

Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö

- Ungdomar i öppenvård år 2016

Mikael Dahlberg & Mats Anderberg

ISBN: 978-91-87099-16-8

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Introduktion	6
Ungdomars användning av alkohol och narkotika	6
Könsskillnader hos ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem.....	6
Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö	7
Syfte	7
Metod	8
Urval basuppgifter.....	8
Urval indikatorer	8
Material och procedur	9
Analys.....	9
Resultat.....	10
Indikatorer 2016	10
Diskussion och slutsatser	17
Generella slutsatser och lokala skillnader	17
Könsskillnader.....	19
Referenser.....	21
Bilaga	22

Sammanfattning

Denna rapport är den fjärde i ordningen och ger en sammanfattande bild av de ungdomar som påbörjat behandling vid Maria-mottagningarnas öppenvård i Stockholm, Göteborg och Malmö år 2016 i relation till 2013, 2014 och 2015 med särskild tonvikt på de trender och tendenser som kan skönjas för den aktuella målgruppen och de könsskillnader som föreligger.

Flickorna utgör cirka en fjärdedel och medelåldern är 17 år för de ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem som inleder en vårdkontakt. Det framkommer dock tydliga variationer mellan rapporteringsår, mellan städer samt mellan flickor och pojkar. En tydlig tendens i årets rapport är att medelåldern för flickor sjunker i samtliga tre städer och en annan tendens är att andelen ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna på eget, föräldrars eller vänners initiativ totalt har minskat.

Av de ungdomar som vänder sig till Maria-mottagningarna uppger 84 procent cannabis som den drog som utgör störst problem för dem eller är anledningen till påbörjad vårdkontakt. Andelen ungdomar som anger cannabis som primär drog har ökat kontinuerligt under flera års tid och på motsvarande sätt har andelen ungdomar som anger alkohol minskat. Det har även skett en viss minskning beträffande övriga preparat (t.ex. Spice, amfetamin och kokain). Det förekommer lokala skillnader när det gäller primär drog, i Stockholm och Malmö är andelen ungdomar som använder cannabis större än i Göteborg.

Generellt tycks det ske en viss minskning av ungdomarnas alkohol- och narkotikaproblematik genom att den riskfyllda alkoholkonsumtionen fortsätter att minska, användningsfrekvensen av den primära drogen och användning av annan drog är något lägre än föregående år, andelen ungdomar som varit föremål för tidigare missbruksvård är något lägre.

Cirka var tionde ungdom saknar helt någon form av sysselsättning de senaste tre månaderna, vilket är en tydlig minskning från föregående år. Det förekommer en viss lokal variation, där betydligt fler ungdomar i Malmö varken studerar, praktiserar eller arbetar i jämförelse med övriga städer. Två tredjedelar av ungdomarna uppger att de har eller har haft problem i skolan som påverkat deras resultat, närvaro eller trivsel är generellt stor och andelen har ökat under de aktuella åren. De lokala variationerna är dock stora, där ungdomarna i Malmö anger skolproblem i högre grad än i Göteborg och Stockholm.

Generellt har ungefär hälften av de ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna erfarenheter av missbruk, psykiska problem och våld i sin nära omgivning under uppväxten. Den totala nivån för de tre städerna har varit relativt stabil under tidsperioden, men för år 2016 kan en minskning noteras för Stockholm och Göteborg medan det har skett en betydande ökning i Malmö. Andelen ungdomar som har begått och dömts för brott minskar, totalt har en knapp tredjedel av ungdomarna dömts för brott. Även här förekommer det skillnader mellan städerna där Stockholm har en större andel ungdomar som har dömts för brott.

Denna rapport visar på ett flertal tydliga könsskillnader för Maria-mottagningarnas ungdomar. Kartläggningen stödjer det paradoxala förhållande som å ena sidan innebär att en mindre andel flickor påbörjar behandling för missbruksproblem jämfört med pojkar, men tenderar å andra sidan att ha allvarligare drogproblem, besvärligare uppväxtförhållanden och mer omfattande psykiska problem.

Introduktion

Ett tidigare forsknings- och utvecklingsarbete som gjordes inom ramen för projektet Trestad2, och bedrevs i samverkan mellan rapportens författare och Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö, resulterade i en modell för att årligen kunna identifiera och följa trender i de tre storstäderna vad gäller vårdsökande ungdomars droganvändning och psykosociala situation. Framtagandet av relevanta indikatorer skedde i samarbete mellan praktiker och forskare utifrån en sammanvägning av forskningsmässiga, metodologiska och kliniskt betydelsefulla utgångspunkter. Utvecklingsarbetet som genomfördes presenteras närmare i rapporten *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2013* (Almazidou m.fl. 2014). Detta är den fjärde kartläggningen av indikatorer som genomförs och årets rapport har ett särskilt fokus på de könsskillnader som förekommer hos ungdomarna.

Ungdomars användning av alkohol och narkotika

Ungdomars användning av alkohol har under det senaste decenniet fortsatt att minska i Sverige. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomför årliga kartläggningar bland skolelever och i 2016 års undersökning uppgav 27 procent av pojkarna och 25 procent av flickorna i gymnasiet år 2 att de aldrig dricker alkohol. Ungefär lika stora andelar bedöms dock vara riskkonsumenter, d.v.s. 28 procent av pojkarna och 23 procent av flickorna. När det gäller högkonsumtion av alkohol är andelen 8 procent för båda könen. Den nedåtgående trenden avseende ungdomars alkoholkonsumtion är tydlig vad gäller flera faktorer som belyser detta och för flera mått är värdena de lägsta som uppmätts sedan startåret 1971 (CAN 2016).

När det gäller narkotikaanvändning har det för gymnasieungdomar 2016 skett en mindre ökning i jämförelse med föregående år, en ökning som emellertid endast gäller för pojkarna. Av pojkarna uppgav 21 procent och av flickorna 14 procent att de någon gång har använt narkotika, huvudsakligen cannabis. Cirka 15 procent av pojkarna och 10 procent av flickorna anger att de har använt narkotika det senaste året och 6 procent av pojkarna respektive 3 procent av flickorna att de använt narkotika den senaste månaden. En mindre grupp ungdomar använder cannabis mer regelbundet och år 2016 uppgick andelen som använt cannabis mer än 20 gånger till 4 procent för pojkarna och 2 procent för flickorna (CAN 2016).

Ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning är nära förbunden med olika medicinska, psykiska och sociala konsekvenser. En omfattande alkoholkonsumtion kan leda till förgiftning, ökad risk för oskyddat eller oönskat sex, olycksfall, våld och brottslighet, självskadande beteende och självmord (Patton m.fl. 2014). En tidig debut med narkotika under ungdomen riskerar att skapa avbrott i vuxenblivandet och försämrade möjligheter att slutföra utbildning samt ökade risker för familje- och relationsproblem, social exkludering, psykisk ohälsa, kriminalitet och allvarigare missbruksproblem senare i livet (Stone m.fl. 2012). För en mindre andel ungdomar blir konsekvenserna så problematiska att de inleder en kontakt med socialtjänsten eller missbruksvården, t.ex. en Maria-mottagning.

Könsskillnader hos ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem

Ett vanligt förekommande mönster inom alkohol- och drogforskningen är att män eller pojkar är överrepresenterade inom missbruksvården, trots de relativt små könsskillnader avseende droganvändning som vanligen ses i normalpopulationer (Amaro m.fl. 2001; Whaley m.fl. 2016). Tidigare har det ansetts handla om att det manliga könet har mer uttalade alkohol- och narkotikaproblem än det kvinnliga. På senare tid har denna förklaring i allt högre grad omprövats och alternativa tolkningar har lagts fram, t.ex. att det snarare handlar om selektionsfaktorer som att rättsväsendet är en betydande remittent till missbruksvård (Landsverk & Reid 2013; Mitchell m.fl. 2016), eller att förhållandet speglar att män har

företräde även inom detta område (Landsverk & Reid 2013). Samtidigt tycks det som att kvinnor eller flickor som kommer i kontakt med behandling generellt har en mer omfattande och komplex problematik inom ett flertal livsområden (James m.fl. 2013). Eftersom flickor och pojkar med alkohol- och narkotikaproblem kan ha skilda behov och därmed kan behöva olika typer av interventioner eller stöd är det därför av stor vikt att åskådliggöra könsskillnader hos de ungdomar som påbörjar en öppenvårdskontakt med Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö

Maria-mottagningarna är specialiserade öppenvårdsenheter som vänder sig till ungdomar med missbruksproblem. Dessa började, med Maria Ungdom i Stockholm som förebild, att byggas upp i de tre storstäderna under 2000-talets första decennium, och under senare år har det även tillkommit ett flertal liknande verksamheter i andra större städer. Öppenvårdsmottagningarna bedrivs i samverkan mellan kommun och landsting eller region och här ges behandling av alkohol- och narkotikaproblem samt även rådgivning och stöd för ungdomar och/eller anhöriga. Gemensamt för de flesta mottagningarna är att man erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning kring problem med alkohol och droger, drogtester, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram. I uppdraget ingår också information och rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med ungdomar. Den genomsnittliga vårdtiden är 4-6 månader och personalen består av socionomer, sjuksköterskor, psykologer och läkare (Anderberg & Dahlberg 2014).

Syfte

Rapportens syfte är att beskriva de ungdomar som påbörjar behandling för missbruksproblem på Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö år 2016 vad gäller droganvändning och psykosocial situation samt att jämföra dessa uppgifter med år 2013, 2014 och 2015 för att belysa trender i de tre städerna. Ett särskilt tema i årets rapport är att belysa och diskutera de könsskillnader som föreligger.

Metod

I avsnittet om metod redogörs för det urval som indikatorerna baseras på, material och procedur samt hur bearbetning och analys har utförts.

Urval basuppgifter

Mottagningarna kommer även i kontakt med ungdomar/familjer där insatsen huvudsakligen består av information och rådgivning. Denna typ av kontakter dokumenteras sedan år 2014 med ett särskilt formulär, s.k. basuppgifter. Det görs för ungdomar/familjer där kontakten sker i form av telefonsamtal eller 1-3 besök på mottagningen. En kontakt, oavsett stad, aktualiseras exempelvis genom remissförfarande av socialtjänst eller sjukvård, men kan även ske genom att ungdomen/familjen har en inledande telefonkontakt med mottagningen. Denna dokumentation utgör ett underlag för statistik om mottagningarnas totala verksamhet, eftersom även begränsade eller korta interventioner ingår i uppdraget. I de fall då en behandlingskontakt inleds genomförs alltid en inskrivningsintervju med UngDOK.

Tabell 1. Basuppgifter för de tre städerna år 2016.

	Stockholm N = 212	Göteborg N = 193	Malmö N = 127
Andel flickor/pojkar (%)	29/71	33/67	20/80
Medianålder (år)	17	18	18
Aktuell drog (%)			
Cannabis	78	66	68
Alkohol	10	11	6
Övriga droger/uppgift saknas ¹	22	23	26

Som framgår av ovanstående tabell har det under 2016 dokumenterats sammantaget 532 ungdomar med basuppgifter, vilket är en ökning jämfört med föregående år då det fanns uppgifter om 493 ungdomar som hade kontakt med mottagningarna för information eller rådgivning (se bilaga, tabell 2). Det framgår även att det finns både likheter och skillnader mellan de tre städernas när det gäller dessa ungdomars könsfördelning, ålder och aktuell drog (den drog som uppges vid aktualisering).

Urval indikatorer

Utöver ovanstående basuppgifter fanns det rapportering för ytterligare 625 ungdomar som påbörjade en behandlingskontakt under tidsperioden 2016-01-01–2016-12-31 från mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Av dessa föll 13 individer bort, där uppgifter var ofullständiga eller saknades. Slutligen kvarstod 612 ungdomar som under året har påbörjat en behandlingskontakt för missbruksproblem vid de deltagande enheterna. Andelen personliga intervjuer uppgick till 92 procent, medan resterande 8 procent utgjordes av journaluppgifter. Materialet fördelade sig för de tre städerna enligt nedanstående tabell.

Tabell 2. Antal ungdomar år 2016 som har påbörjat behandling i Stockholm, Göteborg och Malmö.

	Antal	Procent
Stockholm	270	44,0
Göteborg	180	29,5
Malmö	162	26,5
Totalt	612	100

¹ Basuppgifter dokumenteras när ett ärende aktualiseras vid mottagningen. I vissa fall innebär det att uppgift om den drog som föranleder kontakten saknas. Som övriga droger har här kategoriserats t.ex. Tramadol, Spice, amfetamin och kokain.

Material och procedur

UngDOK är en intervjumetod som är specifikt utvecklad för ungdomar med missbruksproblem. En utgångspunkt är att intervjun ska vara kortfattad och lättadministrerad för att passa ungdomar som påbörjar någon form av behandling för alkohol- och narkotikaproblem i öppenvård. Ytterligare aspekter är att frågorna är anpassade till ungas språkbruk och att informationen utgör ett stöd i behandlingsarbetet samt för att skapa underlag för beskrivning av verksamheternas målgrupper (Anderberg & Dahlberg 2014).

Syftet med UngDOK är att kartlägga den unges problem, behov och aktuella situation för att kunna göra relevant bedömning, planering och genomförande av behandling. Inskrivningsformuläret har följande livsområden: boende och försörjning, sysselsättning, alkohol och droger, behandlingshistoria, kriminalitet, uppväxt, utsatthet för våld, familj och relationer, fysisk samt psykisk hälsa (Anderberg & Dahlberg 2016). En valideringsstudie av UngDOK har nyligen slutförts och resultaten visade att intervjuens psykometriska egenskaper generellt är tillfredsställande (Dahlberg m.fl. 2017).

När behandlingskontakten inleds sker en inskrivningsintervju med UngDOK, därutöver utförs intervjuer vid avslutning och uppföljning tre månader efter avslutad behandling. Intervjun registreras i ett dataprogram och överförs till en forskningsdatabas som förvaltas av Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården (IKM) vid Linnéuniversitetet i Växjö. För lagring och bearbetning av uppgifter i forskningssyfte finns tillstånd från forskningsetisk kommitté vid Socialstyrelsen och i denna rapport användes endast anonymiserad data.

Analys

Ett uttag från databasen genomfördes i april 2017 och från inskrivningsformuläret valdes därefter följande sedan tidigare fastställda indikatorer: könsfördelning, medianålder, behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ, saknar sysselsättning, problem i skolan, primär drog, hög användningsfrekvens av primär drog, debutålder för primär drog, användning av annan drog, riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C, tidigare missbruksvård, besvärliga uppväxtvillkor, dömd för brott och psykiatrisk vård. För en utförligare beskrivning av de specifika indikatorerna, se Almazidou m.fl. (2014). Materialet bearbetades och analyserades med stöd av IBM SPSS Statistics 24. Representanter från respektive stad har återrapporterat framtagna resultat till sina arbetsgrupper där ytterligare synpunkter inhämtats.

Resultat

I följande avsnitt presenteras en sammanställning av indikatorerna för år 2016. Det redovisas även jämförelser med de tre tidigare årens uppgifter (2013, 2014 och 2015), mellan flickor och pojkar samt mellan de tre städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Indikatorerna avser de 612 ungdomar som påbörjar en behandlingskontakt och där inskrivningsintervju med UngDOK har utförts.

Indikatorer 2016

Här följer en redogörelse för de uppgifter som rapporterats in via intervjuer med UngDOK år 2016. Som framgår av tabell 3 uppvisar såväl könsfördelning som genomsnittlig ålder vid påbörjad kontakt med storstädernas Maria-mottagningar en hög grad av stabilitet. Flickorna utgör cirka en fjärdedel av de ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem som inleder en vårdkontakt. Det föreligger skillnader mellan städerna beträffande andelen flickor, den är större i Göteborg (30 procent) jämfört med Stockholm (25 procent) och Malmö (24 procent). Medelåldern, när kontakt inleds, för samtliga ungdomar är 17 år och uppvisar också en viss variation mellan städer och mellan flickor (16 år) och pojkar (17 år). I samtliga tre städer sjunker medelåldern för flickorna (se bilaga, tabell 5).

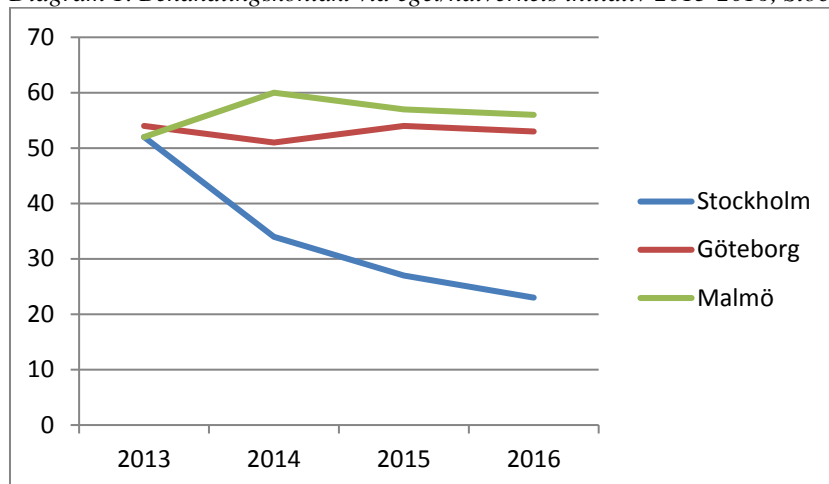
Tabell 3. Sammanställning av indikatorer totalt för åren 2013, 2014, 2015 och 2016.

	2013 N=788 ²	2014 N=614	2015 N=609	2016 N=612
Andel flickor/pojkar (%)	26/74	27/73	26/74	26/74
Medianålder (år)	17	17	17	17
Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ (%)	53	45	44	41
Saknar sysselsättning (%)	11	14	16	11
Problem i skolan (%)	62	62	64	66
Primär drog (%)				
Cannabis	76	80	81	84
Alkohol	15	11	12	11
Övriga droger	9	9	6	5
Frekvens av primär drog (%)	43	41	45	38
Debutålder för primär drog (år)	15	15	15	15
Användning av annan drog (%)	56	53	48	43
AUDIT-C (%)	48	42	38	36
Tidigare missbruksvård (%)	26	30	27	25
Besvärliga uppväxtvillkor (%)	52	49	48	50
Dömd för brott (%)	34	35	31	30
Psykiatrisk vård (%)	36	43	49	46

Andelen ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna på eget, föräldrars eller vänners initiativ har totalt minskat från 53 till 41 procent mellan år 2013 och 2016. Det finns en stor lokal variation som framgår av nedanstående diagram, där andelen i Stockholm är 23 procent, i Göteborg 53 procent och i Malmö 56 procent för år 2016. Dock föreligger inte några större könsskillnader när det gäller initiativtagare.

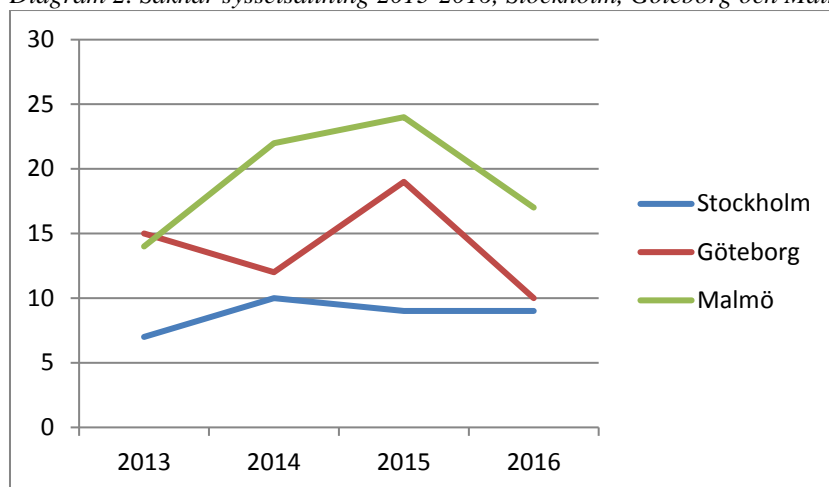
² Under år 2013 dokumenterades inte ”korta kontakter” med ett särskilt basuppgiftsformulär, vilket förklarar det högre antalet ungdomar för detta år.

Diagram 1. Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ 2013-2016, Stockholm, Göteborg och Malmö.



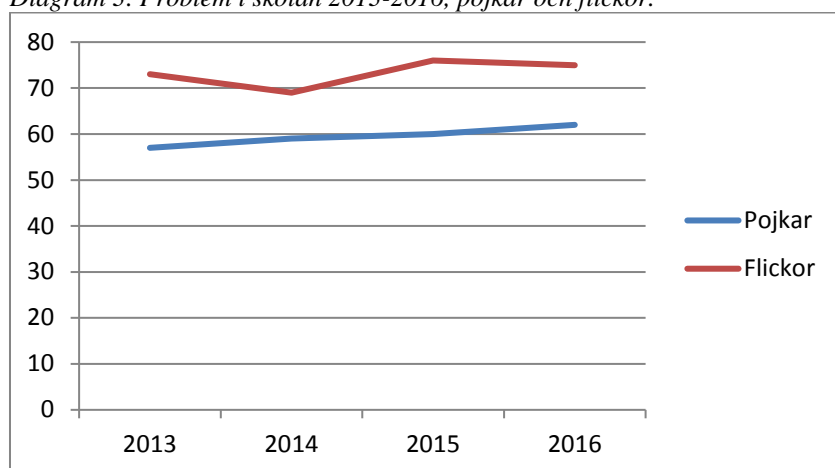
Det är totalt 11 procent av ungdomarna som helt saknar någon form av sysselsättning de senaste tre månaderna, en tydlig minskning från föregående år där andelen totalt var 16 procent. Det förekommer också här en viss lokal variation, vilket illustreras med diagrammet nedan (se diagram 2) där betydligt fler ungdomar i Malmö (17 %) varken studerar, praktiserar eller arbetar i jämförelse med övriga städer där andelen är 10 procent (Göteborg) respektive 9 procent (Stockholm). Även här är skillnaderna mellan flickor och pojkar generellt små.

Diagram 2. Saknar sysselsättning 2013-2016, Stockholm, Göteborg och Malmö.



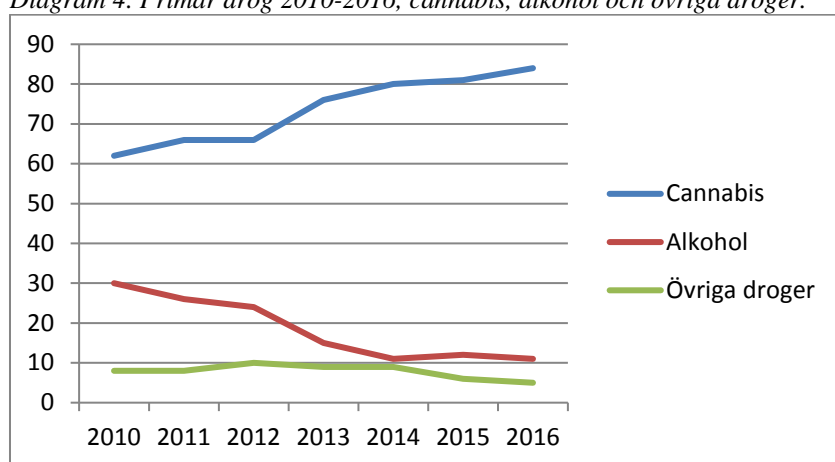
Andelen ungdomar som rapporterar att de har eller har haft problem i skolan som påverkat deras resultat, närvaro eller trivsel är generellt stor och ökar, från totalt 62 procent år 2013 till 66 procent år 2016. De lokala variationerna är dock stora, där 74 procent av ungdomarna i Malmö anger skolproblem, medan motsvarande uppgift för Göteborg och Stockholm är 68 procent respektive 59 procent. Här finns det även påtagliga könsskillnader, genom att flickor i högre grad än pojkar uppger problem i skolan (se diagram 3).

Diagram 3. Problem i skolan 2013-2016, pojkar och flickor.



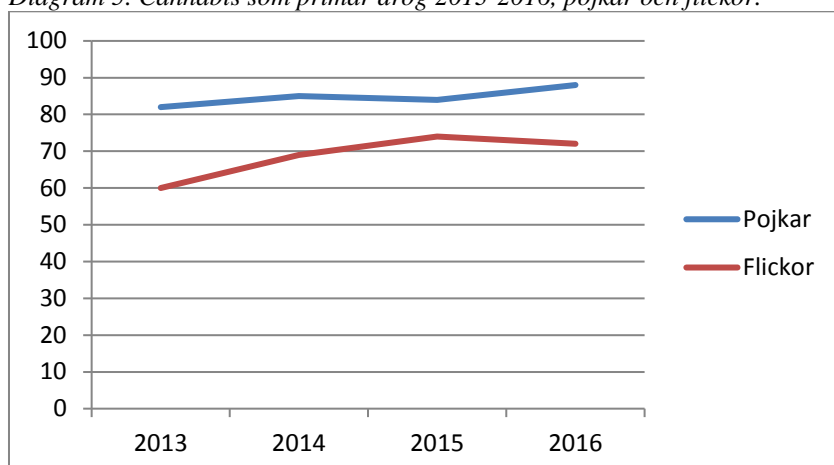
Av de ungdomar som vänder sig till Maria-mottagningarna uppger merparten cannabis som den drog som utgör störst problem för dem eller är anledningen till påbörjad vårdkontakt. Totalt har andelen ungdomar som anger cannabis som primär drog ökat betydligt under flera års tid, från 62 procent år 2010 till 84 procent år 2016 (se diagram 4). På motsvarande sätt har andelen ungdomar som anger alkohol minskat, från 30 procent år 2010 till 11 procent år 2016. Det har även skett en viss minskning beträffande övriga preparat (t.ex. Spice, amfetamin och kokain), från 8 procent år 2010 till 5 procent år 2016.

Diagram 4. Primär drog 2010-2016, cannabis, alkohol och övriga droger.



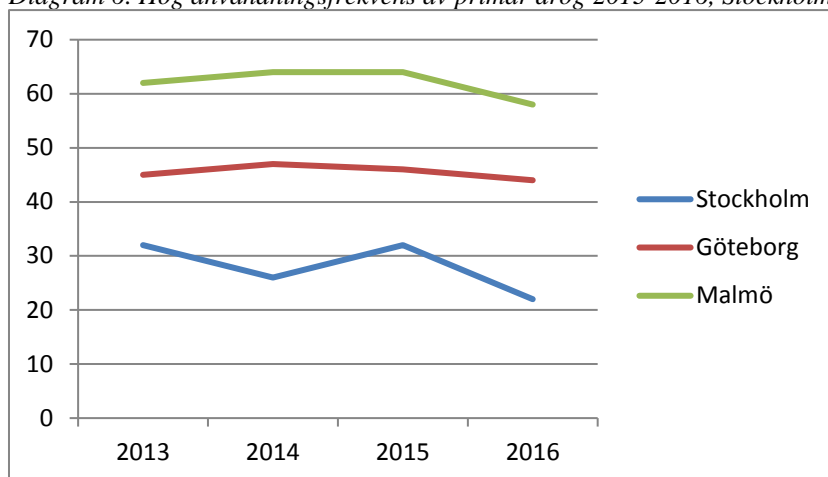
Det föreligger vissa lokala skillnader när det gäller primär drog, i Stockholm och Malmö är andelen ungdomar som använder cannabis större (87 procent) än i Göteborg (75 procent). Det finns även tydliga könsskillnader vad gäller primär drog då det generellt är fler pojkar än flickor som använder cannabis, även om flickornas andel har ökat under tidsperioden (se diagram 5). År 2016 uppger totalt 72 procent av flickorna och 88 procent av pojkarna cannabis som primär drog.

Diagram 5. Cannabis som primär drog 2013-2016, pojkar och flickor.



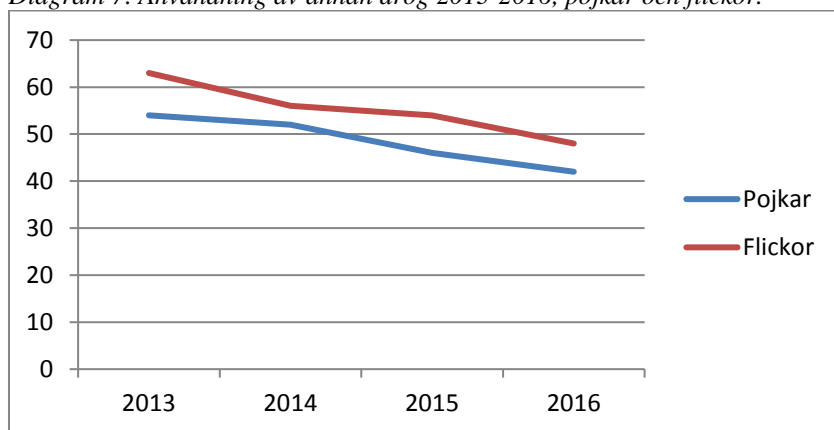
Andelen ungdomar som de senaste tre månaderna har använt den primära drogen mer än 2-3 gånger i veckan har för samtliga städer minskat något från totalt 45 procent år 2015 till 38 procent år 2016. Här framträder, som framgår av nedanstående diagram, dock stora lokala skillnader. Ungdomarna vid Maria-mottagningen i Malmö (58 procent) tycks ha en mer omfattande användning av den primära drogen i jämförelse med ungdomar vid mottagningen i Stockholm (22 procent). Motsvarande andel för Göteborg är 44 procent. Det finns även stora skillnader mellan flickor och pojkar i respektive stad. Den generella debutåldern för primär drog är som tidigare 15 år, men i årets sammanställning framgår att debutåldern för flickor i Stockholm och Malmö har sjunkit till 14 år.

Diagram 6. Hög användningsfrekvens av primär drog 2013-2016, Stockholm, Göteborg och Malmö.



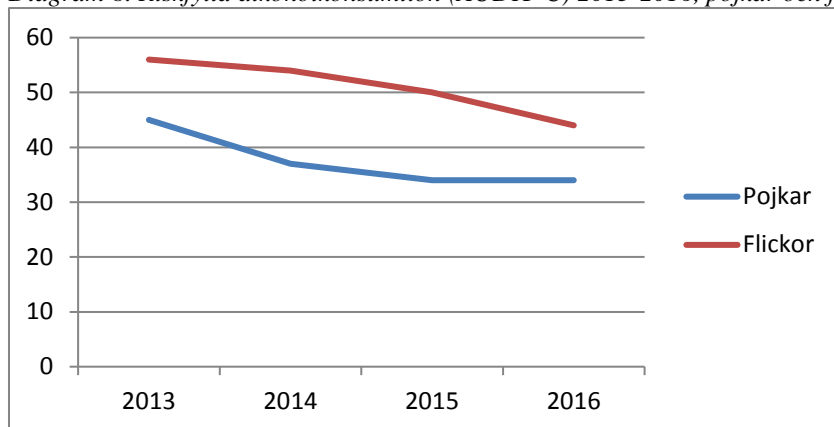
Totalt anger 43 procent av samtliga ungdomar att de använder andra droger vid sidan av den primära drogen. Användning av andra droger har totalt för städerna minskat från 56 procent år 2013 till 43 procent år 2016. Det finns en viss skillnad avseende kön men den nedåtgående trenden är tydlig för både flickor och pojkar (se diagram 7). Det förekommer även tydliga lokala variationer där exempelvis tendensen i Malmö är det motsatta, där ökar användning av andra droger från 44 procent år 2015 till 52 procent år 2016 (se bilaga, tabell 18).

Diagram 7. Användning av annan drog 2013-2016, pojkar och flickor.



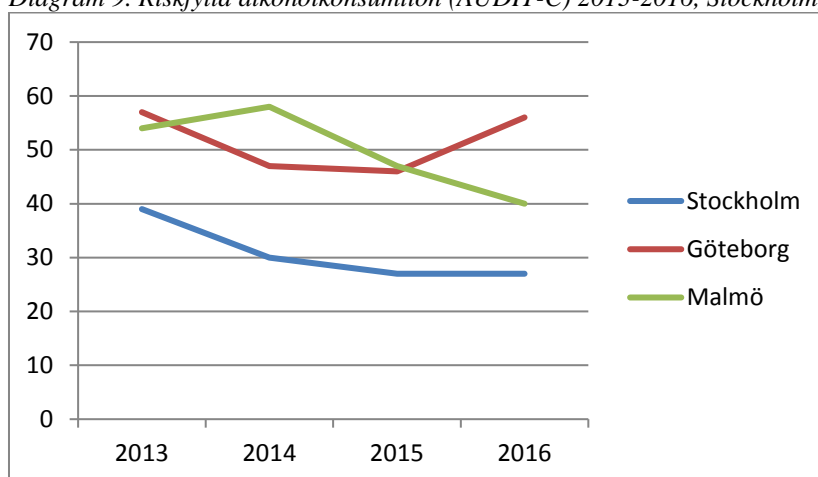
När det gäller ungdomarnas rapportering kring alkohol kan en tydlig nedåtgående och positiv trend skönjas. Den riskfyllda alkoholkonsumtionen, enligt AUDIT-C, har totalt minskat från 48 procent år 2013 till 36 procent år 2016. I nedanstående diagram framgår att det finns skillnader mellan flickor och pojkar avseende denna uppgift, för 2016 anger 44 procent av flickorna och 34 procent av pojkarna en riskfylld alkoholkonsumtion.

Diagram 8. Riskfylld alkoholkonsumtion (AUDIT-C) 2013-2016, pojkar och flickor.



Det finns också en påtaglig lokal variation mellan de tre städerna (se diagram 9). I Stockholm kvarstår andelen ungdomar som uppger riskfylld alkoholkonsumtion på relativt låg nivå (27 procent), Göteborg uppvisar en ökning (till 56 procent) och Malmö en minskning (till 40 procent).

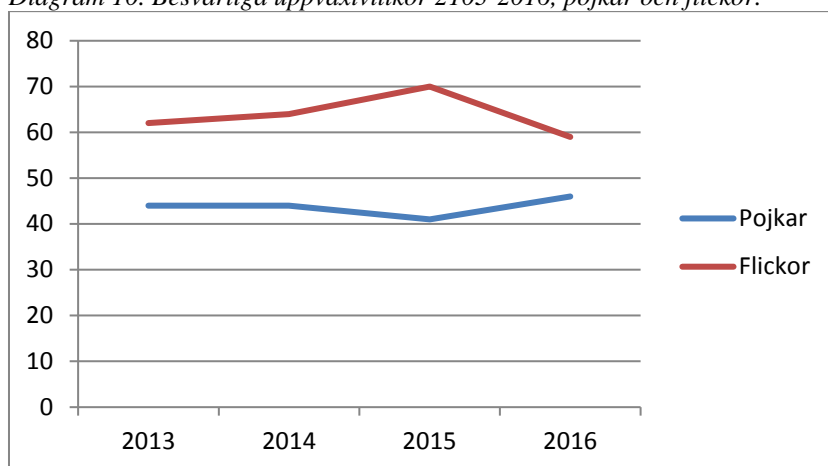
Diagram 9. Riskfylld alkoholkonsumtion (AUDIT-C) 2013-2016, Stockholm, Göteborg och Malmö.



Det är viktigt att kartlägga hur stor del av ungdomarna som tidigare har varit föremål för någon form av missbruksvård för att åskådliggöra eventuella förändringar vad gäller nytilkomna ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem. För år 2016 är det totalt 25 procent som tidigare haft kontakt med vården för alkohol- eller narkotikaproblem, och även när det gäller denna uppgift finns det variationer mellan städerna (21-29 procent) samt en mindre differens mellan flickor och pojkar (se bilaga, tabell 22-23).

Generellt har ungefär hälften av de ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna erfarenheter av missbruk, psykiska problem och våld i sin nära omgivning under uppväxten. Den totala nivån för de tre städerna har varit relativt stabil mellan 2013 och 2016, men för år 2016 kan noteras en minskning för Stockholm och Göteborg (till 44 procent respektive 46 procent medan det har skett en betydande ökning i Malmö (till 64 procent). Även könsskillnaderna är påtagliga även om de har halverats mellan 2015 och 2016, vilket nedanstående diagram tydliggör. För år 2016 är flickornas andel 59 procent och pojkarnas 46 procent.

Diagram 10. Besvärliga uppväxtvillkor 2013-2016, pojkar och flickor.



En viss minskning kan iakttagas beträffande andelen ungdomar som har begått och dömts för brott mellan år 2013 och 2016. Totalt har 30 procent av ungdomarna dömts för brott. Även här förekommer det betydande skillnader mellan såväl städer som kön, andelen pojkar som dömts för brott är 35 procent och andelen flickor är 16 procent (se diagram 11 och 12).

Diagram 11. Dömd för brott 2103-2016, Stockholm, Göteborg och Malmö.

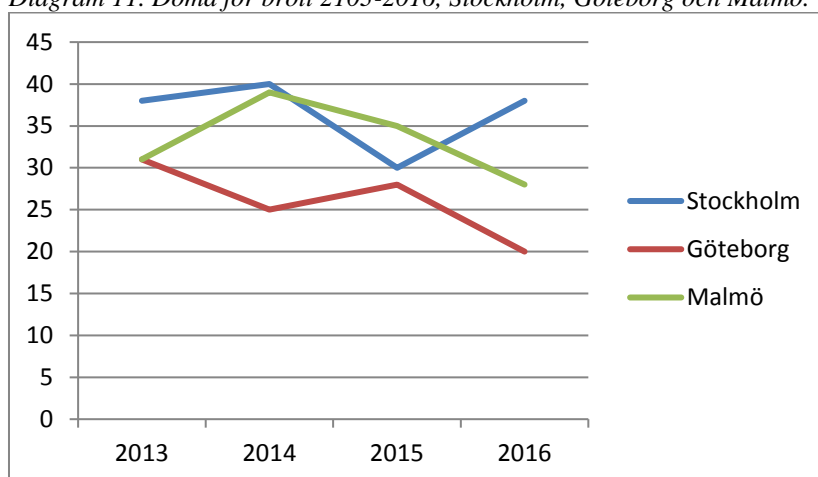
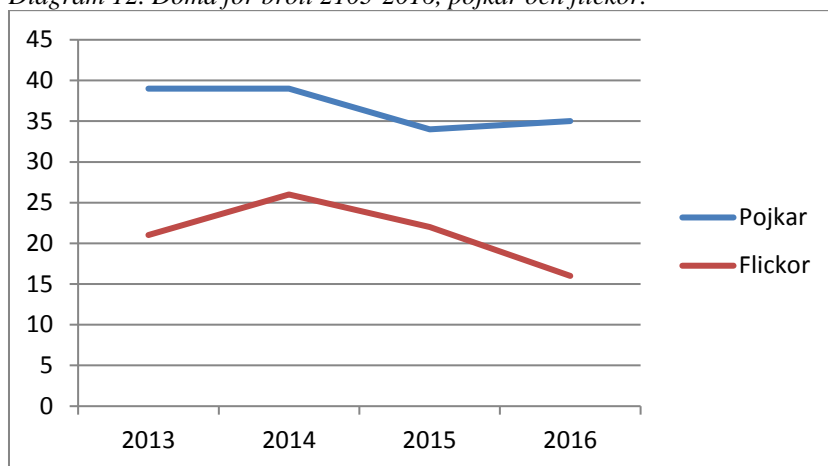
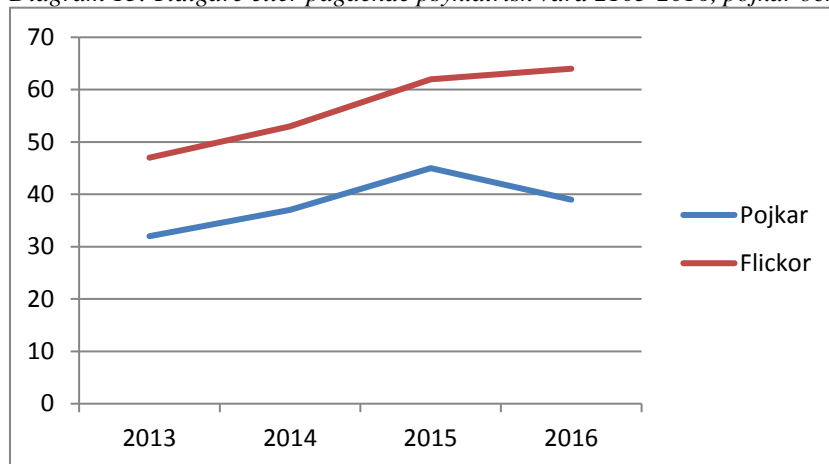


Diagram 12. Dömd för brott 2103-2016, pojkar och flickor.



När det gäller tidigare eller pågående kontakter med psykiatri ses stora förändringar mellan 2013 och 2016 och generellt har nu nästan hälften av ungdomarna sådana erfarenheter. Det finns skillnader mellan städerna, i Stockholm och Malmö är det cirka hälften av ungdomarna som har eller haft en psykiatrisk vårdkontakt, medan motsvarande uppgift för Göteborg är 38 procent för år 2016. Det föreligger fortfarande påtagliga könsskillnader där flickornas och pojkarnas andel utgörs av 64 respektive 39 procent (se diagram 13).

Diagram 13. Tidigare eller pågående psykiatrisk vård 2103-2016, pojkar och flickor.



Diskussion och slutsatser

Föreliggande rapport är den fjärde i ordningen och ger en sammanfattande bild av de ungdomar som påbörjat behandling vid Maria-mottagningarnas öppenvård i Stockholm, Göteborg och Malmö år 2016 i relation till 2013, 2014 och 2015 med särskild tonvikt på de trender och tendenser som kan skönjas för den aktuella målgruppen och de könsskillnader som föreligger.

Generella slutsatser och lokala skillnader

Uppgifterna beträffande könsfördelning och medelålder har totalt sett uppvisat en hög grad av stabilitet under den redovisade tidsperioden. Flickorna utgör cirka en fjärdedel och medelåldern är 17 år för de ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem som inleder en vårdkontakt. Men det framkommer också tydliga variationer mellan rapporteringsår, mellan städer samt mellan flickor och pojkar. En tydlig tendens i årets rapport är att medelåldern för flickor sjunker i samtliga tre städer och en annan tendens är att andelen ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna på eget, föräldrars eller vänners initiativ totalt har minskat. Nämnda tendenser är troligen indikationer på större eller mindre förändringar i mottagningarnas målgrupp, vilket troligen kan förklaras av olika lokala inriktningar och andra organisatoriska skillnader.

Av de ungdomar som vänder sig till Maria-mottagningarna uppger merparten (84 procent) cannabis som den drog som utgör störst problem för dem eller är anledningen till påbörjad vårdkontakt. Andelen ungdomar som anger cannabis som primär drog har ökat kontinuerligt under flera års tid och på motsvarande sätt har andelen ungdomar som anger alkohol minskat. Det har även skett en viss minskning beträffande övriga preparat (t.ex. Spice, amfetamin och kokain). Det förekommer lokala skillnader när det gäller primär drog, i Stockholm och Malmö är andelen ungdomar som använder cannabis större än i Göteborg. Andelen ungdomar som de senaste tre månaderna har använt den primära drogen mer än 2-3 gånger i veckan har för samtliga städer minskat. Det framkommer dock även här stora lokala skillnader. Ungdomarna vid Maria-mottagningen i Stockholm har en mindre omfattande användning av den primära drogen än övriga städer. Debutålder för primär drog är som tidigare 15 år i genomsnitt, men i årets sammanställning framgår att debutåldern för flickor i både Stockholm och Malmö har sjunkit till 14 år.

Totalt anger 43 procent av samtliga ungdomar att de använder andra droger vid sidan av den primära drogen. Den mest förekommande kombinationen är cannabis som huvudpreparat och alkohol som annan drog. Användning av andra droger har totalt för städerna minskat, men det

finns tydliga lokala variationer där exempelvis tendensen i Malmö är den motsatta och där det rapporteras om en hög användning av opioidläkemedlet Tramadol. Den riskfyllda alkoholkonsumtionen, enligt AUDIT-C, har generellt minskat. Det finns variation mellan städerna och vid mottagningen i Göteborg har emellertid mer än hälften av ungdomarna en problematisk användning av alkohol. För år 2016 är det totalt en fjärdedel av ungdomarna som tidigare haft kontakt med vården för alkohol- eller narkotikaproblem, och även när det gäller denna uppgift finns det variationer mellan städerna.

Generellt tycks det ske en viss minskning av ungdomarnas alkohol- och narkotikaproblematik genom att den riskfyllda alkoholkonsumtionen fortsätter att minska, användningsfrekvensen av den primära drogen och användning av annan drog är något lägre än föregående år, andelen ungdomar som varit föremål för tidigare missbruksvård är något lägre. Denna utveckling kan förklaras med flera olika faktorer. Det kan dels hänga samman med en allmän trend där ungdomar i allt mindre utsträckning dricker alkohol (CAN 2016), men även med att Maria-mottagningarna har förändrat sitt arbetssätt. De kan t.ex. handla om att de når ungdomar i ett något tidigare skede och att deras alkohol- och narkotikaanvändning inte hunnit bli så allvarlig. Den sjunkande medelåldern för flickor tycks bl.a. tyda på det.

Cirka var tionde ungdom saknar helt någon form av sysselsättning de senaste tre månaderna, vilket är en tydlig minskning från föregående år. Det förekommer en viss lokal variation, där betydligt fler ungdomar i Malmö varken studerar, praktiserar eller arbetar i jämförelse med övriga städer. Två tredjedelar av ungdomarna uppger att de har eller har haft problem i skolan som påverkat deras resultat, närvaro eller trivsel är generellt stor och andelen har ökat under de aktuella åren. De lokala variationerna är dock stora, där ungdomarna i Malmö anger skolproblem i högre grad än i Göteborg och Stockholm. En svag anknytning till skolan eller låga resultat är, som också tidigare rapporter har tagit upp, starkt kopplade till fortsatta etableringssvårigheter, försörjningsproblem och missbruksproblem. Det är därför av stor vikt att mottagningarna, utöver behandlingens fokus på att komma tillrätta med alkohol- och narkotikaproblem, även tar upp utbildningsfrågan med ungdomarna och vid behov förmedlar kontakter som möjliggör insatser för fullföljd skolgång alternativt andra inkluderande inslag som tillgodoser ungdomarnas grundläggande behov av utbildning och sysselsättning.

Generellt har ungefär hälften av de ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna erfarenheter av missbruk, psykiska problem och våld i sin nära omgivning under uppväxten. Den totala nivån för de tre städerna har varit relativt stabil under tidsperioden, men för år 2016 kan en minskning noteras för Stockholm och Göteborg medan det har skett en betydande ökning i Malmö. Andelen ungdomar som har begått och dömts för brott minskar, totalt har en knapp tredjedel av ungdomarna dömts för brott. Även här förekommer det skillnader mellan städerna där Stockholm har en större andel ungdomar som har dömts för brott. Den svagt nedåtgående trenden beträffande andel ungdomar som döms för brott kan troligen ha påverkats av att polisens insatser mot narkotikabrott generellt har minskat (se t.ex. Brå 2016). Beträffande tidigare eller pågående kontakter med psykiatrin ses stora förändringar mellan 2013 och 2016 och generellt har nu nästan hälften av ungdomarna sådana erfarenheter. Det finns skillnader mellan städerna, i Stockholm och Malmö är det cirka hälften av ungdomarna som har eller haft en psykiatrisk vårdkontakt, medan motsvarande uppgift för Göteborg är lägre.

Ungdomar som påbörjar vård och behandling på Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö utgör en heterogen målgrupp, något som även tagits upp i tidigare års rapporter. En grupp ungdomar är socialt förankrade och har ett mer experimentellt bruk av

cannabis och andra droger, medan en annan grupp har en genomgående svårare missbruksproblematik samt en högre belastning vad gäller övriga riskfaktorer. Det framkommer variationer i materialet som indikerar att de tre städerna även 2016 når delvis olika målgrupper. Ungdomarna som påbörjar en kontakt med Maria-mottagningen i Stockholm är generellt något yngre och de tycks inte ha kommit lika långt i sin droganvändning och brukar droger i mindre omfattning än ungdomar i Malmö och Göteborg. Men de variationer eller trender som framträder i materialet kan också orsakas av faktiska förändringar t.ex. gällande polisens och socialtjänstens prioriteringar eller städernas vårdutbud inom det psykiatriska området (Mounteney & Haugland 2009). För att dra säkrare slutsatser om trender kan uppgifter från UngDOK behöva jämföras och valideras med stöd av andra källor eller uppgifter som t.ex. statistik från polis, drogvaneundersökningar eller särskilda studier (Dahlberg & Anderberg 2013; EMCDDA 1999).

Könsskillnader

Denna rapport visar på ett flertal tydliga könsskillnader för Maria-mottagningarnas ungdomar. Kartläggningen stödjer det paradoxala förhållande som å ena sidan innebär att en mindre andel flickor påbörjar behandling för missbruksproblem jämfört med pojkar, men tenderar å andra sidan att ha allvarigare drogproblem, besvärligare uppväxtförhållanden och mer omfattande psykiska problem (jfr James m.fl. 2013; Mitchell m.fl. 2016).

När det gäller alkohol- och narkotikaanvändning ses flera märkbara könsskillnader. Andelen pojkar som anger cannabis som primär drog är påtagligt större än för flickor, medan en större andel flickor uppger alkohol och övriga preparat som primär drog. Andelen flickor som anger cannabis som primär drog har dock ökat generellt under perioden 2013-2016. Flickor har även en något högre användningsfrekvens av den primära drogen och en lägre debutålder jämfört med pojkar. De använder även andra droger i något större utsträckning och en avsevärt större andel flickor har en riskfylld alkoholkonsumtion i jämförelse med pojkar även om denna skillnad har minskat något 2016. Flickor har i något högre grad även varit föremål för tidigare missbruksvård.

Kartläggningens resultat visar att det är mindre könsskillnader för de ungdomar som saknar sysselsättning och varken studerar, praktiserar eller arbetar, medan flickor i betydligt större utsträckning har erfarenheter av olika skolrelaterade problem (jfr Mitchell m.fl. 2016). Denna skillnad tycks även kvarstå över tid.

Könsskillnaden är tydligt märkbar hos de ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna vad gäller deras uppväxtvillkor, även om skillnaden har halverats mellan 2015 och 2016. Flickor tycks genomgående ha besvärligare uppväxtförhållanden än pojkar och har i högre grad erfarenheter av missbruk, psykiska problem och misshandel eller våld under sin uppväxttid, ett resultat som flera tidigare studier också har kunnat fastslå (se t.ex. Kloos m.fl. 2009; Pedersen m.fl. 2009).

Knappt en tredjedel av ungdomarna har dömts för brott. Även här förekommer det betydande skillnader mellan könen och andelen pojkar som dömts för brott är 35 procent år 2016 medan motsvarande andel för flickor är 16 procent (se diagram 12). Att pojkar i större utsträckning begår kriminella handlingar är ett förhållande som också är väl belagt i tidigare forskning (se Hodgins m.fl. 2014; Mitchell m.fl. 2016; Pedersen m.fl. 2009; Stevens m.fl. 2004).

Kartläggningen visar även att det över tid föreligger påtagliga könsskillnader vad gäller tidigare eller pågående kontakter med psykiatrin, där flickornas andel utgörs av 64 jämfört med 39 procent för pojkarna (se diagram 13).

Resultaten från denna kartläggning riskerar till viss del att spä på de ”cementerade” könsstereotyper som ofta tillskrivs kvinnor med missbruksproblem (Storbjörk 2011). Samtidigt är det svårt att bortse från att det finns vissa tydliga skillnader mellan flickor och pojkar med alkohol- och narkotikaproblem som påbörjar behandling. Men hur kan vi förstå de skillnader som framträder?

En tänkbar förklaring kan handla om vem som tar initiativ till vårdkontakten, där en särskild analys (dock ej redovisad i denna rapport) visar att flickor oftare kommer i kontakt med behandling på eget initiativ eller via sjukvården, medan pojkar kommer dit med stöd av socialtjänsten eller via föräldrar. Det kan omfatta mer eller mindre tvingande insatser från socialtjänst eller rättsvårdande instanser, som exempelvis ungdomskontrakt. Tidigare studier visar att rättssystemet är en dominerande källa till remiss till behandling för både pojkar och unga män medan initiativtagare för flickor är mer varierande, där remiss från sig själv eller från sjukvården spelar en mycket större roll (Kloos m.fl. 2009; Landsverk & Reid 2013). Flickors mer komplexa psykosociala problematik kan även tolkas utifrån könsstereotypa mönster, vilket kan leda till att de företrädesvis hänvisas till ungdomsmottagning och psykiatri istället för till missbruksvård (jfr Mufc 2015).

En annan möjlig förklaring är att flickor, trots mer omfattande problem, tycks bli aktuella för behandling i ett senare skede och därmed inte får adekvat stöd i tid. Kan det vara så att män eller pojkar har företräde även inom detta område i samhället? Eller är flickors problematik inte lika synlig eller uppmärksammas? Detta kan hänga samman med en genusbunden socialiseringsprocess där kvinnor i högre grad än män har lärt sig att disciplinera sig själv och internalisera sina problem (Amaro m.fl. 2001; Whaley m.fl. 2016). Vissa av kartläggningens resultat stödjer denna tanke, då andelen flickor som har varit föremål för psykiatrisk vård är betydligt större än för pojkar.

En tredje hypotes som har tagits upp i tidigare studier – och som delvis också stöds av denna kartläggning – är att flickors väg in i behandling ofta följer ett specifikt genusmönster. Dessa vägar löper från en ökad exponering för centrala underliggande riskfaktorer bland flickor och unga kvinnor i samhället som trakasserier och våldsutsatthet av olika slag, via allvarliga psykiska problem till en omfattande alkohol- och narkotikaanvändning som en följd av de svåra erfarenheter och emotionella problem som dessa genererar (Whaley m.fl. 2016). I Sverige, har t.ex. unga kvinnor en mångdubbelt så stor risk som för män att utsättas för sexuella trakasserier eller övergrepp (Brå 2017).

Kartläggningen belyser vikten av att identifiera betydelsefulla likheter och skillnader mellan flickor och pojkar med alkohol- och narkotikaproblem, eftersom denna kunskap även kan ha stor betydelse för utformning av både preventiva insatser och behandlingsinslag. Några av resultatens implikationer är att det troligen skulle kunna gå att förebygga utvecklandet av missbruksproblem hos många ungdomar genom att de tidigare upptäcks och uppmärksammas. Kartläggningens resultat ger direkta fingervisningar om hur man tidigare kan upptäcka flickors droganvändning, genom att de i mycket högre grad än pojkarna har erfarenhet av tidigare kontakter med psykiatri och i större omfattning även av problem i skolan. Detta öppnar möjligheter för en tidigare identifiering och ett relevant stöd i ett tidigare skede. Den minskade medelåldern för flickor i samtliga tre städer kanske är en indikation på att detta redan håller på att ske. Det borde således vara möjligt att öka andelen flickor inom öppenvården så att det blir en något jämnare könsfördelning. Då flickor har en större belastning av psykosociala riskfaktorer än pojkar kan de sannolikt även ha behov av multidimensionella och mer omfattande behandlingsinsatser som löper över en längre tid (Kloos m.fl. 2009; Stevens m.fl. 2003). Det är särskilt viktigt att beakta de svåra uppväxtförhållanden och rapporterade psykiska bekymmer som många av ungdomarna bär på.

Referenser

- Almazidou, M., Anderberg, M., Borg, M., Dahlberg, M., Kainulainen, K., Nilsson, I., Saras, T. & Williamsson, O. (2014). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö - Ungdomar i öppenvård år 2013*. Göteborg: Trestad2.
- Amaro, H., Blake, S.M., Schwartz, P.M. & Flinchbaugh, L.J. (2001). Developing Theory-Based Substance Abuse Prevention Programs for Young Adolescent Girls. *Journal of Early Adolescence*, 21(3), 256-293.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2014). Ungdomar med missbruksproblem: en deskriptiv studie av Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. *Socialmedicinsk Tidskrift*, Vol. 91, nr 4, s. 348-359.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2015). Riskfylld alkoholanvändning hos ungdomar med cannabisproblem. *Socialmedicinsk Tidskrift*, Vol. 92, nr 4, s. 484-494.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2016). *UngDOK. Manual för intervjuformulären 2016*. Växjö: IKM, Linnéuniversitetet.
- Brå (2016). *Narkotikabrott*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (Brå).
- Brå (2017). *Nationella trygghetsundersökningen 2016. Om utsatthet, otrygghet och förtroende*. Rapport 2017:1. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (Brå).
- CAN (2016). *Skolelevers drogvanor 2016*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2013). The hidden population: Some methodological issues about estimation of problematic drug use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(3), pp. 149-166.
- Dahlberg, M., Anderberg, M. & Wennberg, P. (2017). Psychometric properties of the UngDOK – a structured interview for adolescents with substance use problems. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(2), 160-172.
- EMCDDA (1999). *Feasibility study on detecting, tracking & understanding emerging trends in drug use*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Hodgins, S., Lövenhag, S., Rehn, M. & Nilsson, K.W. (2014). A 5-year follow-up study adolescents who sought treatment for substance misuse in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 347-360.
- James, P.D., Smyth, B.P., & Apantaku-Olajide, T. (2013). Substance use and psychiatric disorders in Irish adolescents: a cross-sectional study of patients attending substance abuse treatment service. *Mental Health and Substance Use*, 6(2), 124-132.
- Kloos, A., Weller, R.A., Chan, R. & Weller, E.B. (2009). Gender Differences in Adolescent Substance Abuse. *Current Psychiatry Reports*, 11(2), 120-126.
- Landsverk, J. & Reid, J.B. (2013). Introduction to Evidence-Based Interventions for Girls: From Prevention to Treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(5), 365-369.
- Mountney, J. & Haugland, S. (2009). Earlier warning: A multi-indicator approach to monitoring trends in the illicit use of medicines. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), pp. 161-169.
- Mitchell, P.F., Kutin, J.J., Daley, K., Best, D. & Bruun, A.J. (2016). Gender differences in psychosocial complexity for a cohort of adolescents attending youth-specific substance abuse services. *Children and Youth Services Review*, 68, 34-43.
- Mufs (2015). *När livet känns fel. Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa*. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (Mufc).
- Patton, G.C., Coffey, C., Lynskey, M.T., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J.B. & Hall, W. (2007). Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction*, 102(4), 607-615.
- Pedersen, M.U., Vind, L. & Bækboel, M. (2009). *13-17-årige piger der misbruger rusmidler, og den behandling de tilbydes*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Regeringskansliet (2016). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings-, och tobakspolitiken 2016-2020*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Shane, P., Diamond, G.S., Mensinger, J.L., Shera, D. & Wintersteen, M.B. (2006). Impact of Victimization on Substance Abuse Treatment Outcomes for Adolescents in Outpatient and Residential Substance Abuse Treatment. *The American Journal on Addictions*, Vol. 15(suppl. 1), s. 34-42.

- Statens institutionsstyrelse (2015). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem 2013. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Stevens, S.J., Murphy, B.S. & McKnight, K. (2003). Traumatic Stress and Gender Differences in Relationship to Substance Abuse, Mental Health, Physical Health, and HIV Risk Behavior in a Sample of Adolescents Enrolled in Drug Treatment. *Child Maltreatment*, 8(1), 46-57.
- Stevens, S.J., Estrada, B., Murphy, B.S., McKnight, K.M. & Tims, F. (2004). Gender Differences in Substance Use, Mental Health, and Criminal Justice Involvement of Adolescents at Treatment Entry and at Three, Six, Twelve and Firty Month Follow-Up. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 13-25.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive behaviors*, Vol. 37, nr. 7, s. 747-775.
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies in Alcohol and Drugs*, 28(3), 185-209.
- Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H. & Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 42, nr. 1, s. 65-77.
- Whaley, R.B., Hayes, R. & Smith, J.M. (2016). Differential Reactions to School Bonds, Peers, and Victimization in the Case of Adolescent Substance Use: The Moderating Effect of Sex. *Crime & Delinquency*, 62(10), 1263-1285.

Bilaga

Tabell 1. Basuppgifter för de tre städerna år 2014.

	Stockholm N = 260	Göteborg N = 133	Malmö N = 164
Andel flickor/pojkar (%)	25/75	29/71	37/63
Medianålder (år)	16	17	18
Aktuell drog (%)			
Cannabis	85	76	68
Alkohol	6	5	10
Övriga droger	9	19	22

Tabell 2. Basuppgifter för de tre städerna år 2015.

	Stockholm N = 192	Göteborg N = 175	Malmö N = 164
Andel flickor/pojkar (%)	24/76	30/70	32/68
Medianålder (år)	16	18	19
Aktuell drog (%)			
Cannabis	84	64	69
Alkohol	6	13	14
Övriga droger	10	23	17

Tabell 3. Könsfördelning i de tre städerna, 2013-2016.

Andel flickor/pojkar								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	22	78	28	72	30	70	26	74
2014	23	77	30	70	32	68	27	73
2015	22	78	28	72	29	71	26	74
2016	25	75	30	70	24	76	26	74

Tabell 4. Medianålder i de tre städerna, 2013-2016.

Ålder				
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt
2013	17	17	17	17
2014	16	17	18	17

2015	16	17	18	17
2016	16	17	17	17

Tabell 5. Medianålder för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Ålder								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	16	17	18	17	17	17	17	17
2014	16	17	17	17	18	18	17	17
2015	16	16	18	17	18	18	17	17
2016	15	17	17	17	17	17	16	17

Tabell 6. Behandlingskontakt i de tre städerna, 2013-2016.

Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ					
	Stockholm		Göteborg		Totalt
2013	52	54	52	53	
2014	34	51	60	45	
2015	27	54	57	44	
2016	23	53	56	41	

Tabell 7. Behandlingskontakt för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	54	52	48	57	48	53	50	54
2014	44	30	43	55	61	59	48	43
2015	25	28	67	49	61	55	50	41
2016	22	23	59	50	54	57	42	40

Tabell 8. Saknar sysselsättning i de tre städerna, 2013-2016.

Saknar sysselsättning					
	Stockholm		Göteborg		Totalt
2013	7	15	14	11	
2014	10	12	22	14	
2015	9	19	24	16	
2016	9	10	17	11	

Tabell 9. Saknar sysselsättning för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Saknar sysselsättning								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	9	6	24	13	12	15	14	10
2014	9	11	16	11	25	21	16	13
2015	9	10	27	16	22	25	19	15

2016	15	7	8	11	18	17	13	11
------	----	---	---	----	----	----	----	----

Tabell 10. Problem i skolan i de tre städerna, 2013-2016.

Problem i skolan								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
2013	57		71		57		62	
2014	56		67		65		62	
2015	59		61		76		64	
2016	59		68		74		66	

Tabell 11. Problem i skolan för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Problem i skolan									
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt		
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	
2013	72	52	79	68	66	53	73	57	
2014	59	55	85	59	66	65	69	59	
2015	67	57	80	53	83	74	76	60	
2016	68	56	81	63	78	73	75	62	

Tabell 12. Primär drog i de tre städerna, 2013-2016.

Primär drog								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
Cannabis								
2013	81		73		72		76	
2014	87		73		78		80	
2015	88		79		74		81	
2016	87		75		87		84	
Alkohol								
2013	16		15		12		15	
2014	10		16		8		11	
2015	10		15		11		12	
2016	10		14		7		11	
Övriga droger								
2013	3		12		16		9	
2014	3		11		14		9	
2015	2		6		14		6	
2016	3		11		6		5	

Tabell 13. Primär drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Primär drog									
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt		
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	
Cannabis									
2013	64	86	56	80	60	77	60	82	
2014	79	89	57	79	68	83	69	85	

2015	84	88	66	85	74	74	74	84
2016	72	92	63	80	85	88	72	88
Alkohol								
2013	32	12	29	10	12	13	26	11
2014	16	8	29	11	14	5	20	8
2015	14	10	29	9	17	9	20	9
2016	22	6	20	12	8	6	18	8
Övriga droger								
2013	4	2	15	10	28	10	14	7
2014	5	3	14	10	18	12	11	7
2015	2	2	6	6	9	17	5	7
2016	6	2	17	8	7	6	10	4

Tabell 14. Hög användningsfrekvens av primär drog i de tre städerna, 2013-2016.

Frekvens av primär drog								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
2013	32		45		62		43	
2014	26		47		64		41	
2015	32		46		64		45	
2016	22		44		58		38	

Tabell 15. Hög användningsfrekvens av primär drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Frekvens av primär drog								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	25	34	50	43	60	63	43	43
2014	32	24	56	43	58	67	47	38
2015	29	33	49	44	69	61	48	44
2016	15	24	53	40	66	55	41	37

Tabell 16. Debutålder för primär drog i de tre städerna, 2013-2016.

Debutålder för primär drog								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
2013	15		15		15		15	
2014	15		15		15		15	
2015	15		15		15		15	
2016	15		15		15		15	

Tabell 17. Debutålder för primär drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Debutålder för primär drog								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	14	15	14	15	15	15	15	15
2014	15	15	15	15	15	15	15	15
2015	15	15	15	15	15	15	15	15
2016	14	15	14	15	15	15	14	15

Tabell 18. Användning av annan drog i de tre städerna, 2013-2016.

Användning av annan drog				
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt
2013	56	50	65	56
2014	57	48	52	53
2015	52	46	44	48
2016	37	45	52	43

Tabell 19. Användning av annan drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Användning av annan drog								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	62	54	61	45	66	65	63	54
2014	60	56	59	43	46	55	56	52
2015	59	50	47	45	56	39	54	46
2016	37	37	57	40	51	52	48	42

Tabell 20. Riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C i de tre städerna, 2013-2016.

Riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C				
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt
2013	39	57	54	48
2014	30	47	58	42
2015	27	46	47	38
2016	27	56	40	36

Tabell 21. Riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	49	36	62	54	60	52	56	45
2014	41	27	59	42	68	53	54	37
2015	32	25	63	39	54	44	50	34
2016	33	26	61	53	41	40	44	34

Tabell 22. Tidigare missbruksvård i de tre städerna, 2013-2016.

Tidigare missbruksvård				
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt
2013	29	26	20	26
2014	33	24	29	30
2015	29	24	28	27
2016	29	21	24	25

Tabell 23. Tidigare missbruksvård för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Tidigare missbruksvård								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	32	28	27	26	16	21	26	26
2014	38	32	30	22	32	28	34	28
2015	24	30	37	19	29	28	30	26
2016	31	29	28	18	20	25	28	25

Tabell 24. Besvärliga uppväxtvillkor i de tre städerna, 2013-2016.

Besvärliga uppväxtvillkor						
	Stockholm		Göteborg		Malmö	Totalt
2013		39		54	58	52
2014		45		52	55	49
2015		47		50	52	48
2016		44		46	64	50

Tabell 25. Besvärliga uppväxtvillkor för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Besvärliga uppväxtvillkor								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	52	34	66	49	68	54	62	44
2014	59	41	64	46	70	48	64	44
2015	71	38	73	41	67	46	70	41
2016	51	42	57	40	77	59	59	46

Tabell 26. Dömd för brott i de tre städerna, 2013-2016.

Dömd för brott						
	Stockholm		Göteborg		Malmö	Totalt
2013		38		31	31	34
2014		40		25	39	35
2015		30		28	35	31
2016		38		20	28	30

Tabell 27. Dömd för brott för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Dömd för brott								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	23	42	16	37	26	33	21	39
2014	30	43	20	27	29	43	26	39
2015	20	32	22	31	24	40	22	34
2016	17	44	12	24	18	31	16	35

Tabell 28. Psykiatrisk vård i de tre städerna, 2013-2016.

Psykiatrisk vård				
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt
2013	34	32	46	36
2014	44	32	50	43
2015	54	38	55	49
2016	47	38	52	46

Tabell 29. Psykiatrisk vård för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2016.

Psykiatrisk vård								
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Totalt	
	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po	Fl	Po
2013	50	29	37	31	56	42	47	32
2014	54	40	45	26	61	45	53	37
2015	68	50	51	32	67	50	62	45
2016	66	40	57	30	69	46	64	39

I denna rapport beskrivs livsvillkoren för de ungdomar som påbörjade behandling vid Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö under år 2016 avseende användning av alkohol och narkotika, uppväxtförhållanden samt hur de har det med skola och arbete, kriminalitet och psykisk hälsa. Dessa uppgifter jämförs med år 2013, 2014 och 2015 för att belysa trender i de tre städerna. Rapporten sammanställs årligen och utgör ett underlag för kunskaps- och metodutveckling vid verksamheterna. Författare till rapporten är fil dr Mats Anderberg och fil dr Mikael Dahlberg.



Göteborgs
Stad



Malmö stad

