mönstrande (18-19 år) riskabla alkoholvanor.

Riksrepresentativa undersökningar görs också bland ungdomar/unga vuxna och bland vuxna. Så sker också i levnadsvaneundersökningarna, ULF.

Sedan juni 2000 kartläggs alkoholkonsumtionen i Sverige månadsvis av SoRAD (Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning) på uppdrag av regeringen. Utgångspunkten är den registrerade försäljningen av alkoholdrycker. För att fånga upp den oregistrerade konsumtionen genomförs frågeundersökningar till personer i åldersintervallet 16-80 år. Med oregistrerad konsumtion avses resandeförsel, smuggling och hemtillverkning av sprit, vin och öl. Den registrerade försäljningen stod enligt beräkningar gjorda av SoRAD avseende 2000/2001 för 71 procent av den totala konsumtionen, resandeförseln för 20, hemtillverkning för 5,5 medan smugglade alkoholdrycker stod för drygt 3,5 procent.

Den procentuella fördelningen av den totala alkoholkonsumtionen i Sverige var år 2000/2001: vin 37, spritdrycker 27, starköl 26 och folköl 10 procent.

Den svenska alkoholkulturen

I Sverige inträder alkoholdebuten och det regelbundna drickandet högre upp i åldrarna än i Central- och Sydeuropa. Stora förändringar sker i 14-årsåldern då många börjar dricka alkohol. Utmärkande för alkoholkonsumtionen bland svenska ungdomar och unga vuxna är att den successivt ökar från alkoholdebuten för att nå sin topp i åldern 20-24, varefter den avtar för att ligga tämligen still i intervallet 30 till 50 år, för att därefter gradvis avta ytterligare. Någon liknande åldersfördelning finns inte redovisad i andra EU-länder (Leifman 2000).

Alkoholvanorna har förändrats mycket under 1900-talet. Restaurangserveringens andel har ökat och det har skett en tydlig omfördelning från sprit till vin och öl. Däremot kvarstår veckoslutsdrickandet som det dominerande dryckesmönstret.

Studier har visat att de sammanhang där alkoholkonsumtion bland ungdomar förekommer är på fester och i andra situationer tillsammans med kamrater. Detta förhållande belyser att drickandet är ett socialt beteende som påverkas av den kultur vi lever i och vilka normer som präglar denna. Troligtvis är detta en av förklaringarna till att alkoholvanor bland skolorngdomar är så svåra att påverka.

ALKOHOL OCH UNGA

Varför dricker ungdomar alkohol?

Det finns ett antal studier kring orsakerna till varför ungdomar dricker alkohol. Gemensamt för de flesta studier är att de betonar det faktum att alkoholen är en del av den svenska kulturen och sett ur det perspektivet är frågan lika relevant för vuxna som för ungdomar. En tolkning av Karlsryds intervjuer med ungdomar är att ungdomar dricker alkohol av samma skäl som vuxna. Det vill säga för att: *det blir lite roligare, man kan slappna av och koppla bort verkligheten, för att det är gott* eller för att: *det är spänning att dricka för att det är förbjudet* (Karlsryd 2001, s 14f). Enbart det sista får anses som irrelevant för vuxna.

Leifman (2000, nätversion varför sidhänvisning saknas) har ett liknande perspektiv men betonar alkoholens dubbla sidor.

”Men det säger sig självt att för de flesta ungdomarna (och för många vuxna också för den delen) är det de positiva aspekterna av alkoholen som gör att man överhuvudtaget dricker. De negativa sidorna har belysts i mycket större omfattning än de ljusa. Det går dock inte att förstå alkoholbruket fullt ut om inte båda sidorna belyses. Detta blir speciellt tydligt vid studier av ungdomars alkoholvanor. Unga människor börjar inte dricka alkohol för att uppnå de negativa effekterna utan just för att alkoholen fyller flertalet sociala och kulturella roller, exempelvis som markör för samhörighet, vänskap och övergång från barndom till vuxenliv. Debuten av alkohol i tonåren, det experimentella bruket som sedan ofta följer under några år, och den många gånger höga alkoholkonsumtionen runt de tjugo förblir ett mysterium om inte de positiva värderingarna runt alkoholens kulturella och sociala funktioner kartläggs.”

Att experimentera med att dricka alkohol är ett fullt normalt tonårsbeteende men för en del ungdomar leder experimenterandet till olika problem, antingen i samband med berusning eller efter längre perioder av drickande. Bl a Pape (1996) betonar att för att utforma effektiva förebyggande insatser är det otillräckligt med forskning om skadeverkningar och riskfaktorer. Det krävs även forskning om alkoholens positiva upplevda sidor. Bruket av alkohol tillvaratar ett antal sociala och utvecklingspsykologiska behov. Således är enligt Pape alkoholbruk speciellt lämpat som markör för närmandet till vuxenvärlden. Att dricka alkohol innebär en anpassning till vuxenrollen och socialisering in i en kultur där alkohol har en stark förankring. Samtidigt som föräldrar och andra är fördömande och restriktiva i sin syn på alkoholbruk hos minderåriga dricker de allra flesta vuxna alkohol. Pedersen (1992,1994) har påpekat att det i sekulariserade samhällen finns få andra markörer eller rituella handlingar som bidrar till att befästa övergången till rollen som vuxen. Andra studier har påvisat alkoholens roll i samband med identitetsutvecklingen, varvid det har visat sig att måttlig alkoholkonsumtion ingår som ingrediens i ungdomstidens normala utvecklingsförlopp. Jessor (1982) anger att bruk av olika typer av droger av ungdomar kan betraktas som en naturlig del av övergången från ungdom till att bli vuxen. Ett antal studier (bland annat Leifman m fl 1995) har även visat att ungdomar som inte dricker alkohol eller som debuterar sent uppvisar olika typer av avvikelser vad gäller umgänge med vänner etc.

En översiktsstudie av alkoholbruk och missbruk bland ungdomar i England påvisar det normala i alkoholbruk, och även tillfälligt missbruk, bland majoriteten av ungdomar (May 1992). Andra studier visar att berusningsdrickande bland ungdom i många fall är ett

övergående fenomen (Fillmore 1988). En av de mest utslagsgivande faktorerna för alkoholkonsumtion bland ungdom är ålder, vilket tyder på att man lär sig dricka alkohol som ett led i att bli vuxen och successivt anamma de vuxnas vanor (Marklund 1983).

Pape (1996) drar slutsatsen att det mest realistiska preventiva målet är att få ungdom att uppskjuta sin alkoholdebut. Detta mål anser hon kan vara lättare att uppnå om man satsar på begränsningar av tillgängligheten än om man försöker få ungdomar att välja ett liv utan alkohol. Ett samband mellan ålder vid alkoholdebuten och framtida alkoholkonsumtion har även kunnat påvisas i en norsk studie där ungdomar i 12-15 års ålder följts sex år framåt i tiden (Pedersen och Skrondal 1998).

Alkoholvanor bland ungdomar

Varje år gör CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) en drogvanundersökning i årskurs 9. Trots de metodproblem som finns vid denna typ av studier bedöms enkäterna återspegla trender relativt väl.

Alkoholkonsumtionen bland ungdomar i Sverige har i stort sett utvecklats på samma sätt som hos resten av befolkningen. Den beräknade *totalkonsumtionen* av alkohol bland 15-16-åriga elever ökade under 1990-talet och ligger nu över den nivå som rådde under slutet av 1970-talet när den registrerade alkoholförsäljningen nådde sin topp. Pojkarna uppger att de dricker ungefär dubbelt så mycket som flickorna gör. Från CANs studier kan det konstateras att en marginell minskning skett vad gäller pojkarnas konsumtion mellan åren 2000 och 2001 (CAN 2002).

Med *intensivkonsumtion* avses ett alkoholintag motsvarande en halv flaska sprit, *eller* en flaska vin, *eller* fyra burkar starköl, *eller* sex burkar folköl vid samma tillfälle. CAN har kunnat konstatera att detta dryckesmönster tycks ha ökat bland elever i årskurs 9 från andra halvan av 1980-talet till mitten av 1990-talet varefter en utplaning skett. (Diagram 1, sid. 14). I den senaste studien, avseende 2002, uppgav 30 % av pojkarna och 25% av flickorna en dylik konsumtion en gång i månaden eller oftare. I samtliga undersökningar rapporterar pojkarna en något högre intensivkonsumtionsfrekvens än flickorna.

Även den andel av eleverna som uppger att de känner sig *berusade "varje" eller "nästan varje gång"* de dricker, ökade såväl bland pojkarna som bland flickorna i slutet av 1980-talet. Pojkarnas andel har därefter legat i stort sett oförändrad strax under 40% (35 % 2002). Flickornas andel ökade från 29 % 1989 till 42% 1995 (Diagram 2, sid.14). År 2002 var motsvarande värde 36% (CAN Skolelevers drogvanor 2002).

Intressant att notera är att förändringarna i intensivkonsumtion mellan olika år är mycket mer uttalad än motsvarande förändringar för berusningsdrickande samt att det sedan 1990 i stort sett inte är någon skillnad i berusningsdrickande (mätt som andelen som berusar sig vid varje eller nästan varje tillfälle de dricker) mellan flickor och pojkar. (Diagram 1 och 2). Däremot finns det fortfarande en skillnad mellan könen avseende intensivkonsumtion någon gång i månaden eller oftare. (Andersson m fl 2002).

Alkoholkonsumtionen bland elever i årskurs 9 har ökat sedan början av 90-talet och ligger idag något högre än de nivåer som gällde under slutet av 70-talet (mellanölsperioden). Likaså har berusningsdrickandet ökat. Speciellt anmärkningsvärt är att det sedan slutet av 80-talet är lika vanligt att flickor som pojkar rapporterar att de känner sig berusade varje eller nästan varje gång de dricker.

Vidare kan man sammanfatta kunskapsläget rörande ungdomars alkoholvanor med att konstatera att vi har en förhållandevis god kunskap om andelen alkoholkonsumenter, deras dryckespreferenser och konsumtionsmönster men påfallande liten kunskap om varför ungdomar dricker. Forskningen om ungdomar och alkohol har haft en klar övervikt till förmån för kvantitativa studier med epidemiologisk och/eller sociologisk ansats medan forskning med en kvalitativ ansats varit mer sällsynt.

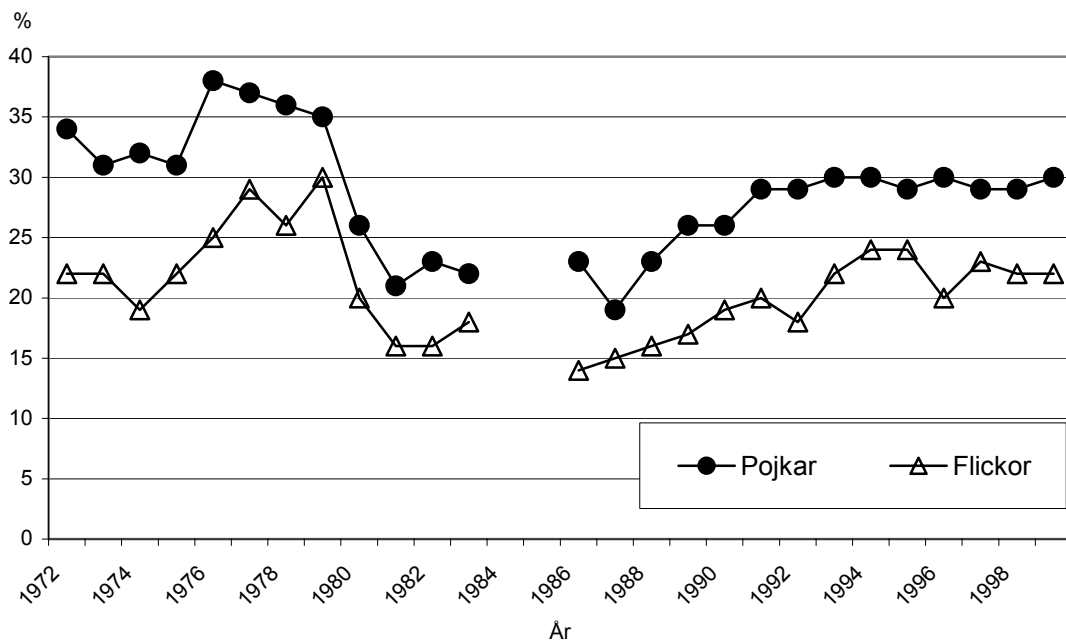


Diagram 1. Andelen i årskurs 9 som intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden efter kön. (Källa: Anderson et al 2002)

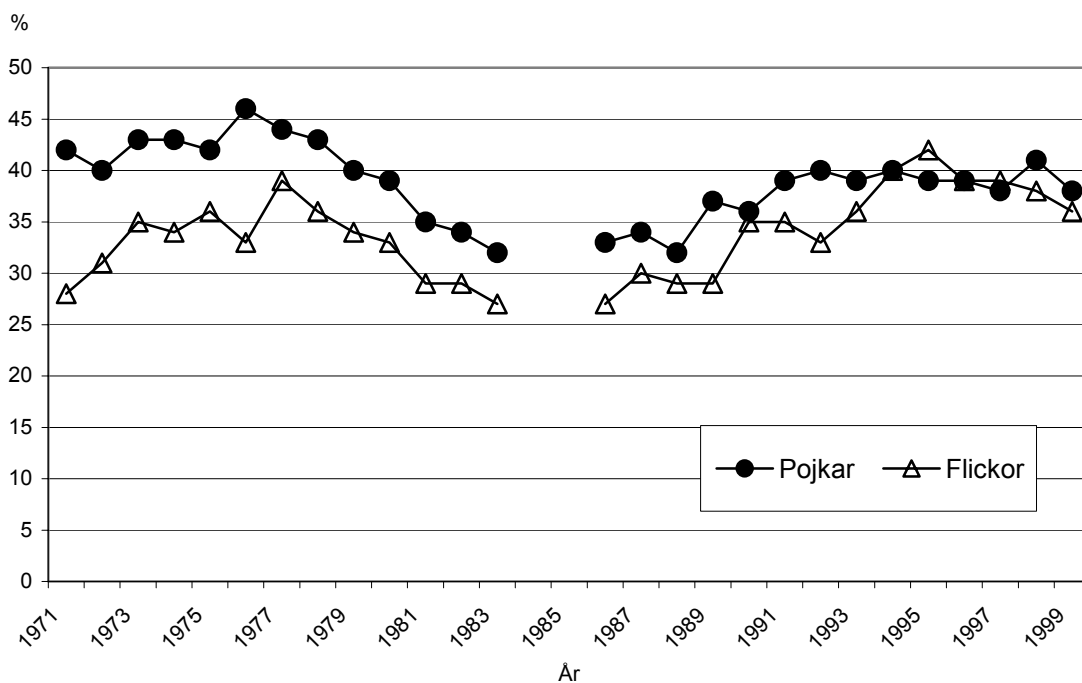


Diagram 2 Andelen i årskurs 9 som rapporterar att de känner sig berusade vid varje eller nästan varje tillfälle de dricker alkohol efter kön, 1971- 99. (Källa: Anderson et al 2002)

NARKOTIKA OCH UNGA

Narkotikautvecklingen och sniffning bland ungdom och unga vuxna

Under 1970-talets inledande år var det ca 15 % av både manliga och kvinnliga elever i årskurs 9 som någon gång provat narkotika. Under 1980-talet sjönk denna andel betydligt och var vid 1990-talets början 3-4%. Sedan dess har andelen ökat gradvis. Ökningarna från ett år till ett annat har inte varit stora, men sammantaget blir förändringen betydande. Sålunda uppgav år 2001 8% av flickorna och 10 % av pojkarna att de någon gång provat narkotika. Motsvarande siffror år 2002 var 8% bland både pojkar och flickor. Sedan slutet på 80-talet har det, bland dem som aldrig använt narkotika, skett en fördubbling bland dem som svarat att de haft möjlighet att prova narkotika. I den senaste undersökningen var det 25% av eleverna som uppgav att så varit fallet (CAN 2002 Skolelevers drogvanor -preliminär sammanfattning).

Sniffningsvanorna har följt en likartad utveckling som narkotikavanorna. Efter en kontinuerlig minskning under 70- och 80-talen i andelen som sniffat har det under 90-talet skett en ökning. År 1991 var andelen som provat 6% bland pojkarna och 3% bland flickorna. 1995 hade motsvarande andelar ökat till 12 respektive 7% för att i 2002 års undersökning ha sjunkit till 9% av pojkarna och 7% av flickorna.

Utvecklingen bland unga vuxna där regelbundna uppgifter endast inhämtas bland mönstrande, dvs i huvudsak unga män, har varit tämligen likartad den för eleverna i årskurs 9. Under åren 1971-1982 låg andelen som provat narkotika på ca 17% för att därefter successivt minska till 6% 1988, för att år 2000 åter ligga på samma nivå som på 70-talet.

Den ökande narkotikaerfarenheten bland ungdomarna under 1990-talet anses bero på att nyfikenheten på narkotika såväl som den upplevda tillgängligheten ökat.

Även om studier av grupper med tunga missbrukare (med detta avses ofta personer som injicerar och all daglig eller nästan daglig användning av narkotika oavsett intagningsätt) ofta visar på en tidig och social problematik hos dessa är det naturligtvis inte så att alla som provat narkotika har denna bakgrund. Däremot är det så att de som fortsätter använda narkotika skiljer ut sig med avseende på egenskaper som skolk, otrivsel i skolan, lägre utbildningsnivå m m dels från dem som provat narkotika enstaka gånger, och i synnerhet från dem som aldrig provat narkotika (CAN Rapport 68/2002).

I ett internationellt perspektiv är de svenska ungdomarnas erfarenhet av narkotika låg. Som exempel kan nämnas att andelen svenska ungdomar, i åldern 15-16 år, som rökt marijuana eller hasch de senaste 30 dagarna endast var 1-2% (Hibell m fl 2000). Motsvarande andel var i Frankrike 22% (störst andel i studien), USA 19%, Danmark 8%, och Finland 2%.

Sammanfattningsvis kan man på riksnivå konstatera att den ökningstrend i andelen elever som använt narkotika som observerades under 1990-talet har brutits i den senaste studien (år 2002) då 8% av både pojkar och flickor provat narkotika, vilket är en fördubbling sedan 1990-talets början. Samtidigt konstateras en fördubbling sedan 80-talet bland dem som aldrig använt narkotika, men som svarat att de haft möjlighet att prova narkotika.

RISKER MED MISSBRUK OCH SAMBAND MELLAN KONSUMTIONSVANOR OCH VISSA BETEENDEN

Sambandet mellan erfarenhet av narkotika och konsumtion av alkohol och tobak är starkt. De elever som har erfarenhet av narkotika har i större utsträckning också en hög årlig konsumtion av alkohol och berusar sig oftare än de elever som inte har någon erfarenhet av narkotika. Liknande samband finns mellan alkoholkonsumtionens storlek och erfarenhet av andra medel. Ju högre årskonsumtion av alkohol desto högre andel elever som röker/snusar, sniffar samt som använt narkotika.

Vidare finns samband mellan drogkonsumtionen och vissa andra variabler som mäter elevernas anpassning i skolan och privat. Som exempel kan nämnas att bland de elever som använt narkotika så är det betydligt fler som vantrivs i skolan och som skolkar ofta jämfört med dem som aldrig provat narkotika. CAN påpekar i sin rapport "Skolelevers drogvanor 2001" att det finns relativt betydande skillnader i drogerfarenhet mellan de elever i årskurs 6 som skolkat och de som inte skolkat. Det finns därför anledning att tidigt uppmärksamma skolk, inte bara för att det är ett problem i sig, utan också för att det kan vara en indikator på andra typer av problem, däribland konsumtion av alkohol och andra droger (CAN 2002). Som Statens folkhälsoinstitut påtalat utgör den accelererande alkoholkonsumtionen ett speciellt hot mot socioekonomiskt utsatta ungdomars välbefinnande och hälsa (Statens Folkhälsoinstitut 2002).

Bruk av alkohol och narkotika kan medföra hälsokonsekvenser redan i tonåren. Olycksfall, mord och självmord svarar för 80% av alla dödsfall under adolescensen. En stor andel av dessa är förknippade med bruk av alkohol och droger. En betydande andel av dödsfall bland unga män sker till följd av alkoholrelaterade skador och olyckor (Andréasson et al 1988, Edwards et al, 1996) samt våldsutövning som följd av alkoholförtäring (Edwards et al, 1996). Därutöver kan kognitiv mognad, moralisk utveckling och skolframgång försenas eller försämrats av tidigt missbruk (Jessor and Jessor 1982).

Tidig debutålder för alkoholkonsumtion är en riskfaktor för senare alkoholproblem och har enligt såväl internationella som svenska studier samband med kriminalitet och med tidiga (före 16 år) sexuella erfarenheter. Bland kortsiktiga oönskade konsekvenser av alkoholbruk/missbruk bland tonåringar brukar fysiska skador, bråk, rattfylleri och oönskat samt oskyddat sexuellt beteende nämnas. I CANs drogvaneundersökning från 2002 hade ungefär hälften av pojkarna och hälften av flickorna i årskurs 9 någon gång upplevt ett eller flera av ett antal specificerade individuella problem i samband med alkoholkonsumtion. Den vanligaste formen av problem var att man hade haft huvudvärk eller mått illa dagen efter. Ungefär en tiondel hade varit med om att alkoholen lett till antingen oönskat sex eller oskyddat sex. Vidare hade en femtedel av pojkarna och drygt en tiondel av flickorna varit med om att alkoholen lett till bråk eller slagsmål.

Missbruk bland tonåringar ingår ofta i en väv av samverkande orsaker (psykosociala problem, kriminalitet, psykiska problem m m), och att förstå de processer som leder till missbruk skulle underlätta utvecklandet av effektiva preventiva strategier.

Eftersom många faktorer kring bruket av alkohol bland ungdomar, liksom bland vuxna, är kulturellt betingade, är det en brist att det finns så få svenska studier inom området. De flesta studier som finns är av tvärsnittskaraktär vilket försvårar slutsatser om orsaksmekanismerna bakom missbruket. De svenska studier av mönstrande där samma personer följts över tid visar på starka samband mellan tidigt avvikande beteende, inkl

missbruk, och senare problem av social och/eller hälsomässig karaktär (alkoholberoende/-missbruk, droganvändning, kriminalitet, förtidspensionering, tidig död, mm).

Tungt narkotikamissbruk innebär i sig speciella smittorisker. Av dessa brukar hiv och aids nämnas speciellt. Mellan 1987 och 2000 sjönk antalet hiv-positiva missbrukare kontinuerligt från 100 till 20-tal fall per år. År 2001 skedde ett trendbrott då 36 fall inrapporterades (CAN 2002 Rapport 68). Även ur denna aspekt kan således de alltmer öppna gränserna med befarat ökat inflöde av narkotika medföra negativa konsekvenser för unga personer.

Således innebär alkoholkonsumtion i tonåren för de allra flesta ungdomar inte några problem samtidigt som en minoritet av ungdomar riskerar både sin säkerhet och hälsa genom alkoholförgiftning eller systematiskt alkoholmissbruk. Som tidigare påtalats utgör missbruk, oavsett typ av drog/droger ett speciellt hot mot socioekonomiskt utsatta ungdomars välbefinnande och hälsa.

ALKOHOLVANOR OCH NARKOTIKAMISSBRUK BLAND UNGDOMAR I STOCKHOLMS LÄN

Den senaste totalundersökningen av alkohol-, narkotika- och tobaksvanor bland elever i årskurs 9 i samtliga kommuner inom Stockholms län genomfördes vårterminen 1998. CAN genomförde datainsamlingen på uppdrag av Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, och Stockholms stad. (Upmark m fl 1999).

I de allra flesta kommuner befanns pojkarnas alkoholkonsumtion vara ungefär dubbelt så hög som flickornas. I en kommun var förhållandet det omvända, d v s flickornas konsumtion var ungefär dubbelt så hög som pojkarnas. Det var även påfallande att skillnaderna mellan de olika kommunerna vad gäller pojkarnas konsumtion var mycket stora (1,6-9,4 liter/år). För flickorna var skillnaderna betydligt mindre (1,8-4,4 liter/år). Se tabell 1, bilaga 1 (tabellbilagan).

Genom frågan ”Hur ofta händer det att du dricker alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit (s k ”kvartering”) eller en helflaska vin eller fyra burkar starköl eller sex burkar öl klass II (”folköl”) vid samma tillfälle?” erhöles en uppfattning om, hur ofta eleverna berusningsdricker. Av tabell 2, tabellbilagan, där procentsatserna är beräknade på elever som dricker alkohol, framgår att det är dubbelt så vanligt bland pojkarna att ett par gånger i månaden eller oftare dricka stora mängder alkohol. Även för denna fråga noterades stora skillnader mellan de kommuner som hade lägst respektive högst andel elever som minst ett par gånger i månaden dricker stora mängder alkohol.

I enkäten framkom att 9% av flickorna och 13% av pojkarna använt narkotika någon gång, medan siffrorna för riket som helhet detta år var 6 respektive 9%. I flera kommuner är förhållandet mellan könen det omvända, d v s en större andel bland flickorna än pojkarna som använt narkotika noteras. Variationen mellan kommunerna befanns vara stor. Se tabell 3, tabellbilagan. Siffrorna innebär en ökning sedan början av 90-talet, både för länet och för riket som helhet.

Andra studier visar att en stor majoritet av dem som prövat narkotika ett fåtal gånger inte fortsätter. Omkring 30% av flickorna och pojkarna i denna studie som använt narkotika hade gjort detta endast en gång, och ytterligare omkring 30% hade gjort det 2-4 gånger. Av dem

som använt narkotika, uppger 7% av flickorna och 11% av pojkarna i länet att de använt narkotika så ofta som 21, eller fler, gånger.

Sedan 1998 har någon för länet heltäckande undersökning inte utförts.

Stockholms stad

I Stockholms stad var det i ovanstående studie, genomförd vårterminen 1998, 10% av flickorna och 14% av pojkarna som använt narkotika, d v s något högre andelar än länsgenomsnittet.

Stockholms stad har sedan dess genomfört undersökningar 2000, 2002 och planerar att genomföra en ytterligare en studie år 2004. Av eleverna i årskurs 9 i Stockholms stad angav år 2000 11% av flickorna och 14% av pojkarna att de använt narkotika någon gång medan motsvarande andelar för eleverna i gymnasieskolans åk 2 var 26 respektive 24% (Utrednings- och Statistikkontoret 2001). År 2002 hade 12% av flickorna och 16% av pojkarna i årskurs 9 provat någon form av narkotika. För gymnasieeleverna var motsvarande siffror 22 respektive 32% (Stockholms Stad 2002, Enheten för drog- och brottsprevention).

Lokala data måste tolkas med försiktighet

Vid tolkningen av lokala data, liksom av övriga redovisade data rörande konsumtion, är det viktigt att beakta att resultaten på aggregerad, d v s generell nivå kan dölja stora skillnader mellan olika subgrupper av ungdomar. Således kan kulturella skillnader mellan ungdomar med invandrarbakgrund och ungdomar med svenskt ursprung troligen förklara en stor del av variansen mellan olika kommuner.

Sammanfattningsvis kan konstateras att ungdomar i Stockholms län har provat narkotika i större utsträckning än ungdomar i riket som helhet och att variationen mellan olika kommuner i länet (år 1998) var mycket stor. Det är känt att narkotikaerfarenhet är betydligt vanligare i storstadsområden än på mindre orter och i glesbygdsregioner. En annan slutsats som kan dras av ovanstående siffror är att andelen som provat narkotika ökar kraftigt mellan årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 i gymnasiet.

Sammanfattande beskrivning av alkoholvanor och missbruk av narkotika bland ungdomar

Bruk av främst alkohol men även narkotika har blivit ett vanligt inslag i den breda ungdomskulturen.. Fler ungdomar än tidigare har en mer accepterande attityd till narkotika. Å andra sidan kännetecknas situationen också av att en övervägande majoritet av ungdomarna i Sverige tar avstånd från illegala droger och att de inte använder alkohol och narkotika i samma utsträckning som jämnåriga i många andra länder. Sverige ligger således relativt lågt i jämförelse med övriga länder när det gäller hur ofta man dricker alkohol och bland de alla lägsta när det gäller narkotika. Däremot är berusningskonsumtion relativt vanlig i vårt land.

För den som vill få ytterligare information rörande alkohol- och drogkonsumtionen lämnas följande tips på webbsidor:

CAN

www.can.se

Alkoholkommittén

www.alkoholkommitten.se

SoRAD

www.sorad.su.se

Statens folkhälsoinstitut

www.fhi.se

Narkotikapolitisk samordning

www.mobilisera.nu

ALKOHOL- OCH DROGFÖREBYGGANDE ARBETE

Detta avsnitt kommer kortfattat att redogöra för olika preventiva åtgärder riktade mot barn och ungdom. För den intresserade hänvisas till två aktuella skrifter. Den ena är utgiven av Statens Folkhälsoinstitut (2002 a) och den andra av Svenska Kommunförbundet (2001). Den förstnämnda boken, ”Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt” utgör en övergripande sammanställning inom området alkoholprevention, d v s vad vi idag vet om preventiva metoders effektivitet samt om hur man kan omsätta denna kunskap i praktisk handling. Den andra boken utgiven av Svenska Kommunförbundet ”Drogförebyggande arbete. En handbok” har mer karaktären av just handbok för dem som arbetar praktiskt med drogförebyggande arbete. Därutöver har Statens folkhälsoinstitut i år (2002 b) presenterat en redovisning av ett regeringsuppdrag att tillsammans med Skolverket och i samråd med Svenska Kommunförbundet analysera vilka insatser som kan vidtas för att stärka den alkoholskadeförebyggande verksamheten i skolan.

Innan vi går in på några viktiga aspekter av alkohol- och drogförebyggande arbete i allmänhet och i synnerhet riktat mot ungdomar vill vi definiera några vanliga begrepp som brukar användas i detta och liknande sammanhang.

Några vanliga begrepp inom förebyggande arbete

Nedan anges några vanliga begrepp. Definitionerna är hämtade från Folkhälsovetenskapligt lexikon, (Janlert U. 2000). I definitionerna användes ofta sjukdom som det man är intresserad av att studera. Begreppen användes dock ofta även för att studera andra utfall som t ex livsstilsrelaterade beteenden/problem.

Prevention åtgärder för att förebygga ohälsa.

Primär prevention åtgärder för att förhindra att sjukdom över huvud taget uppträder.

Sekundärprevention innefattar tidig diagnostik och behandling av sjukdom.

Tertiärprevention avser rehabilitering efter sjukdom och skador.

Risikfaktor (riskindikator, riskmarkör) karakteristikum som utmärker individer som löper ökad risk för att uppvisa ohälsa, sjukdom, skada, ogynnsamt hälsobeteende etc. Detta karakteristikum kan omfatta vilka egenskaper som helst hos individen (t ex ärftliga, sociala eller ekonomiska) eller i miljön. Riskfaktorer föregår det fenomen som det indikerar risk för och kan vara antingen medfödda eller förvärvade egenskaper. Faktorer som orsakas av insjuknandet brukar inte benämnas riskfaktorer.

Med riskfaktorbegreppet försöker man få uppslag till hur en sjukdoms orsakskedja kan kartläggas och hur man kan få underlag för förebyggande åtgärder. Riskfaktorn behöver inte ingå i orsakskedjan – det räcker att den indikerar en ökad risk för insjuknande. Att något är riskfaktor för en sjukdom betyder alltså inte att detta något orsakar sjukdomen, utan bara att dess närvaro rent statistiskt är förenad med en ökad risk att få sjukdomen.

Skyddsfaktor term som i analogi med riskfaktor syftar på förhållanden som tycks skydda för uppkomst av ohälsa och sjukdom, utan att det därför säkert finns ett orsakssamband mellan faktorn och förhindrandet av sjukdomen.

Hälsofrämjande åtgärder sammanfattande begrepp på aktiviteter som har till syfte att förbättra hälsan. Begreppet har i olika sammanhang fått olika innebörd, och nämns vanligen tillsammans med *sjukdomsförebyggande* åtgärder till vilket det då vanligen ses som en kontrast. Fyra olika uttolkningar av begreppen ges i Janlerts folkhälsovetenskapliga lexikon.

Förhållandet mellan riskfaktorer, skyddsfaktorer och prevention

Man kan säga att prevention teoretiskt handlar om att minska riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer. Under senare tid talas det allt oftare också om (hälso)främjande faktorer. Det finns inte utrymme här att gå in på den rikhaltiga litteratur som finns inom området om framförallt riskfaktorer för missbruk bland ungdom. Merparten av denna finns publicerad i internationella vetenskapliga tidskrifter. Andréasson har i en sammanställning indelat dessa faktorer i tre huvudgrupper: individuella och interpersonella faktorer, sociala nätverksfaktorer, inklusive familj och skola samt vad han kallar kontextfaktorer till vilka han räknar t ex lagar och normer samt förhållanden i lokalsamhället. Se bil 2.

Som angetts i inledningen till denna skrift kan det betraktas som normalt att under tonåren experimentera med olika typer av droger. Studier av *riskfaktorer* försöker att finna vilka faktorer det är som ökar risken, d v s den statistiska sannolikheten för olika typer av ogynnsamma utfall, såsom högkonsumtion, skador förorsakade av olycksfall eller långvarigt bruk av alkohol och droger, beroendeproblematik och ett antal olika sociala följdproblem av t ex alkoholkonsumtion. Dessa studier görs vanligen med användande av *epidemiologisk metodik*. Med detta avses att man försöker finna vilka faktorer som samvarierar med det ogynnsamma utfallet ifråga. Vid studierna försöker man studera dessa faktorer inverkan i sig. Detta innebär att man försöker isolera effekten av en specifik faktor från andra faktorer som också kan vara ogynnsamma för utfallet ifråga. Som exempel, om man vill studera alkoholens eventuella risk för någon cancerform försöker man bland den grupp som studeras bortse från den inverkan rökning kan ha som orsak för cancerformen ifråga. Att man väljer att räkna bort, kontrollera för, t ex rökning kan vara att det finns anledning att misstänka att rökning också är en riskfaktor för cancerformen ifråga. Epidemiologin har dock sina begränsningar framförallt när man studerar livsstilsfaktorer som t ex användande av olika droger eftersom det här handlar om mänskliga beteenden, vilka är oerhört komplexa och sällan följer bestämda mönster. Trots dessa svårigheter kan man med hjälp av epidemiologisk metodik studera vissa fenomenens utbredning och även försöka finna förklaringsmodeller utifrån denna typ av kvantitativ metodik.

Som komplement till denna metodik kan det vara mycket värdefullt att använda kvalitativ metodik. Denna försöker finna förklaringar till varför problem uppstår genom att utifrån olika teorier om mänskligt beteende försöka förstå uppkomsten av problemet. T ex använder sig socialantropologer av kvalitativ metodik när de studerar mönster och normer bland ungdomar d v s ungdomskultur. Philip Lalander och Bengt Svensson ger i kapitlet ”Ungdomar, normer och kultur” i ”Den svenska supen i det nya Europa” exempel på ett kvalitativt angreppssätt i studerandet av ungdomar och droger. De försöker därvid visa att ungdomar använder alkohol och narkotika för att klara vissa situationer som de ställs inför i samhället. Vad de benämner ”rusmedelsritualen” ses som ett sätt att hantera problem och skapa höjdpunkter i tillvaron. Eftersom förklaringsmodellerna ofta är så annorlunda mot dem som användes i kvantitativ metodik blir också angreppssättet för prevention annorlunda. Lalander och Svensson hävdar sammanfattningsvis ”att prevention bör bygga på kunskaper om rusmedels funktioner och betydelser för unga människor. Preventionen bör naturligtvis informera ungdomar om risker, men den bör också vara inriktad på mycket mer, att bekräfta, skapa delaktighet, skapa möten

mellan könen, skapa möjligheter för kreativa aktiviteter med mera.” (Sid 209, ”Den svenska supen i det nya Europa”.)

Forskning om effektiva metoder för prevention är betydligt knapphändigare än forskning om framförallt riskfaktorer. För att förbättra kunskapen om prevention behövs som Sven Andréasson påpekar i inledningen till ovanstående bok forskning om vilken typ av intervention som kan förhindra problemutveckling, när insatserna bör sättas in och på vilket sätt detta skall ske. ”Framgångsrik prevention kräver en växelverkan mellan teori och praktik. Dock krävs det praktiker som förmår genomföra dessa modeller i verkligheten. De lärdomar som dessa tillämpningar ger upphov till är helt avgörande för att teorierna ska kunna utvecklas och anpassas till verkligheten” (sid 18, ”Den svenska supen i det nya Europa”).

Man kan i huvudsak dela in preventionsinsatserna vad gäller bruk av alkohol och narkotika mot åtgärder riktade mot efterfrågan respektive åtgärder riktade mot tillgången, d v s utbudet.

Exempel på primärpreventiva åtgärder i skola/förskola

I Sverige, liksom i många övriga länder som arbetar primärpreventivt gentemot barns och ungdomars bruk av alkohol och droger, har många av åtgärderna av tradition skett inom skolans ram. En naturlig anledning till detta är att man på detta sätt når så gott som alla barn, en annan att barn tillbringar så stor del av sin tid inom skolan.

I en rapport från Skolverket (1999) visades att de flesta skolor bedrev en i hög grad faktaorienterad och riskfixerad ANT (alkohol, narkotika, tobak)- undervisning där alltför liten hänsyn togs till elevernas egna föreställningar om tobak, alkohol och andra droger. Rapporten påpekade att de nationella målen för undervisningen om tobak, alkohol och andra droger är så vida och oprecisa att i stort sett alla skolor uppfyller dem. Vidare framkom att de flesta kommuner hade skolplaner och att det i majoriteten av dem sägs något om ANT- undervisningen. De allra flesta skolor hade också lokala arbetsplaner där ANT på något sätt behandlades. Planerna saknade dock konkreta målsättningar för undervisningen vilket medför att de inte är utvärderingsbara.

Det är också de skolbaserade förebyggande insatserna som har gett upphov till den mest omfattande forskningen om effekterna av alkohol- och drogprevention riktad mot barn och ungdomar. Tyvärr är det internationella forskningsläget rörande skolbaserad prevention tämligen nedslående vad det gäller påverkan på beteendet (konsumtionen av alkohol). De effekter som har kunnat påvisas har varit mycket övergående. Däremot har effekterna avseende bruk av narkotika och tobak visat sig något mer positiva.

Detta betyder dock inte att skolan inte är en mycket viktig arena för att påverka ungdomars alkohol- och drogkonsumtion. I det regeringsuppdrag som FHI utfört rörande insatser för att stärka den alkoholförebyggande verksamheten i skolan beskrivs de möjligheter skolan har för det hälsofrämjande och preventiva arbetet inom alkohol- och drogområdet. I uppdraget illustreras möjligheterna såvida insatserna har en bredare uppläggning och samverkar med krafter utanför skolan i det omgivande lokalsamhället. En god skolmiljö anses utmärkas av bl a ett aktivt ledarskap, strukturerad undervisning med högt ställda förväntningar på kunskap och prestationer som ger eleverna återkoppling på sina prestationer samt möjlighet för elevinflytande. En god skolmiljö anses kunna minska risken för utagerande beteenden. Skolmiljön och lärarna kan erbjuda elever struktur och ordning i tillvaron vilket är speciellt gynnsamt för ungdomar som lever i riskfyllda miljöer. Förutom en god skolmiljö anges bl a

samarbete och dialog mellan skola och föräldrar, innehållsrik och strukturerad fritidsverksamhet med skolan som bas samt samtalsbaserad undervisning som del av ett socialt och emotionellt lärande som viktiga förebyggande ingredienser. Slutligen anges elevhälsan och den pedagogiska verksamheten i samarbete som en viktig komponent. Som en specifik insats anges insatser mot skolbarn. En annan specifik insats i skolans förebyggande verksamhet kan vara stöd av jämnåriga och unga vuxna. (Statens Folkhälsoinstitut 2002 b).

Sammanfattningsvis visar forskning att traditionell ANT-undervisning är föga verkningsfull avseende elevernas alkoholkonsumtion. Däremot anses en god skola i sig kunna främja god hälsa bland eleverna och därigenom minska risken för problematisk alkoholkonsumtion.

Som exempel på en sekundärpreventiv åtgärd kan insatser för att minska förekomsten av utagerande psykiska problem (Bremberg: Statens Folkhälsoinstitut 2002 a) leda till en minskad konsumtion av alkohol bland eleverna. Hyperaktivitet och impulsivitet är riskfaktorer för alkoholproblem liksom för antisocialt beteende. Genom att finna former för att erbjuda barn med detta agerande kognitiv och social träning, kombinerat med stöd för deras föräldrar kan denna risk minska. Även om insatser under förskoleåldern är de mest effektiva kan även insatser i skolmiljön minska risken för utagerande beteenden.

Vuxnas betydelse

Studier har visat att föräldrars attityder till ungdomar och alkohol samt deras faktiska beteende vad gäller bjudvanor har samband med barnens alkoholvänor. Barn som bjuds på alkohol i hemmet har således högre konsumtion av alkohol. Detta samband har påvisats av studier såväl i Nordamerika som i Sverige.

Program som inriktas på att hjälpa föräldrar till ett konstruktivt samspel med sina barn har visat goda effekter vad avser barnens framtida alkoholvänor liksom rökning och andra droger. Dessa insatser bör påbörjas tidigt innan barnen börjat använda alkohol i större omfattning.

Åtgärder riktade mot tillgången

Nedan ges exempel på alkohol- och drogförebyggande insatser riktade mot ungdomar. För en utförligare översikt hänvisas i första hand till ”Den svenska suppen i det nya Europa” (Statens Folkhälsoinstitut 2002a).

Kontroll av försäljning/servering till minderåriga

Åtgärder som prövats i Sverige för att minska alkoholens tillgänglighet för tonåringar har främst genomförts inom ramen för kommunernas tillsyn av livsmedelshandelns försäljning av folköl. Ett flertal studier i Stockholms län, bl a Haeggman U m fl 2001, har visat goda effekter vad det gäller svårighet för minderåriga att kunna köpa folköl. Även ansvarsfull servering av alkohol på restauranger kan begränsa tillgången till alkohol för ungdomar. En preventiv metod för detta ändamål har utarbetats inom STAD-projektet inom det s k Restaurangprojektet. Genom utvecklande av gemensam policy tillsammans med samverkande myndigheter och branschorganisationer har restaurangpersonal utbildats i ansvarsfull alkoholhantering.

I den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop. 2001/02:91) betonas betydelsen av samordnade insatser för att stävja en ogynnsam utveckling avseende den

ökande alkoholkonsumtionen. I sådana samordnade insatser på kommunal nivå ingår självfallet preventiva åtgärder mot ungdomar som en insats av högsta prioritet.

Samordnade åtgärder

I samordnade insatser brukar samhället ses som ett system av olika krafter och aktörer vilka genom att agera mot samma mål kan påverka konsumtionen av alkohol och droger (Holmila 1997; Holder 1998).

Praktiska erfarenheter har visat att det preventiva arbetet måste omfatta breda åtgärder som omfattar såväl primär, sekundär samt tertiär prevention. Samordningen måste för att fungera vara inriktad mot konkreta mål för arbetet samt med tydliga ansvarsområden formulerade. Vidare måste arbetet vara förankrat på ledningsnivå bland såväl politiker som tjänstemän. D v s politiker och andra beslutsfattare måste besluta om preventiva satsningar och anslå de medel som krävs. Alltför ofta initieras projekt av någon eldsjäl vilken lyckas genomdriva att få genomföra sin idé i projektför. Detta kan fungera men risken är överhängande att verksamheten försvinner när denna eldsjäl lämnar verksamheten p g a att vederbörande fått arbeta för ensamt och utan stöd eller därför att projektpengarna tagit slut. Alkohol- och drogpreventivt arbete bör därför inarbetas i ordinarie verksamhet och inte drivas i form av projekt.

Effekter av prevention

Sammanfattningsvis finns det i dagsläget alltför få svenska vetenskapligt baserade utvärderingar rörande effekter av primärpreventiva insatser riktade mot ungdomar för att kunna prognosticera effekten av de förstärkta åtgärder som nu vidtas i merparten av länets kommuner.

Sekundärpreventiva insatser

Utvecklingen rörande bruket av alkohol och droger talar förutom för behovet av primärpreventiva insatser starkt för en utökad sekundärprevention, d v s tidig upptäckt av missbruk. Vad det gäller effekter av preventiva insatser har sekundärpreventiva insatser inom sjukvården riktade mot vuxna med skadligt alkoholbruk visat sig mycket effektiva. På liknande sätt borde sekundärpreventiva insatser/ingripanden mot ungdomar och unga vuxna som ännu ej hunnit bli etablerade i sitt missbruk kunna visa goda effekter. De äldsta tonåringarna är en grupp med mycket hög konsumtion av alkohol och utgör samtidigt den grupp där erfarenheten av att ha provat narkotika ökat kraftigt under senare år. Men eftersom socialtjänstens ansvar enligt LVU (Lagen om vård av unga) upphör vid 20-årsstreckets bedömer vi det som en uppenbar risk att denna grupp riskerar att falla mellan stolarna avseende tidiga insatser. Inom försvarsmakten har alkohol- och drogförebyggande program införts under senare år och fr o m 2003 planeras att all personal och alla värnpliktiga ska få genomgå programmet Prime for life. Eftersom unga män utgör en stor riskgrupp är dessa initiativ lovvärda, men eftersom allt färre unga män gör värnpliktstjänstgöring idag förlorar dessa insatser sina breda förebyggande effekt. Dessutom möter försvarsmakten bara en liten bråkdel av unga kvinnor.

Genom ungdomsmottagningarnas stora kontaktyta med ungdomar i en miljö där ungdomarna kan inges en större känsla av skydd för sin integritet och med större skydd för sekretessen än i skolan (Karlsryd 2001) torde förutsättningarna för att kunna bistå ungdomar med missbruksproblematik vara stor. Antingen kan personalen själva lära sig interventionsmetodik i form av vägledande samtal eller motivera ungdomen ifråga att söka hjälp vid andra enheter. Skolhälsovården kan ha en väldigt viktig funktion i det primärpreventiva arbetet men avseende insatserna för tidig upptäckt är det viktigt att även andra enheter med sträng sekretess som möter ungdomar har tillräcklig kunskap för att upptäcka problem tidigt och vidta adekvata åtgärder.

Vi föreslår att landstingets samtliga hälso- och sjukvårdande verksamheter som möter unga människor utbildas i metodik i sekundärprevention och att tillämpningen av denna metodik innefattas i landstingets uppdrag till producenterna. Därutöver förordar vi att ungdomsmottagningarna får ett utvidgat uppdrag att även agera alkohol- och drogpreventivt

Strukturella förhållanden

FHI betonar i rapporten om insatser inom skolans ram att sådana, hur väl underbyggda de än är, aldrig ensamma kan motverka de krafter utanför skolan som verkar i motsatt riktning. Som exempel anges de samband rörande socioekonomiska faktorer och psykisk ohälsa som kommittén Valfärdsbokslut i sitt betänkande Barns och ungdomars välfärd (SOU 2001:55) pekat på. Vi vill instämma i denna slutsats och därutöver förorda att fördjupade studier görs av drogproblematiken bland invandrarungdom för att få den kunskap som Parlamentariska kommittén efterfrågat.

Alkohol- och drogpreventiva insatser i kommunerna i Stockholms län

Våren 2000 genomförde Centrum för Alkohol- och Drogprevention (van den Tempel 2001) en utredning med syfte att kartlägga förekomsten av alkohol- och drogförebyggande planer i länets kommuner. Stockholms stad ingick inte i inventeringen.

Drygt hälften av kommunerna hade antingen en färdig plan eller så hade de kommit långt i sitt arbete med att ta fram en sådan en plan. I de större kommunerna (med fler än 50.000 invånare) hade 60% en handlingsplan medan motsvarande andel för de mindre kommunerna var 33%. I alla kommuner hade socialtjänsten huvudansvaret för det alkohol- och drogförebyggande arbetet.

Kommunernas egna sammanfattningar av handlingsplanernas huvudmålsättning visar bl a att hälften hade som mål ”Att minska alkoholkonsumtionen”. Andra exempel på mål var ”En gemensam policy” och ”Verka för en alkoholfri uppväxt”. Flertalet av delmålen var inriktade på barn och ungdomar.

Anmärkningsvärt var att endast tre av 11 (exkl Stockholms stad) som hade en handlingsplan uppgav att de helt arbetade i enlighet med handlingsplanen.

Det allmänna intrycket av inventeringen var att det finns god potential i kommunerna för att bygga en organisation för detta ändamål. Samtidigt framkom att det fanns ett klart behov av stöd, framför allt till de mindre kommunerna, för utveckling av både alkohol- och drogförebyggande planer respektive verksamhet. Bl a kunde konstateras att många mål skulle

behöva revideras för att bättre kunna fungera som utgångspunkt för val av strategier samt uppföljning och utvärdering.

Inom länet pågår en bred flora av alkohol- och drogförebyggande verksamheter. I många kommuner håller detta arbete på att ”stramas upp” genom anställande av samordnare. Dessa kommer att kunna erbjudas olika typer av utbildningar. Stockholms stad erbjuder samordnarna i stadens stadsdelar att gå en 20-poängsutbildning vid Örebro Högskola med start under hösten 2002. Inom Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, startar under hösten 2002 en grundläggande kurs i alkohol- och drogförebyggande arbete (se nedan under rubriken ”Stöd till det förebyggande arbetet i Stockholms läns kommuner”).

Brist på dokumentation

Centrum för Alkohol- och Drogpventions (CADPs) erfarenhet är att det primärpreventiva arbete som bedrivs i länets kommuner sällan dokumenteras och att det är än mer ovanligt att det följs upp/utvärderas. En förklaring kan vara att planerna/policydokumenten ofta är alltför allmänt hållna för att kunna fungera som utgångspunkt för uppföljningar/utvärderingar. Förutom att detta förhållande försvårar för kommunens egna aktörer att få återkoppling på sin verksamhet försvåras möjligheterna för kommunerna att dra lärdom såväl av varandras lovande erfarenheter som de svårigheter man mött och hur dessa hanterats. Behovet av utökad dokumentation bedöms som mycket stort för att kunna utveckla/utvärdera metoder som är avpassade för svenska storstadsförhållanden. För att öka intresset för och färdigheten på dessa områden har CADP under innevarande år genomfört kurser i dokumentation och utvärdering för alkohol- och drogförebyggare.

Stöd till det förebyggande arbetet i Stockholms läns kommuner

För att stödja det lokala alkohol- och drogförebyggande arbetet i kommunerna har regeringen avsatt medel vilka fördelas genom Länsstyrelsen. De flesta kommuner som ansökt om medel har gjort detta med syfte att anställa samordnare av kommunens alkohol- och drogförebyggande arbete. Därutöver har regeringen avsatt medel för ett samarbetsprojekt mellan landstinget i Stockholms län (Samhällsmedicin/CADP och Beroendecentrum/STAD) samt Stockholms stad. Projektet kommer bl a att genom utbildningssatsningar ge stöd till kommunerna i länet respektive stadsdelarna i staden. Med början under hösten 2002 kommer CADP att genomföra introduktionsutbildningar för dessa samordnare eller personer med liknande arbetsuppgifter i kommunerna. STAD kommer inom projektets ram att inom tre kommuner göra mer djupgående satsningar av förebyggande karaktär.

Frivilligorganisationer

Förutom de insatser av förebyggande art som utföres i länets kommuner och inom landstinget gör frivilligorganisationerna ett mycket stort arbete av förebyggande och främjande art. För att exemplifiera detta bifogar vi sammanställningar av de organisationer som erhåller stöd från Stockholms Stad respektive Stockholms läns landsting. Se bilaga 3.

VÅRD OCH BEHANDLING

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver, vilket innebär att kommunen har huvudansvaret för vård- och behandlingsinsatser mot missbruk om det inte är frågan om ren sjukvård eller kriminalvård. Uppgifter om vårdbehov och vårdefterfrågan är svåra att få fram bortsett från vård i form av missbrukares slutenvård inom landstinget. För andra vårdformer inom landstinget liksom frivilliga vårdinsatser inom socialtjänsten saknas löpande statistik.

Landstingets slutenvård

För att få en uppfattning om hur många tonåringar som vårdats inom Stockholms läns landstings slutenvård användes den s k VAL- databasen som är den databas ur vilken uppgift om registrerad vård normalt hämtas. Urvalet, vilket omfattar alla vårdgivare i Stockholms läns landsting, genomfördes för åren 1997, 1999 samt 2001 baserades på följande kriterier:

- att personen var mellan 13 och 19 år vid vårdtillfället
- att personen hade en alkohol- eller drogrelaterad diagnos som första, andra eller tredje diagnos*.

För att inte övertolka resultaten är det viktigt att ha i åtanke att uppgifterna endast avser den vård som producerats inom Stockholms läns landsting (SLL). Det förekommer att boende inom SLL vårdas inom annat landsting, vilket innebär att de inte kommer med i denna statistik. Å andra sidan, vilket framgår av uppgifterna, konsumeras vård inom SLL även av personer boende utanför SLL.

Vårdstatistik ger ett mycket grovt mått på vårdbehovet i en befolkning. Vilken vård som produceras påverkas av många andra faktorer än behovet av vård. Ökar antalet slutenvårdsplatser är det sannolikt att antalet vårdtillfällen ökar, oberoende av om vårdbehovet ökat eller ej. Dessutom är urvalet selekterat till tonåringar som konsumerat alkohol och/eller andra droger på ett sådant sätt och i sådan omfattning att de varit i behov av slutenvård. Således representerar denna slutenvårdstatistik sådana tillstånd förorsakade av alkohol och/eller andra droger som bedömts kräva medicinskt omhändertagande. Sannolikt är det också så att avståndet till en vårdinrättning har betydelse för om man tar sig eller förs dit vid tillstånd som inte är alltför kritiska/akuta.

Samtliga befolkningsuppgifter och uppgifter om vård per 1000 invånare är hämtade/baserade på siffror från Regionplane- och trafikkontorets Områdesdatabas/SCB.

Tonåringar som vårdats inom Stockholms läns landstings slutenvård

Av tabell 4 (se tabellbilagan) framgår att antalet tonåringar som vårdats inom slutenvård ökat från 580 år 1997 till 718 år 2001. Ökningen (24%) är störst mellan åren 1999 och 2001. Flickorna står för den starkaste ökningen (57%) medan antalet vårdade pojkar minskar mellan åren 1997 och 1999.

I tabell 5 (se tabellbilagan) redovisas motsvarande uppgifter (dock endast frekvenserna) för stadsdelarna i Stockholms kommun.

* Mer specifikt är det diagnoserna F10-F19, ICD 10, som används som urvalsdiagnoser.

Som framgår av tabell 6 (se nedan) sker en ökning av antalet vårdade inom landstingets slutenvård under undersökningsperioden. Denna ökning förstärks ju äldre tonåringarna blir. Som förväntat är skillnaden i antalet fall per år och 1000 invånare mycket markant mellan de yngsta tonåringarna (13-14 år) och de som är 15-17 år, medan den, med undantag av år 2001, är obetydlig mellan denna åldersgrupp och den äldsta. Betraktar vi respektive åldersgrupp är det värt att notera att flickorna i de yngre tonåren (13-14 år) har en genomgående högre andel vårdade inom landstingets slutenvård per 1000 flickor än vad pojkarna har. Den mest anmärkningsvärda ökningen är den som sker för flickorna i de yngre tonåren mellan undersökningsåren. Således sker under undersökningsperioden en fördubbling av antalet fall per år och 1000 individer i åldersgruppen för flickorna i åldrarna 13-14 år (från 1,66 till 3,34). För pojkarna noteras också en ökning i detta åldersintervall, dock ej alls lika anmärkningsvärd som för flickorna.

Tabell 6. Utvecklingen av antalet fall per år och tusen tonåringar, fördelade på kön, som vårdats inom Stockholms läns landstings slutenvård med en alkohol- eller drogdiagnos 1997, 1999 samt 2001.

År	1997			1999			2001		
	Kön			Kön			Kön		
	F	P	F+P	F	P	F+P	F	P	F+P
13-14	1,66	1,58	1,61	2,65	1,74	2,19	3,34	2,55	2,94
15-17	3,99	6,15	5,10	4,24	6,18	5,24	5,76	5,56	5,66
18-19	4,75	8,46	5,21	4,55	6,78	5,68	5,99	7,76	7,02
Samtliga	3,55	5,51	4,56	3,86	5,04	4,46	5,07	5,21	5,14

Kommunvis utveckling av antalet tonåringar som vårdats inom Stockholms läns landstings slutenvård

Redan inledningsvis vill vi betona att stor försiktighet bör iakttas vid tolkningen av nedanstående uppgifter avseende antal vårdade inom landstingets slutenvård, beräknade som fall per 1000 individer och år, eftersom de för ett stort antal kommuner baseras på så få individer. Det är endast för de större kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Täby, Sollentuna, Stockholm, Södertälje och Nacka som en jämförelse över tid ter sig meningsfull på denna nivå (se tabell 7, tabellbilagan). Bland dessa noteras för Botkyrka och Täby en fördubbling av incidensen, d v s andelen vårdade per 1000 ungdomar i åldrarna i fråga. Viktigt att observera är också att personer som ej är boende i Stockholms län, utgör mellan 11 och 14 % av den producerade vården i landstinget.

Huvuddiagnoser vid första vårdtillfället år 2001

Som framgår av nedanstående tabell (tabell 8) är den vanligaste diagnosen intoxication av alkohol, d v s alkoholförgiftning, som svarar för 55% av samtliga tillfällen då tonåringarna erhållit slutenvård för första gången. Totalt utgör de alkoholrelaterade diagnoserna 59% av gruppen. Det är fler flickor än pojkar som slutenvårdats p g a alkoholintoxikation. Näst största gruppen (14%) är de cannabisrelaterade diagnoserna. För diagnosen skadligt bruk av cannabis är pojkarna i kraftig majoritet (66 pojkar och 27 flickor). Av ungdomarna hade 12% vårdats för diagnoser avseende en kombination av olika droger (inkl alkohol), d v s för vad som i dagligt tal kallas blandmissbruk.

Vid första vårdtillfället är det bara 17% av hela gruppen som överhuvudtaget har en andradiagnos. Vanligast är diagnoser som gäller cannabis (2,6%) och ”andra stimulantia” (2,5%). En tredjediagnos vid första vårdtillfället hade endast 4% av ungdomarna.

Tabell 8. Diagnoser (diagnos 1) vid första vårdtillfället fördelade på kön år 2001

Diagnos	Kön				Totalt	
	F	%	P	%	F+P	%
Akut alkoholintoxikation	209	29	190	27	399	56
Skadligt alkoholbruk	9	1	9	1	18	3
Alkoholberoende		0	3	0	3	0
Annan alkoholrelaterad diagnos	3	0	2	0	5	1
Akut opiatintoxikation*	6	1	1	0	7	1
Skadligt opiatbruk*		0	1	0	1	0
Opiatberoende*	3	0	4	1	7	1
Annan opiatrelaterad diagnos*		0	1	0	1	0
Akut cannabisintoxikation	1	0	1	0	2	0
Skadligt cannabisbruk	27	4	66	9	93	13
Cannabisberoende	1	0	1	0	2	0
Annan cannabisrelaterad diagnos		0	5	1	5	1
Akut intoxication av sedativa** samt hypnotika***	10	1	1	0	11	2
Skadligt bruk av sedativa** samt hypnotika***	2	0	2	0	4	1
Annan sedativa** samt hypnotika*** relaterad diagnos		0	1	0	1	0
Skadligt kokainbruk	4	1		0	4	1
Akut intoxication av andra stimulantia	4	1	2	0	6	1
Skadligt bruk av andra stimulantia	11	2	7	1	18	3
Beroende av andra stimulantia	1	0	1	0	2	0
Skadligt bruk av hallucinogener		0	3	0	3	0
Akut intoxication av flyktiga lösningsmedel	2	0		0	2	0
Akut intoxication av flera droger i kombination	7	1	5	1	12	2
Skadligt bruk av flera droger i kombination	36	5	32	5	68	9
Beroende av flera droger i kombination	2	0	3	0	5	1
Annan diagnos relaterad till flera droger i kombination		0	2	0	2	0
Psykiska störningar (schizofrenier, depression mfl)	1	0	8	1	9	1
Hjärnskakning	1	0	5	1	6	1
Övriga diagnoser	6	1	16	2	22	3
Totalt	346	48	372	52	718	100

*Opiater har en dämpande och smärtstillande effekt och har därför länge använts inom sjukvården. Förutom opium innefattar gruppen morfin, heroin, metadon och petidin.

**Sedativa omfattar olika typer av lugnande medel

***Hypnotika omfattar olika typer av sömnmedel

Förändringar beträffande de fem vanligaste huvuddiagnoserna vid första vårdtillfället åren 1997 till 2001

Mellan 1997 och 2001 är akut alkoholintoxikation den oftast förekommande diagnosen bland ungdomar. Denna diagnos har dessutom ökat vad gäller andelen av de vårdade, från 44% 1997 till 56% 2001. Under perioden har flickornas antal mer än fördubblats och 2001 utgjorde de drygt hälften (52%) av de vårdade (se tabell 9).

Även diagnosen skadligt bruk av cannabis har ökat i omfattning dock i mindre utsträckning än de akuta alkoholintoxikationerna. Denna diagnos utgjorde 13% av de vårdades huvuddiagnoser vid första vårdtillfället år 2001. (Tabell 9).

Vad gäller diagnosen akut intoxikation, sedativa samt hypnotika (totalt 11 fall 2001), utgör flickorna under samtliga år en överväldigande majoritet. Således utgjorde flickorna 10 av de 11 fallen år 2001. (Tabell 9).

Tabell 9. Förändringar av de fem vanligaste huvuddiagnoserna vid första vårdtillfället under perioden 1997- 2001

Diagnos	År Kön	1997			1999			2001		
		F	P	F+P	F	P	F+P	F	P	F+P
Akut intoxikation, alkohol	Antal	96	158	254	138	185	323	209	190	399
	% inom diagnosen	37,8	62,2	100	42,7	57,3	100	52,4	47,6	100
	% inom kön	43,6	43,9	43,8	55,2	54,1	54,6	60,4	51,1	55,6
Skadligt bruk, cannabis	Antal	11	46	57	8	47	55	27	66	93
	% inom diagnosen	19,3	80,7	100	14,5	85,5	100	29,0	71,0	100
	% inom kön	5,0	12,8	9,8	3,2	13,7	9,3	7,8	17,7	13,0
Skadligt bruk, flera droger (inkl alkohol) i kombination	Antal	14	40	54	24	23	47	36	32	68
	% inom diagnosen	25,9	74,1	100	51,1	48,9	100	52,9	47,1	100
	% inom kön	6,4	11,1	9,3	9,6	6,7	7,9	10,4	8,6	9,5
Skadligt bruk, alkohol	Antal	9	30	39	8	7	15	9	9	18
	% inom diagnosen	23,1	76,9	100	53,3	46,7	100	50	50	100
	% inom kön	4,1	8,3	6,7	3,2	2,0	2,5	2,6	2,4	2,5
Akut intoxikation, sedativa samt hypnotika	Antal	19	5	24	11	2	13	10	1	11
	% inom diagnosen	79,2	20,8	100	84,6	15,4	100	90,9	9,1	100
	% inom kön	8,6	1,4	4,1	4,4	0,6	2,2	2,9	0,3	1,5
Totalt	Summa antal	149	279	428	189	264	453	291	298	589
	Summa % av samtliga	67,7	77,5	73,8	75,6	77,2	76,5	84,1	80,1	82,0

Antal och andel vårdtillfällen och vård dagar år 2001

Tabell 10 (nedan) visar att ca 75% av samtliga som vårdades inom slutenvården 2001 hade ett enda vårdtillfälle. D v s för en övervägande majoritet av ungdomarna var slutenvården av engångskaraktär under detta år. Könsfördelningen var tämligen jämn, med någon övervikt för flickorna, bland dem som har ett eller två vårdtillfällen. Dock är det något fler pojkar än flickor totalt bland vårdtillfallen vilket förklaras av att det bland fallen som vårdats vid fem eller fler tillfällen är dubbelt så många pojkar som flickor.(Tabell 10). Det kan också nämnas att det maximala antalet vårdtillfällen under 2001 för en och samma person var 14.

Tabell 10. Antal och andel (%) vårdtillfällen fördelade på kön, 2001

Antal vårdtillfällen		Kön		Totalt
		F	P	
1	Antal	270	264	534
	% av samtliga	37,60	36,77	74,37
2	Antal	33	26	59
	% av samtliga	4,60	3,62	8,22
3	Antal	10	20	30
	% av samtliga	1,39	2,79	4,18
4	Antal	9	24	33
	% av samtliga	1,25	3,34	4,60
5	Antal	8	5	13
	% av samtliga	1,11	0,70	1,81
Fler än 5	Antal	16	33	49
	% av samtliga	2,23	4,60	6,83
Totalt	Antal	346	372	718
	% av samtliga	48,19	51,81	100

Tabell 11. Antal och andel (%) vårddagar fördelade på kön, 2001

Vårddagar		Kön		Totalt
		F	P	
0-1	Antal	245	238	483
	%	34,12	33,15	67,27
2	Antal	16	11	27
	%	2,23	1,53	3,76
3	Antal	12	8	20
	%	1,67	1,11	2,78
4	Antal	15	16	31
	%	2,10	2,23	4,32
5	Antal	10	4	14
	%	1,39	0,56	1,95
6	Antal	4	3	7
	%	0,56	0,42	0,97
7	Antal	4	7	11
	%	0,56	0,97	1,53
8	Antal	2	14	16
	%	0,28	1,95	2,23
9	Antal	3	14	17
	%	0,42	1,95	2,37
10	Antal	7	11	18
	%	0,97	1,53	2,50
Fler än 10 dagar	Antal	28	46	74
	%	3,10	5,43	9,33
Totalt	Antal	346	372	718
	%	48,19	51,81	100

Sammanlagt 67% av ungdomarna har endast vårdats under en enda dag (Tabell 11). Mönstret är detsamma för pojkar som för flickor men pojkarna har i genomsnitt något fler vårddagar, vilket kan förklaras av att pojkarna, enligt tabellen på föregående sida, är i majoritet bland dem som vårdats vid fem eller fler tillfällen.

Sammanfattningsvis visar tabellerna 10-11 att en majoritet av ungdomarna vårdas vid ett enstaka tillfälle som varar ett dygn eller mindre. Denna iakttagelse stämmer väl överens med uppgiften om att den vanligaste diagnosen är alkoholintoxikation.

* De ungdomar som har noll som vårddagar skrevs in samma dag som de skrevs ut.

Utvecklingen det senaste halvåret

För att få en viss uppfattning om hur utvecklingstrenden ter sig efter 2001 gjordes samma urval ur VAL registret för innevarande år (2002) år som för åren 1997, 1999 samt 2001. Dock med den skillnaden att enbart de som hade ett inskrivningsdatum under det första halvåret (0101- 0630) respektive år togs med.

Tabell 12. Antalet vårdade i slutenvård första halvåret samt andel (%) av samtliga vårdade i slutenvård 1997, 1999, 2001 samt 2002.

År	F	P	Totalt	% av hela året
2002	161	203	364	X
2001	182	206	388	54,2
1999	123	159	282	47,6
1997	107	178	285	49,7

Antalet vårdade under första halvåret 2001 och 2002 tycks vara på ungefärligen samma nivå. Det skall dock noteras att andelen som vårdas det första halvåret av totala antalet vårdade under året varierar. Både 1997 och 1999 var det mindre än hälften som vårdades det första halvåret medan det var 54% som vårdades det första halvåret 2001. Sammanfattningsvis tycks den stora ökningen som noterades mellan åren 1999 och 2001 vara i avtagande. Det är sannolikt att 2002 kommer att likna 2001 vilket är det år som haft flest vårdade under denna tidsperiod.

Öppenvårdsinsatser vid Maria Ungdom

Öppenvårdsstatistiken (se tabell 12) är hämtad ur VAL-databasen och baserad på Maria Ungdoms egen statistik. Urvalet är således begränsat till Maria Ungdom och inkluderar ej öppenvårdsinsatser som ges vid de två skolorna Mini-Mariorna i Botkyrka och Täby. Öppenvårdsstatistiken anses i allmänhet vara mindre tillförlitlig än slutenvårdsstatistiken.

Med utgångspunkt från slutenvårdsstatistiken är det rimligt att anta att en stor del av öppenvården för länets tonåringar med alkohol- och drogrelaterade diagnoser sker i Mariamottagningens regi. Återigen påpekas att all vårdstatistik bör tolkas med stor försiktighet.

Tabell 13. Antal ungdomar som vårdats per år inom öppen och slutenvård vid Maria Ungdom, 1998- 2001.

Typ av vård	1998	1999	2000	2001
Öppenvård	1224	1287	1456	1490
Slutenvård	409	477	465	572
Totalt	1 268	1 307	1 501	1 694

Av tabell 13 framgår att totalt 1694 ungdomar hade kontakt med Maria Ungdom under år 2001. Flertalet hade endast öppenvårdskontakt. Av dem som vårdats i slutenvård har flertalet också haft en öppenvårdskontakt. Ökningen av Marias öppenvårdsinsatser var under perioden 21,7% medan ökningen av slutenvårdsinsatserna var 39,9%. Totalt har antalet personer som vårdats vid Maria ungdom ökat med 33,6% mellan åren 1998 och 2001.

I tabellbilagan, bilaga 1, presenteras ytterligare vårdstatistik i tabell 14, 16-19. För närmare presentation av tabellinnehåll se tabellförteckningen i denna bilaga.

Vård/behandling inom socialtjänsten

En enkät utsändes försommaren 2002 genom KSL:s försorg till socialtjänsten inom länets kommuner och stadsdelar. Syftet med enkäten var dels att få en övergripande bild av hur många ungdomar som är kända inom socialtjänsten och där bruket av alkohol och narkotika är en del av problembilden, dels att undersöka vilka insatser som görs på primärkommunal nivå för denna målgrupp. Vidare syftade enkäten till att få en uppfattning om inom vilka områden som det bedömdes att det saknades insatser.

Enkäten efterfrågade hur situationen såg ut i de aktuella områdena under vecka 15 år 2002. Den aktuella gruppen var ungdomar mellan 13-19 år. En enkät av detta slag innefattar ett flertal metodproblem och därför skall resultaten läsas med försiktighet. Syftet har inte varit att få en preciserad bild av gruppens omfattning eller kommunernas/stadsdelarnas insatser utan, som sagt, att ge en övergripande bild av situationen i länet.

Totalt har det inkommit 48 enkäter. Dessa representerar stadsdelar, kommundelar, kommuner samt vissa team eller speciella grupper, i något fall saknas uppgift om vilket område enkäten representerar. Detta har inneburit svårigheter att sammanställa enkäterna på stadsdels- och kommunnivå.

Efter sammanslagning av vissa enkätsvar representerar svaren 20 av länets 25 kommuner (Stockholms stad exkluderad) och 15 av Stockholms stads 18 stadsdelar. Då det saknas uppgifter om så pass många områden ansågs det inte meningsfullt att sammanställa uppgifterna på sjukvårdsområdesnivå.

Resultat

Gruppens omfattning samt insatser för gruppen

Antalet ungdomar som enligt vår förfrågan och de svar vi erhållit har kontakt med socialtjänsten och där alkohol, narkotika och andra substanser bedömes utgöra ett problem uppgick till knappt 900 (893) ungdomar. Det exakta antalet är okänt eftersom vissa kommuner och stadsdelar inte har besvarat enkäten. Vad som däremot är av intresse är att enkäten visar att 600 av dessa ungdomar fick en planerad stöd eller behandlingsinsats under undersökningsveckan, det vill säga ca 66% av de ungdomar med denna typ av problem som har kontakt med socialtjänsten.

Av de *aktuella ärendena* är det ca 5% som inte får någon insats trots att de anses vara i behov av sådan. Vad gäller de som får stöd- eller behandlingsinsats är det ca 5% som, enligt respondenterna, får en otillräcklig eller en icke relevant insats.

Den mest vanligt förekommande insatsen är stöd/motivationsamtal. En fjärdedel (26%) av dem som fick någon form av stöd fick denna typ behandling. Därefter följer: Maria Ungdom socialtjänstdelen 19%, HVB (hem för vård och boende), familjehem 19%, strukturerad

öppenvård/mellanvård 16% och LVU (insats enligt Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga) 11%.

Kommunernas/stadsdelarnas behov av olika behandlingsinsatser

En fråga i enkäten behandlade vilka behov rörande utökning av behandlingsinsatser som kommunerna/stadsdelarna ansåg sig vara i behov av. Av de 35 områdena har 32 besvarat denna öppna fråga. Av dessa har 21 angivit strukturerad öppenvård/mellanvård. Därefter följer: 6 uppsökande/förebyggande verksamhet, 5 ett större behov av Maria ungdoms verksamhet, dels i form av platser (ospecificerat) och dels i form av större möjligheter att lägga in ungdomar på Maria ungdom. Fyra ansåg att stöd/motivationssamtal behövde mer resurser samt ytterligare fyra menade att de behövde utökade resurser vad gäller HVB hem.

Uppsökande verksamhet

En särskild fråga ägnades åt huruvida kommunen/stadsdelen har personal som arbetar med uppsökande verksamhet. Av de områden som besvarat enkäten hade 19 områden avsatt personal till uppsökande arbete medan 14 inte hade det (2 hade inte besvarat frågan).

Sammanfattningsvis visar enkäten att socialtjänsten har kontakt med ett stort antal ungdomar under en vecka, där alkohol eller andra droger är en del av problembilden (knappt 900 bland de kommuner stadsdelar som besvarat enkäten, d v s bland 20 av länets 25 kommuner och 15 av Stockholms stads 18 stadsdelar). Den vanligaste insatsen för denna grupp är stöd/motivationssamtal. Enkäten visade också att ett stort antal områden inte hade avsatt personal till uppsökande verksamhet.

DEMOGRAFISK UTVECKLING

Enligt uppgifter från Regionplanekontoret kommer antalet tonåringar bosatta i Stockholms län att öka med 24% under den närmaste 5-årsperioden (från 139 653 år 2001 till 173 516 år 2007). Ökningen är störst (omkring 30%) i åldrarna 16-18 år. Inom samtliga sjukvårdsområden prognosticeras en ökning. (Se tabell 14)

Tabell 15. Befolkningsprognos för 2007 per sjukvårdsområde.

Sjukvårdsområde	Ålder							Summa	Ökningen i %, år 01-07
	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år	19 år		
Nordvästra SO	4062	4185	4253	4314	4377	4075	4048	29314	20
Nordöstra SO	3826	3893	4066	4016	4009	3635	3555	27000	19
Norra Stockholms SO	4302	4380	4513	4507	4659	4546	4621	31528	17
Sydvästra SO	5458	5561	5710	5658	5715	5453	5215	38770	19
Sydöstra SO	3918	3910	4100	3950	3985	3609	3337	26809	24
Södra Stockholms SO	2720	2769	2903	2858	3025	2909	2911	20095	18
Totalt 2007	24286	24698	25545	25303	25770	24227	23687	173516	
Ökning i % från år 2001-2007	8	18	25	30	37	32	24	24	

SKATTNING AVSEENDE BEHOV AV VÅRD/BEHANDLING ÅR 2007

För hela länet kommer en *grov* skattning av behovet av vård- och behandling för den berörda åldersgruppen (13-19 år) att göras för den närmaste femårsperioden. Redan inledningsvis vill vi betona att förändringarna i behov av vård av mer långsiktig karaktär troligtvis kommer att ske bland gruppen unga vuxna samt yngre medelålders. Risken för beroende ökar med längden av missbruket, varför ett eventuellt ökat bruk av alkohol och/eller narkotika under tonåren med all sannolikhet kommer att återspeglas av ökad beroendeproblematik som framförallt blir märkbar i senare åldersgrupper.

Enligt den s k preventionsparadoxen är det dock inte bara de ungdomar som p g a speciellt riskfyllda alkoholvanor löper högst risk att utveckla en beroendeproblematik som kommer att bli i behov av vård. Enligt denna paradox är det i stället den stora gruppen ungdomar som dricker ”normalt” som skapar flest vårdbehövande. För det akuta omhändertagandet p g a alkoholintoxikation utgår vi vid bedömningarna från paradoxens giltighet vad det gäller medicinsk vård. Huruvida detsamma gäller vid narkotikakonsumtion, d v s att de ungdomar som provar narkotika någon gång skulle utgöra den största gruppen medicinskt vårdbehövande låter vi vara osagt.

Samtliga prognoser baseras på den demografiska utvecklingen samt slutenvårdsstatistiken från SLL avseende åren 1997-2001. Det ideala hade varit om vi vid skattningarna hade kunnat utgå från alla typer av vård och behandling finansierade antingen av primärkommunerna eller landstinget. I avsaknad av sådana löpande och tillförlitliga uppgifter har vi således utgått från landstingets slutenvårdsdata. Trots att dessa siffror bedöms som de säkraste att använda i ett prognostiskt syfte innebär nyttjandet av producerad vård som utgångsmått avseende *vårdbehovet* vid en baslinje stora metodologiska problem (bristande validitet), varav en del beskrivits ovan. Andra svårigheter är att mängden producerad slutenvård, kanske framförallt inom detta område, till stor del speglar den aktuella tidens vårdpolitiska ställningstaganden inte bara avseende vård inom slutet eller öppen form utan även rörande behovet av vård överhuvudtaget. I ett mer alkoholliberalt och kanske även drogliberalt samhälle än vårt, där vi, åtminstone på myndighetsnivå, behållit den restriktiva politiken vad gäller alkoholkonsumtion samt illegaliserat narkotikainnehav, torde gränserna vara snävare för vilka tillstånd/beteenden som anses utgöra indikationer för vård och kräva behandling. D v s definitionen av behov av vård/behandling skiftar sannolikt med den alkohol- och drogpolitiska opinionen i samhället. Därtill tillkommer gränsproblematiken mellan behandling inom socialtjänsten eller sjukvården.

Antaganden bakom samtliga prognoser

Vi utgår i samtliga bedömningar från att det inte sker några mer drastiska svängningar vare sig i konsumtionsmönster eller i allmänna opinionen under den närmaste femårsperioden. På sikt gör vi dock bedömningen att ett än mer alkoholliberalt samhälle med ökad tillgänglighet till alkohol skulle kunna medföra att tonåringar blir mer benägna att prova droger även av andra slag. Den ökade konsumtionen av droger bland ungdomar i många av Europas länder kan också komma att påverka utvecklingen i Sverige.

Bland de faktorer som i sammanhanget förväntas påverka utvecklingen negativt är antagandet om en under femårsperioden ökad tillgänglighet av såväl alkohol som narkotika. Alkoholens allmänt ökade tillgänglighet förväntas ske främst i form av ytterligare prissänkningar (genom

troliga skattesänkningar), men även genom ökad privatinförsel samt fler utskänkingsställen. Därtill kommer vuxnas förmodade ytterligare ökade konsumtion att innebära att tillgängligheten i hemmen kommer att öka. Ungdomar anses vara mer priskänsliga än vuxna varför prissänkningar påverkar denna åldersgrupps konsumtion i större utsträckning än vad den gör för vuxna.

Även tillgänglighet av narkotiska preparat förväntas öka genom ökad införsel från det utökade EU, där bl a de baltiska ländernas förväntade inträde i EU kommer att underlätta införseln av narkotika. Detta kommer att innebära en ytterligare prissänkning på och lätthet att få tag i dessa preparat, såvida inte kraftigt förstärkta insatser från tull och polis kan stävja denna utveckling.

Samtliga prognoser utgår från en låg arbetslöshet bland ungdomar eftersom behovet av arbetskraft under de närmaste åren förutspås öka. I en svensk prospektiv studie av elever i årskurs nio i Luleå (Janlert och Hammarström 1992) som följts under fem år framkom att alkoholkonsumtionen framförallt bland unga män ökar starkt vid arbetslöshet. Förutom att ungdomar med hög alkoholkonsumtion löper ökad risk att bli arbetslösa tyder studien på att ungdomsarbetslöshet medför ökad alkoholkonsumtion särskilt bland männen, varför den förväntade låga arbetslösheten utgör en i sammanhanget främjande prognos.

Nedanstående skattningar bygger på ett antal antaganden:

- Att omvärlden i övrigt är statisk, d v s ingen hänsyn är tagen till eventuella större förändringar av ekonomisk, kulturell, världspolitisk eller annan art som i högre eller mindre grad påverkar vuxnas och ungdomars bruk av alkohol och andra droger .
- Förhållandet mellan vård p g a bruk av alkohol eller narkotika är i stort sett oförändrad. Med detta avses att det under perioden inte sker någon större förskjutning mellan de olika diagnosgrupperna och att täckningsgraden av slutenvårdsbehoven förutspås i stort sett densamma som idag.

Samtliga bedömningar är p g a det osäkra kunskapsläget mycket grova och exempel på vad som brukar benämnas ”kvalificerade gissningar”. Skattningarna ska närmast ses som tankemodeller och tar t ex ingen hänsyn till eventuella förändringar i val av droger. De tar inte heller hänsyn till längden av olika vårdinsatser p g a olika diagnoser.

Vår förhoppning är att de scenarier som beskrivs nedan ska kunna utgöra en bas för hur man kan utveckla planeringen för framtiden genom ett utökat samarbete mellan kommuner och landsting för att bemöta vårdbehovet bland missbrukande ungdomar.

För samtliga scenarier gäller att det ökade vårdbehovet inom landstingets slutenvård avspeglas i ett ökat vårdbehov även inom andra delar av den medicinska vården liksom vård given inom socialtjänstens ram. Således kommer inte endast behov av vård/behandling som inriktats direkt mot alkohol- eller drogbruket att öka utan även annan vård relaterad till detta bruk/missbruk. Bland dylik vård kan nämnas skador förorsakade av olycksfall inkl trafikolyckor och av våld, sexuellt utnyttjande och konsekvenser av oskyddat sex såsom sexuellt överförbara infektioner (STI-infektioner), tonårsgraviditeter respektive aborter.

Illustration av tre olika scenarier

De olika scenarierna åskådliggörs nedan i form av diagram där det tänkta utfallet utgörs av antalet ungdomar som får vård inom sjukvårdens slutenvårdsverksamhet. Vi har valt att demonstrera utvecklingen på detta sätt eftersom små förändringar i antal vårdade ungdomar per 1000 ungdomar i åldersgruppen (incidensen) ger ganska dramatiska förändringar i åldersgruppens behov av sluten vård. Detta beror på att de aktuella åldrarna, som illustrerats ovan under rubriken demografisk utveckling, kommer att öka kraftigt.

Det finns anledning att invända mot användandet av antal vårdade i slutenvård som mått på vårdbehov. Som vi tidigare nämnt, påverkas detta mått av många andra faktorer såsom exempelvis närhet till slutenvård. Dock anser vi att detta mått trots sina brister har en större reliabilitet än vad exempelvis öppenvårdsstatistiken har. Dessutom är vår bedömning att det akuta omhändertagandet av alkohol- och drogförgiftade tonåringar under alla förhållanden även framöver kommer att ske inom sluten vård med tillgång till medicinsk expertis. Det skall också påpekas att beräkningarna utgått från *antal* vårdade. Under 2001 var det ca 75 % av de som vårdats inom slutenvård som vårdats vid ett tillfälle. D v s en fjärdedel av de vårdade hade erhållit vård vid två eller fler tillfällen.

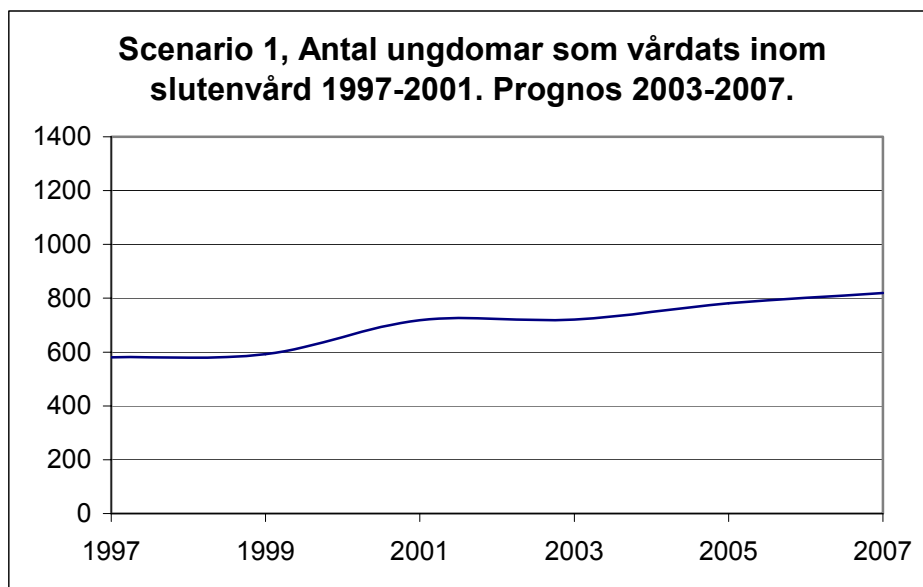
Scenario 1

P g a de starka krafter som verkar mot en ökning av alkohol- och drogkonsumtionen anser vi att den mest positiva framtidsbilden, om man ska vara realistisk, för den närmaste femårsperioden är en oförändrad situation vad gäller skador och sociala konsekvenser per tusen ungdomar i berörda åldersgrupper. Med andra ord utgår scenario 1 från att tonåringarna i Stockholms län inte förändrar sin konsumtion av alkohol och andra droger på sådant sätt att de hälsomässiga eller sociala konsekvenserna av bruket förvärras i förhållande till år 2001. Detta skulle i sin tur återspegla sig i att ökningen av antalet vårdade per 1000 i berörda åldrar upphör, mer konkret baseras beräkningarna på oförändrat antal ”fall” per 1000 ungdomar med hänsyn tagen till befolkningsökningen i berörda åldersgrupper.

Oförändrade konsekvenser per 1000 ungdomar men ökat antal ungdomar i behov av vård och behandling

Genom den demografiska utvecklingen kommer den gynnsamma, eller snarare mindre ogynnsamma utvecklingen, vad gäller bruket/missbruket av droger ändå innebära att behovet av vård och/eller annan behandling inom socialtjänsten eller sjukvården enligt detta scenario att öka. Totalt under perioden kommer behovet att öka i samma utsträckning som andelen tonåringar ökar i respektive åldersgrupp

Bland sociala konsekvenser som kommer att bli märkbara är att fler ungdomar kommer att hamna i bråk, få relationsstörningar i förhållande till föräldrar och vänner, få skolproblem samt sannolikt riskera att hamna i olika former av kriminalitet.

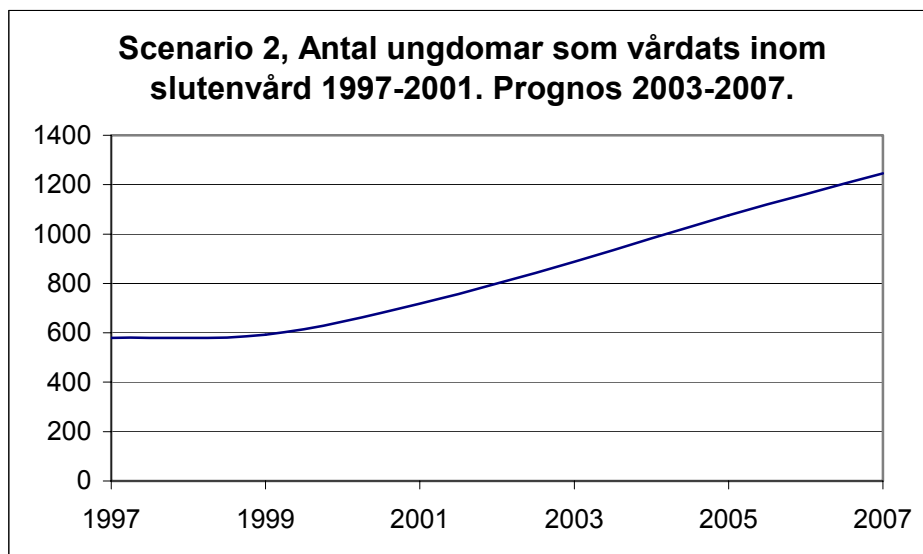


Scenario 1 baseras på att utvecklingen de kommande åren är ett genomsnitt av hur utvecklingen sett ut under åren 1997- 2001. Som framgår av figuren kommer utvecklingen att stagnera efter den kulmen som inträffade mellan 1997 och 2001. I absoluta tal innebär denna utveckling att drygt 800 ungdomar kommer att behöva vårdas inom landstingets slutenvård 2007 mot nuvarande dryga 700. För absoluta tal hänvisas läsaren till tabell 19 i bilaga 1.

För att detta scenario, avspeglade den minst ogynnsamma utvecklingen av de tre scenarierna, ska förverkligas krävs krafttag framförallt på lokal nivå. Bl a innebär detta att länets kommuner utvecklar sitt preventiva arbete i enlighet med intentionerna i den nationella handlingsplanen mot alkoholskador (Prop. 2000/01:20) och den nationella narkotikahandlingsplanen (Prop. 2001/02:91) mot narkotika. Som påpekats ovan (under avsnittet om prevention) har praktisk erfarenhet visat att det preventiva arbetet måste omfatta breda åtgärder omfattande såväl primär, sekundär samt tertiär prevention. Samordningen måste för att fungera vara strukturerad och inriktad mot konkreta mål samt med tydliga ansvarsområden formulerade. Vidare måste arbetet vara förankrat på såväl politiker- som tjänstemannanivå. För denna den minst ogynnsamma utvecklingen fordras således bl a:

- ökad kunskap om preventivt arbete på lokal nivå, d v s bland kommuner och stads- och kommundelar
- ökade resurser
- ökad samverkan
- förbättrad samordning av och struktur för det preventiva arbetet
- åtgärder som inarbetas i det ordinarie arbetet, d v s långsiktighet och vidmakthållande

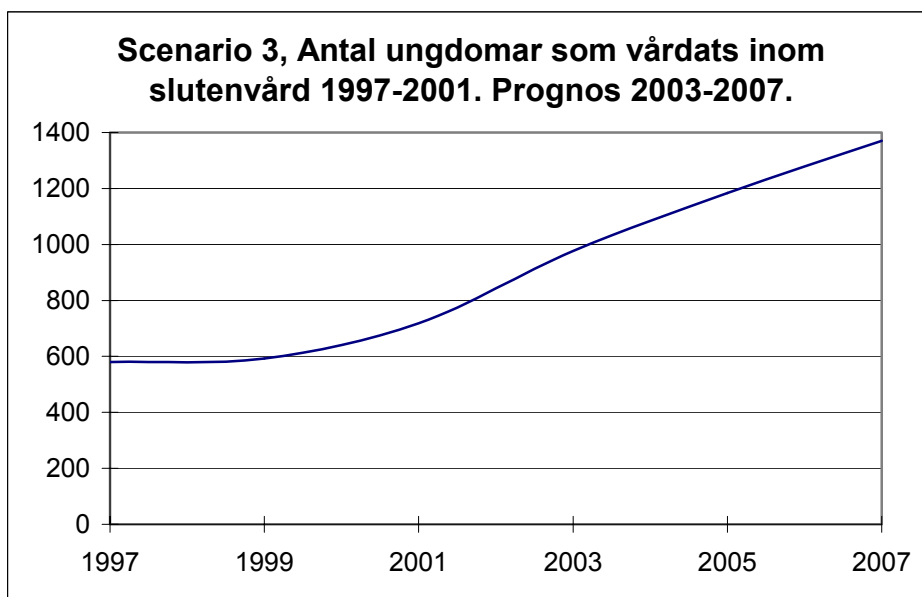
Scenario 2



Detta scenario baseras på en fortsatt ökning av incidensen motsvarande ökningstakten mellan år 1999 och 2001. Prognosen görs utifrån en bedömning att föräldrar, andra vuxna, kommuner/stadsdelar, landstinget, och övriga aktörer inte lyckas stävja missbruket bland de yngre tonåringarna och på så sätt förhindra att ökningen av incidensen sker snabbare än hitintills.

Scenario 2 baserar sig på att utvecklingen de kommande åren är densamma som mellan 1999 och 2001. Med detta scenario kommer antalet vårdade att öka dramatiskt de kommande åren. I absoluta tal sker en ökning från drygt 700 år 2001 till ca 1250 år 2007, det vill säga en trendframskrivning med en knapp fördubbling av antalet medicinskt slutenvårdade tonåringar i Stockholms län..

Scenario 3



Scenario 3 baserar sig på samma utveckling som mellan 1999 och 2001 samt ytterligare en 10% ökning av antalet vårdade per 1000 ungdomar under de kommande åren. Det vill säga en fortsatt ökning utöver den ökning som redan inträffat mellan åren 1999 och 2001. Med detta scenario kommer antalet ungdomar i behov av alkohol- och/eller drogrelaterad slutenvård att fördubblas från dryga 700 ungdomar år 2001 till knappt 1400 år 2007.

Sammanfattande kommentar till scenarierna

Förutom åtgärder av preventiv karaktär som myndigheter, andra officiella institutioner liksom många frivilligorganisationer vidtar, har som tidigare nämnts attityder stor inverkan på vilken framtid vi får vad det gäller barns och ungdomars bruk av alkohol och droger. Enligt ett antal studier påverkas ungdomars alkoholkonsumtion framförallt av föräldrarnas attityder.

Ungdomars alkoholanvändning brukar dra uppmärksamheten till sig. Om inte annat kan man nog gissa att allmänheten i större utsträckning än idag främst kommer att märka av de allt fler tonåringarnas överkonsumtion av alkohol vid Lucia, Valborg och vid skolavslutningarna. En gynnsam konsekvens av de negativa följderna av drogbruket bland ungdomar skulle kunna vara att vuxna i gemen dels engagerar sig mer i framförallt den alkoholpolitiska debatten, dels att de ställer krav på sina valda företrädare att engagera sig i dessa frågor genom satsningar på prevention. Självfallet kan en annan positiv konsekvens vara att föräldrar engagerar sig mer i sina egna ungdomars vanor.

Förhoppningsvis kan i slutändan den förutspådda pessimistiska utvecklingen vad gäller vårdbehov p g a missbruk bland barn och ungdom leda till att såväl föräldrar, andra vuxna liksom kommuner och stadsdelar engagerar sig mer aktivt och målmedvetet med alkohol- och drogförebyggande arbete än vad som är fallet idag.

REKOMMENDATIONER OCH FÖRSLAG

Samordningsgruppen har i samband med utarbetandet av denna analys kunnat konstatera att det fordras stora gemensamma insatser från olika delar av samhället för att bekämpa den förväntade utvecklingen avseende missbruk bland ungdomar. Att föräldrar och andra för ungdomarna signifikanta vuxna är de allra viktigaste i detta sammanhang är ju nästintill en självklarhet. Men för att bygga upp strukturer som kan motverka de starka krafter av kulturell och ekonomisk art som ligger bakom både en ökad konsumtion av alkohol liksom spridande av narkotiska preparat behövs gemensamma insatser på samhällsnivå. Därutöver behövs ett antal åtgärder främst av samordningskaraktär. För att kunna utnyttja tillgängliga resurser så effektivt som möjligt vad avser både prevention och vård/behandling vill gruppen lämna följande förslag för utvecklandet av samarbetet mellan primärkommunerna i länet och landstinget.

Gemensam behovsbild

Beslutsfattare och tjänstemän som ska dimensionera framtida vård- och behandlingsinsatser för barn och ungdom har behov av fylligare kunskap om hur situationen ser ut i den egna kommunen/det egna sjukvårdsområdet för att kunna göra analyser av behoven. Förbättrade förutsättningar för prognoser av behov av vård och behandling för ungdomar med missbruksproblematik kräver samverkan på lokal nivå mellan kommunen och sjukvårdsområdet. *Sådan samverkan ser vi som en nödvändig förutsättning för lokal beredskap för de stora förändringar i vårdbehoven som föreliggande behovsanalys illustrerat.*

Ett första steg i den fördjupade samordning som vi förordar kan vara en gemensam kartläggning av situationen ”här och nu” inom respektive kommun. I denna kartläggning bör som komplement till löpande uppgifter om antal ungdomar som erhåller vård/behandling, både genom kommunens och landstingets försorg, andra indikationer på behoven ingå. För att underlätta den lokala kartläggningen pågår inom Statens folkhälsoinstitut (FHI) ett arbete med att utveckla s k nyckeltal, d v s olika indikatorer på hur situationen avseende bruk av alkohol och droger ser ut i det egna lokalsamhället. I den av FHI nyligen utgivna kunskapsöversikten ”Den svenska supen i det nya Europa” anges exempel på sådana indikatorer (sid 288). Bland sådana nämns förutom resultat av enkätundersökningar bland barn och föräldrar, olika registeruppgifter (inkl sjukvårds-, barnhälso- och socialtjänstdata), resultat av intervjudata samt observationsstudier. Även av etiska skäl finns anledning att försöka finna andra mått än enkätdata. Vi vill i detta sammanhang peka på de metodologiska och etiska överväganden som bör göras före användandet av enkätstudier på lokal nivå som vänder sig till barn och ungdom (Svensson m fl 2002).

Vi vill därför förorda att beslutsfattarna inom länets kommuner och landsting bevakar att utvecklingen följs regelbundet avseende ett antal faktorer som kan utgöra indikationer på hur konsumtionsmönstret av alkohol och droger bland ungdomar ser ut. Likaledes bör utvecklingen av de faktiska behoven av vård/behandling följas liksom hur dessa behov kan komma att te sig inom, låt oss säga den närmaste femårsperioden. Genom att följa utvecklingen på detta sätt kan även behoven av förebyggande åtgärder dimensioneras och styras på ett effektivt sätt.

Gemensam planering av åtgärder/insatser

Genom gemensamma analyser av demografisk utveckling, alkohol- och drogvaneutveckling samt behov av prevention och vård/behandling kan planering av sådana insatser ske på ett optimalt sätt. Vid tidpunkter *då förändringar i vård- och behandlingsutbudet måste göras för att möta ändrade behov måste detta ske samordnat mellan huvudmännen*. Utan denna samordning kan respektive huvudmans planering och genomförande av olika insatser leda till att målen för insatsen motverkas. T ex förutsätter en utbyggnad av slutenvårdsplatser inom landstinget för ungdomar med missbruks-/beroendeproblematik att det finns kommunala insatser efter utskrivningen. På motsvarande sätt kräver en offensiv uppsökande verksamhet och förstärkta behandlingsinsatser i kommunerna att det utökade antal ungdomar med missbruks-/beroendeproblematik som upptäcks utan väntetid kan erbjudas kvalificerat medicinskt omhändertagande där sådant erfordras.

På ledningsnivå bör tydliga mål för både prevention och vård/behandling formuleras och samordnas. Målen bör vara tillräckligt tydliga för att möjliggöra uppföljning och utvärdering av måluppfyllelse.

Tydlig ansvars-/rollfördelning

Att samverka i form av gemensam planering inom länet av såväl förebyggande som behandlande insatser ännu inte utvecklats i den omfattning som vore önskvärt bedömer vi till stor del beror på oklar ansvarsfördelning mellan de olika huvudmännen vad det gäller den praktiska tillämpningen av lagstiftningen inom området.

Ett exempel på denna oklarhet gäller planeringsansvaret för primärpreventiva insatser. Forskning om riskfaktorer för en ogynnsam utveckling vad gäller bruk av alkohol och droger har bedrivits såväl inom samhällsvetenskaperna som inom medicinsk vetenskap. Allteftersom folkhälsovetenskapen utvecklats som medicinsk specialitet har metoderna för prevention blivit alltmer vetenskapligt dokumenterade och spridda inom denna disciplin. Eftersom de ledande företrädarna bakom denna utveckling varit anställda i landstinget har denna huvudman blivit alltmer dominerande inom området. Under senare år har dock det kommunala ansvaret för de primärpreventiva insatserna betonats alltmer från riksdag/regering. Denna diskrepans tror vi kan ha skapat en otydlighet om planeringsansvar för de kommunala preventiva insatserna.

Gemensam kunskapsutveckling

Vidare förordar vi att ett nätverk skapas med de kommunala FoU-enheter som finns i länet och de enheter inom landstinget som svarar för epidemiologi och kunskapsutveckling inom området. I detta nätverk bör självfallet den FoU-enhet som planeras på Maria Ungdom ingå. Genom detta nätverk kan gemensamma dokumentationsmodeller för såväl problemets omfattning som uppföljning/utvärdering av olika typer av insatser utvecklas och spridas.

Specifikt anser vi att kunskapsutveckling behövs såväl inom primär-, sekundär som tertiärprevention:

- -utökad kunskap om effektiva primärpreventiva metoder. För detta fordras kunskap om såväl folkhälsovetenskaplig metodik samt i utvärderingsmetodik
- -utökad kunskap om sekundärpreventiva metoder för att stödja barn som lever i riskfyllda miljöer

- utökad kunskap om vård/behandling. Denna behovsanalys visar på att en stor del av den vård/behandling som ges till ungdomar är i form av ”stöd”. Vi anser att dokumentationen och utvärderingen av de insatser som utförs/bekostas av landstinget och kommunerna utvecklas avsevärt.
- utökad kunskap om missbruk bland invandrarungdom och hur detta kan förebyggas (som parlamentariska kommittén påtalat behov av)

Förbättrad primärprevention

Som påtalats på flera ställen i denna behovsanalys fordras kraftfulla primärpreventiva satsningar bland länets kommuner i enlighet med intentionerna i den nationella handlingsplanen mot alkoholskador (prop. 2000/01:20) och den nationella narkotikahandlingsplanen (prop. 2001/02:91) mot narkotika. Som påpekats ovan (under avsnittet om prevention) har praktisk erfarenhet visat att det preventiva arbetet måste omfatta breda åtgärder omfattande såväl primär, sekundär samt tertiär prevention. Samordningen måste för att fungera vara strukturerad och inriktad mot konkreta mål samt med tydliga ansvarsområden formulerade. Vidare måste arbetet vara förankrat på såväl politiker- som tjänstemannanivå. Detta i kombination med de ovan beskrivna gemensamma åtgärderna och förtydligandet av ansvarsfördelningen mellan kommuner och landstinget ser vi som nödvändiga förutsättningar för att inom länet lyckas med det förebyggande arbetet.

Förbättrad sekundärprevention

I den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (Prop. 2000/01:20) påtalas ungdomsmottagningarnas funktion när det gäller att tala om alkohol. På dessa mottagningar har ungdomarna möjlighet att tala med någon annan vuxen än de egna föräldrarna om viktiga frågor. I den nationella handlingsplanen mot narkotika (Prop. 2001/02:91 Nationell narkotikahandlingsplan) påpekas att det är viktigt att yngre människor inte ska behöva definiera sig som missbrukare för att få hjälp till behandling och att det därför bör finnas tillgång till en för ungdomar särskilt anpassad mottagning. En sådan skulle enligt handlingsplanen kunna inrymmas i ungdomsmottagningarnas verksamhet om denna förstärks med anställda som har kompetens inom området ungdomar och narkotika eller drivs som en egen verksamhet i socialtjänstens regi.

Därutöver bör landstingets samtliga enheter som möter ungdomar få ett sekundärpreventivt utvidgat uppdrag. På samma sätt som olika metoder för att beakta riskfylld alkoholkonsumtion visat sig mycket effektiva bland vuxna som besöker primärvården torde sådan metodik speciellt utvecklad för att möta ungdomar kunna förhindra en ogynnsam utveckling.

Sammanfattningsvis behandlar rekommendationerna och förslagen tre huvudområden för samverkan mellan huvudmännen: vid behovskartläggning, vid planering av resurser/insatser samt samverkan för ökad kunskapsutveckling. Därutöver fordras utvecklade insatser för att förhindra missbruk bland ungdom (primärprevention) och för att tidigt upptäcka ungdomar med missbruk (sekundärprevention).

Samverkan i behovskartläggning

- Gemensamma behovsbilder tas fram på lokal nivå (kommun/landsting) som grund för gemensam åtgärdsplanering
- Utvecklingen rörande ungdomars alkohol- och drogvanor följs regelbundet

Samverkan i planering av åtgärder

- Tydliga och samordnade handlingsplaner med konkreta mål och strategier för både prevention och vård/behandling tas fram på lokal nivå
- Landstingets respektive kommunernas uppgift i såväl prevention som vård och behandling tydliggörs
- Utökade, bättre strukturerade och samordnade primärpreventiva insatser
- Samordnad beredskap att anpassa resurserna för vård och behandling till förändringar i behoven
- Pröva utvidgat uppdrag för ungdomsmottagningarna vad gäller prevention och vård/behandling

Samverkan i kunskapsutveckling/-spridning

- Vård- och behandlingsinsatser följs och dokumenteras regelbundet
- Förstärkning av forskningen rörande såväl prevention som vård/behandling inom området
- Nätverk mellan FoU-enheterna i länet för utveckling och spridning av gemensamma dokumentationsmodeller, uppföljning och utvärdering

Kraftfulla primärpreventiva insatser

- ökad kunskap om preventivt arbete på lokal nivå, d v s i kommuner och stads- och kommundelar
- förstärkta personella resurser
- ökad samverkan
- förbättrad samordning av och struktur för det preventiva arbetet
- åtgärder som inarbetas i det ordinarie arbetet, d v s långsiktighet och vidmakthållande

Utvecklad och utvidgad sekundärprevention

- förbättrad information vid ungdomsmottagningarna
- personal vid landstingets samtliga hälso- och sjukvårdande verksamheter som möter unga människor ska ha kunskap i sekundärpreventiv metodik
- tillämpningen av sekundärpreventiv metodik innefattas i landstingets uppdrag till producenterna.

REFERENSER

- Andersson B, Hansagi H, Damström Thakker K, Hibell B. Long-term trends in drinking habits among Swedish teenagers: National School Surveys 1971-1999. *Drug and Alcohol Review*. 2002;21:253-266
- Andréasson S, Allebeck P, Romelsjö A. Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts. *BMJ* 1988;296:1021-5.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Mönstrandens drogvanor 2001.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Skolelevers drogvanor 2001. Rapport nr 67. 2002.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Skolelevers drogvanor 2002. Preliminär sammanfattning.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 68. Stockholm 2002.
- Edwards et al. Alkoholpolitik för bättre folkhälsa. Natur och Kultur, 1994.
- Fillmore KM. Alcohol use across the life course: a critical review of 70 years of international longitudinal research. Toronto: Addiction Research Foundation, 1988.
- Haeggman UL, Upmark M, Romelsjö A. Hur lätt är det för ungdomar att köpa folköl. CADP, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. 2001.
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, m fl. The 1999 ESPAD Report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm: The Swedish –council for Information on Alcohol and Other Drugs and the Pompidou Group, 2000.
- Holder HD. 1998. Alcohol and the community, a systems approach to prevention. Cambridge University Press.
- Holmila M (Ed). 1997. Community prevention of alcohol-problems. Houdmills and London: MacMillan. Press limited ltd.
- Janlert, U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Natur och Kultur, Stockholm 2000.
- Janlert U, Hammarström A. Alcohol consumption among unemployed youth: results from a prospective study. *Br J Addict* 1992;87:703-14.
- Jessor R, Jessor SL. Adolescent development and the onset of drinking, *Journal of studies on Alcohol* 1975;36:27-51.
- Jessor R. Problem behavior and developmental transition in adolescence. *J Sch Health*. 1982;52(5):295-300.
- Karlsryd E. Ungdom och alkohol – fokusgrupper med ungdomar i årskurs 9. CADP, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. 2001.
- Leifman H, Kühlhorn E, Allebeck P, Andréasson S, Romelsjö A. Abstinence in late adolescence – antecedents to and covariates of a sober lifestyle and its consequences. *Soc Sci Med* 1995;1:113-21.
- Leifman H. Rapport "Ungdomar och alkohol: trender och individuell utveckling - en genomgång av litteratur på området". Oberoende alkoholsamarbetet (OAS). Stockholm 2000.
- Leifman H, Trolldal B. Alkoholkonsumtionen i Sverige 2000/2001 SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning).
- Leifman H, Trolldal B. Svenskens alkoholkonsumtion i början av 2000-talet med betoning på 2001. SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning), Forskningsrapport nr 3, reviderad version.
- Marklund U. Droger och påverkan. Eleanalys som utgångspunkt för drogundervisning. Göteborgs Universitet. Göteborg 1983. Avhandling.
- May C. A burning issue? Adolescent alcohol use in Britain 1970-1991. *Alcohol Alcohol* 1992;27:109-15.
- Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador. Regeringens proposition 2000/01:20

Nationell narkotikahandlingsplan. Regeringens proposition 2001/02:91

Pape H. Tonåringsdriking i utvecklingspsykologisk perspektiv. Norsk Epidemiologi 1996;6 (1):85-90.

Pedersen W, Rites of passage in high modernity. Young. 1994;2:21-32.

Pedersen W. Övergångsriter, liminalitet, rus. Nordisk alkoholtidskrift 1992;9:98-107.

Pedersen W Skronald A. Alcohol consumption debut: predictors and consequences. J Stud Alcohol 1998;59:32-42.

SOU 2001:55. Barns och ungdomars välfärd. Delbetänkande från Kommittén Valfärdsbokslut.

Statens Folkhälsoinstitut. ”Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt”. Red. Andréasson S. Rapportnr 2002:11. Stockholm 2002 a.

Statens Folkhälsoinstitut. Insatser för att stärka den alkoholskadeförebyggande verksamheten i skolan. Regeringsuppdrag. 2002 b.

Stockholms Stad. Enheten för drog- och brottsprevention, Socialtjänstförvaltningen PM nr 4. 2002.

Svenska Kommunförbundet. Drogförebyggande arbete. En handbok. Sundbyberg 2001.

Skolverket. Rapport 302000-01-13. Dnr 99:208. Stockholm 1999.

Svensson J, Upmark M, van den Tempel J: Risker med drogvaneenkäter i skolan. Alkohol & Narkotika. 2002;2:25-27.

van den Tempel J. Alkohol- och drogförebyggande handlingsplaner i Stockholms läns kommuner år 2000. En inventering. CADP, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. 2001.

Upmark m fl Alkohol- och drogvvanor bland eleverna i åk 9 i kommunerna i Stockholms län. CADP, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Huddinge 1999.

Utrednings- och statistikkontoret (USK). Drogvaneundersökning i Stockholms skolor år 2000. Stockholm 2001.

BILAGA 1:

Tabellbilaga

Tabellförteckning

TABELL 1. GENOMSNIITTSKONSUMTION AV ALKOHOL (LITER 100% ALKOHOL) BLAND ELEVER I ÅRSKURS 9 (VT -98) FÖRDELADE PÅ KOMMUNERNA I STOCKHOLMS LÄN.	3
TABELL 2. ANDEL (%) ALKOHOLKONSUMENTER I ÅRSKURS 9 (VT-98) SOM DRICKER STORA MÄNGDER ALKOHOL* ETT PAR GÅNGER I MÅNADEN ELLER OFTARE FÖRDELADE PÅ KOMMUNER I STOCKHOLMS LÄN.	4
TABELL 3. ANDEL (%) ELEVER I ÅRSKURS 9 (VT -98) SOM ANVÄNT NARKOTIKA FÖRDELADE PÅ KOMMUNER I STOCKHOLMS LÄN.	5
TABELL 4. ANTAL TONÅRINGAR SOM VÅRDATS INOM SLL:S SLUTENVÅRD MED EN ALKOHOL- ELLER DROGDIAGNOS FÖRDELADE PÅ KÖN 1997, 1999, SAMT 2001.	6
TABELL 5. ANTALET SLUTENVÅRDADE TONÅRINGAR FÖRDELADE PÅ OMRÅDE I STOCKHOLMS KOMMUN, 2001.	6
TABELL 6. UTVECKLINGEN AV ANTALET FALL PER ÅR OCH TUSEN TONÅRINGAR, FÖRDELADE PÅ KÖN SOM VÅRDATS INOM STOCKHOLMS LÄNS LANDSTINGS SLUTENVÅRD MED EN ALKOHOL- ELLER DROGDIAGNOS 1997, 1999, SAMT 2001.	7
TABELL 7. ANTALET VÅRDADE TONÅRINGAR PER 1000 INVÅNARE, INOM SLL:S SLUTENVÅRD MED EN ALKOHOL- ELLER DROGDIAGNOS FÖRDELADE PÅ KOMMUNER I STOCKHOLMS LÄN 1997, 1999 OCH 2001.	8
TABELL 8. DIAGNOSER (DIAGNOS 1) VID FÖRSTA VÅRDTILLFÄLLET FÖRDELADE PÅ KÖN, 2001.	9
TABELL 9. FÖRÄNDRINGAR AV DE FEM VANLIGASTE HUVUDDIAGNOSERNA VID FÖRSTA VÅRDTILLFÄLLET UNDER PERIODEN 1997 - 2001.	10
TABELL 10. ANTAL OCH ANDEL (%) VÅRDTILLFÄLLEN FÖRDELADE PÅ KÖN, 2001.	11
TABELL 11. ANTAL OCH ANDEL (%) VÅRDDAGAR FÖRDELADE PÅ KÖN, 2001.	12
TABELL 12. ANTALET VÅRDADE I SLUTENVÅRD FÖRSTA HALVÅRET SAMT ANDEL AV SAMTLIGA SLUTENVÅRDADE ÅREN 1997,1999, 2001 SAMT 2002.	13
TABELL 13. ANTAL UNGDOMAR SOM VÅRDATS PER ÅR INOM ÖPPEN OCH SLUTENVÅRD VID MARIA UNGDOM, 1998- 2001.	13
TABELL 14. FÖRDELNING AV ANTALET BESÖK PER KOMMUN/OMRÅDE VID MARIA UNGDOMS ÖPPENVÅRD, 1998- 2001.	14
TABELL 15. BEFOLKNINGSPROGNOS FÖR 2007 PER SJUKVÅRDSOMRÅDE.	15
TABELL 16. ANTAL TONÅRINGAR SOM VÅRDATS INOM SLLS SLUTENVÅRD MED EN ALKOHOL- ELLER DROGDIAGNOS FÖRDELADE PÅ SJUKVÅRDSOMRÅDE OCH KÖN 1997, 1999, SAMT 2001.	15
TABELL 17. ANTAL TONÅRINGAR PER 1000 SOM VÅRDATS INOM SLLS SLUTENVÅRD MED EN ALKOHOL- ELLER DROGDIAGNOS FÖRDELADE PÅ SJUKVÅRDSOMRÅDE OCH ÅLDER 2001.	16
TABELL 18. FÖRDELNING AV ANTAL BESÖK PER SJUKVÅRDSOMRÅDE VID MARIA UNGDOMS ÖPPENVÅRD, 1998- 2001.	16
TABELL 19. FÖRDELNING AV ANTALET PERSONER PER SJUKVÅRDSOMRÅDE SOM VÅRDATS (ÖPPENVÅRD RESP. SLUTENVÅRD) VID MARIA UNGDOM, 1998- 2001.	17
TABELL 20. PROGNOS FÖR ANTALET UNGDOMAR VÅRDADE INOM SLUTENVÅRD 2003 – 2007 ENLIGT TRE OLIKA SCENARION.	17

Tabell 1. Genomsnittskonsumtion av alkohol (liter 100% alkohol) bland elever i årskurs 9 (VT –98) fördelade på kommunerna i Stockholms län.

<i>Kommun</i>	<i>Flickor</i>	<i>Pojkar</i>
Botkyrka	2,2	4,0
Danderyd	2,8	5,7
Ekerö	3,8	7,4
Haninge	2,8	5,4
Huddinge	2,6	5,5
Järfälla	3,3	5,0
Lidingö	2,6	5,4
Nacka	3,8	5,8
Norrtälje	3,3	5,5
Nynäshamn	2,4	4,9
Salem	2,3	4,1
Sigtuna	1,8	5,7
Sollentuna	1,5	4,8
Solna	1,8	6,1
Stockholm	2,8	5,0
Sundbyberg	3,1	1,6
Södertälje	2,9	6,3
Tyresö	4,4	5,2
Täby	1,9	4,4
Upplands-Bro	1,9	4,4
Upplands Väsby	1,9	5,6
Vallentuna	2,7	5,2
Vaxholm	4,3	9,4
Värmdö	3,6	9,1
Österåker	2,9	5,3
Hela länet	2,7	5,2

Ur: Upmark m fl. Alkohol- och drogvänor bland eleverna i åk 9 i kommunerna i Stockholms län. CADP, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Huddinge 1999.

Tabell 2. Andel (%) alkoholkonsumenter i årskurs 9 (VT-98) som dricker stora mängder alkohol* ett par gånger i månaden eller oftare fördelade på kommuner i Stockholms län.

<i>Kommun</i>	<i>Flickor</i>	<i>Pojkar</i>
Botkyrka	7,0	18,2
Danderyd	12,4	31,8
Ekerö	11,3	30,8
Haninge	31,4	21,0
Huddinge	28,5	21,6
Järfälla	15,2	22,7
Lidingö	11,4	26,9
Nacka	26,6	24,8
Norrtälje	16,2	24,0
Nynäshamn	7,3	14,7
Salem	4,1	27,1
Sigtuna	3,3	20,6
Sollentuna	3,4	27,9
Solna	3,0	21,5
Stockholm	12,1	22,3
Sundbyberg	3,9	5,7
Södertälje	9,4	18,2
Tyresö	12,2	21,3
Täby	7,2	18,0
Upplands-Bro	3,8	11,0
Upplands Väsby	8,4	26,5
Vallentuna	12,5	19,7
Vaxholm	12,1	20,0
Värmdö	18,1	34,2
Österåker	9,2	25,0
Hela länet	10,8	22,4

* Avser alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit (s k ”kvartering”) eller en helflaska vin eller fyra burkar starköl eller sex burkar öl klass II (”folköl”) vid samma tillfälle.

Ur: Upmärksm fl Alkohol- och drogvanor bland eleverna i åk 9 i kommunerna i Stockholms län. CADP, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Huddinge 1999.

Tabell 3. Andel (%) elever i årskurs 9 (VT -98) som använt narkotika fördelade på kommuner i Stockholms län.

<i>Kommun</i>	<i>Flickor</i>	<i>Pojkar</i>
Botkyrka	7,5	8,5
Danderyd	6,5	12,1
Ekerö	7,1	9,6
Haninge	6,8	19,0
Huddinge	8,7	17,1
Järfälla	7,2	10,4
Lidingö	11,9	20,9
Nacka	10,6	11,7
Norrtälje	9,0	12,0
Nynäshamn	8,0	6,4
Salem	12,7	11,6
Sigtuna	5,6	10,0
Sollentuna	11,6	15,6
Solna	9,5	10,9
Stockholm	9,9	14,3
Sundbyberg	10,8	5,0
Södertälje	7,5	6,9
Tyresö	8,3	4,0
Täby	7,5	10,6
Upplands-Bro	7,6	8,2
Upplands Väsby	5,9	13,7
Vallentuna	11,5	16,1
Vaxholm	20,0	5,9
Värmdö	3,0	15,2
Österåker	4,0	9,9
Hela länet	8,8	12,6

Ur: Upmärksam fl. Alkohol- och drogvanor bland eleverna i åk 9 i kommunerna i Stockholms län. CADP, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Huddinge 1999.

Tabell 4. Antal tonåringar som vårdats inom SLL:s slutenvård med en alkohol- eller drogdiagnos fördelade på kön 1997, 1999, samt 2001.

År	1997			1999			2001		
	Kön			Kön			Kön		
Ålder	F	P	F+P	F	P	F+P	F	P	F+P
19	39	76	115	35	63	98	50	85	135
18	45	80	125	51	70	121	60	63	123
17	41	73	114	37	74	111	53	68	121
16	35	54	89	32	56	88	53	63	116
15	31	48	79	44	44	88	59	36	95
14	21	18	39	31	25	56	54	40	94
13	8	11	19	20	10	30	17	17	34
Totalt	220	360	580	250	342	592	346	372	718

Tabell 5. Antalet slutenvårdade tonåringar fördelade på område i Stockholms kommun, 2001.

Område	Kön		
	F	P	Totalt
Norrmalm (inkl Gamla stan)	< 5	< 5	7
Östermalm	< 5	< 5	11
Kungsholmen	< 5	< 5	12
Södermalm	9	17	26
Liljeholmen	< 5	< 5	9
Älvsjö	< 5	< 5	7
Vantör	6	8	14
Skarpnäck	11	13	24
Farsta	10	17	27
Skärholmen	< 5	< 5	13
Bromma	9	6	15
Hässelby-Vällingby	14	17	31
Spånga-Tensta	8	8	16
Kista	< 5	< 5	7
Hägersten	6	6	12
Enskede- Årsta	13	8	21
Procent	45	55	100
Totalt	113	139	252

Tabell 6. Utvecklingen av antalet fall per år och tusen tonåringar, fördelade på kön som vårdats inom Stockholms läns landstings slutenvård med en alkohol- eller drogdiagnos 1997, 1999, samt 2001.

<i>År</i>	<i>1997</i>			<i>1999</i>			<i>2001</i>		
	<i>Kön</i>			<i>Kön</i>			<i>Kön</i>		
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F+P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F+P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F+P</i>
13-14	1,66	1,58	1,61	2,65	1,74	2,19	3,34	2,55	2,94
15-17	3,99	6,15	5,10	4,24	6,18	5,24	5,76	5,56	5,66
18-19	4,75	8,46	5,21	4,55	6,78	5,68	5,99	7,76	7,02
Samtliga	3,55	5,51	4,56	3,86	5,04	4,46	5,07	5,21	5,14

Tabell 7. Antalet vårdade tonåringar per 1000 invånare, inom SLL:s slutenvård med en alkohol- eller drogdiagnos fördelade på kommuner i Stockholms län 1997, 1999 och 2001.

År	1997			1999			2001			Förändring 1997- 2001 ^A
	Kommun	Antal vårdade	Antal ^B . 13-19 -97	Incidens	Antal vårdade	Antal 13-19 -99	Incidens	Antal vårdade	Antal 13-19 -01	
Upplands	11	3134	3,51	10	3190	3,13	12	3206	3,74	0,23
Väsby										
Vallentuna	9	2145	4,20	9	2236	4,03	8	2429	3,29	-0,90
Österåker	11	2917	3,77	15	2949	5,09	8	3215	2,49	-1,28
Värmdö	5	2105	2,38	11	2220	4,95	9	2506	3,59	1,22
Järfälla	22	5278	4,17	31	5217	5,94	22	5220	4,21	0,05
Ekerö	7	1794	3,90	< 5	X	X	19	2143	8,87	4,96
Huddinge	24	6404	3,75	14	6931	2,02	37	7543	4,91	1,16
Botkyrka	15	6483	2,31	20	6565	3,05	30	6824	4,40	2,08
Salem	< 5	x	X	< 5	X	X	9	1267	7,10	X
Haninge	30	5815	5,16	40	5984	6,68	34	6202	5,48	0,32
Tyresö	14	3023	4,63	13	3125	4,16	17	3481	4,88	0,25
Upplands Bro	5	1841	2,72	17	1933	8,79	< 5	x	X	6,08
Nykvarn	0	x	X	< 5	X	X	< 5	x	X	X
Täby	12	5233	2,29	19	5272	3,60	23	5214	4,41	2,12
Danderyd	6	2363	2,54	5	2453	2,04	11	2430	4,53	1,99
Sollentuna	20	4740	4,22	19	4831	3,93	23	5011	4,59	0,37
Stockholm	232	43157	5,38	226	45996	4,91	252	48595	5,19	-0,19
Södertälje	18	6155	2,92	15	6309	2,38	24	6676	3,59	0,67
Nacka	24	5830	4,12	19	5876	3,23	25	6163	4,06	-0,06
Sundbyberg	9	1673	5,38	9	1832	4,91	16	1968	8,13	2,75
Solna	21	2786	7,54	14	2856	4,90	21	2943	7,14	-0,40
Lidingö	7	3084	2,27	16	3141	5,09	12	3197	3,75	1,48
Vaxholm	< 5	x	X	< 5	X	X	5	767	6,52	X
Norrtälje	11	4224	2,60	5	4402	1,14	9	4657	1,93	-0,67
Sigtuna	10	2795	3,58	9	2926	3,08	14	3111	4,50	0,92
Nynäshamn	< 5	x	x	< 5	X	X	8	2086	3,84	X
Utom länet	40			41			61			
Totalt	571			589			713			

A, Förändringen är beräknad mellan åren 1997- 2001. Saknas data för något av dessa år är förändringen beräknad på 1997- 1999 eller 1999- 2001.

B, Antal i detta sammanhang är befolkningen i åldersintervallet 13-19 år.

Stor försiktighet bör iakttagas vid tolkningen av ovanstående incidenstal (fall per 1000 individer och år) eftersom talen för ett stort antal kommuner baseras på så få individer. Det är endast för de större kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Täby, Sollentuna, Stockholm, Södertälje och Nacka som en jämförelse över tid ter sig meningsfull.

Tabell 8. Diagnoser (diagnos 1) vid första vårdtillfället fördelade på kön, 2001.

<i>Diagnos</i>	<i>Kön</i>				<i>Totalt</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>P</i>	<i>%</i>	<i>F+P</i>	<i>%</i>
Akut alkoholintoxikation	209	29	190	27	399	56
Skadligt alkoholbruk	9	1	9	1	18	3
Alkoholberoende		0	3	0	3	0
Annan alkoholrelaterad diagnos	3	0	2	0	5	1
Akut opiatintoxikation*	6	1	1	0	7	1
Skadligt opiatbruk*		0	1	0	1	0
Opiatberoende*	3	0	4	1	7	1
Annan opiatrelaterad diagnos*		0	1	0	1	0
Akut cannabisintoxikation	1	0	1	0	2	0
Skadligt cannabisbruk	27	4	66	9	93	13
Cannabisberoende	1	0	1	0	2	0
Annan cannabisrelaterad diagnos		0	5	1	5	1
Akut intoxication av sedativa** samt hypnotika***	10	1	1	0	11	2
Skadligt bruk av sedativa** samt hypnotika***	2	0	2	0	4	1
Annan sedativa** samt hypnotika*** relaterad diagnos		0	1	0	1	0
Skadligt kokainbruk	4	1		0	4	1
Akut intoxication av andra stimulantia	4	1	2	0	6	1
Skadligt bruk av andra stimulantia	11	2	7	1	18	3
Beroende av andra stimulantia	1	0	1	0	2	0
Skadligt bruk av hallucinogener		0	3	0	3	0
Akut intoxication av flyktiga lösningsmedel	2	0		0	2	0
Akut intoxication av flera droger i kombination	7	1	5	1	12	2
Skadligt bruk av flera droger i kombination	36	5	32	5	68	9
Beroende av flera droger i kombination	2	0	3	0	5	1
Annan diagnos relaterad till flera droger i kombination		0	2	0	2	0
Psykiska störningar (schizofrenier, depression mfl)	1	0	8	1	9	1
Hjärnskakning	1	0	5	1	6	1
Övriga diagnoser	6	1	16	2	22	3
Totalt	346	48	372	52	718	100

*Opiater har en dämpande och smärtstillande effekt och har därför länge använts inom sjukvården. Förutom opium innefattar gruppen morfin, heroin, metadon och petidin.

**Sedativa omfattar olika typer av lugnande medel

***Hypnotika omfattar olika typer av sömmedel

Tabell 9. Förändringar av de fem vanligaste huvuddiagnoserna vid första vårdtillfället under perioden 1997 - 2001.

<i>Diagnos</i>		År			1997			1999			2001		
		<i>Kön</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F+P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F+P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F+P</i>		
Akut intoxikation, alkohol	Antal		96	158	254	138	185	323	209	190	399		
	% inom diagnosen		37,8	62,2	100	42,7	57,3	100	52,4	47,6	100		
	% inom kön		43,6	43,9	43,8	55,2	54,1	54,6	60,4	51,1	55,6		
Skadligt bruk, cannabis	Antal		11	46	57	8	47	55	27	66	93		
	% inom diagnosen		19,3	80,7	100	14,5	85,5	100	29,0	71,0	100		
	% inom kön		5,0	12,8	9,8	3,2	13,7	9,3	7,8	17,7	13,0		
Skadligt bruk, flera droger (inkl alkohol) i kombination	Antal		14	40	54	24	23	47	36	32	68		
	% inom diagnosen		25,9	74,1	100	51,1	48,9	100	52,9	47,1	100		
	% inom kön		6,4	11,1	9,3	9,6	6,7	7,9	10,4	8,6	9,5		
Skadligt bruk, alkohol	Antal		9	30	39	8	7	15	9	9	18		
	% inom diagnosen		23,1	76,9	100	53,3	46,7	100	50	50	100		
	% inom kön		4,1	8,3	6,7	3,2	2,0	2,5	2,6	2,4	2,5		
Akut intoxikation, sedativa samt hypnotika	Antal		19	5	24	11	2	13	10	1	11		
	% inom diagnosen		79,2	20,8	100	84,6	15,4	100	90,9	9,1	100		
	% inom kön		8,6	1,4	4,1	4,4	0,6	2,2	2,9	0,3	1,5		
Totalt	Summa antal		149	279	428	189	264	453	291	298	589		
	Summa % av samtliga		67,7	77,5	73,8	75,6	77,2	76,5	84,1	80,1	82,0		

Tabell 10. Antal och andel (%) vårdtillfällen fördelade på kön, 2001.

<i>Antal vårdtillfällen</i>		<i>Kön</i>		<i>Totalt</i>
		<i>F</i>	<i>P</i>	
1	Antal	270	264	534
	% av samtliga	37,60	36,77	74,37
2	Antal	33	26	59
	% av samtliga	4,60	3,62	8,22
3	Antal	10	20	30
	% av samtliga	1,39	2,79	4,18
4	Antal	9	24	33
	% av samtliga	1,25	3,34	4,60
5	Antal	8	5	13
	% av samtliga	1,11	0,70	1,81
Fler än 5	Antal	16	33	49
	% av samtliga	2,23	4,60	6,83
Totalt	Antal	346	372	718
	% av samtliga	48,19	51,81	100

Tabell 11. Antal och andel (%) vårddagar fördelade på kön, 2001.

Vårddagar		Kön		Totalt
		F	P	
0-1 ^A	Antal	245	238	483
	%	34,12	33,15	67,27
2	Antal	16	11	27
	%	2,23	1,53	3,76
3	Antal	12	8	20
	%	1,67	1,11	2,78
4	Antal	15	16	31
	%	2,10	2,23	4,32
5	Antal	10	4	14
	%	1,39	0,56	1,95
6	Antal	4	3	7
	%	0,56	0,42	0,97
7	Antal	4	7	11
	%	0,56	0,97	1,53
8	Antal	2	14	16
	%	0,28	1,95	2,23
9	Antal	3	14	17
	%	0,42	1,95	2,37
10	Antal	7	11	18
	%	0,97	1,53	2,50
Fler än 10 dagar	Antal	28	46	74
	%	3,10	5,43	9,33
Totalt	Antal	346	372	718
	%	48,19	51,81	100

Tabell 12. Antalet vårdade i slutenvård första halvåret samt andel av samtliga slutenvårdade åren 1997, 1999, 2001 samt 2002.

<i>År</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>Totalt</i>	<i>% av hela året</i>
2002	161	203	364	X
2001	182	206	388	54,2
1999	123	159	282	47,6
1997	107	178	285	49,7

Tabell 13. Antal ungdomar som vårdats per år inom öppen och slutenvård vid Maria Ungdom, 1998- 2001.

<i>Typ av vård</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
Öppenvård	1224	1287	1456	1490
Slutenvård	409	477	465	572
Totalt	1 268	1 307	1 501	1 694

Tabell 14. Fördelning av antalet besök per kommun/område vid Maria ungdoms öppenvård, 1998- 2001.

<i>Kommun/område</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
Danderyd	14	45	30	67
Lidingö	27	45	33	38
Norrtälje	12	17	28	13
Stockholm (Östermalm)*	81	2		
Täby	114	155	192	172
Vallentuna	40	44	27	38
Vaxholm	11	5	3	22
Österåker	20	55	44	18
Järfälla	281	436	294	356
Sigtuna	45	33	54	89
Sollentuna	70	91	58	67
Solna	164	388	253	228
Sundbyberg	112	86	106	225
Upplands Bro	85	110	87	23
Upplands Väsby	18	10	11	54
Ekerö	31	53	25	30
Stockholm Norra	925	1 392	1 245	1 399
Stockholm Södra	1 074	1 463	1 323	1 566
Botkyrka	93	77	92	126
Huddinge	230	191	310	393
Salem	20	54	67	56
Stockholm (SVSOs stadsdelar)	482	736	743	414
Södertälje	120	150	90	68
Haninge	395	406	350	323
Nacka	300	385	238	267
Nynäshamn	46	21	22	7
Tyresö	41	30	61	29
Värmdö	83	121	130	96
Totalt	4934	6601	5916	6184

* Östermalm tillhör sedan 2000 Stockholm Norra

Tabell 15. Befolkningsprognos för 2007 per sjukvårdsområde.

Sjukvårdsområde	Ålder							Summa	Ökningen i %, år 01-07
	13 år	14 år	15 år	16 år	17 år	18 år	19 år		
Nordvästra SO	4062	4185	4253	4314	4377	4075	4048	29314	20
Nordöstra SO	3826	3893	4066	4016	4009	3635	3555	27000	19
Norra Stockholms SO	4302	4380	4513	4507	4659	4546	4621	31528	17
Sydvästra SO	5458	5561	5710	5658	5715	5453	5215	38770	19
Sydöstra SO	3918	3910	4100	3950	3985	3609	3337	26809	24
Södra Stockholms SO	2720	2769	2903	2858	3025	2909	2911	20095	18
Totalt 2007	24286	24698	25545	25303	25770	24227	23687	173516	
Ökning i %, år 01-07	8	18	25	30	37	32	24	24	

Tabell 16. Antal tonåringar som vårdats inom SLLs slutenvård med en alkohol- eller drogdiagnos fördelade på sjukvårdsområde och kön 1997, 1999, samt 2001.

År	1997			1999			2001		
	Kön			Kön			Kön		
	F	P	F+P	F	P	F+P	F	P	F+P
NÖSO	28	41	69	34	36	70	39	37	76
NVSO	39	59	98	44	65	109	46	65	111
NSSO	47	79	126	30	65	95	53	64	117
SSSO	28	46	74	39	58	97	51	63	114
SVSO	29	58	87	47	44	91	74	68	142
SÖSO	24	53	77	38	49	87	43	50	93
Utom länet	21	19	40	14	22	36	38	18	56
Utrikes	4	5	9	4	3	7	2	7	9
Totalt	220	360	580	250	342	592	346	372	718

Not. Sjukvårdsområdesindelning för 1997 är omräknad enligt 2001 års indelning.

Tabell 17. Antal tonåringar per 1000 som vårdats inom SLLs slutenvård med en alkohol- eller drogdiagnos fördelade på sjukvårdsområde och ålder 2001.

SO	Ålder							Samtliga
	13	14	15	16	17	18	19	
NÖSO	0,8	2,1	3,4	4,8	2,8	6,3	4,9	3,5
NVSO	2,1	2,9	3,8	8,3	5,0	6,0	5,5	4,7
NSSO	1,7	2,6	4,6	4,9	6,7	6,2	5,0	4,5
SSSO	2,6	9,4	8,5	7,1	8,4	5,1	7,6	6,9
SVSO	1,4	5,0	2,8	3,2	7,1	5,8	7,1	4,5
SÖSO	0,8	6,2	6,8	4,9	7,5	8,4	5,9	5,6

Tabell 18. Fördelning av antal besök per sjukvårdsområde vid Maria ungdoms öppenvård, 1998- 2001.

SO	År			
	1998	1999	2000	2001
NÖSO	319	368	357	368
NVSO	775	1 154	863	1 042
NSSO	956	1 447	1 276	1 429
SSSO	1 074	1 463	1 323	1 573
SVSO	945	1 215	1 304	1 059
SÖSO	865	963	801	722
Totalt	6932	8609	7924	8194

Tabell 19. Fördelning av antalet personer per sjukvårdsområde som vårdats (öppenvård resp. slutenvård) vid Maria ungdom, 1998- 2001.

SO/ typ av vård	År			
	1998	1999	2000	2001
NÖSO tot	125	115	107	131
Öv	119	112	103	110
Slv	50	56	35	63
NVSO tot	208	242	227	272
Öv	197	237	220	234
Slv	70	92	83	105
NSSO tot	261	243	328	376
Öv	250	256	316	331
Slv	80	90	103	106
SSSO tot	258	276	291	342
Öv	255	272	284	313
Slv	68	93	96	103
SVSO tot	212	239	309	337
Öv	207	234	299	297
Slv	65	66	79	107
SÖSO tot	204	180	243	241
Öv	196	179	237	210
Slv	76	81	72	89
Totalt öv	1 224	1 290	1 459	1 495
Totalt sl	409	478	468	573
Totalt	1 268	1 295	1 505	1 699

Tabell 20. Prognos för antalet ungdomar vårdade inom slutenvård 2003 – 2007 enligt tre olika scenarion.

År	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Scen 3	580	592	718	977	1184	1370
Scen 2	580	592	718	888	1076	1246
Scen 1	580	592	718	720	782	819

Bilaga 2. Riskfaktorer för alkohol- och drogproblem, forskningsresultat och implikationer för prevention. Sven Andréasson 2001.

Riskfaktorer	Forskningsresultat, exempel på studier	Implikationer
I. Individuella och interpersonella faktorer		
Genetiska och fysiologiska faktorer	Högre grad av konkordans för alkoholism hos monozygota tvillingar jämfört med dizygota (Kaij 1960). Lägre grad av fysiologisk arousal vid alkoholkonsumtion hos barn till alkoholister (Schuckit 1983). Högre grad av alkoholism hos bortadopterade barn till alkoholister jämfört med bortadopterade barn till icke-alkoholister (Bohman 1978). Sensationssökande personlighet ökar risken för tidig debut i missbruk (Cloninger 1988). Låga MAO-nivåer har samband med tidig debut i missbruk (Von Knorring 1987). Högre risk för alkohol- och drogeroende hos syskon till personer med beroende (Bierut 1998)	Rikta preventionsprogram mot högriskindivider med ärftligt påbrå, personlighetsstörningar, och CNS-störningar
Tidiga problembeteenden	Aggressivitet eller utagerande beteende hos 5-åringar ökar risken för missbruk i vuxen ålder (Olds 1998). Hyperaktiva barn löper större risk för missbruk som vuxna (Lochman 1992)	Intervenera tidigt bland barn med problembeteenden: med föräldrastöd och social träning för barnen
Kontakter med missbrukande kamrater Alienation och upproriskhet	Missbruk bland vänner är en av de starkaste prediktorna av framtida missbruk (Botvin 1995; Tobler 1997) Avståndstagande från etablerade samhällsnormer och auktoriteter, liksom hög tolerans för avvikande beteende är associerat med missbruk (Robins 1980; Jessor 1987; Donovan 1991)	Stärk social kompetens för att kunna motstå påtryckningar att använda droger Engagera riskindivider i sociala aktiviteter
Tidig alkohol- och drogdebut	Missbrukare av alkohol börjar dricka tidigare än normalkonsumenter. Tidig debut i drogmisbruk predicerar svårare och långvarigare missbruk (Kandel 1996)	Rikta insatser mot riskfaktorer för missbruk i tidig ålder
II. Sociala nätverksfaktorer, inkl familj och skola		
Alkohol- och drogattityder i familjen	Missbruk hos föräldrar eller syskon, liksom tolerans för ungdomars drickande och droganvändande ökar risken för missbruk bland ungdomar (Bierut 1998)	Rikta interventioner till barn till missbrukare eller till barn med missbrukande syskon
Tillgänglighet till alkohol & droger	Tillgänglighet till cigaretter, alkohol och droger i hemmet ökar risken för missbruk bland unga (Resnick 1997)	Engagera föräldrar i att begränsa tillgängligheten i hemmen
Svag, otydlig föräldraroll	Låg grad av föräldratillsyn och kontroll ökar risken för missbruk bland ungdomar (Forehand 1997)	Stöd föräldrar till att öka graden av tillsyn av sina ungdomar
Familjekonflikter	Konflikter mellan föräldrar stark prediktor för missbruk bland ungdomar (McCord 1981; Rutter 1985)	Minska familjekonflikter; stöd till barn i konfliktfamiljer
Svaga familjeband	Positiv anknytning till hemmet resucerer risken för missbruk bland ungdomar (Jessor 1987)	Stärk relationer i familjer
Skolsvårigheter Band till skolan, kamratrelationer	Skolsvårigheter predicerade senare missbruk bland ungdomar (Robins 1980). Skolk, vantrivsel i skolan och svårigheter att bli accepterad av kamrater samvarierar med missbruk bland ungdomar (Battistich 1997)	Rikta stödinsatser till barn med skolsvårigheter. Färdighets-träning för att öka social kompetens Öka känslan av samhörighet med skolan
III. Kontextfaktorer: lagar och normer; förhållanden i lokalsamhället		
Priser	Höjda priser på alkohol ger minskad konsumtion och mindre skador (Edwards 1994)	Använd prisinstrumentet för att begränsa konsumtion
Åldersgränser	Högre åldersgränser för alkohol ger minskad konsumtion och mindre skador bland unga (Toomey 1996)	Använd åldersgränser för att begränsa konsumtion
Monopol	Offentliga monopol på detaljhandel av alkohol ger minskad konsumtion och mindre skador (Wagenaar 1995)	Behåll eller inför alkoholmonopol
Promillegränser i trafiken	Sänkta gränser för tillåten promille i trafiken leder till färre trafikolyckor och färre dödsfall (Hingson 1996)	Sänk promillegränserna i trafiken
Serverings-tillstånd för restauranger	Utbidning av serveringspersonal i kombination med ökad tillsyn av polis och kommunala myndigheter leder till minskad berusning bland gäster och färre problem (Saltz 1997)	Genomför utbildning, stärk tillsyn och sanktioner

Bilaga 3, FRIVILLIGORGANISATIONER: STOCKHOLMS STAD

Uppgiftslämnare: Gunilla Olofsson

Ett urval av frivilligorganisationer och ideella föreningar som Stockholms stad stöder med verksamhetsbidrag eller projektbidrag och som riktar sig, direkt eller indirekt, till ungdomar i riskzon för psykosociala problem i form av bl. a. missbruk.

- **Föräldraföreningen Mot Narkotika i Stor - Stockholm(FMN)**

Målgruppen är föräldrar, syskon och andra familjemedlemmar som sambos, makar, skolkamrater, vänner och arbetskamrater till missbrukare, lärare, ungdomsledare, poliser, sjukvårdpersonal, socialtjänsten samt den stora allmänheten som behöver bygga på sina kunskaper om droger och drogberoende. Vidare personer med socialt engagemang som vill engagera sig i kampen mot narkotika och/eller vill utbilda sig till informatörer i förebyggande alkohol- och narkotikafrågor alternativt vill fungera som stödpersoner.

- **Förbundet Hassela Solidaritet**

Hassela Solidaritets folkrörelsebyrå i Stockholm är en central för hela Hasselarörelsen med samordning av all informationsverksamhet i Sverige. Här bedrivs bl.a. förbundets kamratstödsverksamhet i Stockholmsområdet och i mellansverige. Målgrupp är alla som delar tankarna om kamp mot utslagning, droger, förtryck och orättvisor.

Verksamheten är nära knuten till Hasselakollektiven i Hälsingland. Verksamheten i Stockholm består av kontakter och möten med Maria Ungdom, stadsdelsförvaltningar i samband med LVU- eller SOL-placeringar av ungdomar, möten med föräldrar till placerade ungdomar, besök av ungdomar som varit på behandlingskollektiven och rådgivning till allmänheten.

- **Kriminellas revansch i samhället (KRIS)**

Målgruppen är f.d. kriminella. Inriktning: Genomför besök på anstalter, hämtning av frigivna fångar, ställer upp som övervakare, driver bl.a. kvinnoverksamhet, utbildnings- och informationsverksamhet, idrotts/fritidsaktiviteter, konsekvensprogram för unga kriminella.

- **Fryshuset inkl ”Lugna gatan ”**

Inriktning: bl.a. skolverksamhet, fritidsverksamhet, stödverksamhet till barn och ungdomar i riskzon för kriminalitet och missbruk.

- **Hela Människa (fd DKSN)**

Hela Människa är en ekumenisk organisation för socialt arbete på kristen grund. Huvudmän är kristna kyrkor och trossamfund..

Inriktning: Informations- och utbildningsinsatser kring familjer och beroendeproblematik, utbildning för ledare av barn-till-missbrukar-grupper, utarbetande av diverse informationsmaterial etc.

- **Stadsmissionen**

Social hjälpverksamhet. Målgruppen är alla de som söker hjälp. Inriktningen är att ge stöd och hjälp i tillräcklig mängd till de hjälpsökande. Stadsmissionen har ett omfattande differentierat utbud av verksamheter för olika målgrupper. Bland annat driver man en

ungdomsmottagning i Gamla stan. Mottagningen vänder sig till ungdomar och unga vuxna upp till 25 år.

- **Sociala Missionen**

Målgrupper: människor och målgrupper som har svårt att finna stöd och hjälp inom samhällets normala skyddsnet, personer med psykiska och sociala problem, familjer i kris, ungdomar som behöver stöd och hjälp för att hitta rätt i vuxenvärlden, äldregrupper, invandrare och flyktingar med särskilda behov, ensamföräldrar med små- och tonårsbarn och adoptivföräldrar. Inriktning: driver bl.a. rådgivningsbyrå, gruppverksamheter, lägerverksamheter, socialt arbete med äldre invandrare, frågor runt mänskliga rättigheter och demokrati. Driver sedan 1995 ett projekt bland afrikaner i Stockholm.

- **Frizonen**

Föreningen vänder sig till tjejer mellan 12 och 20 år och arbetar mot droger, rasism och det ökande våldet i samhället. Föreningen driver en telefonjour och träffpunkt där man ger bl.a. stödsamtal.

- **Barnens Rätt i Samhället (BRIS)**

Målgruppen är barn och ungdomar upp till 18 år, vuxna som misstänker att barn eller ungdomar far illa, vuxna som arbetar med barn och ungdomar eller studerar inom yrkesområdet och som kommer i kontakt med barn och ungdomar, myndigheter, politiker och makthavare. Inriktningen är att erbjuda barn och ungdomar en möjlighet att samtala med vuxna som lyssnar och bekräftar dem. Att ge barn och unga stöd och eventuellt råd i situationer som upplevs svåra.

- **Svenska Invandrare Mot Narkotika (SIMON)**

Bedriver bl.a. informationsverksamhet.

- **Convictus – kamratförening**

Målgrupp/inriktning: HIV-positiva aktiva och icke-aktiva missbrukare och deras anhöriga.

Ersta Diakonisällskap, Vändpunkten

Vändpunktens verksamhet riktar sig till anhöriga till alkohol och/eller drogberoende personer. Bedriver bl.a. gruppverksamhet för dessa grupper samt utbildning av gruppledare.

- **RFHL – Stockholms avdelningen**

Målgrupp: Framför allt personer som har erfarenhet av narkotika och/eller läkemedelsmissbruk. Verksamheten håller på att omstruktureras och mer fokusera på att ”hjälpa människor att konvertera från missbrukare till icke-missbrukare och bli en person”.

- **Somaliska Hälsoteamet**

Arbetar bl.a. med HIV-prevention, familjeplanering och frågor kring könsstympning. Föreningen bedriver också ett informationsarbete kring dessa frågor där ungdomar används som informatörer.

- **Afrikanska Hälso teamet**
Driver en mottagning för råd och psykosocialt stöd till afrikaner bosatta i Sverige, kring frågor som bl.a. rör samlevnad, relationer, sexualitet, själavård, hälsa, alkohol och STI/HIV.
- **Afrosvenskarnas Riksförbund (ASR) – Stockholms avdelning**
Arbetet inom ASR bygger på principen hjälp till självhjälp och syftar bl.a. till att genom kamratstödande insatser skapa sociala nätverk. ASR vänder sig till män, kvinnor, ungdomar och HIV-drabbade.
- **Kongo föreningen i Stockholm**
Inriktning: Framför allt STI/HIV-information.
- **Afrikanska kvinnors nätverk**
I nätverket ingår flera afrikanska föreningar. Inriktning /målgrupp: kvinnor. Bedriver bl.a. ett projekt om afrikanska kvinnors hälsa, könsstympning och prostitution.
- **Föreningen Afrikaner i Stockholm (FAIS)**
Arbetar framför allt med vuxna män med kriminalitet och missbruksproblem. Många är HIV-smittade.
- **Chilenska riksförbundet i Stor-Stockholm**
Förbundet är en paraplyorganisation för olika verksamheter inom staden.

Frivilligorganisationer som 2002 erhåller bidrag från Stockholms läns landsting. Uppgiftslämnare Eva Huslid.

- Elvan , Föreningen
- En Rökfri Generation, Stiftelsen
- FMN, Föräldraföreningen, mot Narkotika
- Hela människan i Stockholms län
- Klubb 10, Kamratföreningen
- Länkarna Johanneshov
- Nobba Brass och Nubbe
- NSO, Nykterhetsrörelsens samorganisation i Stockholm
- Nykterhetsförbund, Stockholms läns RFHL Stockholmsavdelningen
- RFHL Stockholmsavdelningen
- Verdandi Stockholms distrikt

Rapportserie behovsanalyser

1. Behovsanalys avseende allergi och annan överkänslighet (NVSO och SMD)
2. Behovsanalys avseende barns och ungdomars somatiska hälsa (NSSO och SMD)
3. Behovsanalys avseende övervikt (NÖSO och SMD)
4. Behovsanalys avseende kvinnors hälsa (NÖSO och SMD)
5. Behovsanalys avseende depression och ångest (SVSO och SMD)
6. Behovsanalys avseende äldre multisjukas vård och omsorg (SSSO, SMD och Äldrecentrum)
7. Behovsanalys avseende barns och ungdomars psykiska (o)hälsa (SÖSO och SMD)
8. Behovsanalys avseende ungdom och missbruk.Slutrapport (NVSO, SMD och KSL)

Beställning

Kontorsservice

Tel 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59, epost: kontorsservice@hsn.sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas Väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus



Hälso- och sjukvårdsnämnden

Olivecronas väg 7

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 25 00. Fax 08-737 48 00