

Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö

- Ungdomar i öppenvård år 2017

Mikael Dahlberg & Mats Anderberg

ISBN: 978-91-87099-17-5

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Introduktion	6
Ungdomars användning av alkohol och narkotika	6
Skolproblem hos ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem	6
Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö	7
Rapportens syfte	7
Metod	8
Urval basuppgifter	8
Urval indikatorer	8
Material och procedur	9
Analys	9
Resultat	10
Indikatorer 2017	10
Diskussion och slutsatser	20
Generella tendenser och lokala variationer	20
Skolproblematik	22
Socialpedagogiska implikationer	22
Referenser	24
Tabellbilaga	26

Sammanfattning

I denna rapport beskrivs de ungdomar som påbörjar behandling för missbruksproblem på Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö år 2017 vad gäller droganvändning och psykosocial situation. Dessa uppgifter jämförs med åren 2013-2016 för att belysa trender i de tre städerna.

Verksamheterna i de tre städerna har under år 2017 totalt haft kontakt med ungefär 1400 ungdomar, varav cirka hälften har påbörjat en behandlingskontakt. Det senaste året har det totalt skett en ökning dels av antal ungdomar som kommer i kontakt med mottagningar för information och rådgivning, dels av antal ungdomar som påbörjar en behandlingskontakt. Merparten av de ungdomar som påbörjar behandling vid storstädernas Maria-mottagningar använder cannabis, drygt 80 procent. Andelen ungdomar totalt som anger cannabis som primär drog har dock minskat något efter en kontinuerlig uppgång under flera års tid. Det har även skett en viss minskning av övriga droger (t.ex. opiater/smärtstillande medel, amfetamin och kokain), medan alkohol som primär drog har ökat något. Andelen ungdomar som totalt de senaste tre månaderna har använt den primära drogen mer än 2-3 gånger i veckan kvarstår på cirka 40 procent. Den genomsnittliga debutåldern för primär drog är 15 år, en uppgift som har varit tämligen stabil över tid. 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 under den aktuella tidsperioden. Den riskfyllda alkoholkonsumtionen, enligt AUDIT-C, fortsätter att minska. En ytterligare nedåtgående trend är att andelen ungdomar som tidigare haft kontakt med missbruksvård totalt sett fortsätter att minska.

Cirka var tionde ungdom har helt saknat någon form av sysselsättning de senaste tre månaderna. Jämfört med åren 2014 och 2015 har dock en något större andel ungdomar 2017 en pågående sysselsättning. Två tredjedelar av ungdomarna anger att de har eller har haft olika typer av svårigheter som har påverkat deras närvaro, trivsel och resultat i skolan. I årets rapport finns ett särskilt avsnitt där ungdomarnas skolproblematik analyseras och diskuteras. Förekomsten av besvärliga uppväxtvillkor är fortfarande hög i gruppen och 62 procent av flickorna och 43 procent av pojkarna, som påbörjar en kontakt med de tre storstädernas Maria-mottagningar, har erfarenheter av att ha växt upp med våld, psykiska problem och missbruk i familjen. Andelen ungdomar som har begått och dömts för brott fortsätter att minska, totalt har en fjärdedel av ungdomarna blivit dömda. Den svagt nedåtgående trenden kan troligen ha påverkats av att polisens insatser mot narkotikabrott generellt har minskat. Beträffande tidigare eller pågående kontakter med psykiatri ses en del förändringar mellan 2013 och 2017 och generellt har nu nästan hälften av ungdomarna sådana erfarenheter.

Ungdomar som påbörjar vård och behandling på Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö utgör en heterogen målgrupp. 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 2017 når delvis olika målgrupper. Det finns även uppenbara skillnader mellan flickor och pojkar avseende ett flertal av de indikatorer som ingår i den aktuella rapporteringen. En viktig slutsats är att de flickor som påbörjar kontakt med de tre städernas mottagningar generellt är mer belastade än pojkarna när det gäller ett flertal av de redovisade indikatorerna.

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 femte kartläggningen av indikatorer som genomförs och årets rapport har ett särskilt fokus på olika former av skolproblem som många ungdomar uppger i inskrivningsintervjun när behandlingen påbörjas.

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 2017 års undersökning uppgav 23 procent av pojkarna och 21 procent av flickorna i gymnasiet år 2 att de aldrig dricker alkohol. Ungefär lika stora andelar bedöms dock vara riskkonsumenter, d.v.s. 27 procent av pojkarna och 24 procent av flickorna. När det gäller högkonsumtion av alkohol är andelen 10 procent för pojkarna och 9 procent för flickorna. Den nedåtgående trenden avseende ungdomars alkoholkonsumtion har möjligen bromsats upp, men nivåerna är fortsatt historiskt låga (CAN 2017).

När det gäller narkotikaanvändning har det för gymnasieungdomar 2017 skett en obetydlig minskning i jämförelse med föregående år, en minskning som emellertid endast gäller för pojkarna. Av pojkarna uppger 20 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 2017 uppgick andelen som använt cannabis mer än 20 gånger till 4 procent för pojkarna och 1 procent för flickorna (CAN 2017).

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, självskaðebeteende 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.

Skolproblem hos ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem

Skolan har en avgörande betydelse för barns och ungdomars utveckling. Skolmisslyckande har i ett flertal studier visat sig vara en särskilt inflytelserik riskfaktor för utvecklandet av alkohol- och narkotikaproblem (Bryant m.fl. 2003; Gauffin m.fl. 2013; 2015; Hawkins m.fl. 1992; Stone m.fl. 2012), kriminalitet (Bäckman m.fl. 2014; Christle m.fl. 2005) och psykisk ohälsa (Björkenstam m.fl. 2011; Socialstyrelsen 2010), samt svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden (Engdahl & Forslund 2016). Omvänt hänger en god anknytning till skolan och goda skolresultat samman med en minskad risk för individuella och psykosociala problem som ung vuxen (Bond m.fl. 2007; Carter m.fl. 2007; Cleveland m.fl. 2008; Merline m.fl. 2008; Stone m.fl. 2012). Med vetskapen om dessa samband är det oroande att andelen elever i

Sverige som går ut högstadiet utan behörighet till gymnasiet har ökat det senaste decenniet (SOU 2017). Ungdomar i olika typer av samhällsvård är en extra utsatt grupp med en högre risk för skolproblem. Det kan således vara av särskilt intresse att åskådliggöra skolproblem hos de ungdomar som påbörjar en öppenvårdskontakt med Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Ett flertal studier har visat att ungdomars alkohol- och cannabisanvändning påverkar skolgången negativt. Individer med en hög alkoholkonsumtion under tonåren har en ökad risk för att inte slutföra sina gymnasiestudier (Hill m.fl. 2000). I andra studier har narkotikaanvändning under tonåren visat sig ge både sämre skolprestationer (Lynskey & Hall 2000) och en lägre utbildningsnivå (King m.fl. 2006). Några studier har också undersökt hur skolgången påverkas i samband med behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem. Av en studie framgår det att när alkoholanvändning minskar eller upphör, ökar sannolikheten för en fullföljd skolgång. När det gäller cannabisanvändning är det däremot enbart total avhållsamhet som visar sig förbättra skolgången (Engberg & Morral 2006; jfr Harrington Godley 2006). En forskningsöversikt ger även stöd för att skolresultaten generellt förbättras när ungdomar slutar använda droger (DuPont m.fl. 2013). En god anknytning till skolan under pågående behandling utgör en skyddsfaktor som också har visat sig stödja positiva behandlingsresultat (Latimer m.fl. 2000).

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 missbruk av alkohol och droger, drogtestar, 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).

Rapportens syfte

Rapportens syfte är att beskriva de ungdomar som påbörjar behandling för missbruksproblem på Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö år 2017 vad gäller droganvändning och psykosocial situation samt att jämföra dessa uppgifter med åren 2013-2016 för att belysa trender i de tre städerna. Ett särskilt tema i årets rapport är att åskådliggöra och diskutera hur ungdomar på mottagningarna själva uppfattar sina svårigheter i skolan.

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 deras uppdrag. I de fall då en behandlingskontakt inleds genomförs alltid en inskrivningsintervju med UngDOK.

Tabell 1. Basuppgifter för de tre städerna år 2017.

	Stockholm N = 271	Göteborg N = 261	Malmö N = 100
Andel flickor/pojkar (%)	21/79	29/71	25/75
Medianålder (år)	16	18	18
Aktuell drog (%)			
Cannabis	81	71	80
Alkohol	11	17	7
Övriga droger/uppgift saknas ¹	8	12	13

Under 2017 dokumenterades sammantaget 632 ungdomar med basuppgifter, vilket är en betydande ökning jämfört med föregående år då det fanns uppgifter om 493 ungdomar som hade kontakt med mottagningarna för information eller rådgivning. Det framgår även att det finns både likheter och skillnader mellan de tre städerna när det gäller dessa ungdomars könsfördelning, ålder och aktuell drog (den drog som uppges vid aktualisering), och att denna variation även uppvisas för de ungdomar som inleder en behandlingskontakt.

Urval indikatorer

Utöver ovanstående basuppgifter fanns det rapportering för ytterligare 684 ungdomar som påbörjade en behandlingskontakt under tidsperioden 2017-01-01–2017-12-31 från mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Av dessa föll sex individer bort, där uppgifter var ofullständiga eller saknades. Slutligen kvarstod 678 ungdomar som under året har påbörjat en behandlingskontakt för missbruksproblem vid de deltagande enheterna. Andelen personliga intervjuer uppgick till 90 procent, medan resterande 10 procent utgjordes av journaluppgifter. Materialet fördelade sig för de tre städerna enligt följande:

Tabell 2. Antal ungdomar år 2017 som har påbörjat behandling i Stockholm, Göteborg och Malmö.

	Antal	Procent
Stockholm	287	42
Göteborg	243	36
Malmö	148	22
Totalt	678	100

¹ Basuppgifter dokumenteras när ett ärende aktualiseras vid mottagningen. Som övriga droger har här kategoriserats samtliga substanser förutom alkohol och cannabis. I vissa fall innebär det att uppgift om den drog som föranleder kontakten saknas.

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 2014). Resultaten av en valideringsstudie av UngDOK visar 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 2018 och från inskrivningsformuläret valdes följande (och 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. En kvantitativ innehållsanalys användes för analys av ungdomarnas rapportering av sin skolproblematik. 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 2017. Det redovisas även jämförelser med de fyra tidigare årens uppgifter (2013-2016), mellan flickor och pojkar samt mellan de tre städerna Stockholm, Göteborg och Malmö. Indikatorerna avser de 678 ungdomar som påbörjar en behandlingskontakt och där inskrivningsintervju med UngDOK har utförts.

Indikatorer 2017

Här följer en redogörelse för de uppgifter som rapporterats in via intervjuer med UngDOK år 2017. Som framgår av tabell 3 uppvisar såväl könsfördelning som genomsnittlig ålder vid påbörjad kontakt medorstädernas 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 något högre i Göteborg (28 procent) och Stockholm (26 procent) jämfört med Malmö (20 procent). Medelåldern, när kontakt inleds, för samtliga ungdomar är 17 år och uppvisar också en mindre variation mellan städer, i Stockholm är medelåldern 16 år medan den i Göteborg och Malmö är 17 år.

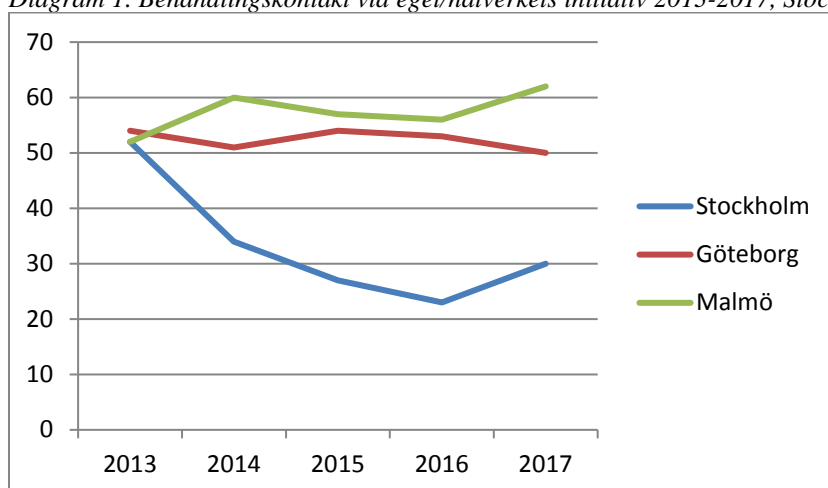
Tabell 3. Sammanställning av indikatorer totalt för åren 2013-2017.

	2013 N=788 ²	2014 N=614	2015 N=609	2016 N=612	2017 N=678
Andel flickor/pojkar (%)	26/74	27/73	26/74	26/74	26/74
Medianålder (år)	17	17	17	17	17
Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ (%)	53	45	44	41	44
Saknar sysselsättning (%)	11	14	16	11	11
Problem i skolan (%)	62	62	64	66	64
Primär drog (%)					
Cannabis	76	80	81	84	81
Alkohol	15	11	12	11	12
Övriga droger	9	9	6	5	6
Frekvens av primär drog (%)	43	41	45	38	39
Debutålder för primär drog (år)	15	15	15	15	15
Användning av annan drog (%)	56	53	48	43	43
AUDIT-C (%)	48	42	38	36	33
Tidigare missbruksvård (%)	26	30	27	25	22
Besvärliga uppväxtvillkor (%)	52	49	48	50	48
Dömd för brott (%)	34	35	31	30	25
Psykiatrisk vård (%)	36	43	49	46	47

Andelen ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna på eget, föräldrars eller vänners initiativ har totalt minskat från 53 till 44 procent mellan år 2013 och 2017. Det finns, som framgår av nedanstående diagram, en stor lokal variation där andelen i Stockholm är 30 procent, i Göteborg 50 procent och i Malmö 62 procent för år 2017. Det föreligger inte några större könsskillnader när det gäller initiativtagare.

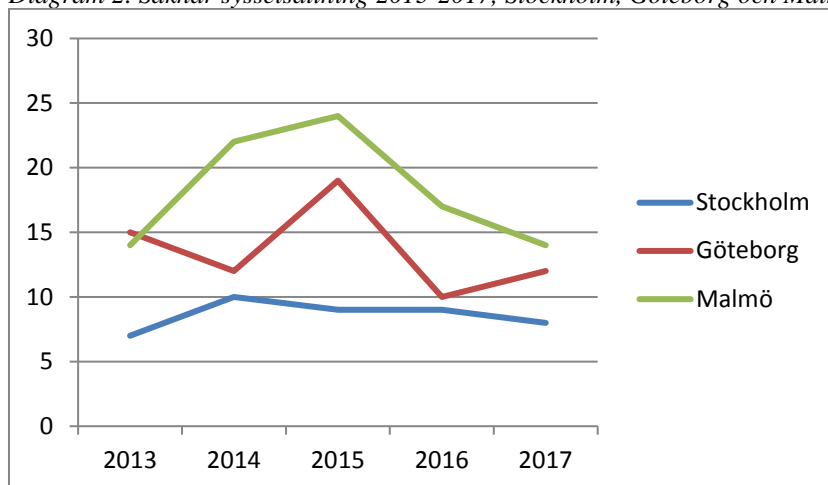
² Under år 2013 dokumenterades inte ”korta kontakter” med ett särskilt basuppgiftsformulär, vilket förklarar det högre antalet ungdomar för detta år.

Diagram 1. Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ 2013-2017, Stockholm, Göteborg och Malmö.



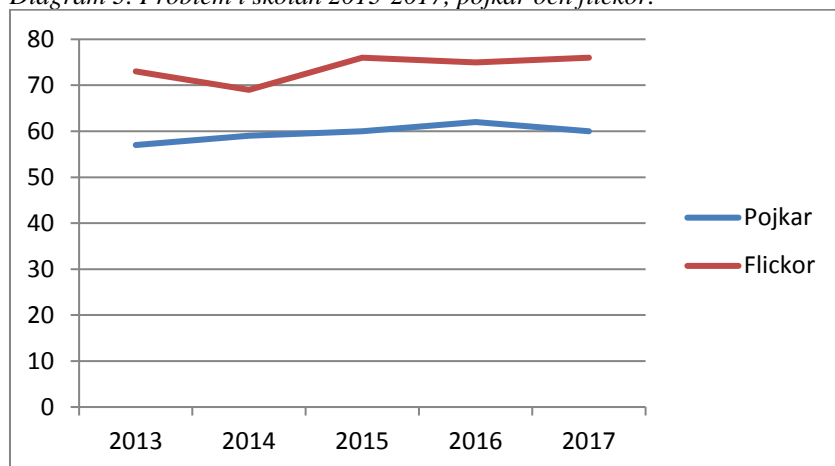
Det är totalt 11 procent av ungdomarna som helt saknar någon form av sysselsättning de senaste tre månaderna. Det förekommer också här en viss lokal variation, vilket illustreras med diagrammet nedan (se diagram 2) där något fler ungdomar i Malmö (14 %) varken studerar, praktiserar eller arbetar i jämförelse med övriga städer där andelen är 12 procent (Göteborg) respektive 8 procent (Stockholm). När det gäller könsskillnader saknar flickor i högre grad sysselsättning jämfört med pojkar (14 % respektive 10 %).

Diagram 2. Saknar sysselsättning 2013-2017, 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 andelen uppgår för år 2017 till 64 procent. Skillnaden mellan städerna har utjämnats och för Stockholms del innebär det att andelen ungdomar som uppger skolproblem har ökat från 59 till 64 procent mellan 2016 och 2017. Det finns även påtagliga könsskillnader som kvarstår, genom att flickor (76 %) i högre grad än pojkar (60 %) uppger problem i skolan (se diagram 3).

Diagram 3. Problem i skolan 2013-2017, pojkar och flickor.



Nedan följer en presentation av en genomförd analys av 407 ungdomars svar på frågan om vilken typ av skolproblematik de har eller har haft. Analysen är gjord med stöd av Bronfenbrenners socialekologiska modell, som illustrerar hur individen samspelar med andra betydelsefulla faktorer såsom familj, skola och kamrater (Richman & Bowen 1997). Inom varje huvudkategori återfinns även ett antal underkategorier och i nedanstående redovisning ges även exempel på några utsagor som kopplats till respektive kategori.

Tabell 4. Resultatsammanställning över ungdomarnas rapporterade skolproblem fördelade på kategorier.

	Antal	%
INDIVID	180	44
Koncentrationssvårigheter	71	17
Psykiska/fysiska besvär	58	14
Inlärningssvårigheter	32	8
Missbruksproblem	19	5
FAKTORER MELLAN INDIVID OCH SKOLA	136	33
Motivationsproblematik	64	16
Skolfrånvaro	52	13
Otrivsel med skolan	20	5
MIKROSYSTEM	91	22
Skola	47	12
Jämnåriga	39	10
Familj	5	1
TOTALT	407	100

Som framgår av ovanstående tabell är 44 procent av utsagorna kopplade till huvudkategorin *Individ*. Till största del handlar dessa om *Koncentrationssvårigheter* (17 procent), där ”koncentrationsproblem” återkommer i flera svar, t.ex. att man uppger att det är: ”svårt med koncentrationen” och att det påverkar skolarbetet negativt. Exempel på andra citat under detta tema är: ”har alltid haft svårt med koncentrationen men funkade tidigare om jag verkligen har försökt. Nu svårt” eller: ”i lågstadiet var jag väldigt sprallig och kunde inte sitta still. Fick flytta upp en klass och sen har det varit bra”.

I underkategorin *Psykiska och fysiska besvär* (14 procent) återfinns utsagor som ofta innehåller ”depression” och ”ångest” samt andra problem som rör deras psykiska hälsa. Här följer några exempel: ”har mått psykiskt dåligt, energilöshet” eller: ”mitt mående har påverkat

på så sätt att jag inte gått till skolan och om jag varit där har jag haft svårt att fokusera”. Under denna kategori återfinns också ett flertal utsagor som visar att många av de unga relaterar sina skolproblem till ADHD eller annan psykisk problematik: ”utagerande beteende och bråk”. Några ungdomar anger även olika former av sömnproblem, t.ex: ”hög frånvaro på grund av sömnsvårigheter”.

Det framkommer att 8 procent av ungdomarnas utsagor om sina skolproblem är kopplade till *Inlärningssvårigheter*, där begreppet ”svårt” återkommer när det gäller det egna lärandet. Det kommer exempelvis till uttryck i att en ungdom säger: ”har svårt för att lära mig saker, matten värst” eller när en annan menar att det är: ”svårt att hänga med i vad lärarna säger”. Flera ungdomar uppger att de har ”dyslexi” eller ”läs- och skrivsvårigheter”.

Temat *Missbruksproblem* (5 procent) handlar främst om att många ungdomar anger att de ”röker cannabis” eller att de har problem med ”droger” som har påverkat deras skolgång negativt. En ungdom säger: ”jag har inte varit där på grund av missbruket”. I några fall uppges både ”droger och kriminalitet” eller att man har blivit avstängd från skolan till följd av droganvändning, t.ex: ”skolan anmälde till soc när de fick reda på kontakten med Maria-mottagningen”.

En tredjedel av ungdomarnas rapporterade uppgifter, 33 procent, faller under huvudkategorin *Faktorer mellan individ och skola*. Av utsagorna kan 16 procent föras till *Motivationsproblematik*, där ord som nämns ofta är ”skoltrött”, ”ingen motivation” eller att skolan är ”tråkig”. Det finns några utsagor där motivationsbristen kopplas till individen själv: ”har alltid haft svårt motivera mig för skolarbete”, ”borde anstränga mig mer” medan andra ungdomar säger: ”ingen motivation, inte stimulerande”, ”tycker jag är smartare än andra”, eller: ”valt fel linje, ej motiverad”, utsagor som också skulle kunna kopplas till skolans innehåll och funktion.

Skolfrånvaro utgör en underkategori som omfattar 13 procent, där begreppen ”skolk”, ”dålig närvaro” eller ”frånvaro” ofta förekommer. Exempel på utsagor är: ”har skolkat från skolan hela förra terminen”, ”stor frånvaro, blev en dålig spiral där jag inte gick till skolan” och: ”jag fick gå om ett år då jag tappade så mycket förra terminen i skolan”.

Otrivsel med skolan (5 procent) förekommer med utsagor som: ”trivs inte i skolan”, ”jag tycker inte om skolan, trivs inte” eller: ”vill inte vara i skolan. Går dit när prov bara och har hemstudier. Trivs med det dock”. Det finns också några ungdomar som uttrycker en påtaglig vantrivsel och där utsagorna: ”trivseln, inte velat gå till skolan” eller: ”hatar skolan” är några exempel.

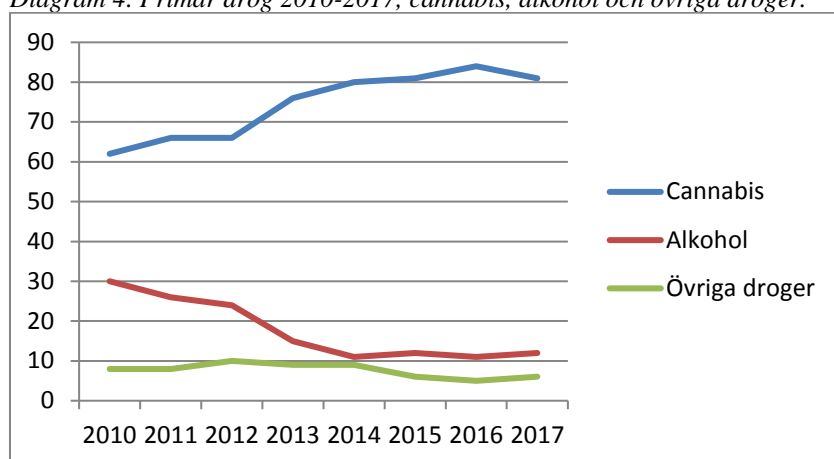
Det är 22 procent av uppgifterna om skolproblematik som kopplas till huvudkategorin *Mikrosystem*, vilket omfattar tre olika teman; *Skola, Jämnåriga eller Familj*. Mikrosystemet *Skola*, som omfattar 12 procent, inrymmer ofta relationsproblem eller bråk med lärare, vilket synliggörs i utsagor som: ”kom inte överens med lärare i grundskolan”. Skolproblemen relateras även till ungdomarnas upplevelse av undervisningen, vilket kommer till uttryck i utsagor som: ”dåliga lärare”, att: ”lärarna är otrevliga ibland” eller: ”läraren är inte bra och kan inte lära ut på ett bra sätt”. En ungdom säger att: ”dom hatar mig på grund av pappa”. Här återfinns också utsagor som rör skolans arbetsmiljö som exempelvis att det är: ”stökig miljö”, ”jobbigt i klassen, stökigt” eller att det är: ”obehagligt att gå till skolan”. Några ungdomar tar också upp den stress eller press de känner i skolan: ”stress vilket lätt till anpassad studieplan” eller: ”pressat schema föregående termin med en massa inlämningsuppgifter”. Några ungdomar uttrycker bristande stöd i skolan eller att de hade behövt mer hjälp i skolarbetet: ”inte fått tillräckligt med hjälp i skolan”.

När det gäller *Jämnåriga* (10 procent) handlar det företrädesvis om klasskamrater och i en stor del av utsagorna återfinns begreppen ”mobbing” eller ”mobbad”, som exempelvis: ”går inte i skolan, har hemundervisning på grund av mobbing”. Flera ungdomar känner sig utanför, är utfryssta eller upplever sig ensamma: ”är ganska ensam i klassen, ingen att vara med”. I några fall uppges bråk, konflikter och slagsmål, t.ex: ”bråk med klasskamrater i högstadiet” eller: ”har blivit misshandlad i skolan”. Det finns således utsagor som tyder på att skolproblem i relation till jämnåriga också kan handla om brister i skolmiljön.

Under mikrosystemet *Familj* (1 procent) grupperas ett mindre antal utsagor och här återfinns sådant som rör olika former av svårigheter i den unges familj som exempelvis föräldrars missbruksproblem, många flyttar och relationsproblem, som t.ex: ”familjeproblem som påverkade min koncentration i skolan”.

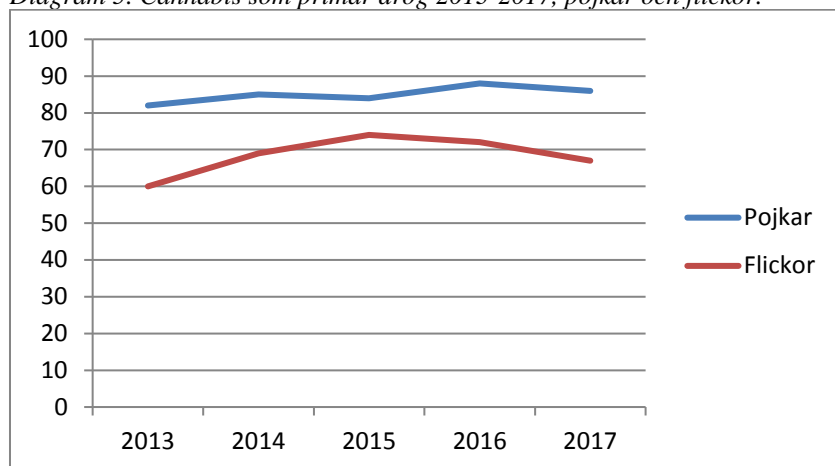
Av de ungdomar som vänder sig till Maria-mottagningarna uppger merparten cannabis som den drog som utgör störst problem för dem eller är anledningen till påbörjad vårdkontakt. I ett längre perspektiv har andelen ungdomar som anger cannabis som primär drog ökat under flera års tid, från 62 procent år 2010 till 81 procent år 2017, även om det skett en liten nedgång det senaste året (se diagram 4). På motsvarande sätt har andelen ungdomar som anger alkohol minskat, från 30 procent år 2010 till 12 procent år 2017. Det har även skett en viss minskning beträffande övriga preparat som primär drog (t.ex. opiater/smärtstillande medel, amfetamin och kokain), från 8 procent år 2010 till 6 procent år 2017.

Diagram 4. Primär drog 2010-2017, 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 (88 respektive 81 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 något under tidsperioden (se diagram 5). År 2017 uppger totalt 67 procent av flickorna och 86 procent av pojkarna cannabis som primär drog.

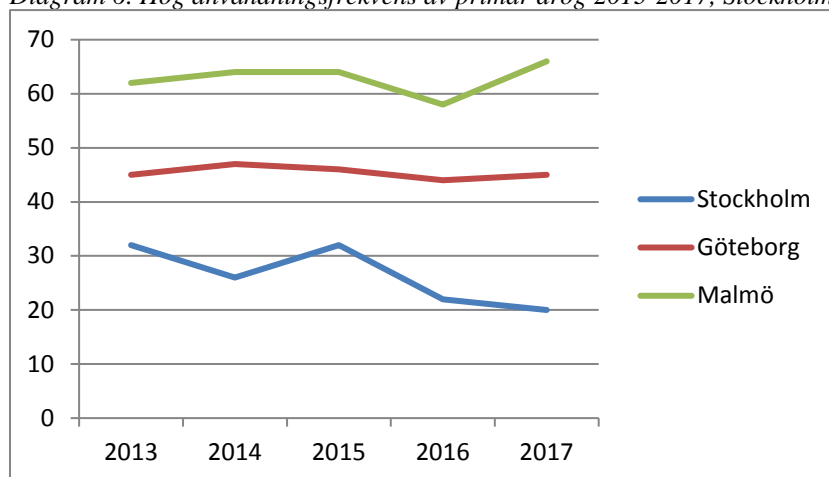
Diagram 5. Cannabis som primär drog 2013-2017, pojkar och flickor.



Andelen ungdomar totalt som de senaste tre månaderna har använt den primära drogen mer än 2-3 gånger i veckan har minskat något från 45 procent år 2015 till 39 procent år 2017, vilket kan förklaras med en nedåtgående trend i Stockholm. Här framträder, som framgår av nedanstående diagram (diagram 6), stora lokala skillnader. Ungdomarna vid Maria-mottagningen i Malmö (66 procent) har en mer omfattande användning av den primära drogen i jämförelse med ungdomar vid mottagningen i Göteborg (45 procent) och i Stockholm (20 procent). Det finns även stora skillnader mellan flickor och pojkar i respektive stad (se Tabellbilaga).

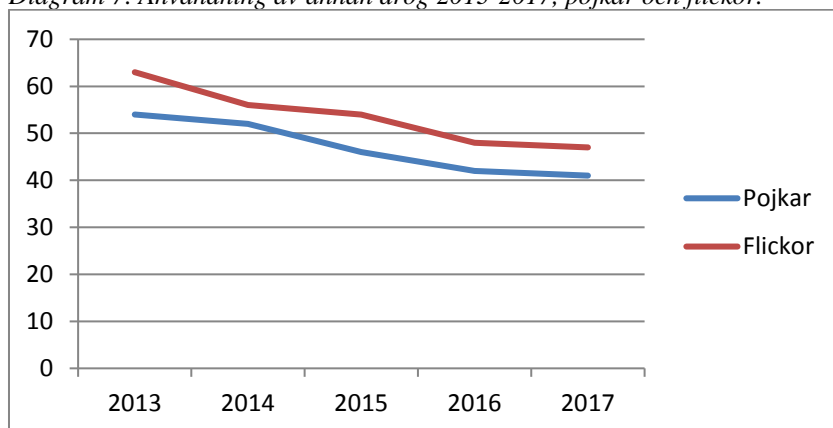
Den generella debutåldern för primär drog är som tidigare 15 år och är en uppgift som är stabil över tid. Det har förekommit en viss lokal variation under de aktuella åren, men några avgörande tendenser över tid framträder inte.

Diagram 6. Hög användningsfrekvens av primär drog 2013-2017, Stockholm, Göteborg och Malmö.



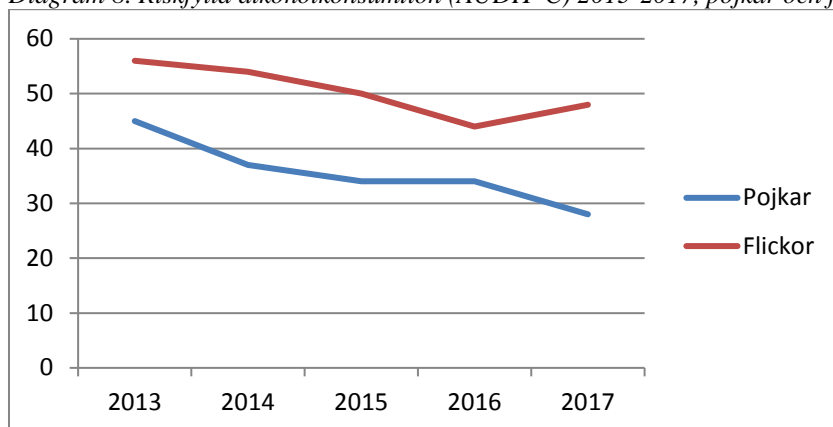
Totalt anger 43 procent av samtliga ungdomar att de använder andra droger vid sidan av den primära drogen. Användning av andra droger har totalt för städerna minskat från 56 procent år 2013 till 43 procent år 2017. Det finns en genomgående skillnad avseende kön, men den generella nedåtgående trenden är tydlig för både flickor och pojkar (se diagram 7). Det förekommer även tydliga lokala variationer där totalt 49 procent av ungdomarna i Malmö uppger användning av andra droger, jämfört med 42 procent i Göteborg och 39 procent i Stockholm (se Tabellbilaga).

Diagram 7. Användning av annan drog 2013-2017, pojkar och flickor.



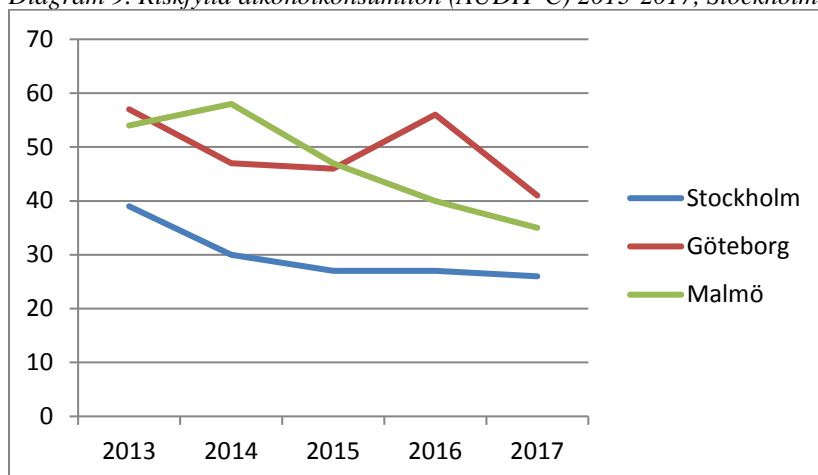
När det gäller ungdomarnas rapportering kring alkohol, kan en tydlig nedåtgående och positiv trend skönjas. Den riskfyllda alkoholkonsumtionen, enligt AUDIT-C, har totalt minskat från 48 procent år 2013 till 33 procent år 2017. I nedanstående diagram framgår att det finns påtagliga skillnader mellan flickor och pojkar avseende denna uppgift och för 2017 anger 48 procent av flickorna och 28 procent av pojkarna en riskfylld alkoholkonsumtion.

Diagram 8. Riskfylld alkoholkonsumtion (AUDIT-C) 2013-2017, pojkar och flickor.



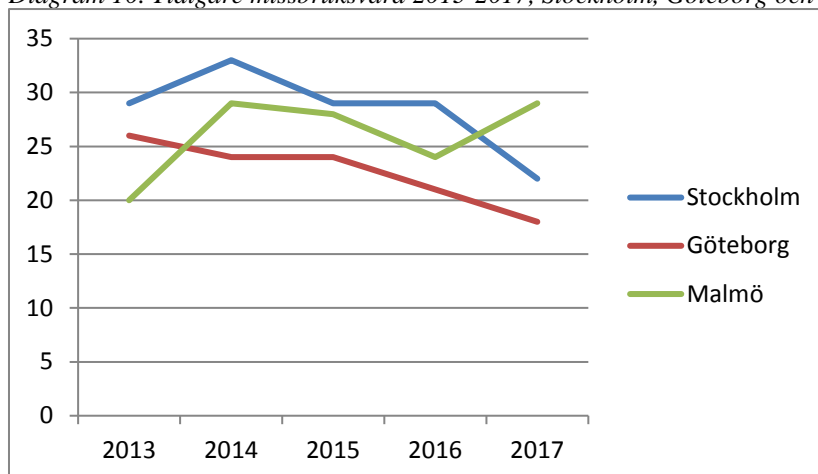
Det finns också en märkbar lokal variation mellan de tre städerna (se diagram 9). I Stockholm kvarstår andelen ungdomar som uppger riskfylld alkoholkonsumtion på en relativt låg nivå (26 procent), medan Göteborg och Malmö uppvisar totalt en betydande minskning från en hög nivå (från 56 till 41 % respektive från 40 till 35 %). Å andra sidan ökar andelen flickor med ett riskfyllt drickande påtagligt i både Stockholm och Malmö för 2017 (se tabellbilaga).

Diagram 9. Riskfylld alkoholkonsumtion (AUDIT-C) 2013-2017, Stockholm, Göteborg och Malmö.



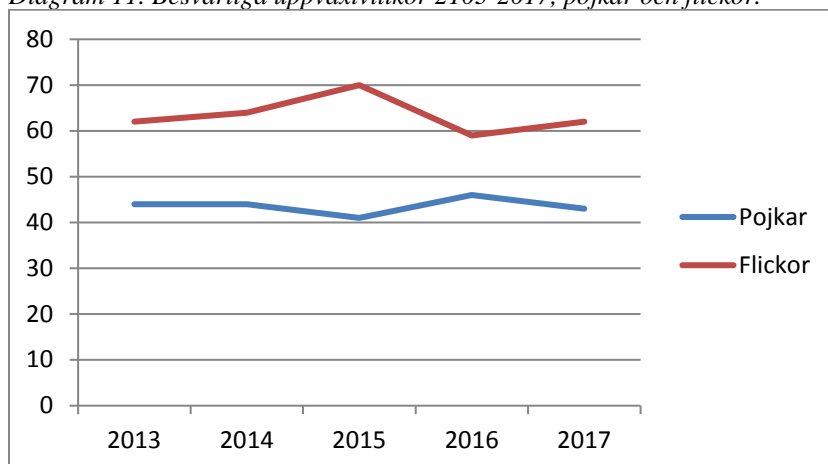
Det är viktigt att kartlägga hur stor del av ungdomarna som tidigare har varit föremål för någon form av missbruksvård för att åskådliggöra eventuella förändringar vad gäller nytillkomna ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem. För år 2017 är det totalt 22 procent som tidigare haft kontakt med vården för alkohol- eller narkotikaproblem, och även när det gäller denna uppgift finns det variationer mellan städerna (18-29 procent) samt en tydlig skillnad mellan flickor och pojkar (se Tabellbilaga).

Diagram 10. Tidigare missbruksvård 2013-2017, Stockholm, Göteborg och Malmö.



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 2017. I Malmö uppger dock totalt 60 procent av ungdomarna problematiska uppväxtvillkor, jämfört med 46 respektive 42 procent i Göteborg och Stockholm. Även här är könsskillnaderna påtagliga, vilket nedanstående diagram tydliggör. För år 2017 är flickornas andel 62 procent och pojkarnas 43 procent.

Diagram 11. Besvärliga uppväxtvillkor 2103-2017, pojkar och flickor.



En tydlig tendens kan iaktas beträffande andelen ungdomar som har dömts för brott mellan år 2013 och 2017, där en minskning från 34 till 25 procent har skett. Det har även skett en utjämning mellan städerna. Det förekommer dock betydande skillnader mellan könen, andelen pojkar som dömts för brott är 27 procent och andelen flickor är 17 procent (se diagram 12 och 13).

Diagram 12. Dömd för brott 2103-2017, Stockholm, Göteborg och Malmö.

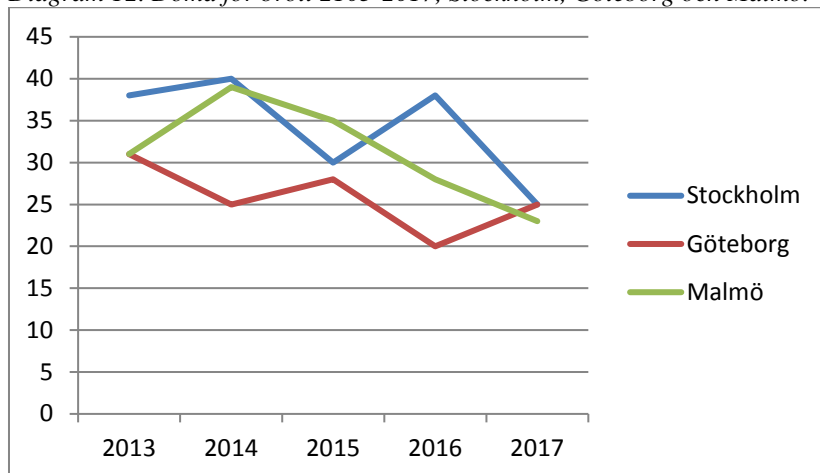
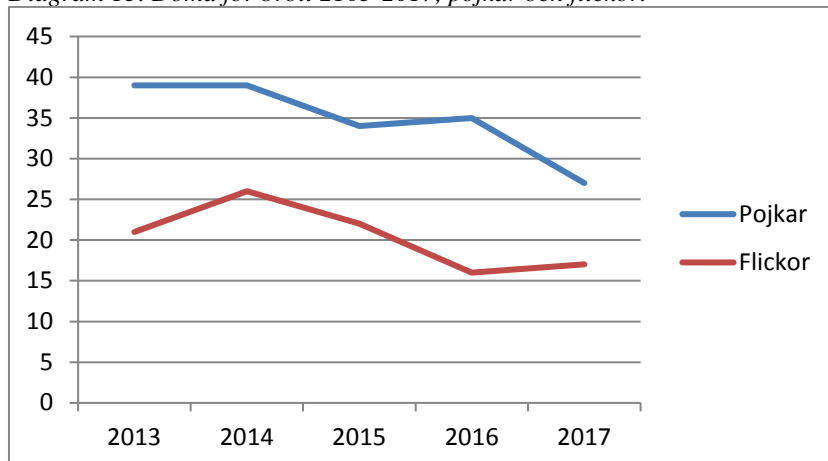
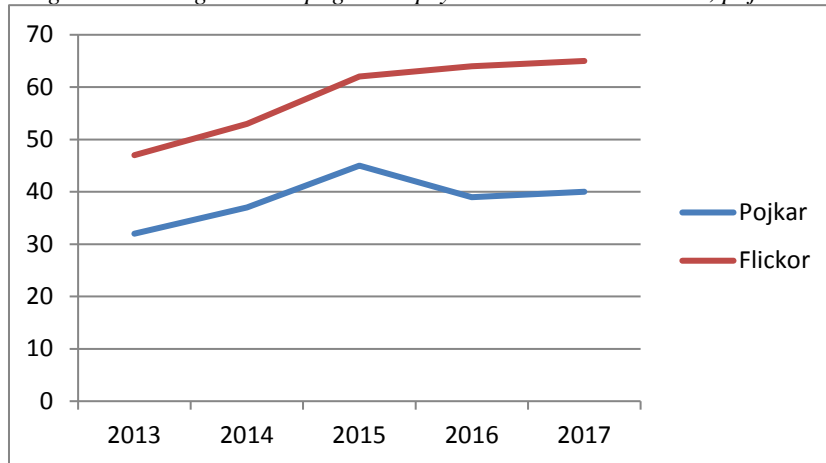


Diagram 13. Dömd för brott 2103-2017, pojkar och flickor.



När det gäller tidigare eller pågående kontakter med psykiatri ses stora förändringar mellan 2013 och 2017 och generellt har nu nästan hälften av ungdomarna totalt sådana erfarenheter. Det finns emellertid 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 2017 (se tabellbilaga). Det föreligger fortfarande påtagliga könsskillnader där flickornas och pojkarnas andel utgörs av 65 respektive 40 procent (se diagram 14).

Diagram 14. Tidigare eller pågående psykiatrisk vård 2013-2017, pojkar och flickor.



Diskussion och slutsatser

Föreliggande rapport är den femte i ordningen och ger en sammanfattande bild av de ungdomar som påbörjat behandling vid Maria-mottagningarnas öppenvård i Stockholm, Göteborg och Malmö år 2017 i relation till åren 2013-2016 med särskild tonvikt på de trender och tendenser som kan skönjas för den aktuella målgruppen och de skolproblem som ofta föreligger.

Generella tendenser och lokala variationer

En tydlig tendens i årets rapport är att det totala antalet s.k. basuppgifter har ökat från cirka 500 till drygt 600. Det kan antingen relateras till en faktisk ökning av antal ungdomar som kommer i kontakt med storstädernas Maria-mottagningar, eller att rutiner kring verksamheternas dokumentation har förbättrats. Antal ungdomar som påbörjar en behandlingskontakt har också ökat 2017. Sammantaget innebär det att mottagningarna under år 2017 totalt har haft kontakt med ungefär 1300 ungdomar, varav cirka hälften har påbörjat en behandlingskontakt. I den fortsatta redogörelsen sammanfattas och diskuteras trender och variation kring den sistnämnda gruppens droganvändning och psykosociala situation.

Uppgifterna beträffande könsfördelning och medelålder har totalt sett uppvisat en hög grad av stabilitet under de fem årens rapporteringar. 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 vissa variationer mellan år och mellan städer.

De lokala skillnader som ses beträffande andel ungdomar som kommer i kontakt med Maria-mottagningarna på eget, föräldrars eller vänners initiativ totalt kan troligen kopplas till olikheter i verksamheternas inriktning och de målgrupper som de olika städerna vänder sig till.

Totalt saknar cirka var tionde ungdom helt någon form av sysselsättning de senaste tre månaderna. Jämfört med åren 2014 och 2015 har en något större andel ungdomar 2017 en pågående sysselsättning. Möjligen kan en generellt minskad ungdomsarbetslöshet relateras till denna förändring. Det förekommer en viss lokal variation, där något fler ungdomar i Malmö och Göteborg varken studerar, praktiserar eller arbetar i jämförelse med Stockholm.

Av de ungdomar som vänder sig till Maria-mottagningarna uppger merparten (81 procent) cannabis som den drog som utgör störst problem för dem eller är anledningen till en påbörjad vårdkontakt. Andelen ungdomar totalt som anger cannabis som primär drog har dock minskat något det senaste året efter en kontinuerlig uppgång under flera års tid. Det har även skett en viss minskning av övriga droger (t.ex. opiater/smärtstillande medel, amfetamin och kokain), medan alkohol som primär drog har ökat något. Det förekommer dock lokala skillnader när det gäller primär drog och i Stockholm och Malmö är andelen ungdomar som använder cannabis större än i Göteborg där de uppger en högre andel alkohol. Andel ungdomar som anger övriga droger som primär drog är avsevärt lägre i Stockholm. Det föreligger i likhet med tidigare år betydande könsskillnader avseende primär drog.

Andelen ungdomar som de senaste tre månaderna har använt den primära drogen mer än 2-3 gånger i veckan kvarstår på en relativt stabil nivå för samtliga städer. Även här framkommer dock stora lokala skillnader. Ungdomarna vid Maria-mottagningen i Malmö har en avsevärt högre användning av den primära drogen än både Göteborg och Stockholm. Det finns också vissa lokala könsskillnader. Den genomsnittliga debutåldern för primär drog är 15 år, en uppgift som har varit tämligen stabil över tid.

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 över den aktuella tidsperioden. Könsskillnaderna är dock påtagliga genom att flickor generellt använder andra

substanser i högre grad utöver den primära drogen. Som annan drog uppges i de flesta fall alkohol eller cannabis, medan övriga narkotiska preparat förekommer i mindre utsträckning. Samtliga städer uppger dock en oro och indikationer på att allt fler ungdomar prövar och använder Tramadol (ett opioidläkemedel) i högre grad.

Den riskfyllda alkoholkonsumtionen, enligt AUDIT-C, fortsätter att minska. Det kan hänga samman med en allmän trend där ungdomar i allt mindre utsträckning dricker alkohol (CAN 2017). Det finns emellertid en variation mellan städerna och mottagningen i Göteborg har en fortsatt hög andel ungdomar med en problematisk användning av alkohol. Genomgående ses tydliga skillnader mellan könen där flickor i högre utsträckning har ett riskfyllt drickande.

En ytterligare nedåtgående trend är att andelen ungdomar som tidigare haft kontakt med missbruksvård totalt sett fortsätter att minska, och även när det gäller denna uppgift finns det skillnader mellan städer och kön.

Generellt har något mindre än 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 hög och relativt stabil under tidsperioden, och flickor uppger i betydligt högre grad förekomst av problem i uppväxtmiljön än pojkar.

Andelen ungdomar som har begått och dömts för brott fortsätter att minska, totalt har en fjärdedel av ungdomarna blivit dömda. Även här förekommer det uppenbara könsskillnader. 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 2017 och generellt har nu nästan hälften av ungdomarna sådana erfarenheter. Möjligen kan konstruktionen av denna indikator bidra till en viss överskattning. 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 något lägre. Det föreligger även påtagliga könsskillnader genom att flickor i avsevärt högre grad har dessa erfarenheter.

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 2017 når delvis olika målgrupper (se även Almazidou m.fl. 2014). 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 använder alkohol och andra preparat i mindre omfattning än ungdomar i Malmö och Göteborg. Omvänt framgår det att ungdomarna i Malmö i högre grad har övriga droger (t.ex. opiater/smärtstillande medel, amfetamin och kokain) som primär drog, har en högre användningsfrekvens av primär drog, använder andra preparat vid sidan av huvuddrogen och har i större utsträckning tidigare vårdats inom missbruksvård.

Det framkommer även uppenbara skillnader mellan flickor och pojkar avseende ett flertal av de indikatorer som ingår i den aktuella rapporteringen. Det är en generell tendens att de flickor som påbörjar kontakt med de tre städernas mottagningar är mer belastade än pojkarna när det gäller följande indikatorer: saknar sysselsättning, skolproblem, primär drog (en mer omfattande användning av alkohol och övriga droger), hög användningsfrekvens av primär

drog, användning av andra droger jämte den primära drogen, riskfylld alkoholkonsumtion, tidigare missbruksvård, problem i uppväxtmiljön och en mycket mer omfattande psykiatrisk vårdkontakt.

Då flickor har mer komplexa vårdbehov än pojkar kan de även ha behov av multidimensionella och mer omfattande behandlingsinsatser som kan löpa över en längre tid (Anderberg & Dahlberg 2018; Kloos et al. 2009; Stevens et al. 2003). Det är särskilt viktigt att beakta de svåra uppväxtförhållanden och självrapporterade allvarliga psykiska bekymmer som många av ungdomarna bär på. Behandlingen bör således ske i nära samverkan mellan socialtjänst och landsting/psykiatri och omfatta såväl missbruksproblem som psykisk problematik. Tidigare traumatiska upplevelser behöver också beaktas och hanteras i behandling, särskilt för flickor som i större utsträckning har sådana erfarenheter (Anderberg & Dahlberg 2016; Kloos et al. 2009; Toray et al. 1991; Torchalla et al. 2012).

Skolproblematik

I årets kartläggning uppger nästan två tredjedelar av de intervjuade ungdomarna att de har eller har haft olika typer av svårigheter som har påverkat deras närvaro, trivsel och resultat i skolan. Att en stor andel ungdomar med missbruksproblem har olika former av bekymmer i skolan är belagt i en mängd andra studier (se t.ex. Bryant m.fl. 2003; Fletcher m.fl. 2008; Gauffin m.fl. 2013; 2015). Många ungdomar anger även flera olika typer av skolproblem, exempelvis både mobbning och skolfrånvaro.

Ungdomarna knyter sina skolproblem i hög grad till individuella egenskaper och personliga tillkortakommanden, 44 procent av utsagorna återfinns under huvudkategorin *Individ*. Det handlar om att de har svårigheter att koncentrera sig, att olika besvär hänförs till den psykiska hälsan, till olika former av inlärningssvårigheter samt till sina alkohol- och narkotikaproblem.

Analysen visar dock att skolproblem inte enbart kan begränsas till individuella faktorer. Med stöd av Bronfenbrenners modell har även tre olika *Mikrosystem* identifierats med koppling till de svar ungdomarna ger om sina skolproblem. Skolan utgör ett sådant system, de jämnåriga ett andra och familjen ett tredje. Under denna huvudkategori innefattas 22 procent av utsagorna. Problem relaterade till skolan handlar t.ex. om skolans bristande arbetsmiljö och dåliga relationer till lärare. Många ungdomar uppger också flera problem i umgänget med jämnåriga, det kan avse mobbning eller att de känner sig utanför. Med koppling till familj tas t.ex. föräldrars missbruk upp.

Huvudkategorin *Faktorer mellan individ och mikrosystemet skola* omfattar 33 procent av utsagorna. Dessa aspekter inbegriper såväl individuella faktorer som skolan och samspelet mellan dessa. Det handlar om skolfrånvaro, motivationsproblem och otrivsel med skolan. Som framgår av resultaten omfattar dessa svar dels förmågor hos ungdomarna, dels olika former av begränsningar med direkt eller indirekt koppling till skolan.

Socialpedagogiska implikationer

Merparten av Maria-mottagningarnas ungdomar är fortfarande inskrivna i skolan och de flesta av de skolproblem som uppges i analysen är påverkbara och därmed möjliga att åtgärda, t.ex. skolfrånvaro, motivationsproblem, otrivsel, negativa relationer till jämnåriga, skolans arbetsmiljö och negativa relationer till lärare. Den specifika analys som genomfördes indikerar även vilken typ av kombinerat stöd som behöver ges. För att komma tillrätta med koncentrationssvårigheter och inlärningsproblem kan lärare och specialpedagoger anpassa undervisningen genom att tillämpa olika pedagogiska strategier och metoder i undervisningen. Vissa elever kan behöva en tydligare struktur i undervisningen samt alternativa hjälpmedel eller anpassade läromedel som kan användas. Extra insatser i form av inlärningsstöd och läxhjälp kan också vara viktiga delar för dessa ungdomar (Hjern m.fl. 2014).

Främjande av skolengagemang utifrån ett inkluderande perspektiv och deltagande i extraundervisning som syftar till förbättrade skolprestationer kan utgöra skyddsfaktorer mot

framtida psykosociala problem som exempelvis alkohol- och narkotikaanvändning (Bremberg 2008; Fletcher m.fl. 2008; Socialstyrelsen 2010; Wilson m.fl. 2001). En ytterligare förebyggande faktor är ett ”gott skolklimat”, d.v.s. bra skolledning, utvecklad elevhälsa, insatser mot mobbning, konstruktiv dialog mellan lärare och elever, som har visat sig ha starka samband med ökat välbefinnande och mindre förekomst av problembeteende hos elever (Newton m.fl. 2010; Sørli & Ogden 2007).

Det är också viktigt att tidigt identifiera elever som har begynnande alkohol- och narkotikaproblem eller som riskerar att hoppa av skolan i förtid p.g.a. låg närvaro och låga skolresultat (DuPont m.fl. 2013), och tidigt införa proaktiva insatser för att stärka dessa elevers anknytning till skolan och engagemang för skolarbetet (Bergen m.fl. 2005; Cleveland m.fl. 2008). Istället för att stänga av dessa elever kan en alternativ strategi vara att skolan samverkar med öppenvården och finner konstruktiva individuella lösningar. Studier visar på tydliga samband mellan elevers skolframgång och en minskad alkohol- eller narkotikaanvändning (Bond m.fl. 2007; Bryant m.fl. 2003; Carter m.fl. 2007; Cleveland m.fl. 2008; Merline m.fl. 2008; Schulenberg m.fl. 2005).

Men det är även av stor betydelse att behandlare inom öppenvården uppmärksammar och hanterar skolproblem när ungdomarna berättar om dessa. Det kan exempelvis innebära att en tätare kontakt och samverkan mellan behandlare och den aktuella skolan kan upprättas. Behandling av missbruksproblem har, utöver en minskad alkohol- och narkotikaanvändning, även visat sig ha en indirekt positiv påverkan på ungdomars skolgång (Engberg & Morral 2006).

Det kan även vara av betydelse att betrakta ungdomarnas skolproblem i ljuset av de samhällsförändringar som skett under de senaste decennierna och som har inneburit en ökad ojämlikhet i den svenska skolan där särskilt de barn och ungdomar med sämst förutsättningar har påverkats negativt. Det särskilda stöd som ska ges till elever som har särskilda behov kommer ofta alltför sent, trots att det tidigt har identifierats (SOU 2017). Ett starkt fokus på resultat, prov och betyg har sannolikt också missgynnat de elever som befinner sig i socialt utsatta situationer (Klapp 2015).

Skolproblem och ojämlika levnadsförhållande är intimt relaterade och att förebygga misslyckande i skolan innebär inte bara en förstärkning av barns och ungdomars individuella kompetenser och minskade missbruksproblem, utan även minskade sociala och samhällsekonomiska kostnader (OECD 2010; Socialstyrelsen 2010). Möjligheterna till att vara delaktig i samhället, få arbete och gemenskap ökar väsentligt med genomförda gymnasie studier (Engdahl & Forslund 2016).

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.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2014). Ungdomar med missbruksproblem: en deskriptiv studie av Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 91(4), 348-359.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2016). Experiences of victimization among adolescents with substance abuse disorders in Sweden. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 4(3), 123-131.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2018). Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(1), 24-38.
- Bergen, H. A., Martin, G., Roeger, L., & Allison, S. (2005). Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: Longitudinal relationships in young community adolescents. *Addictive behaviors*, 30(8), 1563-1573.
- Björkenstam, C., Ringbäck Weitoft, G. Hjern, A., Nordström, P., Hallqvist, J. & Ljung, R. (2011). School grades, parental education and suicide – a national register-based cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(11), pp. 993-998.
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., & Patton, G. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4), 9-18.
- Bremberg, S. (2008). Narkotikaförebyggande insatser i skolan. I (red) Andréasson, S. *Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Bryant, A.L., Schulenberg, J.E., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Johnston, L.D. (2003). How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6-Year, Multiwave National Longitudinal Study. *Journal of Research on Adolescence*, 13(3), 361-397.
- Brå (2016). *Narkotikabrott*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (Brå).
- Bäckman, O., Estrada, F., Nilsson, A. & Shannon, D. (2014). The Life Course of Young Male and Female Offenders: Stability or Change Between Different Birth Cohorts? *British Journal of Criminology*, 54(3), pp. 393-410.
- CAN (2017). *Skolelevers drogvanor 2017*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B. & Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30(1), 51-62.
- Christle, C. A., Jolivette, K., & Nelson, C. M. (2005). Breaking the school to prison pipeline: Identifying school risk and protective factors for youth delinquency. *Exceptionality*, 13(2), 69-88.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E. & Greenberg, M.T. (2008). The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use Across Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 157-164.
- Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2017). *UngDOK. Manual för intervjuformulären 2017*. Växjö: IKM, Linnéuniversitetet.
- 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.
- DuPont, R.L., Caldeira, K.M., DuPont, H.S., Vincent, K.B., Shea, C.L. & Arria, A.M. (2013). *America's Dropout Crisis: The Unrecognized Connection To Adolescent Substance Use*. Rockville, MD: Institute for Behavior and Health.
- Engberg, J. & Morral, A.R. (2006). Reducing substance use improves adolescent's school attendance. *Addiction*, 101(12), 1741-1751.
- Engdahl, M. & Forslund, A. (2016). *En förlorad generation? Om ungas etablering på arbetsmarknaden*. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Fletcher, A., Bonell, C., & Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, 42(3), 209-220.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M. & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, 108(8), 1441-1449.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B. & Hjern, A. (2015). School performance and alcohol-related disorders in early adulthood: a Swedish national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, Mar 22.
- Harrington Godley, S. (2006). Substance use, academic performance and the village school. *Addiction*, 101(12), 1685-1688.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hill, K.G., White, H.R., Chung, I-J., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (2000). Early Adult Outcomes of Adolescent Binge Drinking: Person-, and Variable-Centered Analyses of Binge Drinking Trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(6), 892-901.

- Hjern, A., Arat, A. & Vinnerljung, B. (2014). *Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder?* Rapport 4 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Stockholm: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka).
- King, K.M., Meehan, B.T., Trim, R.S. & Chassin, L. (2006). Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment. *Addiction*, 101(12), 1730-1740.
- Klapp, A. (2015). Does grading affect educational attainment? A longitudinal study. *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*.
- Kloos, A., Weller, R.A., Chan, R. & Weller, E.B. (2009). Gender Differences in Adolescent Substance Abuse. *Current Psychiatry Reports*, 11(2), 120-126.
- Latimer, W.W., Newcomb, M., Winters, K.C. & Stinchfield, R.D. (2000). Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome: The Role of Substance Abuse Problem Severity, Psychosocial, and Treatment Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 684-696.
- Lynskey, M & Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*, 95(11), 1621-1630.
- Merline, A., Jager, J. & Schulenberg, J.E. (2008). Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*, 109(suppl.), 84-99.
- Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L.E. & Andrews, G. (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction*, 105(4), 749-759.
- OECD (2010). *Overcoming school failure: Policies that work*. Paris: OECD (The Organization for Economic Cooperation and Development).
- 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.
- Richman, J.M. & Bowen, G.L. (1997). School-failure: An Ecological-Interactional-Development Perspective. I Fraser, MW. (red). *Risk and Resilience in Childhood. An Ecological Perspective*. Washington: National Association of Social Workers (NASW).
- Schulenberg, J.E., Merline, A.C., Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Laetz, V.B. (2005). Trajectories of Marijuana Use During the Transition to Adulthood: The Big Picture Based on National Panel Data. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 255-279.
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2017). *Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet. Slutbetänkande av 2015 års skolkommision*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- 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.
- 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.
- Sørli, M-A. & Ogden, T. (2007). Immediate outcomes of PALS. A school-wide multi-level program targeting behavior problems in elementary schools. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 51(5), 471-492.
- Toray, T., Coughlin, C., Vuchinich, S. & Patricelli, P. (1991). Gender Differences Associated with Adolescent Substance Abuse: Comparisons and Implications for Treatment. *Family Relations*, 40(3), 338-344.
- 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*, 42(1), 65-77.
- Vinnerljung, B. & Andreassen, T. (2015). *Barn och unga i samhällets vård. Forskning om den sociala dygnsvården*. Stockholm: Forte.
- Wilson, D.B., Gottfredson, D.C. & Najaka, S.S. (2001). School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17(3), pp. 247-272.

Tabellbilaga

Tabell 1. Basuppgifter för de tre städerna år 2017.

	Stockholm N = 271	Göteborg N = 261	Malmö N = 173
Andel flickor/pojkar (%)	21/79	29/71	22/78
Medianålder (år)	16	18	18
Aktuell drog (%)			
Cannabis	81	71	82
Alkohol	11	17	5
Övriga droger	8	12	13

Tabell 2. Könsfördelning i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	26	74	28	72	20	80	26	74

Tabell 3. Medianålder i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	16	17	17	17

Tabell 4. Medianålder för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	16	16	17	17	18	17	17	17

Tabell 5. Behandlingskontakt i de tre städerna, 2013-2017.

Behandlingskontakt via eget/nätverkets initiativ				
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt
2013	52	54	52	53
2014	34	51	60	45
2015	27	54	57	44
2016	23	53	56	41
2017	30	50	62	44

Tabell 6. Behandlingskontakt för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	25	32	52	49	63	62	42	45

Tabell 7. Saknar sysselsättning i de tre städerna, 2013-2017.

Saknar sysselsättning				
	Stockholm	Göteborg	Malmö	Totalt
2013	7	15	14	11
2014	10	12	22	14
2015	9	19	24	16
2016	9	10	17	11
2017	8	12	14	11

Tabell 8. Saknar sysselsättning för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	14	7	14	11	14	14	14	10

Tabell 9. Problem i skolan i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	64	64	65	64

Tabell 10. Problem i skolan för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	78	59	67	63	87	59	76	60

Tabell 11. Primär drog i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017		88		73		81		81
Alkohol								
2013		16		15		12		15
2014		10		16		8		11
2015		10		15		11		12
2016		10		14		7		11
2017		10		18		8		12
Övriga droger								
2013		3		12		16		9
2014		3		11		14		9
2015		2		6		14		6
2016		3		11		6		5
2017		1		9		11		6

Tabell 12. Primär drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	75	93	56	80	70	84	67	86
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
2017	23	5	29	14	17	6	24	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
2017	1	1	16	6	13	10	9	5

Tabell 13. Hög användningsfrekvens av primär drog i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017		20		45	66	39

Tabell 14. Hög användningsfrekvens av primär drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	32	15	42	46	71	64	43	37

Tabell 15. Debutålder för primär drog i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017		15		15	15	15

Tabell 16. Debutålder för primär drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	15	15	15	15	14	15	15	15

Tabell 17. Användning av annan drog i de tre städerna, 2013-2017.

Användning av annan drog					
	Stockholm		Göteborg		Totalt
	Fl	Po	Fl	Po	
2013		56		50	65
2014		57		48	52
2015		52		46	44
2016		37		45	52
2017		39		42	49

Tabell 18. Användning av annan drog för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	50	36	46	41	43	51	47	41

Tabell 19. Riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C i de tre städerna, 2013-2017.

Riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C					
	Stockholm		Göteborg		Totalt
	Fl	Po	Fl	Po	
2013		39		57	54
2014		30		47	58
2015		27		46	47
2016		27		56	40
2017		26		41	35

Tabell 20. Riskfylld alkoholkonsumtion enligt AUDIT-C för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	43	19	52	36	54	31	48	28

Tabell 21. Tidigare missbruksvård i de tre städerna, 2013-2017.

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	
2017	22		18		29	22	

Tabell 22. Tidigare missbruksvård för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	25	21	21	17	47	24	27	20

Tabell 23. Besvärliga uppväxtvillkor i de tre städerna, 2013-2017.

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	
2017	42		46		60	48	

Tabell 24. Besvärliga uppväxtvillkor för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	59	36	62	40	70	58	62	43

Tabell 25. Dömd för brott i de tre städerna, 2013-2017.

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	
2017	25		25		23	25	

Tabell 26. Dömd för brott för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	11	30	23	26	18	24	17	27

Tabell 27. Psykiatrisk vård i de tre städerna, 2013-2017.

Psykiatrisk vård					
	Stockholm		Göteborg		Totalt
	Fl	Po	Fl	Po	
2013		34		32	66
2014		44		32	76
2015		54		38	92
2016		47		38	85
2017		53		38	91

Tabell 28. Psykiatrisk vård för flickor och pojkar i de tre städerna, 2013-2017.

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
2017	76	45	52	32	67	44	65	40

I denna rapport beskrivs livsvillkoren för de ungdomar som påbörjade behandling vid Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö under år 2017 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, 2015 och 2016 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.

