

# TIDIG UPPTÄCKT AV RISKBRUK OCH RISKBETEENDE

**Ett projekt inom Västerorts ungdomsmottagning  
riktat till unga vuxna**



**BROMMA- OCH HÄSSELBY-VÄLLINGBY  
STADSDELSFÖRVALTNINGAR**



# FÖRORD

Vi vill tacka alla som på olika sätt bidragit till projektet med engagemang, tid, intresse och kunskaper och på så sätt varit ett stöd för oss projektledare.

Tack till:

**Alla ungdomar** som tagit sig tid att fylla i våra enkäter och delta i intervjuer.

**Länsstyrelsen** som genom medel gjorde det möjligt att få pröva projektiden i praktiken.

**Carina Cannertoft** och **Anders Eriksson** på Preventionscentrum som bistått med den gemensamma processutvärderingen.

**Personal** och **chefer** på ungdomsmottagningen som trots knappa resurser har arbetat för att implementera metoderna i den ordinarie verksamheten.

**Projektanställda Victoria Larsson** som bearbetat och färdigställt allt material, **Eva Remnebratt** som förde pinnstatistiken och **Ingrid Siegel** som gjort och sammanställt intervjuerna.

**Niklas Roth** som gjorde statistikbearbetningen.

**Håkan Leifman, Håkan Källmén, Ylva Nork** på Stockholm förebygger alkohol och droger (STAD) för deras stöd och hjälp med statistik samt möjligheten att sprida delar av våra erfarenheter till länets ungdomsmottagningar.

**Eva-Britt Lönnback** och **Knut Sundell** som då arbetade på FoU-enheten och hjälpte oss med planeringen av den gemensamma processutvärderingen.

**Barbro Holm-Ivarsson** och **Kerstin Hjalmarsson** som stod för utbildningarna.

**Personalen** på Ungdomshälsan i Umeå för att de tog emot oss för ett studiebesök.

**Susanne Danielsson** och **Maria Jordy** projektansvariga på ungdomsmottagningen i Helsingborg som besökte oss och delade med sig av sina erfarenheter samt sin slutrapport.

**Alla kringaktörer** som har deltagit i våra samverkansmöten och som bidragit med erfarenheter och presentationer av sina verksamheter.

Mycket har hänt under de två år som projektet pågått och det har varit en spännande resa med många överraskningar längst vägen. En tidigare rapport med titeln: *”Det blev inte som vi tänkt oss, men det blev bra ändå”* där även detta projekt ingick, speglar mer än väl vår upplevelse och erfarenhet av projektarbetet.

Stockholm, oktober 2009

Projektansvarig

**Ann-Katrin Sundman**

Enhetschef Öppenvårdsenheten

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning

Projektansvarig

**Rickard Loblom**

Enhetschef Fritidsenheten

Bromma stadsdelsförvaltning

Rapportens huvudförfattare

**Kajsa Björnson**

Projektledare

Bromma stadsdelsförvaltning

**Ulf Haag**

Projektledare

Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning

# 1. INLEDNING

År 2005 bildade några av stadens preventionssamordnare tillsammans med personal från Preventionscentrum i Stockholms stad en arbetsgrupp på temat ”Hur kan man på stadsdelsnivå arbeta alkohol- och drogförebyggande med unga vuxna 18-25 år”. Arbetsgruppen enades om att ungdomsmottagningen är en lokal verksamhet som möter denna målgrupp och därför skulle kunna utgöra en lämplig arena för alkohol- och drogförebyggande arbete.

Länsstyrelsen i Stockholms län utlyste i januari 2006 medel för förebyggande arbete. Enligt regeringens riktlinjer skulle förebyggande insatser riktade till just unga vuxna prioriteras. Kravet för att söka dessa medel var att kommunen/stadsdelen hade en preventionssamordnare.

Bromma jämte Hässelby/Vällingby stadsdelsnämnd sökte gemensamt utvecklingsmedel till ett tvåårigt förebyggande projekt inom ramen för ungdomsmottagningarna i Västerort - ”*Tidig upptäckt av riskbruk och riskbeteende bland gymnasieungdomar och unga vuxna*”. Huvudmän för Västerorts ungdomsmottagning är Stockholms läns landsting och Bromma- och Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltningar. Medel för projektet beviljades i juni 2006. Till projektansvariga utsågs sektionschefen (numera enhetschef) för fritidsenheten i Bromma samt enhetschefen för öppenvårdssektionen i Hässelby-Vällingby. Till projektledare samt kontaktpersoner till länsstyrelsen utsågs preventionssamordnarna i respektive stadsdel.

Syftet med projektet var att genom ungdomsmottagningen nå gruppen unga vuxna i det lokalt förebyggande arbetet. Denna åldersgrupp är av erfarenhet svår att nå ut till då det inte finns några naturliga lokala arenor att möta denna målgrupp. Vidare har syftet varit att pröva screeningmetoden AUDIT samt metoden motiverande samtal som framgångsrikt används inom primärvården vad gäller vuxna med hög alkoholkonsumtion. Ytterligare en avsikt med projektet var att genom enkäter kartlägga riskbruk, riskbeteenden samt psykisk ohälsa hos ungdomsmottagningens hela besöksgrupp.

Denna rapport inleds med en sammanfattning, därefter görs en beskrivning av den forskning som ligger till grund för projektidén. Vidare följer ett teori- och materialavsnitt, redovisning av projektets genomförande samt en resultatdel. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion där projektledarna och de projektanställda reflekterar över erfarenheter samt delger sina slutsatser.

Stadsdelsförvaltningarna Östermalm och Katarina-Sofia<sup>1</sup> beviljades under samma period medel för varsitt ettårigt projekt riktat till målgruppen unga vuxna. Även i dessa stadsdelar utsågs preventionssamordnaren till att vara projektledare. År 2007 genomförde Preventionscentrum Stockholm, på uppdrag av länsstyrelsen, en gemensam processutvärdering av alla tre projekten vilken redovisades hösten 2008 i länsstyrelserapporten ”*Det blev inte som vi tänkt oss, men det blev bra ändå*”.

---

<sup>1</sup> År 2007 slogs Katarina-Sofia och Maria-Gamla stan ihop till ett stadsdelsområde; Södermalm.

## 2. SAMMANFATTNING

Unga vuxna mellan 18 och 25 år är den grupp som har högst konsumtion och mest frekvent intensivkonsumtion av alkohol. Forskning visar att man med ganska små medel kan, utifrån strukturerade metoder, förändra dryckesvanor och förebygga alkoholrelaterade problem och missbruk hos vuxna. Ett mål med projektet har varit att, genom alkoholscreeninginstrumentet AUDIT kombinerat med livsstilsfrågor, hitta ungdomar mellan 18 och 23 år med hög alkoholkonsumtion, narkotikabruk och/eller psykisk ohälsa. Ett annat mål var att personalen skulle använda sig av metoden motiverande samtal i mötet med ungdomar som visar sig ha en riskkonsumtion. Tanken var att barnmorskorna skulle sammanställa AUDIT-poängen samt motivera riskkonsumenterna till ett samtal med kurator.

- Majoriteten av besökarna (54 %) kommer från Hässelby-Vällingby besökarna från Bromma utgör (26 %) och övriga kommer från annat område.
- Andelen besökare som uppger att de inte dricker alkohol är mycket låg i jämförelse med normalpopulationen i Stockholmsenkäten (se diagram 4)
- Hälften av pojkarna (47 %) och två tredjedelar av flickorna (64 %) som besökte ungdomsmottagningen hade en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion.
- Enligt AUDIT C som utgörs av de tre första frågorna (konsumtionsfrågorna) har tre fjärdedelar (ca 75 %) av både pojkar och flickor en riskkonsumtion. Dessutom har en betydligt större andel av ungdomsmottagningens besökare en riskkonsumtion i jämförelse med normalpopulationen.<sup>2</sup>
- Flickor med riskbruk av alkohol skattade både sin fysiska och sin psykiska hälsa som sämre än de utan ett riskbruk, bland pojkarna var skillnaden marginell.
- Färre ungdomar med riskbruk uppgav att de alltid använder preventivmedel, pojkar (29 %) mot övriga (39 %), flickor (61 %) mot övriga (70 %).
- Drygt hälften av pojkarna uppgav att de rökte och/eller snusade dagligen eller ibland (55 %), motsvarande andel flickor var två av fem (40 %). Bland ungdomarna med riskkonsumtion var andelen betydligt högre, pojkar 66 % respektive flickor 56 %. Bland ungdomar i år 9 var det dubbelt så många av besökarna på ungdomsmottagningen som uppgav att de röker dagligen eller ibland i jämförelse med normalpopulationen.<sup>3</sup>
- Drygt en av fyra pojkar uppgav att de testat droger de senaste tolv månaderna (26 %), bland flickorna var motsvarande andel en av åtta (12 %). Bland ungdomarna med riskkonsumtion var andelen betydligt högre, pojkar 35 % respektive flickor 18 %.
- En tredjedel av pojkarna uppgav att de begått brott det senaste tolv månaderna (30 %), motsvarande andel flickor var en av fem (21 %). Bland ungdomar med riskkonsumtion var andelen betydligt högre två av fem pojkar (42 %) och en av fyra flickor (27 %).

Statistiken visar att de ungdomar som besöker ungdomsmottagningen, framför allt de yngre, är en selekterad grupp med fler och allvarligare riskbeteenden än ungdomar ur normalpopulationen. Det vi med säkerhet kan säga utifrån vår- och andra studier är att personalen vid ungdomsmottagningarna möter dagligen ungdomar med riskabel alkoholkonsumtion och/eller erfarenhet av narkotika. Även om inte alla av dessa kommer att utveckla ett missbruk/beroende så finns det stora risker förknippade med hög alkoholkonsumtion såsom våld och oskyddat sex. Detta borde vara anledning till att på ett strukturerat sätt arbeta med alkoholfrågan på ungdomsmottagningarna.

<sup>2</sup> Källmén et.al., *Alcohol habits in Sweden during 1997-2005 measure with the AUDIT*, (2007)

<sup>3</sup> Stockholmsenkäten (2008)

# INNEHÅLL

<b>1. INLEDNING</b>	<b>3</b>
<b>2. SAMMANFATTNING</b>	<b>4</b>
<b>3. BAKGRUND</b>	<b>6</b>
3.1 BAKGRUNDSFAKTA	6
<b>4. SYFTE OCH MÅL</b>	<b>9</b>
<b>5. METOD OCH MATERIAL</b>	<b>10</b>
5.1 CENTRALA BEGREPP	10
5.2 MOTIVERANDE SAMTAL - MI	10
5.3 AUDIT	11
5.4 LIVSTILSENKÄT	11
5.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
5.6 INTERVJUER	12
5.7 ARBETSMOMENT	13
5.8 RUTINER	13
<b>6. TEORI</b>	<b>14</b>
<b>7. REDOVISNING</b>	<b>16</b>
7.1 PROJEKTETS GENOMFÖRANDE	16
7.1.1 PLANERING OCH REKRYTERING	16
7.1.2 UTBILDNING	16
7.1.3 DOKUMENTATION/INFORMATIONSMATERIAL	16
7.1.4 AKTIVITETER	17
7.1.5 INTERVJUER	18
7.1.6 SAMVERKAN	18
7.1.7 KONTAKTER MED ANDRA KOMMUNER OCH LANDSTING	19
<b>8. RESULTATDEL</b>	<b>22</b>
8.1 REDOVISNING ENKÄTRESULTAT	22
8.1.1 DATAINSAMLING	22
8.1.2 BORTFALL	22
8.1.3 SVAGHETER I DATAINSAMLINGEN	23
8.1.4 BAKGRUNDSDATA	23
8.1.5 RESULTATREDOVISNING	24
8.2 REDOVISNING AV INTERVJUER	33
8.2.1 TELEFONENKÄT	33
8.2.2 FOKUSGRUPPSINTERVJU	34
<b>9. MÅLUPPFYLLELSE</b>	<b>40</b>
9.1 PROJEKTMÅL - HINDER - POSITIVA ERFARENHETER	40
9.1.1 HAR MÅLEN UPPNÅTTS?	40
9.1.2 VILKA PROBLEM/HINDER HAR MAN HAFT I PROJEKTET?	40
9.1.3 HUR MAN TACKLAT PROBLEM/HINDER?	42
9.1.4 DE PROJEKTANSTÄLLDAS ERFARENHETER	42
9.1.5 POSITIVA ERFARENHETER	44
9.1.6 IMPLEMENTERING	44
<b>10. SLUTDISKUSSION</b>	<b>45</b>
10.1.1 SLUTSATSER	46
<b>11. KÄLLFÖRTECKNING</b>	<b>48</b>
<b>12. BILAGOR 1-6</b>	<b>49</b>

## 3. BAKGRUND

### 3.1 Fakta

Enligt regeringens handlingsplan 2006-2010 är bedömningen att alkoholkonsumtionen och berusningsdrickandet bland unga vuxna måste minska. En hög alkoholkonsumtion bland befolkningen innebär ökad fysisk- och psykisk ohälsa vilket leder till ökad belastning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt mänskligt lidande. Det är därför viktigt att tidigt identifiera personer med riskabla alkoholvanor och motivera dem till ett förändrat dryckesmönster. Unga vuxna mellan 18 och 25 år har den högsta alkoholkonsumtionen och den mest frekventa intensivkonsumtionen av alkohol, i denna ålder grundläggs också de alkoholvanor en person får som vuxen. Vidare framgår av regeringens handlingsplan att de flesta riskkonsumenter återfinns i denna grupp, 38 procent av männen och 25 procent av kvinnorna i åldersgruppen 18–29 år har riskabla alkoholvanor. Även i övrigt är denna period mycket viktig för etablerandet av en vuxen livsstil. Ur preventionssynpunkt är insatser i denna ålder ett försummat område. Det är först efter 30 års ålder som alkoholvanorna hos den enskilde individen blir stabila över tid. Därför är det särskilt viktigt att motverka skadliga dryckesvanor före 30 års ålder innan de riskerar att permanentas. Det finns metoder som kan förmå personer med en riskfylld alkoholkonsumtion att ändra sitt beteende. Kunskap om sådana metoder behöver, enligt regeringen, spridas och integreras i det vardagliga arbetet, lika viktigt är det att lyfta fram den roll ungdomsmottagningarna kan fylla beträffande insatser för att hämma alkoholkonsumtionen bland ungdomar.<sup>4</sup>

Även socialstyrelsen skriver i slutsatsen i sin lägesrapport att människors grundläggande värderingar, levnadsvanor, utbildningsnivå och andra förutsättningar för att lyckas bra i livet avgörs till stor del under den tid då de är barn och ungdomar. Hälsokonsekvenserna av familjens eller samhällets insatser eller brist på insatser märks emellertid oftast långt fram i tiden. Även alkoholmissbruk grundläggs ofta under ungdomsåren och missbrukarna har ofta upprepade kontakter med såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst innan de avlider i 60–65 års ålder. Även kriminalitet och andra sociala problem grundläggs ofta i ungdomsåren och hälften av alla brott i Sverige skulle kanske kunna förebyggas om man kunde bryta de negativa beteenden som märks redan i ungdomsåren. Det är därför angeläget att ur folkhälsosynpunkt understryka behovet av ökade satsningar på och ökat stöd till barn och ungdomar. En svårighet i att motivera till ökade insatser är att de största effekterna på folkhälsan märks först 30–50 år senare.<sup>5</sup>

En kunskapsöversikt som Statens folkhälsoinstitut gjort visar att det finns tydliga samband mellan depression och alkoholkonsumtion. Sambandet varierar mellan studierna beroende på mått och tillvägagångssätt men visar en ökad risk att bli deprimerad på mellan 40-90 procent om man dricker mycket alkohol. Andra studier visar på mellan 50 procent och en fördubblad risk att dricka mycket alkohol om man är deprimerad. Studierna visar därmed att sambandet för depression går i båda riktningarna, att vara deprimerad ökar risken för att dricka mer och att dricka mycket ökar risken för att bli deprimerad. I övrigt visar kunskapsöversikterna att olika typer av psykisk ohälsa, både inåtvänd, utagerande samt självskadebeteende hänger

---

<sup>4</sup> Regeringens alkoholpolitiska handlingsplan 2005/06:30

<sup>5</sup> Socialstyrelsens Lägesrapporter 2005 (2006)

samman med hög alkoholkonsumtion.<sup>6</sup> Det är framför allt unga män som drabbas av berusningsrelaterade skador, men även unga kvinnor drabbas i ökande omfattning. Den självrapporterade psykiska ohälsan bland unga har ökat under senare år, särskilt bland unga kvinnor, samtidigt som alkoholkonsumtionen och berusningsdrickandet har ökat.<sup>7</sup>

Unga vuxna med en riskkonsumtion av alkohol är en utsatt grupp som riskerar att drabbas av olika alkoholrelaterade problem. För flickor kan det till exempel röra sig om oönskat sex, övergrepp, oönskad graviditet och för pojkar kan det bland annat röra sig om ökad risk för att bli utsatt för- eller utsätta andra för olika typer av våld. Enligt en skolundersökning från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har var fjärde elev i åk 2 på gymnasiet svarat att de någon gång haft oskyddat sex till följd av den egna alkoholkonsumtionen. Det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och förekomst av negativa konsekvenser. Det är dubbelt så många som uppger att de haft oönskat eller oskyddat sex bland storkonsumenterna jämfört med genomsnittet.<sup>8</sup>

I en studie i Västernorrland<sup>9</sup> framgår att av de 63 ungdomar som bejakade att de haft en könssjukdom, uppgav 90 % att de varit något eller mycket berusade vid sex/samlag och 82 % av dessa hade ett riskbruk enligt kriterierna för AUDIT. Man kunde också se att de ungdomar som hade ett riskbruk skattade både sin fysiska och sin psykiska hälsa lägre än de utan ett riskbruk.

Enligt en annan studie som gjordes i Helsingborg<sup>10</sup> framkommer att högkonsumenter i något högre grad besöker ungdomsmottagningen på måndagar på dropp-in-tider. Under en period fick 112 besökare, som kom för ”dagen-efter-piller”, frågan om de varit berusade vid det samlag som föranledde besöket, av dessa uppgav 26 procent att de varit berusade. Samma fråga ställdes till 92 besökare som kom för att lämna klamydiatest varav 38 procent uppgav att de varit berusade vid samlagstillfället. Detta är ett starkt incitament till att åtminstone alltid använda AUDIT i de fall där ungdomarna söker för ”dagen-efter-piller”, graviditetstest eller test för könssjukdomar.

I en intervju i en lokaltidning på Östermalm<sup>11</sup> säger personal på ungdomsmottagningen att de ser en oroande trend i att unga flickor allt oftare har sex när de druckit alkohol och att det finns flickor i 14-15 årsåldern som haft 30-40 partners. Dagens ungdomar är mycket upplysta, men har inte mer förstånd än tidigare. Ju yngre ungdomarna är desto lättare är det att påverka. Det är därför mycket angeläget att alkohol- och drogfrågor uppmärksammas inom ramen för ungdomsmottagningen. I dagsläget är, så vitt vi kan se, motiverande samtal och kort rådgivning det som visat sig vara mest verksamt för att uppnå förändring.

En rapport från socialstyrelsen visar att ungdomar/unga vuxna tycker att det är lättare att vända sig till ungdomsmottagningen än till psykiatrin angående sina livsproblem.<sup>12</sup> Med den

---

<sup>6</sup> *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop?* En systematisk kunskapsöversikt från Statens folkhälsoinstitut, Malmgren, Ljungdahl, Bremberg, (2008)

<sup>7</sup> *Regeringens alkoholpolitiska handlingsplan 2005/06:30*

<sup>8</sup> *Skolelevers drogvanor Rapportserie 114*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), (2008)

<sup>9</sup> Nordström, *Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa*, FoU i Umeå, Västerbottens landsting, (2007)

<sup>10</sup> *”Flickor som dricker” Slutrapport*, Helsingborgs lasarett, projektledare Susanne Danielsson Socialförvaltningen, och Maria Jordy Ungdom & Familj

<sup>11</sup> Tidningen Mitt i Östermalm, 3 mars (2009)

<sup>12</sup> *Socialstyrelsens Lägesrapporter 2005* (2006)

kunskapen tror vi att det även skulle vara mindre laddat för ungdomar att ta upp alkoholproblem på ungdomsmottagningen än att söka hjälp hos beroendevården. Forskningen visar att man med ganska små medel, utifrån strukturerade metoder, kan förändra dryckesvanor och förebygga alkoholrelaterade problem och missbruk. Enligt en systematisk litteraturoversikt som Folkhälsoinstitutet låtit göra har man kommit fram till att korta strukturerade samtal är den mest effektiva interventionen vad gäller riskbruk av alkohol bland gymnasieungdomar.<sup>13</sup>

Vi tror därför att ungdomsmottagningen är en möjlig arena att diskutera alkoholrelaterade problem, attityder och dryckeskultur med unga vuxna. Denna grupp står också för merparten av langningen av alkohol till yngre tonåringar. Det är därför viktigt att hitta forum att diskutera dryckesvanor och alkoholrelaterade problem med denna åldersgrupp. Bromma-jämte Hässelby/Vällingby stadsdel valde därför att, inom ramen för den numera gemensamma ungdomsmottagningen, pröva metoder för att förebygga risk- och missbruk av alkohol, narkotikabruk samt psykisk ohälsa bland unga vuxna 18-23 år.

---

<sup>13</sup> *Alkoholprevention i gymnasieskolan – en systematisk kunskapsöversikt*, Statens folkhälsoinstitut, Eriksson, Johansson, Bremberg, (2008)



## 4. SYFTE OCH MÅL

Syftet med projektet har varit att, genom screeningmetoden *AUDIT* samt andra livsstilsfrågor, tidigt identifiera ungdomar med riskbeteenden som bland annat hög alkoholkonsumtion. Syftet har även varit att pröva om metoden *motiverande samtal* kan få ungdomar, i åldern 18-23 år, med hög alkoholkonsumtion att se riskerna och därigenom förändra sina dryckesvanor. Projektets intention var också att upptäcka andra riskbeteenden såsom oskyddat sex, narkotikabruk, kriminalitet samt psykisk ohälsa. Vidare var tanken att verksamheten på ungdomsmottagningen genom projektet skulle kunna utvecklas till att mer omfatta ett helhetsperspektiv på individens livsstil.

### Mål

- Att mäta riskkonsumtion av alkohol, narkotikabruk och psykisk ohälsa.
- Att all personal ska arbeta med metoderna *AUDIT* (Alcohol use disorders identification test) och *MI* (Motivational interviewing).
- Att ge ungdomar 18-23 år med riskfylld livsstil insikt och motivation till förändring.
- Att vidareutveckla och förstärka samverkansformer mellan ungdomsmottagningen och andra aktörer som möter unga vuxna.
- Att i den mån det går, mäta effekterna av motiverande samtal genom intervjuer med ungdomar för att mäta hur många som söker vidare hjälp, hur många som ändrar sina levnadsvanor och hur många som förbättrar sin psykiska ohälsa.

## 5. METOD OCH MATERIAL

### 5.1 Centrala begrepp

*AUDIT*: Alcohol Use Disorders Identification Test - Identifikationstest av riskbruk.

*DUDIT*: Drug Use Disorders Identification Test - Identifikationstest av narkotikabruk.

*Motiverande samtal (MI)*: Motivational Interviewing (MI)

*Unga vuxna*: 18-25 år är den vanligaste definitionen, inom projektet gäller 18-23 år beroende på att ungdomsmottagningen har en övre åldersgräns vid 23 år.

*Risikkonsumtion/riskbruk*: Begreppet riskbruk har introducerats under senare år och är ett något diffust begrepp. Det är i sig inte någon diagnos utan avser en alkoholkonsumtion som är eller kan bli skadlig för hälsan. AUDIT formuläret ger en indikation på riskbruk men indikerar även, på de högre poängnivåerna, missbruk/beroende.<sup>14</sup> Enligt AUDIT är risikkonsumtion det som överstiger 14 standardglas per vecka för män vilket motsvarar 168 g alkohol eller 53 cl starksprit och 9 standardglas per vecka för kvinnor vilket motsvarar 108 g eller 34 cl starksprit.

*Risikbeteenden*: I detta sammanhang menas hög alkoholkonsumtion, narkotikabruk, oskyddat sex, kriminalitet.

*Psykisk ohälsa*: Det finns ingen entydig definition av begreppet psykisk ohälsa inom forskningen. I detta sammanhang utgår vi från frågorna om psykiska/somatiska symtom i livsstilsenkäten.

*Risikfaktor*: Sociala, psykologiska eller biologiska förhållanden som kan leda till problem för hälsa, utveckling, anpassning eller beteende. Enstaka riskfaktorer utgör, enligt forskningen, ingen ökad risk men finns flera parallella riskfaktorer ökar risken kraftigt.

*Skyddsfaktor*: Sociala, psykologiska eller biologiska förhållanden som har en skyddande effekt och innebär att problembeteenden minskar.<sup>15</sup>

*Förebyggande arbete*: Insatser som syftar till att främja en positiv utveckling.

*Tidig upptäckt*: I detta sammanhang menas att använda screeninginstrument för att i ett tidigt skede upptäcka risikbeteenden. I andra sammanhang kan det avse insatser i tidiga åldrar.

*Tidiga insatser*: I detta sammanhang menas insatser som syftar till, att i ett tidigt skede av risikbeteenden förhindra en negativ utveckling. I andra sammanhang kan det avse insatser i tidiga åldrar.

### 5.2 Motiverande samtal - MI

Metoden går i huvudsak ut på att få klienten att se konsekvenserna av ett visst beteende och att motivera denne till att se möjligheter att bryta en negativ utveckling. Motiverande samtal används främst inom livsstilsområdet. Det motiverande samtalet har som mål att öka klientens vilja till förändring samt underlätta att komma vidare i förändringsprocessen. Stor vikt läggs vid klientens självständighet, i motsats till ett mer konfrontativt förhållningssätt där klienten blir tillsagd vad hon bör göra och där hennes val ibland inte accepteras utan betraktas som ett resultat av bristande insikt.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> *Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa*, Nordström A., FoU:s stab i Umeå, Västerbottens landsting, (2007)

<sup>15</sup> *FoU-rapport 2005:1 Socialtjänstförvaltningen Stockholms stad*, Sundell, K. Forster, M., (2005)

<sup>16</sup> Statens folkhälsoinstitut, webbsida *Motiverande samtal*, [www.fhi.se/mi](http://www.fhi.se/mi)

MI kan sammanfattas i följande faser:

- *En kontakt- och relationsskapande fas* där rådgivaren ska skapa en psykologisk trygghet som ska underlätta för klienten att ta emot hjälp.
- *En neutralt utforskande fas* där rådgivaren ska utforska klientens upplevelser för att kartlägga och skapa en gemensam förståelse. Detta för att förstå utgångsläget för förändring.
- *En perspektivutgivande fas* där både andra och andras perspektiv på beteendet utforskas. Begrepp som diskrepans, ambivalens och motstånd är centrala.
- *En motivationsbyggande fas* som fokuserar på klientens förändringsmotivation. Rådgivaren ska vända klientens blick framåt mot beslut och förändring.
- *En besluts- och förpliktelse fas*. Här utforskas klientens beslut och rådgivaren ska hjälpa till att förstärka beslutet och klienten ska bli mer medveten om sitt beslut. Detta ökar sannolikheten för att förändringen genomförs.<sup>17</sup>

### 5.3 AUDIT

AUDIT-formuläret består av tio frågor och varje fråga kan ge maximalt 4 poäng (samtliga frågor maximalt 40 poäng). Frågorna kan delas in i tre delskalor: *Alkoholkonsumtion* (fråga 1-3), *Beroendesymptom* (fråga 4-6) och *Skadlig konsumtion* (fråga 7-10). Poängberäkningen görs så att på fråga 1-8 tilldelas svaren (från vänster till höger) 0, 1, 2, 3 respektive 4 poäng. För frågorna 9-10 tilldelas svaren (från vänster till höger) 0, 2 respektive 4 poäng. Som gränsvärde för riskbruk av alkohol, beträffande män, rekommenderas 8 poäng eller högre och för kvinnor rekommenderas ett gränsvärde på 6 eller högre.<sup>18</sup> De tre första frågorna i AUDIT-formuläret, konsumtionsfrågorna, används ibland separat som screeninginstrument och benämns då "AUDIT-3" eller "AUDIT-C", då används gränsvärdena 4 poäng för flickor respektive 5 poäng för pojkar.<sup>19</sup>

### 5.4 Livsstilsenkät

Livsstilsfrågorna i enkäten är hämtade från Stockholmsenkäten<sup>20</sup> samt inskrivningsformuläret som barnmorskorna använder inom ungdomsmottagningen. Enkäten innehåller frågor om kön, ålder, hemort, tobaksanvändning, erfarenhet av droger, preventilmedelsanvändning, kriminalitet, psykiska/somatiska symptom, kontakter med myndighet/hjälpinstans samt alkoholfrågor enligt AUDIT.<sup>21</sup> Enkäterna trycktes upp i två färger för att separera de ungdomar som är över respektive under 18 år. I enkäten uppmanas de ungdomar som är över 18 år att lämna namn, personnummer och adress samt erbjuds lämna samtycke till att bli kontaktad för en kort telefonintervju, för projektets räkning. Samtliga enkäter har fyllts i på frivillig basis i väntrummet eller för en del besökare över 18 år i samband med inskrivningssamtalet. Besökare under 18 år har fyllt i enkäten anonymt och sedan lagt den i en

<sup>17</sup> *Motiverande samtal MI*, Barth och Näsholm (2006)

<sup>18</sup> *Enligt kursmaterial STAD*, Hermansson, U. (2006)

<sup>19</sup> *Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa*, Rapport Västerbottens landsting (2007)

<sup>20</sup> *Stockholmsenkäten*, enkätundersökning som görs av Socialtjänstförvaltningen/ Utbildningsförvaltningen i Stockholms stad vartannat år i grundskolans år 9 och gymnasiets åk 2

<sup>21</sup> Bilaga 1

försluten svarslåda. För att kunna spara enkäterna på ett juridiskt riktigt sätt diariefördes varje enkät. Statistik över AUDIT-poängen har sammanställts varje månad.

## 5.5 Etiska överväganden

Övervägande om enkätundersökningen kunde genomföras med personer under 15 år utan målsmans tillstånd gjordes i samråd med juristen i Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning. Då ungdomarna delvis kommer till mottagningen på drop-in-tider och utan målsmans vetskap skulle det vara praktiskt omöjligt att erhålla målsmans tillstånd. Utifrån att villkoren för utdelandet av enkäten till underåriga byggde på fullständig frivillighet samt anonymitet bedömdes det vara etiskt försvarbart att genomföra studien.

## 5.6 Intervjuer

### Telefonintervju

Syftet med uppföljningen, i form av en telefonenkät, var att få en uppfattning om ungdomarnas upplevelse av att fylla i AUDIT-formuläret. Intervjun innehöll några skalfrågor där ungdomarna fick värdera sina svar på en skala från 0 till 10, där 0 är lika med: *tyckte inte alls om det* och 10 är lika med: *det var jättebra*.

Följande frågor ställdes:

- Hur var det, på en skala 1-10, att fylla i enkäten om dina alkoholvanor?
- Vad är det som gör att du säger just den siffran?
- Fick du några tankar eller tankeställare efter att du fyllt i enkäten?
- Har du blivit kontaktad av någon kurator från ungdomsmottagningen?
- Om svaret är JA – Hur upplevde du det?
- Om svaret är NEJ – Tycker du att det hade varit bra att bli kontaktad?

### Fokusgruppsintervju

Syftet med fokusgruppsintervjun var att undersöka unga vuxnas åsikter om alkoholvanor, hur samhället kan förebygga riskbruk hos denna åldersgrupp samt att få en uppfattning om hur projektet tagits emot av målgruppen. Ungdomarna som deltog erbjöds fika samt 2 biobiljetter.

Följande frågeguide användes vid fokusgruppsintervjun:

Tema 1: *Samhällets bild av ungdomsdrickande kontra ungdomarnas egen uppfattning om hög alkoholkonsumtion.*

- Vad tycker du om samhällets bild av att ungdomar har en hög alkoholkonsumtion?
- Vad är hög alkoholkonsumtion för dig?
- (Om annan uppfattning) Vad gör att du har en annan uppfattning än samhället/media?

Tema 2: *Arenor att förebygga riskbruk.*

- Hur kan samhället nå ungdomar som har ett riskbruk?
- Var är det lämpligt att tala om alkoholvanor (vårdcentral, skolan, arbetsplats)?
- Vem är lämplig att ta upp dessa frågor (läkare, barnmorska, kurator, sjuksköterska)?

Tema 3: *Ungdomsmottagningen och alkoholvanor.*

- Är ungdomsmottagningen ett bra ställe att tala om alkoholvanor?
- Vad är bra/dåligt?
- Om dåligt vad skulle man kunna göra istället eller göra bättre?

## 5.7 Arbetsmoment

- Använda livsstilsenkäten kombinerad med AUDIT-formuläret.
- Praktisera metoden Motiverande samtal.
- Samarbeta med gymnasieskolans elevhälsa.
- Bedriva samverkan på lokal nivå med andra verksamheter som når målgruppen unga vuxna.
- Marknadsföra projektet i olika sammanhang, till exempel genom konferenser, erfarenhetsutbyte med andra huvudmän/verksamheter.
- Föra statistik över och sammanställa enkätsvaren.
- Utvärdera arbetsprocessen och följa upp några av ungdomarna via telefonintervju samt gruppintervju.

## 5.8 Rutiner

Ungdomarna har vid första besöket erbjudits att frivilligt fylla i livsstilsenkäten samt AUDIT-formuläret. Enkäterna har legat väl synliga i väntrummet med en skriftlig uppmaning i form av en affisch uppsatt på väggen. Ungdomar under 18 år har erbjudits att fylla i formuläret anonymt, syftet med det har varit att få en bild av dessa ungdomars livsstil.

Enkäten delades ut och fylldes i inför varje inskrivningssamtal. Rutinen var att den personal som tar emot i dörren delar ut enkäten och ber ungdomen att fylla i denna. När enkäten är ifylld går kuratorn eller barnmorskan igenom enkäten tillsammans med ungdomen. Om barnmorskan är den som räknar ihop poängsumman och kommer fram till att den specifika ungdomen har en riskkonsumtion av alkohol ska denne motivera ungdomen till ett samtal med kuratorn. Barnmorskan förklarar för ungdomen att alla som överstiger 6/8 AUDIT-poäng erbjuds samtal med kurator. Om det är möjligt följer barnmorskan med ungdomen till kuratorn för ett personligt överlämnande. Om en kurator inte finns tillgänglig erbjuder barnmorskan att en kurator ringer upp eller att ungdomen själv kontaktar någon av kuratorerna.

Om ett motiverande samtal kommer till stånd ska kuratorn fylla i en blankett för bedömning av vidare åtgärder. Om ungdomen uppger att de använt narkotika under det senaste året, kan personalen vid behov låta ungdomen fylla i ett DUDIT-formulär, vilket är en motsvarighet till AUDIT men som behandlar narkotikabruk. Personalen bör även regelbundet diskutera hur man lyckas följa projektets intentioner samt hur man kan utveckla färdigheten i metoden motiverande samtal.

## 6. TEORI

Inom preventionsforskningen har begreppen universell, selektiv och indikerad prevention fått stort genomslag. *Universell prevention* definieras som en intervention som inte tar hänsyn till skillnader mellan hög- och lågriskgrupper. Ingen enskild individ eller grupp väljs ut av något skäl. Interventionen är tänkt att främja alla oavsett grad av risk. *Selektiv prevention* definieras som en intervention riktad till undergrupper i populationen som exponeras för en eller flera riskfaktorer. Enskilda individer identifieras inte – det är gruppen, inte individen, som bedöms befinna sig i riskzon. *Indikerad prevention* definieras som en intervention för individer med identifierade problem.<sup>22</sup>

Risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp inom preventionsforskningen och utgörs av biologiska, psykologiska och sociala förutsättningar. Mängden riskfaktorer kontra mängden skyddsfaktorer är avgörande för problemutveckling. Effektiva insatser bygger på kunskap om påverkbara risk- och skyddsfaktorer. Om en insats syftar till att reducera en riskfaktor kallas den ofta förebyggande. Om insatsen i stället bidrar till att öka tillgången till en skyddsfaktor kallas den hälsofrämjande. När åtgärder ska utformas krävs därför *både* kunskap om att risk- och skyddsfaktorer har betydelse och att de åtgärder som föreslås verkligen påverkar dessa. Utveckling av metoder för att förebygga alkoholmissbruk, narkotikabruk och psykisk ohälsa grundar sig bland annat på kunskaper om risk- och skyddsfaktorer.<sup>23</sup>

### Psykisk ohälsa

Det finns ingen entydig definition av begreppet psykisk ohälsa inom forskningen. Det finns inte heller några entydiga kriterier för att skilja mellan normala tillstånd och avvikande tillstånd. Vissa personer har till exempel aldrig huvudvärk, en del har det ofta, andra varje dag och ett fåtal har huvudvärk hela dagarna. Det är inte givet när det är motiverat att erbjuda en individ behandling. Däremot, om förekomsten av huvudvärk i en befolkning ökar, skulle det kunna tolkas som tecken på att något i människors tillvaro har försämrats. Sambanden mellan påfrestningar och psykisk ohälsa är ofta ospecifika. Dock, om en individ vid upprepade tillfällen måste klara ett flertal svårigheter ökar risken för psykiska problem påtagligt. Det är omfattningen av den samlade bördan av påfrestningar som således är betydelsefull. Det finns inga enkla samband mellan faktiska villkor och upplevelse av påfrestning.<sup>24</sup>

### Motiverande samtal MI

Motiverande samtal har sin grund inom kognitiv beteendeterapi och är en förändringsinriktad, klientcentrerad och samtidigt styrande samtalsmetodik.<sup>25</sup> Den grund och de principer som MI bygger på, utgår från psykologerna William R. Millers (USA) och Stephen Rollnicks (England) teori och forskning om motivation och förändring. De har tillsammans definierat kärnan i MI som ”The spirit of motivational interviewing” (MI:s anda). Motiverande samtal går ut på att kartlägga *om* en förändring ska ske, *inte hur* den ska ske. Som rådgivare ska man hjälpa klienten att börja reflektera över sig själv och sina handlingar. MI är en evidensbaserad metod som handlar om att hjälpa människor till förändring samt att utveckla den egna inre kraften och på så sätt få klienten att själv komma fram till beslut om en förändring. Som

<sup>22</sup> *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*, Socialstyrelsen, Rapport  
Artikelnr: 2008-126-50

<sup>23</sup> Statens folkhälsoinstituts webbsida *Risk- och skyddsfaktorer*, Bremberg, S., (2006) [www.fhi.se/uppslagsverk](http://www.fhi.se/uppslagsverk)

<sup>24</sup> *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa*, SOU 2006:77

<sup>25</sup> Statens folkhälsoinstituts webbsida *Motiverande samtal*, [www.fhi.se/mi](http://www.fhi.se/mi)

rådgivare ska man göra klienten mer medveten om vilka problem som kan uppstå och vilka konsekvenser och risker som beteendet för med sig. Det går huvudsakligen ut på att skapa nya tankebanor runt beteendet och vad klienten kan vinna på en beteendeförändring.<sup>26</sup>

### Screeningformulär

Motiv till att använda screening är att öka personens kunskap om de egna alkoholvanorna samt ge möjlighet att reflektera över om de behöver förändras. AUDIT är ett frågeformulär (screeninginstrument) som identifierar *riskfylld* alkoholkonsumtion.<sup>27</sup> AUDIT är framtaget inom WHO och utprovat i flera länder och är kvalitetssäkrat i Sverige och har visat god säkerhet för screening av *tidiga* alkoholproblem. Formulärets syfte är inte att göra en exakt kartläggning utan snarare öppna för en dialog om alkoholvanor. Det ska också understrykas att AUDIT inte är ett diagnosinstrument och att riskbruk inte heller är en diagnos. För att sätta en missbruks- eller beroendediagnos krävs både en klinisk bedömning och samtal med personen i fråga. AUDIT ger däremot en indikation på riskabel alkoholkonsumtion som kan leda till missbruk. Frågorna speglar även eventuella negativa konsekvenser av alkoholkonsumtionen och tecken på beroende. Formuläret är därigenom mycket väl lämpat att ligga till grund för ett motiverande samtal om alkoholvanorna. Både sensitiviteten och specificiteten för AUDIT är mycket hög och långt bättre än någon biologisk markör.<sup>28</sup>

Det är väl dokumenterat i vetenskapliga studier att så kallad *mini-intervention* leder till minskad alkoholkonsumtion och färre alkoholproblem. Mini-intervention innebär att man identifierar riskfylld alkoholkonsumtion genom screeninginstrument såsom *AUDIT* i kombination med *motiverande samtal*. Dessa kortvariga och förebyggande insatser mot riskfyllda alkoholvanor har säkerställda effekter på minskad alkoholförbrukning upp till två år hos vuxna. Denna enkla men effektiva metod att förebygga både kroppsliga och psykiska skador orsakade av alkohol tillämpas dock inte i den utsträckning det är motiverat.<sup>29</sup> Studier visar att metoden motiverande samtal kan vara lämpligt för ungdomar som riskerar att utveckla bland annat beroendeproblem.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> *Ledarnas tankar och teorier vid motivationsarbete. En studie utförd på ett hälsoföretag.* C-uppsats i pedagogik, 15hp. Institutionen för pedagogik, didaktik och psykologi. Högskolan i Gävle, Larsson, A., Strandberg, E., (2008)

<sup>27</sup> Se bilaga 1

<sup>28</sup> *Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa,* Västerbottens landsting, Nordström, A., (2007)

<sup>29</sup> *Behandling av alkohol och narkotikaproblem,* Rapport nr 156/1, SBU

<sup>30</sup> *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? En systematisk kunskapsöversikt från Statens folkhälsoinstitut,* Malmgren, Ljungdahl, Bremberg, (2008)

## 7. REDOVISNING

### 7.1 Projektets genomförande

#### 7.1.1 Planering och rekrytering

Projektledarna utarbetade en projektplan under hösten 2006. Under hösten bildades även en styrgrupp bestående av projektledarna samt projektansvariga chefer på respektive stadsdelsförvaltning. Under denna period förankrades också projektet hos chefen för de berörda ungdomsmottagningarna inom landstinget.

Rekryteringen av projektanställda var planerad att vara klar senhösten 2006 men blev försenad. I samråd med länsstyrelsen beslutades då att projektstarten skulle skjutas upp och i stället gälla från 1 januari 2007, vilket gjorde att projektet kom att löpa till och med december 2008. I januari rekryterades en projektanställd i Hässelby-Vällingby, i mars anställdes även en person i Bromma. Dessa anställdes på halvtid inom ramen projektet med uppgift att utveckla och implementera arbetsrutiner för metoderna AUDIT och motiverande samtal.

Då den projektanställda i Bromma sa upp sig i början på april 2007 på grund av familjeskäl internrekryterades en person en vecka senare. Denne anställdes dock endast till och med oktober 2007 på grund av graviditet. I september 2007 internrekryterades en ännu ny person i Bromma som stannade resterande projekttid.

Våren 2007 beslutade landstinget om en sammanslagning av Brommas och Hässelby-Vällingbys ungdomsmottagningar. En gemensam mottagning öppnade i september i nya lokaler i Vällingby. Sammanslagningen innebar att man från kommunens sida behöll kuratorsresurserna från båda mottagningarna, landstinget valde att behålla de barnmorsketjänster som ingick ungdomsmottagningen i Hässelby-Vällingby.

#### 7.1.2 Utbildning

Våren 2007 utbildades samtliga kuratorer och barnmorskor i Motiverande samtal under tre heldagar. Utbildningen hölls i konferenslokalen Stora Blecktornet på Södermalm och arrangerades av projektledarna, vilka även deltog i utbildningen. På rekommendation av folkhälsoinstitutet anlätades utbildare Barbro Holm-Ivarsson, leg. psykolog och auktoriserad MI-utbildare. Personalen utbildades också i screeningmetoden AUDIT under våren 2007 av Kerstin Hjalmarsson, chefssjuksköterska på STAD (*Stockholm förebygger Alkohol och Droger, Stockholm Stockholmsläns landsting*). Den sist anställda i Bromma gick utbildningarna efter det att hon tillträtt tjänsten.

#### 7.1.3 Dokumentation/informationsmaterial

De projektanställda har ansvarat för att metoderna som projektet bygger på integrerades i den ordinarie verksamheten. Vidare har det även legat på deras ansvar att föra pinnstatistik samt regelbundet rapportera denna till projektledarna. Under våren, sommaren och hösten 2007 utarbetade de projektanställda tillsammans med projektledarna underlag för dokumentation, rutiner, och information.<sup>31</sup>

Följande material/dokumentation är framtaget:

---

<sup>31</sup> Bilagor 3, 4 och 5



- Informationsbroschyr om projektet, affisch, folder
- Informationstext till stadsdelarnas hemsidor
- Enkät med livsstilsfrågor och AUDIT inklusive samtyckesblankett
- Mall för rutiner
- Kompendium – Fakta om alkohol
- Sammanställning av manual för motiverande samtal samt material för kollegial handledning
- Formulär för löpande statistikdokumentation
- Diverse dokumentationsmaterial
- PowerPoint-presentation för projektbeskrivning
- Statistiksammanställning och tabeller

#### 7.1.4 Aktiviteter

AUDIT-enkäten började delas ut i maj 2007 och från och med september kompletterades den med ett antal livsstilsfrågor. Enkäterna har delats ut av barnmorskorna och kuratorerna till alla nybesök till och med november år 2008. De projektanställda har under hela tiden dokumenterat AUDIT-poängen i statistikformuläret samt en gång i månaden rapporterat statistiken till projektledarna.

Under våren 2007 hade projektledarna möten med alla kuratorer och barnmorskor för att implementera rutiner och planera utbildningarna. Styrgruppen har träffats regelbundet tre gånger per termin. Den nuvarande chefen för barnmorskorna har representerat landstinget i styrgruppen från och med år två (år 2008). Projektledarna har, under hela projekttiden, haft regelbundna möten med de projektanställda. Dessa möten har haft både karaktären av praktiska arbetsmöten och uppföljningsmöten. Projektledarna har även vid några tillfällen deltagit i ungdomsmottagningens APT-möten då hela personalen varit samlad.

Våren år 2007 anställdes en ungdomssjuksköterska på beroendemottagningen i Hässelby. Det beslutades att hon skulle avsätta en dag i veckan på ungdomsmottagningen för att fånga upp de ungdomar som visade sig ha en hög alkoholkonsumtion. Hösten 2007 framkom att förutsättningarna för att fånga upp riskkonsumenter på ungdomsmottagningen var problematisk, dessutom var arbetsbelastningen på beroendemottagningen stor. Därför beslutades att sköterskan från Hässelby jämte den sköterska som arbetar med unga vuxna på Bromma beroendemottagning skulle avsätta en viss tid i veckan på beroendemottagningen för unga vuxna som remitterats från ungdomsmottagningen.

Under senhösten 2007 genomförde Preventionscentrum, enligt länsstyrelsens uppdrag, en processutvärdering, där etnologen Ulrika Sutorius intervjuade all personal på ungdomsmottagningen samt de projektanställda (totalt nio personer). Samtliga intervjuer gjordes enskilt med undantag av projektledarna som intervjuades tillsammans. Fokus låg på projektmedarbetarnas uppfattning om hur det gått att genomföra projektens målsättningar samt vilka dilemman och utmaningar som funnits.<sup>32</sup> Projektet hade vid tidpunkten för intervjuerna endast pågått ett år.

Under år 2008 har tyngdpunkten i arbetet varit att hitta rutiner och försöka lösa de problem som uppstått. Eftersom den ordinarie verksamheten erbjuder både planerade och oplanerade besökstider för ungdomarna så kräver det en viss flexibilitet. Mycket tid har gått åt till att

---

<sup>32</sup> Rapport till länsstyrelsen *Det blev inte som vi tänkt oss men det blev bra ändå*, Sutorius, Cannertoft, Stockholms stad, (2008)

försöka skapa utrymme och tid för att använda metoden motiverande samtal men även att hitta en bra struktur för vem som ska räkna ihop poängen och återkoppla resultatet till ungdomen. Vidare har kvalitetssäkring diskuterats beträffande metoden motiverande samtal till exempel att personalen har regelbunden kollegial handledning.

### **7.1.5 Intervjuer**

#### **Telefonintervju**

I augusti 2008 utarbetade projektledarna och de projektanställda enkätfrågor till telefonintervjun. Antal ungdomar som gett sitt medgivande i enkäten var 198, varav intervjuaren nådde cirka hälften. Intervjuerna genomfördes av den projektanställda i Bromma stadsdel i början av hösten 2008.

#### **Fokusgruppsintervju**

En diskussionskväll planerades i form av en fokusgruppsintervju där ungdomar rekryterades ur gruppen som deltog i telefonintervjun. Tanken var att ungdomarna skulle ge inspiration till idéer om hur man ska nå ungdomar med riskbruk. Frågorna utarbetades vid samma tillfälle som enkätfrågorna till telefonintervjun. Intervjun genomfördes i december 2008 av projektledaren i Bromma (som är certifierad fokusgruppsledare) och den projektanställda i Hässelby-Vällingby, intervjun skedde på ungdomsmottagningen. Samtalet pågick en och en halv timme och spelades in på kassettband. Utskriften av intervjun gjordes av den projektanställda i Bromma. Det var 11 ungdomar som hade anmält intresse att delta, vid intervjutillfället kom dock endast två ungdomar, en 23-årig kvinna samt en 23-årig man. Intervjun genomfördes med dessa två ungdomar.

### **7.1.6 Samverkan**

En del av projektet har varit att vidareutveckla och förstärka samverkansformer mellan ungdomsmottagningen och gymnasieskolan, socialtjänsten, beroendemottagning, arbetsförmedling/jobbtorg, BUP och ideella organisationer i syfte att öka samarbetet kring unga vuxna samt marknadsföra projektet och ungdomsmottagningens verksamhet.

#### **Informations- och samverkansmöte med kringaktörer**

Första mötet hölls i maj 2007, syftet med mötet var att presentera projektet för lokala samverkanspartners samt andra intresserade kringaktörer för att diskutera hur man kan samarbeta runt åldersgruppen unga vuxna. Följande verksamheter var representerade: *Barn- och ungdomspsykiatri (BUP Brommaplan)*, *vuxenpsykiatri (Hässelby-Vällingby/Bromma)*, *några av stadsdelarnas gymnasieskolor*, *Psykhälsan (Södermalm, Stockholms läns landsting)*, *Navigatorcenter (nedlagt november 2007)*, *Individ och familjeomsorgens ungdomsbehandlare Hässelby-Vällingby samt chefen för STAD*. Från projektets sida deltog projektledarna, en av de projektanställda, projektansvarig chef i Hässelby-Vällingby samt personalen från ungdomsmottagningarna.

Projektledarna samt den då projektansvarige i Bromma presenterade bakgrund, hur projektet skulle genomföras samt tanken bakom samverkansmötena. Därefter presenterade följande av de inbjudna verksamheterna sina arbetsområden: Psykhälsan, Individ och familjeomsorgens ungdomsbehandlare Hässelby-Vällingby, Navigatorcenter (numera nedlagt), Vuxenpsykiatri (Hässelby-Vällingby och Bromma).

I diskussionen framkom behov av samarbete mellan de närvarande aktörerna. Det diskuterades bland annat om samverkan skulle kunna gynnas genom samlokalisering. En idé nämndes om ett "ungdomshus" med olika aktörer under samma tak. Utifrån det berättade

projektmedlemmarna att de planerade att göra ett studiebesök på ”Ungdomshälsan” i Umeå där ett antal olika aktörer är samlokaliserade. Vidare framkom önskemål om ytterligare en samverkansträff till hösten med föreläsare kring ett gemensamt tema.

Det andra samverkansmötet hölls i oktober år 2007. Följande verksamheter var då representerade: *Barn- och ungdomspsykiatri (BUP i Bromma)*, *Vuxenpsykiatri (Hässelby-Vällingby/Bromma)* några av stadsdelarnas gymnasieskolor, *Fältverksamheten (Hässelby-Vällingby)*, *Stockholm förebygger alkohol och droger (STAD)*, *Beroendemottagningen (Hässelby-Vällingby/Bromma)*, *Individ och familjeomsorgens ungdomsbehandlare (Hässelby-Vällingby/Bromma)*, *Arbetsforum (Hässelby-Vällingby/Bromma)*, *PUMAN (Socialtjänstförvaltningen Stockholms stad)* samt *Unga Kris*. Projektledarna samt en av de projektanställda från ungdomsmottagningen deltog i mötet.

Följande av de inbjudna verksamheterna presenterade sina arbetsområden: *Unga Kris*, *PUMAN*, *Arbetsforum Hässelby-Vällingby* och *Arbetsforum Bromma*.

Vidare hölls gruppdiskussioner om vilken typ av samverkansbehov och eventuell gemensam kompetensutveckling som kunde finnas hos de lokala aktörerna. Alla var överens om vikten och behovet av samverkan, alla har dock inte behov av att samverka med alla.<sup>33</sup> Att ha regelbundna gemensamma träffar för diskussion och kompetensutveckling ansågs av samtliga gynna samverkan.

Följande behov framkom av gemensam kompetensutveckling:

- Föreläsning/utbildning i stresshanteringsmetoden Acceptance and Commitment Therapy ACT
- Föreläsning om projektet ”Farlig tid” med UNGA KRIS (Kriminellas revansch i samhället)
- Information om de nya ”Jobbtorgen”
- Föreläsning/utbildning om missbruk kontra psykisk ohälsa hos unga

Det tredje samverkansmötet hölls i december år 2008. Följande verksamheter var representerade: *Barn- och ungdomspsykiatri (BUP-Brommaplan)*, *Vuxenpsykiatri (Hässelby-Vällingby/Bromma)* *Elevvårdspersonal från några av stadsdelarnas gymnasieskolor samt en skolsköterska från en grundskola i Hässelby*, *Beroendemottagningen (Hässelby-Vällingby/Bromma)*, *Individ och familjeomsorgens ungdomsbehandlare (Hässelby-Vällingby)*, *Fältassistent (Hässelby-Vällingby, Bromma)* *Chefer Individ och familjeomsorgen (Bromma, Hässelby-Vällingby)*. Projektledarna, de projektanställda samt projektansvarig chef i Hässelby-Vällingby deltog i mötet.

Utifrån tidigare mötes önskemål om gemensam kompetensutveckling inbjöds forskningsledare Anders Tengström, Maria Ungdom att föreläsa utifrån de studier som pågår gällande samband mellan missbruk och psykisk ohälsa. Vidare presenterade projektledarna samt en av de projektanställda delar av resultaten samt erfarenheter av projektet.

### **7.1.7 Kontakter med andra kommuner och landsting**

Under projekttiden har flera verksamheter från andra kommuner och landsting kontaktat projektledarna med frågor om att arbeta med screening och motiverande samtal med unga vuxna. Bland annat kontaktade ungdomsmottagningen i Helsingborg projektledaren i

---

<sup>33</sup> Bilaga 6

Bromma våren 2007 utifrån att de hade ett liknande pågående projekt. Vidare genomförde projektledarna samt delar av personalen på ungdomsmottagningen ett studiebesök på Ungdomshälsan i Umeå i december 2007 .

### **Studiebesök från Helsingborgsprojektet ”Flickor som dricker”**

Ungdomsmottagningen i Helsingborg hade ett pågående projekt där bland annat AUDIT användes som screeninginstrument. De hade via internetsökning hittat den projektansökan som låg till grund för detta projekt. De tog kontakt för att höra om det framkommit några erfarenheter av att använda AUDIT på ungdomar. Kontakten med Helsingborgsprojektet ledde till att deras projektledare, hösten 2007, gjorde ett studiebesök på ungdomsmottagningen i Vällingby. Vid studiebesöket utbyttes information om och erfarenheter av de båda projekten. Helsingborgsprojektet kom till genom att en skolläkare såg behov av att kartlägga eventuella samband mellan hög alkoholkonsumtion och sexuell risktagande bland unga kvinnor. Erfarenheter hade pekat mot att det finns ett samband. Flera undersökningar visar att ungdomar som tar risker i sexlivet ofta utsätter sig för hälsorisker också på andra områden. Studier har visat att unga flickor som söker hjälp på ungdomsmottagningen generellt har en högre alkoholkonsumtion än andra.<sup>34</sup> Målgruppen i Helsingborgsprojektet har varit unga kvinnor som söker hjälp för gynekologiska problem på ungdomsmottagningen.

Syftet med Helsingborgsprojektet var att tillsammans finna lämpliga metoder för att:

- minska unga kvinnors alkoholkonsumtion
- nå och erbjuda stöd till de unga kvinnor som har en hög alkoholkonsumtion
- införa de metoder som kan fungera i den vanliga verksamheten
- sprida den erfarenhet och kompetens som projektet för med sig
- använda sig av den forskning och erfarenhet som faktiskt finns

En slutrapport av projektet i Helsingborg är publicerad och finns att tillgå från och med februari 2009.

### **Studiebesök på Ungdomshälsan i Umeå**

Projektledarna avsåg redan i projektansökan att göra ett studiebesök inom en tvärspektoriell verksamhet riktad till unga vuxna. Enligt rekommendation skulle det finnas en tvärspektoriell verksamhet i Helsingfors, då kontakt togs med preventionsverksamheten (Klaari) visade det sig att verksamheten inte fanns kvar i sin ursprungliga form. Projektledarna blev istället rekommenderade att besöka Ungdomshälsan i Umeå, en organisation som genom samverkan syftar till att möta ungdomars behov av sammansatta psykosociala insatser och/eller kortare samtalsbehandlings. Avsikten är att samverkan ska effektivisera, men också höja kvaliteten på stödet som erbjuds ungdomarna genom att remitteringen mellan åtskilda verksamheter försvinner. De aktörer som är samlokaliserade på Ungdomshälsan är: BUP (Barn- och ungdomspsykiatri), Vuxenpsykiatri, Primärvården, Socialtjänsten, Gymnasieförvaltningen, Ungdomsmottagningen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Ungdomshälsan skapar genom samverkan goda förutsättningar för ungdomar/unga vuxna i åldrarna 16 - 25 år som är i behov av sammansatta psykosociala insatser och/eller kortare samtalsbehandlings. Genom att bredda kompetensen och därmed öka effektiviteten när det gäller råd, stöd och behandling ökar förutsättningarna till en bättre hälsa för ungdomarna.

---

<sup>34</sup> ”Flickor som dricker” Projektplan för projektet Ungdomsmottagningen, Helsingborgs lasarett (projektledare är Susanne Danielsson från Socialförvaltningen, Ungdom & Familj och Maria Jordy )(2008)

Verksamheten har ett salutogent arbetssätt och arbetar på ungdomens uppdrag där ungdomens eget ansvar betonas.

Enligt en utvärdering av Ungdomshälsan framkommer följande: Ungdomshälsan är en verksamhet som fyller en viktig funktion för många unga i Umeå. Verksamheten är en mycket intressant idé, då man på ett och samma ställe samlar alla aktörer för att effektivisera hjälpen till ungdomar, detta kan i framtiden visa sig vara ett framgångsrikt recept.<sup>35</sup>

Samtliga som deltog i studiebesöket fick ett positivt intryck av verksamheten och kunde se flera vinster med att samlokalisera flera professioner, vilket även de utvärderingar som gjorts visar.

### **Riskbrukskonferens i Uppsala**

Våren 2008 besökte projektledarna Riskbruksprojektets konferens i Uppsala.

Riskbruksprojektet är en del inom Folkhälsoinstitutets alkoholförebyggande verksamhet riktad till primärvården. Projektledarna utbytte erfarenheter och idéer med en representant för Svenska barnmorskeförbundet som gjort den tidigare nämnda studien inom Västernorrlands läns landsting där man prövat AUDIT inom några av ungdomsmottagningarna. Vidare knöts ett antal andra kontakter, bland annat med chefen för Riskbruksprojektet inom Stockholms läns landsting.

### **Projektredovisning på SESAM-mottagningarna**

Utifrån att kontakter byggts upp inom Stockholms läns landsting, inbjöds projektledarna att under hösten 2008 medverka vid en utbildningsdag i ”Alkoholfakta” som erbjudits ungdomsmottagningarna via landstingets sex- och samlevnadsmottagningar (SESAM). Utbildningen var ett led i att Riskbruksprojektet i Stockholms län avser erbjuda all personal på ungdomsmottagningarna utbildning i metoden Motiverande samtal. Projektledarna samt den projektanställda i Bromma deltog på utbildningsdagen med att presentera erfarenheterna av att arbeta med alkoholscreening samt motiverande samtal med målgruppen unga vuxna på ungdomsmottagningen. Såväl Stockholm Förebygger Alkohol och Droger (STAD) som Riskbruksprojektet utgör verksamheter inom landstinget som visat intresse för erfarenheterna av projektet.

---

<sup>35</sup> Slutrapport, Utvärdering av Ungdomshälsan, Utvecklings- och fältforskningsenheten (UFFE), Umeå socialtjänst i samarbete med Umeå universitet, (2005)

## 8. RESULTATDEL

### 8.1 Redovisning enkätresultat

Så kallad pinnstatistik har kontinuerligt sammanställts utifrån de enkäter som nybesökarna på ungdomsmottagningen fyllt i. För bearbetning och sammanställning av enkätmaterialen anlätades en extern person. Enkätsvaren har bearbetats i SPSS<sup>36</sup> med Pearsons chi-2 test och t-test för signifikans.

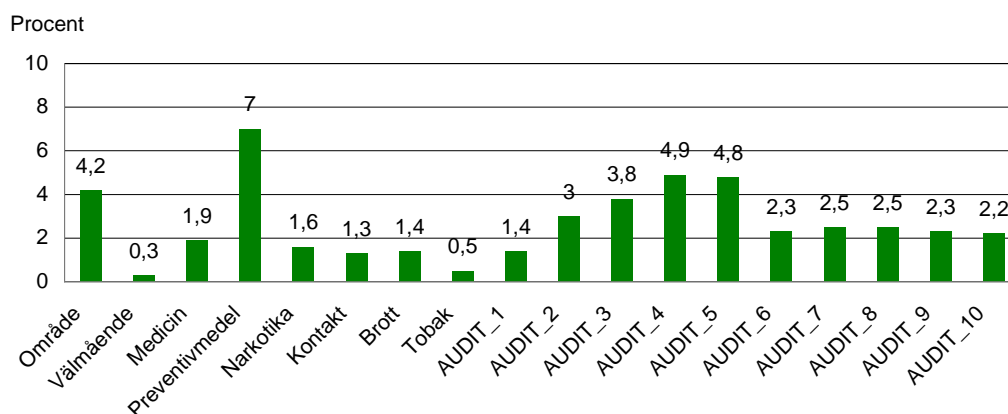
#### 8.1.1 Datainsamling

AUDIT-enkäten började delas ut i maj år 2007 och från och med september kompletterades den med ett antal livsstilsfrågor. Enkäterna delades ut till och med november 2008. Enkäterna har legat väl synliga i väntrummet och den personal som tog emot i dörren skulle, enligt projektets rutiner, erbjuda ungdomen att fylla i enkäten. Totalt antal ifyllda AUDIT-formulär är 794 varav 568 personer även har fyllt i livsstilsenkäten. Det totala antalet enkätvar utgjordes av 579 flickor och 209 pojkar.

#### 8.1.2 Bortfall

Den 1 maj 2008 bytte landstinget statistiksystem för registrering av ungdomsmottagningarnas besökare vilket projektledarna inte fick information om. Detta har inneburit att statistiken för antal nybesök från och med maj 2007 till och med april 2008 inte längre fanns tillgänglig när enkäterna skulle sammanställas, därför har analys av det totala bortfallet inte kunnat göras.

**Diagram 1. Procentuellt svarsbortfall utifrån samtliga enkätfrågor.**



Alla ungdomar har inte besvarat alla frågor i enkäten vilket ger ett medelvärde på 2,7 procent i internt bortfall. Störst bortfall (7 procent) utgjorde frågan om preventivmedelsanvändning och därefter AUDIT-frågorna 4 och 5 *Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat? Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack.*

<sup>36</sup> SPSS, Statistical Package for the Social Sciences, är ett databehandlingsprogram som används inom samhällsvetenskaplig forskning för registrering och analys av insamlad data.

### 8.1.3 Svagheter i datainsamlingen

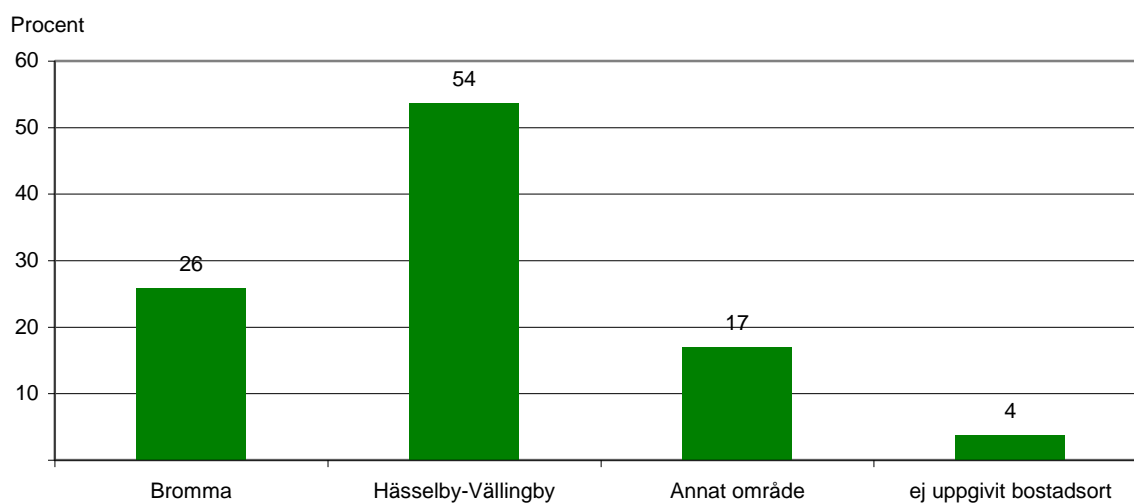
När personalen varit upptagen av besök har de inte kunnat ta emot i dörren och erbjuda enkäten till nybesöken. Detta kan ge ett visst bortfall av ungdomar, såvida de inte på eget initiativ tagit en enkät och fyllt i den. Detta har, enligt personalen, med stor sannolikhet oftast inträffat på drop-in-tiderna då det för det mesta varit överfullt.

De flesta nybesök sker till barnmorskorna som då har ett inskrivningssamtal och samtidigt frågar om ungdomen fyllt i ett AUDIT-formulär. Om ungdomen vid ett senare tillfälle besöker en kurator så räknas de som återbesök. Däremot kan nybesöken hos kurator eventuellt ha fyllt i enkäten två gånger, eftersom dessa registreras som nybesök när de vid ett senare tillfälle besöker barnmorska eller läkare trots att de tidigare varit hos kuratorn. Enligt de projektanställda rör det sig i så fall om ett fåtal. Förhoppningsvis har ungdomen själv i så fall påtalat att de redan fyllt i enkäten vid kuratorsbesöket. De enkätsvar som ligger till grund för nedanstående resultatredovisning får därför anses som representativa för ungdomsmottagningens besökare.

### 8.1.4 Bakgrundsdata

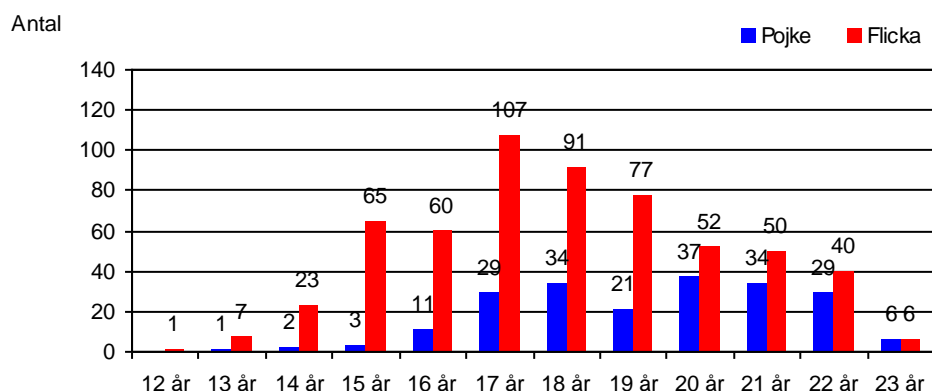
Resultaten presenteras nedan i diagramform tillsammans med kommentarer. Det bör uppmärksammas att antal pojkar som svarat är betydligt lägre än antalet flickor. Vidare utgör vissa åldergrupper bland pojkarna endast ett fåtal individer, detta för med sig att resultaten för dessa grupper inte kan betraktas som representativa.

**Diagram 2. Procentuell fördelning utifrån bostadsområde (N=552)**



Besökare från Hässelby-Vällingby utgör den största gruppen besökare. Även gruppen som kommer från annat område utgör en relativt stor andel.

**Diagram 3. Antal svaranden uppdelat på ålder och kön (N=794)**

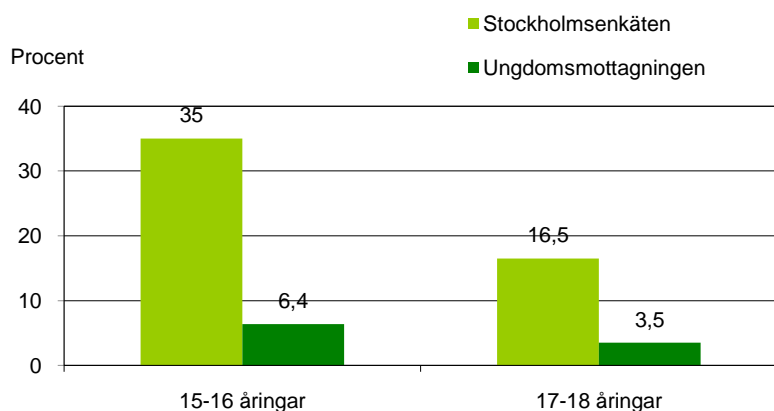


Flest besökare är flickor i åldersspannet 17-19 år, pojkarna är i genomsnitt äldre när de första gången besöker mottagningen.

### 8.1.5 Resultatredovisning

Några av nedanstående diagram innehåller jämförelser mellan ungdomsmottagningens besökare och ungdomar i normalpopulationen utifrån två andra studier.<sup>37</sup>

**Diagram 4. Andel som inte dricker, enligt AUDIT på ungdomsmottagningen (N=794) i jämförelse med Stockholmsenkäten år 9 (N=5682) åk 2 (N=4787)**

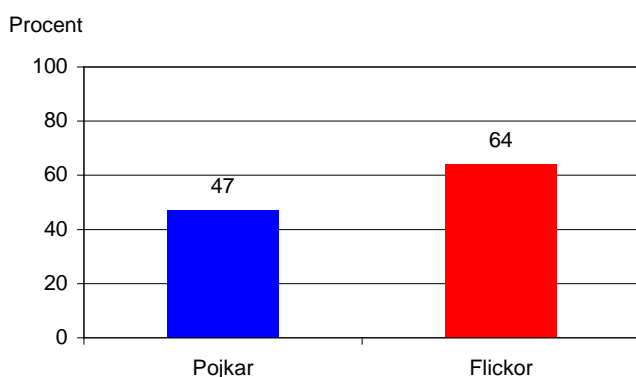


Resultatet visar att besökarna på ungdomsmottagningen är en riskgrupp och då speciellt de yngre ungdomarna. Väldigt få av besökarna på ungdomsmottagningen uppger att de inte dricker alkohol till skillnad mot ungdomar i normalpopulationen.

<sup>37</sup> Stockholmsenkäten år 9 och gymnasiets åk 2 (2008) i Stockholms stad, Källmén et.al., *Alkohol habits in Sweden during 1997-2005 measure with the AUDIT*, (2007)

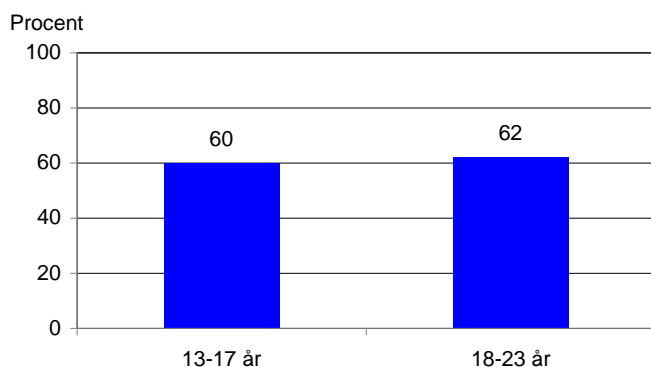


**Diagram 5. Procentuell andel riskkonsumenter enligt AUDIT uppdelat på kön (N=781)**



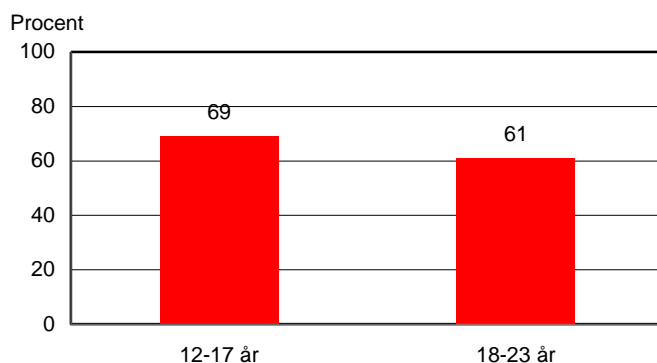
Av samtliga svarande har drygt hälften av flickorna en riskkonsumtion enligt AUDIT (6 poäng eller mer) och knappt hälften av pojkarna (8 poäng eller mer).

**Diagram 6. Procentuell andel pojkar med riskkonsumtion enligt AUDIT uppdelat på ålder (N=206)**



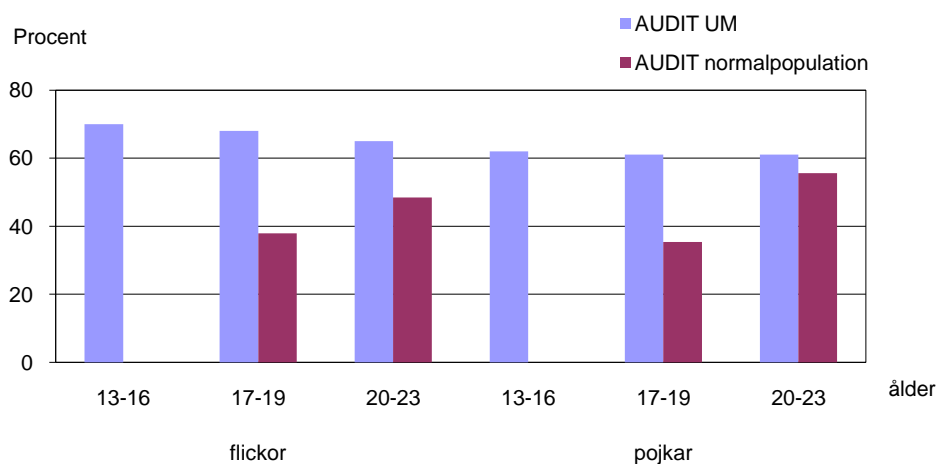
Pojkar med riskkonsumtion uppdelat efter ålder visar inga påtagliga skillnader.

**Diagram 7. Procentuell andel flickor med riskkonsumtion enligt AUDIT uppdelat på ålder (N=575)**



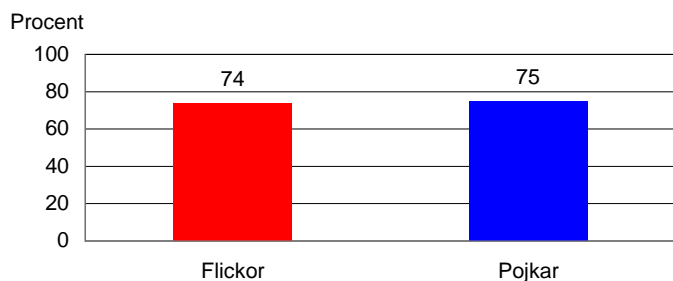
Även vad gäller flickor med riskkonsumtion är skillnaden mellan den äldre och yngre gruppen inte så stor. Dock bör noteras att den största gruppen riskkonsumenter återfinns bland minderåriga vilket gör dessa till en mer riskutsatt grupp än de äldre.

**Diagram 8. Procentuell andel riskkonsumenter enligt AUDIT på ungdomsmottagningen (N=781) i jämförelse med en normalpopulation i studien Alkohol habits in Sweden during 1997-2005 measure with the AUDIT (N=96)**



Riskkonsumtionen är betydligt högre hos ungdomsmottagningens besökare i den yngre åldersgruppen i jämförelse med normalpopulationen.<sup>38</sup> Jämförelsetal för gruppen 13-16 år i normalpopulationen finns inte att tillgå.

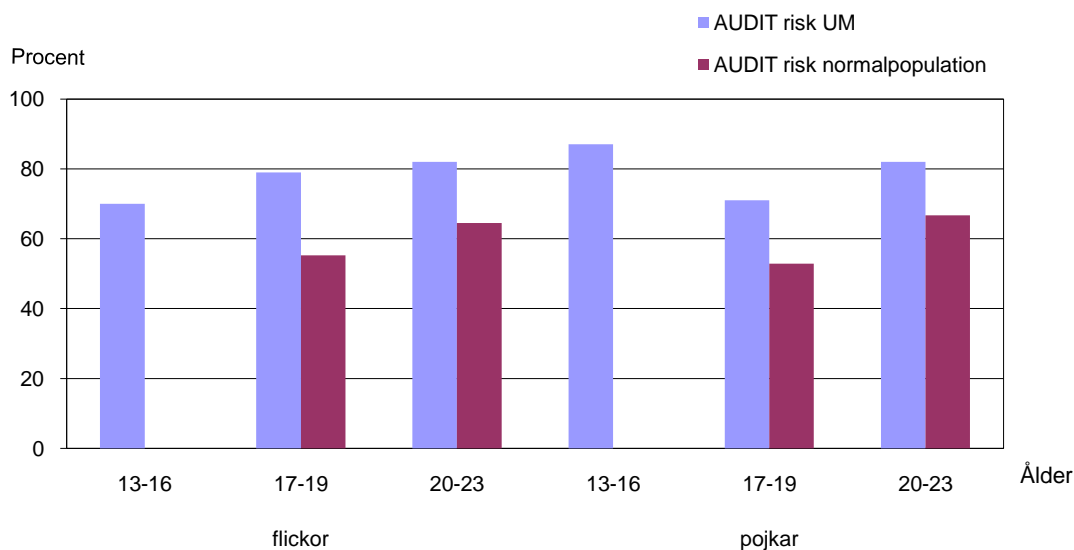
**Diagram 9. Procentuell andel riskkonsumenter enligt AUDIT C (N=712)**



AUDIT-C utgörs av de tre första frågorna i enkäten, de så kallade konsumtionsfrågorna och har gränsvärdena 4 poäng för flickor respektive 5 poäng för pojkar. Enligt tabellen ovan är det 74 procent av flickorna och 75 procent av pojkarna som enligt AUDIT-C har en riskkonsumtion. Resultatet visar att de flesta av besökarna har en riskkonsumtion men har lägre poäng på beroendefrågorna (4-6) och frågorna om negativa konsekvenser (7-10) vilket förklarar den lägre procentsatsen där samtliga AUDIT-frågor beaktats (diagram 5). En förklaring kan vara att dessa unga inte ännu hunnit uppleva ett beroende eller tillräckligt negativa konsekvenser.

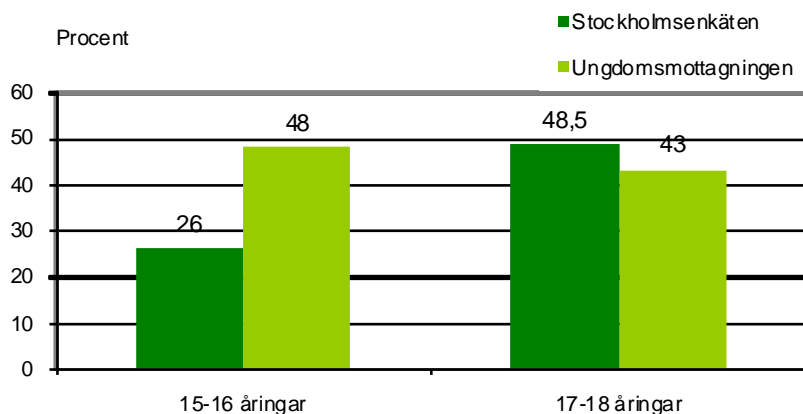
<sup>38</sup> Källmén, *Alkohol habits in Sweden during 1997-2005 measure with the AUDIT*, (2007)

**Diagram 10. Procentuell andel riskkonsumenter enligt AUDIT C på ungdomsmottagningen (N=712) i jämförelse med en normalpopulation i studien Alcohol habits in Sweden during 1997-2005 measure with the AUDIT (N=96)**



Diagrammet visar att ungdomsmottagningens besökare i högre grad har en riskkonsumtion än ungdomar i normalpopulationen<sup>39</sup> enligt AUDIT C. Det bör noteras att procentsatsen för de yngre ungdomarna är förhållandevis hög. Det finns inte jämförande data från den risktäckande undersökningen i denna åldersgrupp.

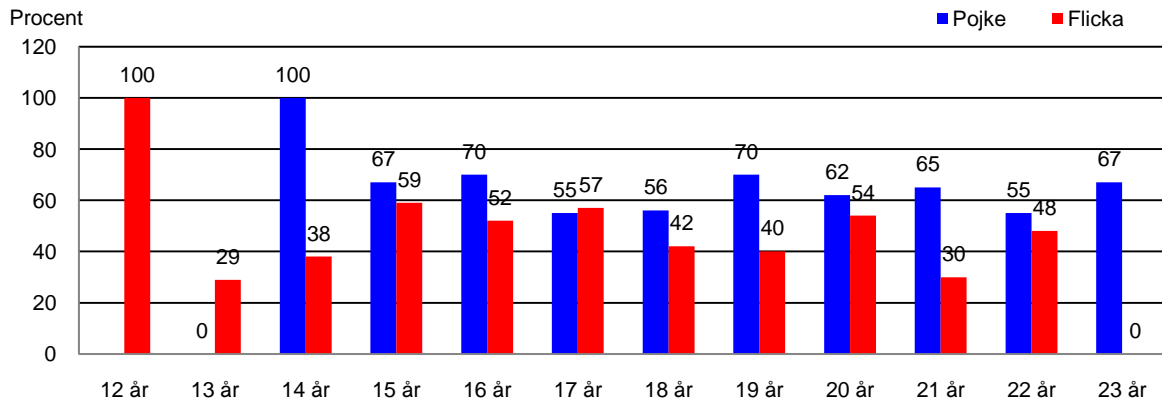
**Diagram 11. Procentuell andel som storkonsumerar alkohol (minst 18 cl sprit) en gång i månaden eller oftare uppdelat på ålder enligt AUDIT på ungdomsmottagningen (N=788) i jämförelse med Stockholmsenkäten år 9 (N=5682) åk 2 (N=4787)**



En jämförelse mellan besökarna på ungdomsmottagningen och ungdomar i normalpopulationen visar på stor skillnad i den yngre åldersgruppen där nästan dubbelt så många av ungdomsmottagningens besökare är storkonsumenter. När det gäller de äldre ungdomarna är andelen intensivkonsumenter något högre i normalpopulationen.

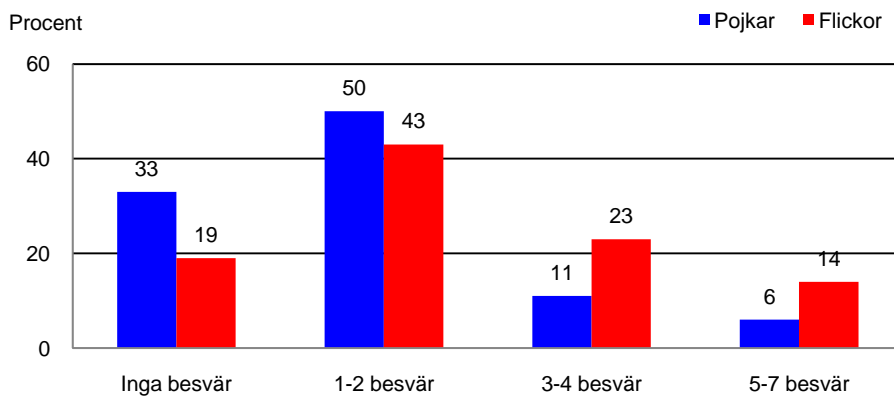
<sup>39</sup> Källmén, *Alcohol habits in Sweden during 1997-2005 measure with the AUDIT*, (2007)

**Diagram 12. Procentuell andel riskkonsumenter enligt AUDIT uppdelat på kön inom alla åldrar (N=781)**



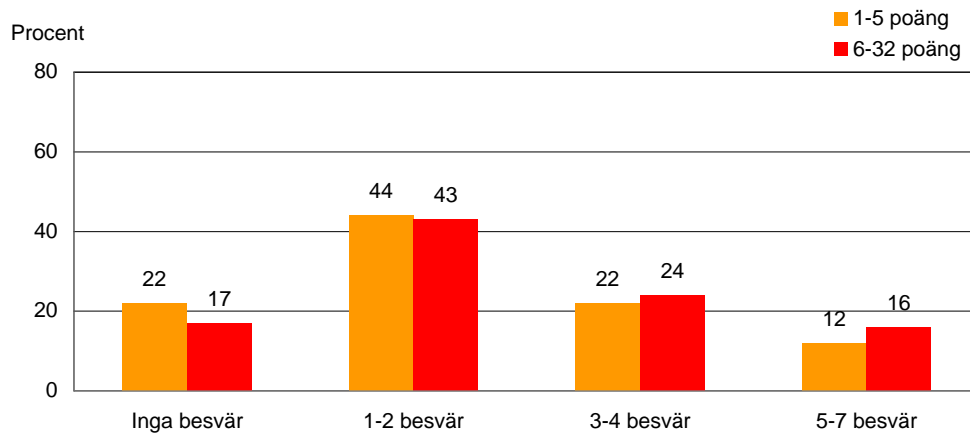
Pojkar har i något högre utsträckning en riskkonsumtion än flickor, störst är skillnaden i gruppen 14 år. Detta kanske kan förklaras med att pojkarna i de yngre åldrarna är väldigt få. Flickor 12 år utgörs endast av en individ.

**Diagram 13. Procentuell andel psykiska/fysiska besvär enligt livsstilsenkäten de senaste tolv månaderna uppdelat på kön och antal besvär enligt livsstilsenkäten (N=569)**



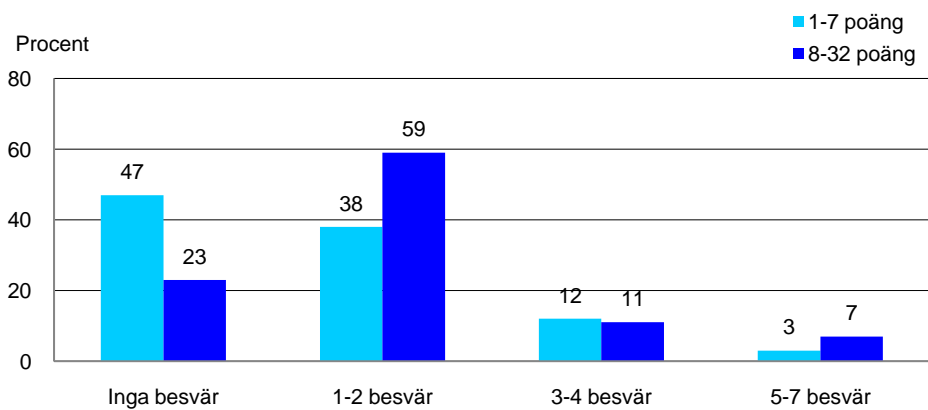
Följande frågor ingår: allmän trötthet, sömnbesvär, nervösa besvär (oro, ångest, ångslan), depression/djup nedstämdhet, överansträngning, magont/magvärk, huvudvärk/migrän. Flickorna uppger i högre utsträckning att de haft besvär, dock utgör pojkarna en något större andel i den största gruppen 1-2 besvär.

**Diagram 14. Procentuell andel flickor med- och utan riskkonsumtion enligt AUDIT uppdelat på antal psykiska/fysiska besvär enligt livsstilsenkäten (N=406)**



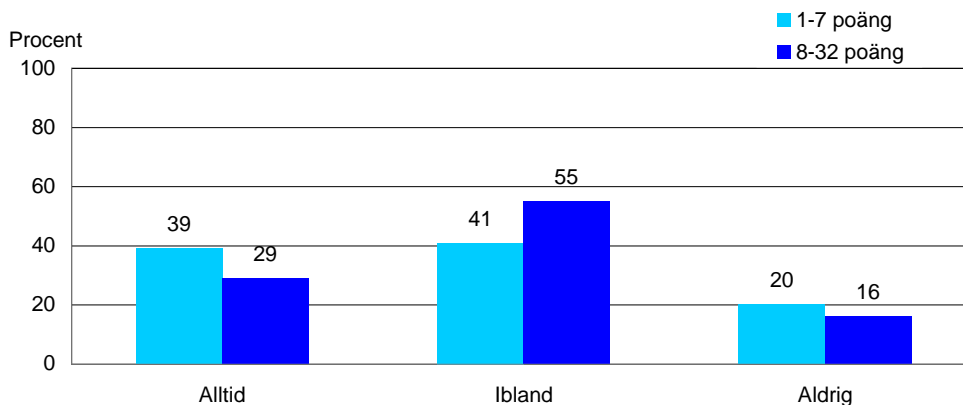
Flickor med riskkonsumtion uppger i något högre utsträckning 3-4 och 5-7 psykiska eller fysiska besvär.

**Diagram 15. Procentuell andel pojkar med- och utan riskkonsumtion enligt AUDIT uppdelat på antal psykiska/fysiska besvär enligt livsstilsenkäten (N=163)**



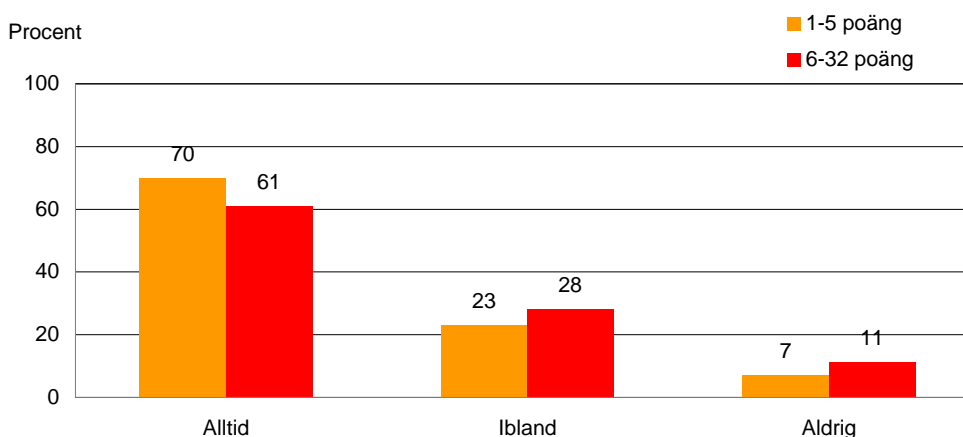
Vad gäller pojkarna är det betydligt fler av dem som *inte* riskkonsumerar som uppger ”inga besvär” medan de med riskkonsumtion i högre utsträckning uppger 1-2 samt 5-7 besvär.

**Diagram 16. Procentuell andel pojkar med- och utan riskkonsumtion enligt AUDIT uppdelat på frekvens av preventivmedelsanvändning enligt livsstilsenkäten (N=147)**



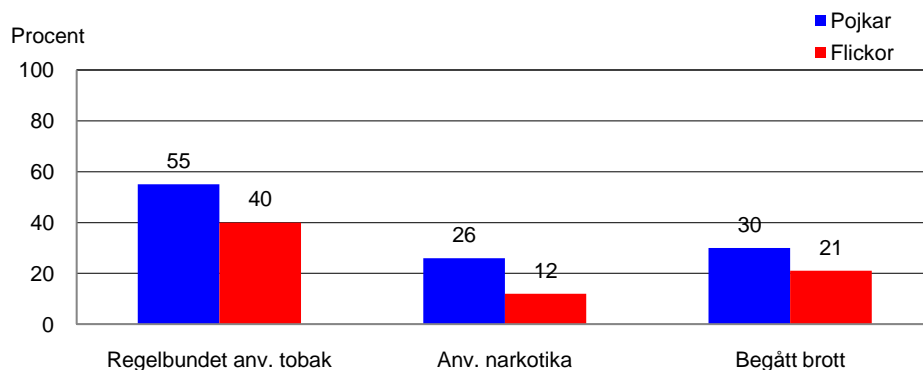
Färre av de med riskkonsumtion uppger att de *alltid* eller *aldrig* använder preventivmedel men fler har angett *ibland*. En förklaring kan vara att de som inte har en riskkonsumtion i högre utsträckning har stadigvarande sällskap och därmed använder preventivmedel i högre utsträckning. Däremot kan vi inte ge någon förklaring till att fler utan riskkonsumtion uppger att de aldrig använder preventivmedel.

**Diagram 17. Procentuell andel flickor med- och utan riskkonsumtion enligt AUDIT uppdelat på frekvens av preventivmedelsanvändning enligt livsstilsenkäten (N=380)**



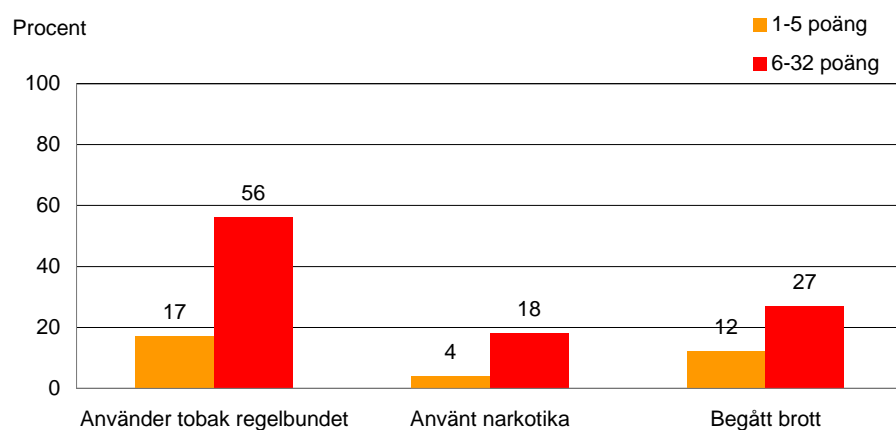
När det gäller flickor och preventivmedelsanvändning ser vi att de med riskkonsumtion i högre utsträckning *inte* använder preventivmedel vilket understryker vikten av att koppla ihop alkoholkonsumtion och sexuellt risktagande.

**Diagram 18. Procentuell andel av alla svaranden som använder tobak regelbundet, använt narkotika under det senaste året och har begått något brott under det senaste året enligt livsstilsenkäten (N=568)**



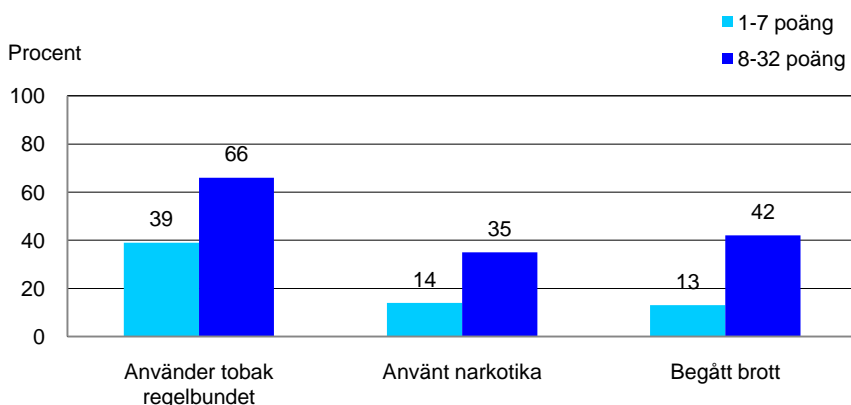
Pojkar har i högre utsträckning än flickor använt tobak och narkotika samt begått något brott.

**Diagram 19. Procentuell andel flickor som använder tobak regelbundet, använt narkotika under det senaste året och har begått något brott under det senaste året enligt livsstilsenkäten (N=405)**



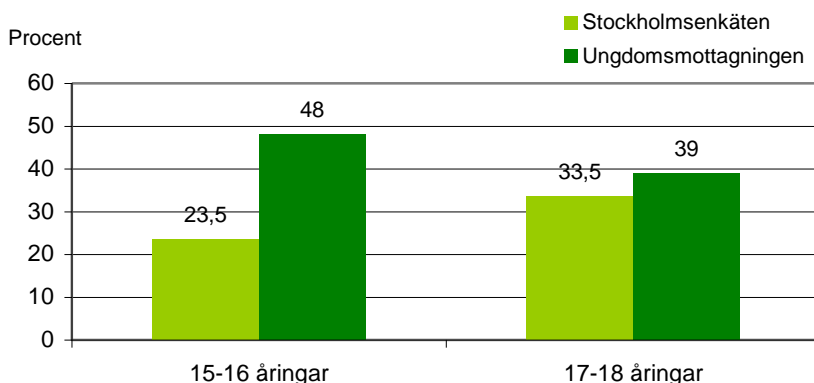
Diagrammet visar avsevärda skillnader mellan hög- och lågriskkonsumenter bland flickor beträffande användning av såväl tobak som narkotika samt ha begått något brott det senaste året.

**Diagram 20. Procentuell andel pojkar som använder tobak regelbundet, använt narkotika under det senaste året och har begått något brott under det senaste året enligt livsstilsenkäten (N=163)**



Även när det gäller pojkar så visar tabellen att de som har höga poäng på AUDIT också i större utsträckning använder tobak, har prövat narkotika samt begått något brott under det senaste året.

**Diagram 21. Andel rökare enligt livsstilsenkäten på ungdomsmottagningen (N=568) i jämförelse med Stockholmsenkäten år 9 (N=5793) åk 2 (N=4851)**



Ungdomarna som besöker ungdomsmottagningen är i högre utsträckning rökare än ungdomar i normalpopulationen. Bland de i år 9 är det dubbelt så många som uppger att de röker dagligen eller ibland.

### Övrigt

Att använda AUDIT på yngre ungdomar har mött viss kritik utifrån formuleringen i fråga 10 ”Har en släkting eller vän, läkare (eller annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?”. Kritikerna menar att eftersom minderåriga inte ska dricka alkohol finns det i princip alltid föräldrar och/eller andra vuxna som uttrycker sin oro över den unges alkoholkonsumtion. Detta skulle kunna medföra att fråga 10 höjer totalpoängen för de flesta och att resultatet då blir missvisande vad gäller antal med riskbruk. Utifrån denna kritik valde vi att titta på om resultatet förändras om man utesluter fråga 10. Det visade sig att skillnaden endast blev marginell (några få procentenheter) beträffande minskning av riskbruk. Vår slutsats är därför att denna fråga inte påverkat resultatet i denna studie.



Analysen visar också att höga AUDIT-poäng har samband med att: *vara man, ha symptom på allmän trötthet, känna depression/nedstämdhet, vara rökare samt att själv eller partnern har använt preventivmedel.*<sup>40</sup>

## 8.2 Redovisning av intervjuer

Sammanställningen av intervjuerna är gjord av Ingrid Siegel projektanställd i Bromma stadsdelsförvaltning.

### 8.2.1 Telefonenkät

Av de 198 ungdomar, som gett sitt samtycke till att bli kontaktade, har endast hälften gått att nå. Av de ungdomar som inte nåddes gjordes två till tre uppringningsförsök, dock lämnades inget röstmeddelande. En del telefonnummer stämde inte då det var länge sedan ungdomen fyllde i enkäten, det kunde röra sig om upp till 1,5 år tillbaka i tiden. Vissa hade endast lämnat sin adress och gick därför inte att nå per telefon. De ungdomar som svarade var ofta i skolan eller på arbetet då de blev uppringda, men de flesta gav sig ändå tid att besvara frågorna och var välvilligt inställda. Bland de ungdomar som gav sitt samtycke fanns ett fåtal som hade mycket höga poäng (20), men ingen av dessa svarade när de blev uppringda. Av samtliga ungdomar som fyllt i enkäten, var det bara några få av de med mycket höga poäng som lämnat samtycke till att bli kontaktade.

Av samtliga ungdomar som lämnat sitt medgivande fördelades AUDIT-poängen enligt följande:

- 30 procent hade under 6 p, vilket motsvarar gränsvärdet för kvinnor
- 20 procent hade 6 p
- 50 procent hade över 6 p
- 19 procent hade mer än 8 p, vilket motsvarar gränsvärdet för män

### Redovisning av telefonintervjuerna

Merparten av ungdomarna tyckte inte att det var något problem att fylla i enkäten, nästan alla skattade över 5 på skalan 0-10, många skattade 9-10 och endast en skattade 1 (se sidan 12).

Ungdomarna tyckte i allmänhet att det kändes bra att fylla i AUDIT-formuläret, de anser att de får svar ”svart på vitt” om hur det ser ut med just deras alkoholkonsumtion och om de ligger i riskzon. Någon tyckte också att det är – ”*bra för samhället att ni känner till hur ungdomar dricker, det är bra att samhället gör något*”. Nästan alla ungdomar svarade att – ”*det är bra med enkäten för dem som har alkoholproblem*”. Knappt någon av dem som svarade på enkäten tyckte att just de hade problem även om de låg över gränsvärdet.

Flertalet ungdomar tyckte det skulle vara bra att bli kontaktade om de hade allvarliga alkoholproblem. De var positivt inställda till att bli kontaktade via brev eller telefonsamtal. Merparten svarande hade inte blivit kontaktade av någon kurator då de inte hade så höga poäng. Ganska många hade fyllt i enkäten tillsammans med en kurator eller barnmorska på ungdomsmottagningen. Flertalet hade förändrat sitt dryckesmönster sedan de fyllde i enkäten. Just enkäten hade inte bidragit till förändringen, säger de själva, utan snarare deras förändrade livssituation, de hade börjat på gymnasiet eller börjat arbeta. De hade gått över i vuxenlivet

---

<sup>40</sup> Håkan Källmén, STAD, (2009)

och blivit mer ansvarsfulla. Man kan säga att ungdomarna över lag är positivt inställda till att fylla i enkäter, de är vana vid det och upplever det inte som speciellt jobbigt. Däremot kan vi inte uttala oss om vad de ungdomar med mycket höga poäng tycker, då de inte gett sitt samtycke till att bli uppringda.

Några citat från ungdomarna:

- *”Jag fick perspektiv på mitt drickande”*
- *”Jag har inget att dölja”*
- *”Bra frågor i AUDIT”*
- *”Om jag haft problem, hade jag velat bli uppringd”*
- *”Jättebra att ni kollar ungdomar”*
- *”Får en objektiv syn på drickandet om man inte är medveten om sina alkoholvanor”*
- *”Man kan vara ärlig – ni är inte föräldrar”*
- *”Brydde mig inte så mycket” (en med höga poäng)*
- *”Gillar inte att folk lägger sig i”*
- *”Nybliven pappa – dricker inte alls längre”*
- *”Obehagligt om man har alkoholproblem”*
- *”Tankeställare varje helg – tänker på att jag dricker alkohol”*
- *”Har bytt tjej som har andra alkoholvanor”*
- *”Viktigt att avhålla sig för kroppens skull – men måste ha roligt då och då”*
- *”Om WHO`s gränsvärden gäller så dricker nästan alla ungdomar för mycket alkohol”*
- *”Svårt att räkna glas – inte anpassat till en stor stark”*
- *”Jag dricker mer än jag tror”*
- *Jag fick en tankeställare, svart på vitt, tänkte; oj det var lite mycket, det ledde till förändring”*
- *”Det var en tankeställare – väckarklocka, jag har minskat drickandet”*

## **Reflektioner**

Vår tanke var att ungdomar med riskkonsumtion troligen tycker det kan vara jobbigt att svara på frågor om sin alkoholkonsumtion. Förmodligen är de medvetna om att de överkonsumerar alkohol. En del av dem har säkerligen problem som är relaterade till deras höga alkoholkonsumtion. Frågan är hur dessa ungdomar kan nås. Det verkar ändå finnas en medvetenhet hos de flesta ungdomar om sina egna dryckesvanor, de verkar veta om de dricker för mycket.

### **8.2.2 Fokusgruppsintervju**

Redovisningen av intervjun består av en sammanfattning av det inspelade bandet och redovisas därför inte ordagrant. De två ungdomar som intervjuades var en kvinna och man, båda 23 år. Dessa två representerar unga vuxna som har en etablerad tillvaro med regelbundna levnadsvanor, studerar på högskola och har ett välordnat boende.

#### **Redovisning av intervjun**

*I media framställs det ofta att ungdomar dricker mycket, det skrivs till exempel att yngre ungdomar hamnar på Maria ungdom för alkoholförgiftning. Vad tycker ni om samhällets syn på ungdomars alkoholkonsumtion?*

#### **Kvinna:**

Jag tror att det är mycket mer vuxna som dricker och att det är värre. Men det är inte så intressant att skriva om vuxna som dricker. Jag tycker inte det är en så rättvis bild, men de yngre bryter mot lagen. Svenskar är ute och super. Det dricks mycket bland kompisar det

stämmer. Det är svårare i en liten stad som Borlänge för äldre att sälja till ungdomar – den sociala kontrollen är större. Skulle mammorna få reda på det skulle de agera, i en storstad är det lättare. Man länsar mer föräldrarnas spritskåp – turas om att fixa sprit.

**Man:**

Alla åldersgrupper dricker, tror att det är fler 50-åringar än ungdomar. Jag vet inte riktigt vad som är mycket, det är väl om man hamnar på Maria ungdom. De som hamnar där brukar blanda alkohol och annat. I varje klass finns det alltid någon som tar lite tyngre saker. Ofta finns det någon äldre som bjuder på hembränt – då vill man testa det. Det är lätt att få tag på billig alkohol – allt kommer ju nästan från Tyskland. Det är många ungdomar mellan 20-25 som köper in alkoholen i Tyskland och säljer den vidare till ungdomar, tjänar pengar på mellanskillnaden.

Intervjuaren informerade lite om drogvaneundersökningarna eftersom ungdomarna inte ansåg att media ger en korrekt bild av ungdomars alkoholvanor. Men ungdomarna tyckte ändå att medias bild är överdriven.

*Vad är hög alkoholkonsumtion för er när man går ut och dricker en kväll?*

**Man:**

Jag och mina kompisar vi dricker mycket öl, man har förfest innan för det är dyrt att dricka på krogen. Men man får inte vara för full för då kommer man inte in.

**Kvinna:**

Jag dricker mycket. Jag går på högskolan och vi har middagar på skolan, behöver inte gå ut på krogen. Vi dricker rätt rejält, nubbe, vin, punsch under en sittning. Jag och mina kompisar blir inte så fulla, man ökar toleransen. Det dricks nog ganska mycket i och med att det är kompisar som ordnar festen och det är ingen risk att man inte blir insläppt på vår krog. Vi börjar vid 17-tiden och går hem vid 24-tiden och man går på skolan dagen efter. Det är säkert hälften som har leverskador. Under insparken som kan pågå 3-4 veckor dricker studenterna nästan varje dag.

*Om ni har en kompis som dricker för mycket, hur mycket dricker denne på en kväll? Sex öl är det mycket på en kväll?*

**Man:**

Om man dricker varje dag är det för mycket. Sex öl är inte mycket. 12 burkar starköl på en kväll är inte mycket.

**Kvinna:**

6 starköl är inte mycket. Min sambo var på fest i lördags och då hade han 5 burkar starköl som ”förkör” på tre timmar och drack 12 öl på en hel kväll.

*Var ska man jobba med förebyggande åtgärder – vilken arena i samhället kan man nå ungdomarna?*

**Kvinna:**

Det bästa är föräldrarna. För det här ska du inte göra, du kan alltid komma hem, drick inte HB (hembränt) Jag har alltid haft en öppen kommunikation hemma – pappa köpte ut innan jag fyllde 18 för då visste han vad jag drack. Jag tyckte att det var jättebra. De hämtade hem mig klockan nio en gång då jag var jättefull – de sa ingenting men jag skämdes över mig själv. Det är den bästa alkoholuppfostran man kan få – inte någon som skäller utan någon som förstår. Man måste få testa lite, det är bra att föräldrarna inte hela tiden säger -gör inte si eller så. För vill jag prova något, även om jag vet att levern kan skrupna, så gör jag det. Det viktiga är att veta vart man vänder sig och har sina kompisar om/när man mår dåligt.

**Man:**

Jag har växt upp med min mamma, pappa avled när jag var 7 år, jag har inte haft någon manlig förebild. Mamma har sagt - du får bestämma själv men du kommer att skämma ut dig om du dricker för mycket.

**Kvinna:**

Det blir ju lite avdramatiserat då, än om föräldrarna kommer med en massa pekpinnar och restriktioner. Hade jag blivit full första gången på krogen kanske jag inte ens tagit mig hem. Första gången vet man inte vad man tål, det är bättre att prova hemma i lugnet med en kompis där du kan gå och lägga dig om det spårar ur.

*Hur ska man nå de här ungdomarna som dricker mycket och som riskerar att råka ut för väldigt illa ut och som inte har några kompisar? Hur ska man göra från samhällets sida så att de här ungdomarna inte far illa?*

**Kvinna:**

Man kan kanske ha en annan vuxen, en tränare som förebild. Vill man prova så gör man det ändå. Man kan inte säga till en ungdom att den ska dricka mindre. Om någon dricker för mycket exempelvis 12 starköl måste man ta reda på varför den gör det. Jag dricker mycket ibland för att jag vill belöna mig själv "partaja" och släppa loss med mina kompisar. En del kanske dricker för att de har dåligt självförtroende, ska vara ball, cool eller dylikt det är viktigt att ta reda på bakomliggande orsaker. Jag tror inte att någon som dricker för mycket tror att det är ofarligt.

**Man:**

Det finns alltid en orsak bakom överkonsumtion, det är där man ska gå in och gräva lite.

*Tror ni att det skulle vara bra om ungdomsmottagningen har stresshanterings- eller avslappnings kurser för unga vuxna?*

**Kvinna:**

Jag tror inte att det är rätt ställe att ha det på. Jag tror inte att det är så många minderåriga som dricker för att de är stressade. Det kanske man gör när man är lite äldre. Man vill inte prata om sina alkoholproblem i grupp. För folk i min ålder är ungdomsmottagningen inte forumet. Då är det bättre att ha det som en lite lyxig kurs på högskolan, lär dig yoga med mera.

**Man:**

Man skäms om man dricker så mycket att man får problem. Ingen vill att folk ska veta att man har problem, det är skamligt.

*Om vi här på UM upptäcker någon som dricker för mycket, hur ska vi förhålla oss till det?*

**Kvinna:**

Om man inte går hit för att träffa en kurator tror jag inte att den personen är intresserad av att höra att man dricker för mycket. På högskolan är vi medvetna om att vi dricker ganska mycket. Det här är kanske perioden i livet som man dricker som mest. Jag hade inga problem att fylla i enkäten men det var ganska lågt gränsvärde, tror att min mamma skulle ha legat över det.

**Man:**

När jag fyllde i enkäten var det "var ärlig mot dig själv" – det är ingen annan som har frågat hur mycket jag dricker. Gränsvärdet är för lågt i enkäten. I lördags drack jag 6 flaskor starköl innan jag gick ut.

*Vilka är lämpliga att ta upp det här med alkoholvanor – läkare, sjuksköterskor, barnmorskor eller i vilka sammanhang är det lämpligt?*

**Kvinna:**

Bäst effekt har det om kända personer som till exempel Björn Gustavsson eller någon idol säger att de är nykterist än om en pappa eller läkare säger det. Man vet att de tycker så.

**Man:**

Äldre syskon kan påverka. Jag är äldst i min familj, min syster är 22 år och min bror är 20. Min syster pluggar på högskola och de festar hårt men de har inte åkt in, man vill inte skämma ut sig så att någon annan ska prata om en.

*Tycker ni att man ska ha AUDIT på UM?*

**Kvinna:**

Det kan vara bra att en barnmorska eller läkare säger att man dricker för mycket och höra sig för om ungdomen vill prata med en kurator. Personalen kanske kan göra något för vissa i alla fall. Jag skulle inte ha velat ha frågan om min alkoholkonsumtion, jag är så pass medveten. Jag tror inte det har så stor inverkan om en förälder säger att man kan få leverskador.

**Man:**

Det är bra om personalen ser om man mår dåligt och att man ligger över gränsen och frågar hur det är med alkoholen och ser hur det är. Om någon hade frågat mig så hade jag berättat hur det är, det är ingen annan som frågar förutom föräldrarna.

*Om man har en kompis eller annan närstående som dricker mycket, vad gör man då?*

**Man:** Jag har en mosters man som dricker mycket, han luktar alkohol varje dag när han går till jobbet, han har några öl i väskan men gör sina 8 timmar på jobbet. Han började dricka hembränt i hemlandet när han var 11 år. Han har familj, men säger att det är kört, han kan inte sluta dricka. Man skäms nästan för hans skull.

**Kvinna:**

Om någon i vår ålder skulle dricka för mycket skulle det gå väldigt långt innan jag skulle göra någonting.

*Om det skulle hända något när man är berusad som t ex ofrivilligt sex, graviditet, våldtäckt, våldshandling, misshandel, rån?*

**Kvinna:**

Det händer så himla ofta. Om jag skulle ta mina kompisar åt sidan som går hem med fel kille eller blir nedslagen på stan då skulle jag behöva göra det med varenda en. Det är så vanligt. Förra helgen var det en som blev nedslagen på vägen hem från skolan för att han hade frack på sig. Även om någon dricker 5 dagar i veckan skulle inte jag säga till för det händer ganska ofta, det är inget utöver det vanliga. Man betar sig ju väldigt annorlunda när man är full, man kan ju inte ha en allvarlig diskussion med alla. Om någon skulle skada sig själv då skulle jag prata med fler personer än personen själv. När jag var full en gång halkade jag och fick åka till akuten och fick sy. Hade någon pratat alkohol med mig då hade jag blivit tokig. Skulle känna sig anklagad.

**Man:**

När jag var i mitt hemland gick jag på högskola och där dricker man inte så mycket. Det har med kulturen att göra, här i Sverige är alla kalla ingen pratar med någon. Men när man dricker pratar alla med varandra.

*Våld och bråk som är alkoholrelaterat, hur tänker ni kring det?*

**Man:**

Det är vanligt, varje helg, har jag varit med om bråk när jag har druckit. Mina kompisar blir nästan alltid aggressiva när de dricker, testosteronstinna, det är alltid de som börjar bråka eller någon som försöker tränga sig eller onda blickar. Det är ett annat liv på högskolan.

Ibland går man hem med fel människor, då ångrar man sig. Jag har några tjejkompisar som har tagit med sig några killar från skolan och det har inte gått så bra, då vill man inte gå tillbaks dit och träffa dem igen. Om man går på krogen och det inte går så bra, behöver jag inte träffa dem igen. Man skulle kunna höja skatten och ha bättre gränskontroller.

**Kvinna:**

Jag bråkar med min pojkvän när jag är full, men det är sällan det blir handgemäng. Om man inte kommer från Stockholm är det viktigare att gå på puben för alla andra är där. Kommer man från Stockholm har man andra kompisar också och då blir studentlivet inte lika viktigt. Jag skulle må väldigt mycket sämre om jag gick hem med en kille jag träffat på krogen än någon på skolan. Då är det oftast någon annan som känner honom och vet att det är en schysst kille. En av anledningarna till att man dricker alkohol är att personligheten förändras, man vågar kanske dansa om man är blyg, man kan slappna av lite och släppa loss. Jag tror inte ungas alkoholkonsumtion kommer att ändras om inte någonting händer, det är inte de ungas fel, det måste vara något fel i Sverige. Man ska inte behöva säga till alla ungdomar att de inte ska dricka, det är inte lösningen. Man skulle kunna påverka med skatterna och ha kvar monopolet för sprit, men då skulle väl smuggelimporten öka. Men det är bra som det är utomlands att vin och öl kan köpas i butiker och att alkohol finns med i alla sammanhang. Det är lättare att säga du får inte hålla på med droger för det gör inte de flesta. Men att säga: ”*Du får inte dricka vin*” när de själva gör det. Skillnaden i åldersgräns är inte klok, man får suppa sig redlös på krogen men inte köpa hem och sitta hemma och dricka.

**Reflektioner**

Det som är slående är att både kvinnan och mannen har en mycket frikostig och liberal syn på alkoholkonsumtion. De dricker mycket även om de ska studera dagen därpå. Deras syn på våld i samband med alkoholkonsumtion är oroväckande, våld är vanligt och det får man räkna med när man är ute och festar.

Deras förslag på hur man ska nå ut till ungdomar om risker med hög alkoholkonsumtion är genom andra vuxna som till exempel en tränare eller via kändisar som uttalar sig om att de är nykterister. Om detta är ett representativt förslag kanske man kan dra slutsatsen att det förebyggande arbetet i högre utsträckning borde ske i samarbete med goda exempel från kändisvärlden.

De intervjuade ungdomarna menar att de som överkonsumerar alkohol även har andra orsaker eller problem, men att de ändå är medvetna om det farliga i att dricka för mycket. Dock anser inte de intervjuade själva att de har ett problematiskt drickande trots att det i intervjun, enligt vår bedömning, framkommer att de verkar ha en riskabel konsumtion. En tolkning av det är att dessa ungdomar mår tämligen bra i sin livssituation och därigenom anser sig dricka bara för nöjes skull och därför inte ser riskerna eftersom de endast verkar koppla ihop överkonsumtion med bakomliggande orsaker eller problem.

De menar också att gränsvärdena i AUDIT är för låga, kvinnan hänvisar som referens till att hennes mamma antagligen skulle hamna över gränsvärdet på 6 poäng. Mannen säger att på ungdomsmottagningen var det första gången i hans liv som någon frågade om hans

alkoholkonsumtion. En intressant fråga är om dessa uttalanden är representativa för majoriteten av ungdomar i denna åldersgrupp?

De anser att det är bra att man ställer frågan om alkoholvanor på ungdomsmottagningen, att barnmorskorna gör det. Men de vill inte bli påtvingade ett samtal med kurator om de inte sökt hjälp för alkoholproblem. Som kvinnan uttrycker det: - ”Man är inte intresserad av att höra att man dricker för mycket”. Detta ger stöd åt att det *icke skuldbeläggande* förhållningssättet i metoden motiverande samtal förmodligen är det effektivaste sättet att nå denna målgrupp. Samtidigt kan man tolka det som att barnmorskorna är de som har mandat från ungdomarna att ta upp alkoholfrågor. Detta anser vi stödjer initiativet från Riskbruksprojektet i Stockholms län att nu erbjuda personalen på länets ungdomsmottagningar utbildning i motiverande samtal och AUDIT.

De intervjuade menar att det ska gå ganska långt innan man reagerar och pratar eller påpekar för en kompis att denne dricker för mycket, de vill inte lägga sig i. Kan det vara ett symptom på att ”allas ansvar är ingens ansvar”? Det väcker frågan om skillnaden mellan att *bry sig om* och att *lägga sig i*, vilket är intressant att diskutera utifrån ett sociokulturellt perspektiv.

Ungdomarna som intervjuades hade inget direkt förslag på någon lösning på riskbruk bland ungdomar, men de nämner skatter och monopol på spritdrycker samt bättre gränskontroller som eventuella begränsningar. Men påpekar samtidigt att den illegala spritimporten då troligen skulle öka. De menar att det är bättre i länder där man kan köpa alkohol i butikerna, det blir mindre laddat då, i dessa länder har man en mer avslappnad relation till alkohol. Dessa ungdomar har en ambivalent hållning till det som forskningen anser vara de effektivaste åtgärderna nämligen; skatter, monopol och åldersgräns.

## 9. MÅLUPPFYLLELSE

### 9.1 Projektmål - hinder - positiva erfarenheter

#### 9.1.1 Har målen uppnåtts?

Det har inte varit något problem att få ungdomarna att fylla i enkäten, det har gett oss en god bild av alkoholvanorna hos de ungdomar som besöker ungdomsmottagningen. Om vi uppfyllt målet att faktiskt förebygga/minska riskbruk, narkotikamissbruk och psykisk ohälsa kan vi inte svara på. Dels har det inte varit möjligt att mäta inom ramen för projektet och dels har tids- och personalbrist gjort att tillfällena till motiverande samtal blivit reducerat. Vi antar dock, utifrån forskning inom primärvården att just det att fylla i en enkät och fundera över sina alkoholvanor kan ge en tankeställare och eventuellt på sikt motivera vederbörande att dricka ”mer säkert”.

Några i personalen närvarade inte fullt ut på utbildningen i motiverande samtal av anledningar som inte projektledarna hade rådighet över. Vi lyckades inte heller med att tillhandahålla det handledningstillfälle som skulle ha genomförts ungefär ett halvår efter utbildningen.

Vi har vid tre tillfällen samlat andra aktörer som möter målgruppen, vilket ha varit uppskattat. Det har gett tillfälle till diskussioner om samarbete, gemensam problembild, behov av gemensam kompetensutveckling med mera. Vidare har vi fått signaler om att det nu finns en mer utvecklad samverkan mellan ungdomsmottagningen och psykiatrin. Vad beträffar samarbetet med gymnasieskolan så har inte de projektanställda besökt skolorna som det var planerat. Detta bland annat av rädsla för att fler ungdomar än vad personalen kunde ta emot skulle söka sig till ungdomsmottagningen, dock var gymnasieskolorna representerade på alla möten med kringaktörer.

Telefon- och fokusgruppsintervjuerna genomfördes som planerat, tyvärr endast med två ungdomar i fokusgruppen. Hade vi genomfört intervjun tidigare på hösten hade vi kanske hunnit få ihop ytterligare en fokusgrupp med förhoppningsvis fler deltagare.

Remittering till beroendesköteskan har inte förekommit, enligt vad vi vet. Remittering ingick inte i projektet från början, men det fanns önskemål från cheferna för ungdomsmottagningen och beroendemottagningarna i Bromma och Hässelby-Vällingby att pröva remittering i de fall där personalen misstänkte missbruk.

#### 9.1.2 Vilka problem/hinder har man haft i projektet?

Verksamheten i projektet försenades på grund av problem med rekrytering av projektanställda. Detta fick konsekvensen att verksamheten startade i samband med en del omorganisationer, chefsbyten och mitt i planeringen av sammanslagningen av de två mottagningarna.

Projektledarnas uppfattning var att projektet hade blivit förankrat, men det visade sig att det borde ha förankrats bättre inom landstinget. Det fanns också svårigheter med att styra upp projektet i början och informera alla parter då personalen och ansvariga chefer inte hade tillräckligt med tid. Det var även svårt, på grund av tidsbrist, att ha kontinuerliga möten med all berörd personal vilket är speciellt viktigt i projektstarten. Vidare hade projektledarna



samtidigt ett antal andra arbetsuppgifter varvid ett stort ansvar för implementeringen av projektet vilade på de projektanställda. Projektledarna upplevde även vissa svårigheter med att de projektansvariga cheferna kom från olika verksamheter. I Hässelby-Vällingby var det enhetschefen för kuratorerna på ungdomsmottagningen medan det i Bromma var enhetschefen för fritidsenheten. Dessutom byttes enhetschefen för fritiden i Bromma ut under projekttiden. Dessa förutsättningar försvårade förankringen av den löpande arbetet inom projektet.

Projektledarna erfar att utbildningen i metoden motiverande samtal endast är en grundutbildning och att det tar tid att utveckla kompetens i att använda metoden på rätt sätt. Tyvärr genomfördes inte det handledningstillfälle som skulle ha skett under hösten 2007 vilket endast kan förklaras av tidsbrist hos projektledarna. Det är inte heller säkert att personalen hade kunnat avsätta tid för detta utifrån sin pressade arbetssituation. Erfarenheten har dock visat att kontinuerlig handledning i metoden nog är nödvändig, speciellt om personalen inte har någon tidigare utbildning i att arbeta KBT-baserat (Kognitiv Beteendeterapi). Projektledarna hade, våren 2007, tillsammans med de projektanställda utarbetat rutiner för kollegial handledning vilka var tänkta att praktiseras inom mottagningen för att bibehålla kvalitet och samsyn kring samtalens genomförande. Detta har dock inte förekommit, orsaken till det är oklar men troligtvis är tidsbrist en av orsakerna.

När den gemensamma ungdomsmottagningen startade var den, enligt personalen, redan från början underbemannad.<sup>41</sup> Mottagningen hade vid tillfället Stockholms läns största ungdomsunderlag, cirka 17 000. Personalen hade uppfattat att mottagningen skulle få tillräckligt med personal vid sammanslagningen för att kunna möta tillströmningen av ungdomar.

Först efter det att mottagningen funnits en tid hittade ungdomarna dit från båda områdena, dock har besöksfrekvensen från Bromma varit betydligt lägre än från Hässelby-Vällingby. Ungdomar är flexibla och går till den mottagning som är geografiskt närmast deras hem, skola eller arbetsplats, detta märks i statistiken som visar att 17 procent kommer från annat område.

Man har velat satsa på stor tillgänglighet och har därför haft så kallad drop-in-mottagning varje dag. Tillströmningen av ungdomar har varit så stor att personalen ofta varit tvungna att stänga drop-in-mottagningen före utsatt tid samt vissa dagar avvisa ungdomar i dörren och hänvisa till nästkommande dag eller annan mottagning, detta trots låg besöksfrekvens från Bromma. Väntetiderna för bokade besök har ibland varit flera veckor för ungdomar som kommer akut för att testa sig för könssjukdomar, graviditet eller ”dagen-efter-piller”.

Denna situation har påverkat projektet eftersom barnmorskorna förväntades ha tid att arbeta med livsstilsenkäten och metoden motiverande samtal. Tidsbristen har också gjort att det inte varit möjligt att ytterligare marknadsföra mottagningen på gymnasieskolorna, vilket var ett av målen i projektet. Barnmorskornas tidsbrist har varit ett av de största problemen eftersom ungdomarna främst kommer för att träffa dem och inte kuratorerna. Därför var avsikten att barnmorskorna, vid inskrivningssamtalet, skulle gå igenom livsstils- och AUDIT-enkäten med ungdomen. Om poängen på AUDIT var höga skulle barnmorskan föra ett motiverande samtal kring riskbruket samt motivera ungdomen till att boka tid hos kuratorn som sedan kunde fortsätta det motiverande samtalet kring alkoholkonsumtionen. Det har dock inte varit möjligt, mer än i liten omfattning. Det har bland annat fått konsekvensen att de ungdomar som haft höga poäng och som inte uppgett namn och telefonnummer inte heller har kunnat nås. Hade

---

<sup>41</sup> Länsstyrelserapport ”*Det blev inte som vi tänkt oss, men det blev bra ändå*”, Sutorius, och Cannertoft, (2008)

personalen haft tid och möjlighet att räkna samman AUDIT-poängen och återkoppla den direkt till ungdomen i anknytning till besöket, så hade fler med riskbruk fått möjlighet att tala om sina alkoholvanor. Resurs- och tidsbrist har enligt oss varit det största hindret i implementeringen och användandet av metoderna.

### 9.1.3 Hur man tacklat problem/hinder?

Projektledarna har under hela projekttiden informerat om och diskuterat problemen med projektansvariga chefer på styrgruppsmöten, vidare har kontinuerliga diskussioner förts med de projektanställda samt övrig personal om lösningar på olika problem som uppstått.

Under projektets gång har man prövat olika sätt att nå de unga vuxna som legat i riskzonen. I början skickades brev med erbjudan om samtal hos kurator, svarsfrekvensen var minimal. Sedan provade man att ringa dem som låg i riskzonen. Ungdomarna var trevliga och en del tyckte att: ”*det var schysst att ni ringde*” - men det var få som nappade på erbjudande om samtal. En del ungdomar var förvånade över att de hade hög konsumtion, en del var medvetna om det. De flesta sa att de inte drack så mycket längre eller att de skulle resa bort, de hade även andra ursäkter till att inte vilja ha någon samtalskontakt. Med andra ord var det svårt att motivera ungdomar till ett samtal om alkohol per telefon.

Under hösten 2008 provade man att låta kuratorerna sköta inskrivningssamtalen och samtidigt erbjuda livsstils- och AUDIT-enkäten, detta gjordes i väntan på att ungdomen skulle träffa barnmorskan. Då tiden för inskrivning är begränsad har kuratorerna oftast inte hunnit med något motiverande samtal, det har endast blivit ett kort samtal där man gått igenom enkätsvaren. Mottagandet och besöken har därför, tyvärr, mer blivit enligt löpandebandsprincipen.

### 9.1.4 De projektanställdas erfarenheter

En slutsats vi drar av projektet är att unga vuxna är en grupp som är svår att motivera. De har nyligen blivit myndiga och får rent lagligt sett dricka alkohol, nyhetens behag är inte att förglömma. De erfar alkoholens positiva effekter såsom välbehag, lättare att gå ned i varv, lättare att ta sociala kontakter. Runt 18-årsåldern går de flesta i gymnasiet och det infaller med studentfestande och då dricks det hel del. På högskolan festar/dricker ungdomarna också mycket. Alkoholen förknippas med något positivt och ungdomarna känner sig vuxna. Det blir därför svårt att tala om alkoholens skadliga verkan. Ungdomar idag är ganska medvetna om alkoholens skadeverkningar men tycks inte ta det på fullt allvar. Detta kan kanske förklaras utifrån att hjärnan inte är fullt utvecklad förrän i 25-årsåldern. De har helt enkelt inte den intellektuella förmågan att se konsekvenserna av sitt drickande som en vuxen person kan. Många ungdomar dricker kanske mycket just under dessa år men minskar sedan sin konsumtion medan några ungdomar övergår från bruk till missbruk. Många ungdomar verkar dock hamna på rätt köl när deras livssituation förändras och de träder in i vuxenlivet och blir tvungna att ta mer ansvar. Ett problem är dock att vuxenlivet idag inträder betydligt senare. De flesta skaffar till exempel inte barn förrän de passerat 30 år och många bor fortfarande kvar hos föräldrarna och studerar upp till 25-30 årsåldern. Det medför att dagens unga, i högre utsträckning än tidigare, blir kvar i ett slags tonårsliv med mycket socialt umgänge och krogbesök. Detta i sin tur påverkar deras etablering av alkoholvanor, att de under lång tid har för vana att dricka stora mängder kan göra att de senare får svårt att bryta detta mönster när de bildar familj.

I de samtal som fördes med ungdomar i projektet framkom att de sällan dricker vatten under en kväll, utan de dricker nästan uteslutande alkohol hela tiden, vilket naturligtvis resulterar i

ett högt intag. Ungdomarna vill inte gärna vara annorlunda än sina kamrater. De vill kunna dricka lika mycket som kompisen. Man anses som en svikare om man inte "hänger på".

Samtal kring alkohol kan vara en ingång för att även samtala om andra problem. Alkohol och psykisk ohälsa hänger ofta ihop. Erfarenheter från vuxenpsykiatrien visar till exempel att så kallade dubbeldiagnoser, (drogproblem i samband med psykiska problem) inte är ovanligt. Unga vuxna är inget undantag, hög alkoholkonsumtion är enligt personal inom psykiatrien ett vanligt förekommande problem hos patientgruppen unga vuxna. Utifrån att hög alkoholkonsumtion kan utlösa depression kan man anta att flera av psykiatriens patienter har en missbruksproblematik i grunden.

De flesta ungdomar som besöker ungdomsmottagningen kommer för att träffa en barnmorska och inte en kurator, det är därför viktigt att barnmorskorna ges tid och möjlighet att arbeta med motiverande samtal. Vissa ungdomar medger att de kanske dricker för mycket och att det finns uppenbara faror med det, men hävdar ofta att det bara är tillfälligt och därmed inget problem. Att få ungdomar att tänka till innan problem utvecklas har varit ett av projektmålen. Ambitionen har varit att nå gruppen unga vuxna, men det framstår tydligt att ungdomsmottagningen utgör en arena att även nå de yngre ungdomarna som har en riskkonsumtion och som enligt lag överhuvudtaget inte ska ha tillgång till alkohol.

En reflektion har varit att ungdomar med riskbruk borde kunna fångas upp på ungdomsmottagningen i den stund de fyller i enkäten. Det för en tillbaka till ursprungstanken att enkäten borde fyllas i och återkopplas direkt i samband med inskrivningssamtalet. Detta för att kunna resonera kring riskbruket och erbjuda vidare samtal. Det är alltid lättare att boka in ett uppföljningssamtal med någon man har träffat än med någon man inte känner som ringer upp på telefon eller kontaktar en per brev. Av erfarenhet vet man att man måste ha ett motiverande samtal direkt i anslutning till genomgången av enkäten. Ibland kan det räcka med ett motiverande samtal på plats för att sätta igång en process. Det är i allmänhet svårt att ta sig över tröskeln och söka hjälp, i synnerhet för ungdomar. Oftast vill de inte kännas vid sina problem, de vill festa och ha kul eller så fyller drickandet funktionen av att dämpa ångest och stress. De mår kanske psykiskt dåligt eller faller för grupstrycket. Då krävs det extra mycket stöd att våga bryta sitt beteende och säga nej. Den dagen de mår dåligt, har baksmälla av att de druckit för mycket alkohol kanske det motiverande samtalet gör sig påmint och förhoppningsvis söker någon av dessa riskkonsumenter hjälp. Dessutom är ungdomarna akutstyrda, när problemet dyker upp vill de ha hjälp snabbt, de har svårt att vänta och planera. Den tendensen syns även när det gäller andra problem som ungdomarna söker för till exempel när de vill ha p-piller eller kolla sig för olika könssjukdomar. Ungdomsmottagningen möter detta på ett bra sätt med mycket drop-in-tider.

Ungdomar vill att vuxenvärlden ska bry sig om deras alkoholintag, det visar att vuxenvärlden vill väl. Många behöver hjälp att ta sig ur ett destruktivt leverne. De kan ha fel umgänge med kompisar som påverkar dem negativt eller så mår de psykiskt dåligt och dämpar sin ångest med alkohol. Alkoholen blir lätt en ursäkt, man blir så avslappnad och hämningarna släpper lite, det blir kanske lättare att ta sociala kontakter.

Ungdomsmottagningen är en bra arena att nå många ungdomar, de flesta kommer dit någon gång även killarna hittar dit. För ungdomarna är det inte så laddat att söka sig till dit, det är ingen myndighet och personalen har förståelse för deras problem, de får komma snabbt utan tidsbokning, och blir därmed bemötta i sin spontanitet.

Det vore bra att även i fortsättningen låta AUDIT-screening bli en del av inskrivningssamtalet. På så vis kan det bli en självklar rutin och möjligheten ökar att snabbt fånga upp de ungdomar som är i riskzon och ge de en första tankeställare. Erfarenheten säger att processen från att dricka för mycket till att minska sitt alkoholintag kan vara lång. Man kan behöva många påstötningar innan man tar sitt problem på allvar. Inom landstinget har många infört AUDIT som rutin inom mödravården. Men det är viktigt att veta hur man ska hantera informationen. Det är också bra att föra statistik över ungdomars drickande – AUDIT är ett bra instrument även för det. Helt klart är att AUDIT väcker tankar hos ungdomarna.

### **9.1.5 Positiva erfarenheter**

Projektet kan betraktas som en förstudie där det framkommit en del kunskaper om livsstilen bland de ungdomar som besöker mottagningen, det har också i viss utsträckning gett möjlighet att pröva metoden motiverande samtal på unga vuxna. Projektet har genererat viktiga erfarenheter som kan vara till nytta för utveckling av det förebyggande arbetet inom ungdomsmottagningen både vad gäller strukturen för arbetet och metodval.

Trots att det inte varit lätt att motivera de unga vuxna som personalen haft kontakt med och som haft en riskkonsumtion kan man ändå anta att motiverande samtal kan fungera positivt. En av de projektanställda beskriver att efter ett motiverande samtal med en ungdom, som ändrat sitt dryckesmönster, framkom att ungdomen fått kommentaren av sina kamrater: ”*Ska du dricka vatten?*”. Den ungdomen var så pass stark att hon kunde motstå kamraternas kommentarer. Vid uppföljningssamtalet mådde hon mycket bättre, hon kunde se positiva effekter av minskat alkoholintag. Hon var inte bakfull, var piggare dagen efter och behövde inte sova halva dagen utan kunde ägna sig åt sina studier. I samband med samtalen framkom det även andra problem som inte direkt hörde samman med alkoholkonsumtionen. Kanske kan man tolka det som att alkoholen var ett sätt att fly från vardagens bekymmer, eftersom den unga kvinnan tyckte att det var lättare att koppla av med alkohol.

Enligt en av de projektanställda är motiverande samtal en bra metod att använda för samtal kring alkohol när man väl fått kontakt med en ungdom. Ungdomen får då möjlighet att själv reflektera över sitt drickande, se både negativa och positiva konsekvenser av alkohol. Om ungdomen själv vill, ges denne information om hur man kan dricka mindre alkohol utan att för den skull sticka ut för mycket bland kamraterna. Som exempel ges råd som att dricka vartannat glas vatten, fylla på vatten i en ölburk, inte dricka så snabbt.

Projektet har också möjliggjort kontakter och erfarenhetsutbyte med andra aktörer som möter målgruppen. Mötena med kringaktörerna har varit uppskattade. Vidare har flera ungdomsmottagningar ute i landet kontaktat oss och varit intresserade av att dela våra erfarenheter.

### **9.1.6 Implementering**

Projektet har inte haft för avsikt att ta fram rutiner för och hur arbetsmetoderna ska implementeras och förvaltas. I och med att projektet avslutades ligger ansvaret hos berörda beslutsfattare.

## 10. SLUTDISKUSSION

För att implementera nya metoder och arbetssätt är förarbetet grundläggande. En viktig lärdom har varit att man i möjligaste mån tar reda på vilka förutsättningar som finns bland annat utifrån följande aspekter: *motivation hos chefer och personal, resurser i form av tid och personal, om eventuell omorganisation är förestående, problem och motsättningar inom personalgruppen samt om det finns tillräckligt med lokalutrymme*. Vi ansåg att vi hade förutsett ett antal risker när vi startade projektet, vi hade gjort en riskanalys av problem som kunde tänkas uppstå och diskuterat eventuella lösningar. Med facit i hand inser vi att vissa saker kunde vi inte förutse men blev tvungna att hantera ändå under projektets gång, andra delar hade kunnat förutses om vi varit mer noggranna i planeringsstadiet. Ett problem när man arbetar i projektform är att tiden ofta är väldigt knapp, medel utlyses med kort varsel och påverkar därför många gånger förankringsprocessen. Vår erfarenhet är att innan ett projekt påbörjas, där flera huvudmän ingår måste det förankras väl hos chefer och personal. Personalen måste vara väl införstådd med projektets avsikt och vad som förväntas av dem.

För att det ska kunna vara möjligt att arbeta med hjälp av strukturerade metoder krävs resurser i form av tid. Det är också viktigt att skapa en hållbar struktur för hur-, när- och av vilka metoderna ska användas. Vidare ser vi att det behövs en tydlig samsyn kring när en anmälan om oro ska göras och i vilka sammanhang som andra vårdgivare bör kopplas in. I inledningsskedet av projektet arbetades det ut rutinmallar för dessa frågor, men enligt vad vi erfar så har inte dessa använts i någon större utsträckning. Orsaken kan vara att vi som projektledare inte tillräckligt betonade vikten av att använda dessa rutiner, men också att både chefer och projektanställda kunde ha varit tydligare med att dessa mallar skulle följas. Det krävs även tid för att initialt bygga upp ett samarbete mellan ungdomsmottagningen och övriga aktörer som möter ungdomar över 18 år med riskbeteende och/eller psykisk ohälsa. Att marknadsföra ungdomsmottagningens erbjudanden är viktigt för samarbetet med andra aktörer. Ett aktivt samarbete skulle till exempel kunna vara att elevvårdpersonal vid oro för en ungdom vänder sig till ungdomsmottagningen för att få råd.

Beträffande metoden motiverande samtal har vi uppfattat att den inte används i den utsträckning, på det sätt och med den kvalitet som var avsett. Även här antar vi att det handlar om brister i användandet av rutinmallarna för kollegial granskning<sup>42</sup>, men också att den handledning som skulle ha genomförts ett halvår efter utbildningen inte blev av. Ska man arbeta med motiverande samtal som metod är det viktigt att man får handledning den första tiden, men också att man fortsätter med kollegial handledning hela tiden vilket bidrar till att kvalitetssäkra arbetssättet och uppmuntra till samsyn och stöd i personalgruppen.

Utifrån kontakter med personal från olika ungdomsmottagningar har vi erfarit att det finns ett visst motstånd till att använda screeninginstrument vad gäller alkoholkonsumtion inom verksamheten. Vi vill dock hävda att ett motiv till att använda screeninginstrument är att det förhindrar en godtycklig bedömning från behandlarens sida om vad som är riskkonsumtion. Vidare vet vi att liknande motstånd även funnits inom primärvården när screeningmetoden införts, dock har erfarenheten visat att motståndet minskat när man sett vinsterna. Motståndet kan bero på flera saker bland annat rädsla för en ökad arbetsbörda och osäkerhet i hur man för ett samtal om enkätsvaren. Även tidsbrist tros vara en orsak, det vill säga att tid läggs på

---

<sup>42</sup> Se bilaga 5

samtal om alkoholvanor på bekostnad av samtalstid för de problem/behov som ungdomen faktiskt sökt för, vilket kanske kan upplevas som obefogat.

Ungdomar som söker sig till ungdomsmottagningen är i jämförelse med normalpopulationen en selekterad grupp. Det vi med säkerhet kan säga utifrån vår- och andra studier är att personal vid ungdomsmottagningar dagligen möter ungdomar med riskabel alkoholkonsumtion och/eller erfarenhet av narkotika. Även om inte alla av dessa kommer att utveckla ett missbruk/beroende så finns det andra risker förknippade med hög alkoholkonsumtion såsom till exempel oskyddat sex.

Ungdomshälsan i Umeå utgör ett gott exempel på en verksamhet som utgår från ett helhetsperspektiv och kan därmed möta olika behov hos ungdomarna. En sådan tvärspektoriell verksamhet har, enligt utvärderingar, ett antal vinster för både personal och ungdomar. Vi är lite förundrade över att denna verksamhetsmodell verkar vara unik i sitt slag i Sverige. Enligt våra efterforskningar har vi inte kunnat hitta några fler liknande verksamheter med den bredden på kompetens samlad under ett tak. Om man nu kan göra de vinster som utvärderingarna visar anser vi att denna modell borde prövas på fler ställen. Eventuellt skulle man även kunna pröva att erbjuda olika typer av gruppverksamhet såsom till exempel DISA (Depression in Swedish Adolescents) eller ACT (Acceptance and Commitment Therapy) som förebygger psykisk ohälsa.

Vi har inte funnit någon vedertagen forskning vad gäller användning av AUDIT på ungdomar, men heller inte sett några forskningsargument som skulle tala emot. Vår förhoppning är därför att en större studie ska möjliggöras inom Stockholms läns ungdomsmottagningar, där detta projekt skulle kunna utgöra en förstudie. Vi ser det också som intressant att göra fler fokusgruppsintervjuer med unga vuxna kring olika teman såsom psykisk ohälsa, alkohol/droger, allmän livsstil, attityder med mera för att få bättre inblick i deras behov och hur de resonerar. Det verkar finnas mer kunskaper om yngre ungdomarnas livsstil och attityder. Unga vuxna är en utsatt grupp som på många sätt drabbas hårdare än andra av konjunkturen, bostadsbrist och stor tillgång på alkohol och droger.

### 10.1.1 Slutsatser

- Tillräckligt med tid och personalresurser är nödvändigt för en lyckad implementering av metoderna. Det är också nödvändigt att hitta en tydlig arbetsstruktur med väl genomtänkta rutiner.
- Vid arbete med metoden motiverande samtal tror vi att det initialt är viktigt att få möjlighet till metodhandledning och att kontinuerligt använda kollegial handledning för att kvalitetssäkra arbetssättet och uppmuntra till samsyn och stöd inom personalgruppen.
- Genom att använda AUDIT uppnår man en mer kvalificerad bedömning än om behandlaren själv skattar riskkonsumtion utifrån sin personliga uppfattning. AUDIT och livsstilsenkäten ger också personalen möjlighet att följa besökarnas alkoholvanor och livsstil över tid om detta dokumenteras och sammanställs för analys.
- Statistiken visar att de ungdomar, då speciellt den yngre åldersgruppen, som besöker ungdomsmottagningen är en selekterad grupp med fler och allvarigare riskbeteenden

än ungdomar ur normalpopulationen. Detta är något som vi anser bör beaktas när det gäller ungdomsmottagningarnas uppdrag.

- Förhoppning om att en större studie kan göras där denna studie kan ses som en förstudie. Att även fler fokusgruppsintervjuer med unga vuxna kan genomföras för att kartlägga denna grups olika behov samt lyssna in deras idéer.

# 11. KÄLLFÖRTECKNING

Barth, Näsholm, *Motiverande samtal MI*, (2006)

Bremberg, Statens folkhälsoinstituts webbsida, *Risk- och skyddsfaktorer*, (2006)  
[www.fhi.se/uppslagsverk](http://www.fhi.se/uppslagsverk)

Danielsson, Jordy, Slutrapport "Flickor som dricker", Socialförvaltningen Helsingborg /Helsingborgs lasarett (2008)

Hermansson, *Enligt kursmaterial, STAD*, (2006)

Johansson, Bremberg, *Alkoholprevention i gymnasieskolan – en systematisk kunskapsöversikt*, Statens folkhälsoinstitut, Eriksson, (2008)

Källmén et.al., *Alcohol habits in Sweden during 1997-2005 measure with the AUDIT*, *Nordic Journal of Psychiatry* (2007)

Larsson, Strandberg, *Ledarnas tankar och teorier vid motivationsarbete. En studie utförd på ett hälsoföretag C-uppsats*, Högskolan i Gävle, (2008)

Malmgren, Ljungdahl, Bremberg, *Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? – en systematisk kunskapsöversikt*, Statens folkhälsoinstitut, (2008)

Nordström, *Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa*, FoU-rapport, Västerbottens landsting, (2007)

Rapport nr 156/1 SBU, *Behandling av alkohol och narkotikaproblem* (2001)

Regeringens alkoholpolitiska handlingsplan 2005/06:30

Socialstyrelsens Lägesrapporter 2005 (2006)

Socialstyrelsens rapport *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*, artikelnummer 2008-126-50

SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa*

Statens folkhälsoinstituts webbsida, *Motiverande samtal*, [www.fhi.se/mi](http://www.fhi.se/mi)

Stockholmsenkäten, enkätundersökning som görs vartannat år i grundskolans år 9 och gymnasiet år 2 av Socialtjänstförvaltningen/ Utbildningsförvaltningen, Stockholms stad (2008)

Sundell, Forster, *FoU-rapport 2005:1 Socialtjänstförvaltningen*, (2005)

Sutorius, Cannertoft, Länsstyrelserapport *Det blev inte som vi tänkt oss men det blev bra ändå*, Socialtjänstförvaltningen Stockholms stad, (2008)

Utvecklings- och fältforskningsenheten (UFFE), Umeå socialtjänst/Umeå universitet, Slutrapport *Utvärdering av Ungdomshälsan* (2005)



## 12. BILAGOR 1-7

### Bilagor

1. Livsstilenkät/AUDIT
2. DUDIT
3. Information till ungdomarna
4. Bedömning av vidare åtgärd
5. Rutiner för projektets åtaganden
6. Önskemål om samverkan






### Bilaga 1. Livsstilenkät/AUDIT

#### ALLMÄN HÄLSA & LIVSSTIL

Här är ett antal frågor om din allmänna hälsa och om din livsstil. Vi är tacksamma om du besvarar frågorna så noggrant och ärligt som möjligt.

1 Är du kvinna eller man?	<input type="checkbox"/> Kvinna	<input type="checkbox"/> Man
2. Hur gammal är du?	__ __ år	
3 . Var bor du?	<input type="checkbox"/> Bromma	<input type="checkbox"/> Hässelby/Vällingby
		<input type="checkbox"/> Annat område -----
4. Hur mår du?	<input type="checkbox"/> Mycket bra <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Någorlunda <input type="checkbox"/> Dåligt <input type="checkbox"/> Mycket dåligt	
5. Har du under de senaste tolv månaderna haft något av följande besvär?	<input type="checkbox"/> Allmän trötthet <input type="checkbox"/> Sömnbesvär <input type="checkbox"/> Nervösa besvär (oro, ångest, ångslan)	<input type="checkbox"/> Depression, djup nedstämdhet <input type="checkbox"/> Överansträngning <input type="checkbox"/> Magont, magvärk <input type="checkbox"/> Huvudvärk, migrän
6. Tar du regelbundet medicin för något?	<input type="checkbox"/> Ja (ange vilka nedan) -----	<input type="checkbox"/> Nej
7. Använder du eller din partner preventivmedel?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ibland
		<input type="checkbox"/> Aldrig
8. Har du använt narkotika under de senaste tolv månaderna?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9. Har Du någon gång de senaste tolv månaderna varit i kontakt med någon av följande <i>hjälpinstanser</i> eller <i>myndighet</i> på grund av att Du använt alkohol, droger	<input type="checkbox"/> Ja ( <i>om ja, kryssa i vilka nedan</i> ) <input type="checkbox"/> Beroende specialist <i>(ex. MariaUngdom, Mini-Maria eller annan öppenvårdsmottagning)</i> <input type="checkbox"/> Socialtjänsten	<input type="checkbox"/> Nej

eller något annat?	<input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning <input type="checkbox"/> Sjukvård ( <i>akut, vårdcentral eller liknande</i> ) <input type="checkbox"/> Annat ( <i>t.ex. polis</i> ) -----	
10. Har du någon gång begått ett brott?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
11. Använder du tobak regelbundet?	<input type="checkbox"/> Ja ( <i>om ja, kryssa i vad nedan</i> ) <input type="checkbox"/> Cigaretter <input type="checkbox"/> Snus <input type="checkbox"/> Tuggtobak <input type="checkbox"/> Annat -----	<input type="checkbox"/> Nej

 50 cl folköl  33 cl starköl  1 glas rött el vitt vin  1 litet glas starkvin  4 cl sprit, t. ex. whisky					
<b>Med ett "glas" menas:</b>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger i veckan eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "glas" (se exempel) dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?	0-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker Du <i>sex</i> sådana "glas" eller <i>mer</i> vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt ett "glas" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hu ofta under senaste året har Du haft skuld känslor eller samvetsföbråelser på grund av Ditt drickande.	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>

<b>8. Hur ofta under senaste året har DU druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?</b>	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
<b>9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?</b>	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
<b>10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?</b>	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

*Om du kan tänka dig att delta i en utvärdering av Ungdomsmottagningens arbete, fylla då i uppgifterna nedan.*

Jag tillåter att någon kontaktar mig för en intervju. Jag är införstådd att syftet med denna uppföljning handlar om utvärdering av ungdomsmottagningens arbete och att mina uppgifter är skyddade av sekretess.

Namn:

Adress:

Tel:

Personnr:

**Bilaga 2. DUDIT** Här är ett antal frågor om droger. Vi är tacksamma om du svarar så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.

<input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man	Ålder: __ __ år				
1. Hur ofta använder du andra droger än alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger i veckan eller mer <input type="checkbox"/>
2. Använder du fler än en drog vid ett och samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger i veckan eller mer <input type="checkbox"/>
3. Hur många gånger tar du droger under en typisk dag då du använder droger?	0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 eller fler <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta blir du kraftigt påverkad av droger?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Har du under senaste året upplevt att din längtan efter droger varit så stark att du inte kunnat stå emot?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Har det hänt att du under senaste året inte kunnat sluta ta droger sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under senaste året har du tagit droger och sedan låtit bli att göra något som du borde?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under senaste året har du behövt ta någon drog på morgonen efter stort drogintag dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Hur ofta under senaste året har du haft skuldskänslor eller dåligt samvete på grund av att du använt droger?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
10. Har du eller någon annan blivit skadad (psykiskt eller fysiskt) på grund av att du använt droger?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men ej under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
11. Har en släkting eller nära vän, en läkare eller sjuksköterska, eller någon annan oroat sig över att du använder droger eller sagt till dig att du bör sluta med droger?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

## DROGLISTA

(OBS! EJ ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Lösningsmedel	GHB & Övriga
Marijuana	Metamfetamin	Crack	Rökheroin	Ecstasy	Thinner	GHB
Hasch	Fenmetralin	Freebase	Heroin	LSD	Trikloretalen	Anabola steroider
Hascholja	Khat	Kokablad	Opium	Meskalin	Bensin	Lustgas
	Betelnöt			Peyote	Gas	Amylnitrat (poppers)
	Ritalina			PCP	Solution	Antikolinerg-ika
				Psilocybin	Lim	
				DMT		

### TABLETTER – LÄKEMEDEL

- läkemedel mer eller oftare än läkaren sagt att du ska göra det
- tabletter för att du vill ha kul, må bra, bli "hög", eller undrar vad du får för effekt av dem
- tabletter som du fått av en släkting eller vän
- tar tabletter som du köpt "svart" eller stulit

*Tabletter räknas INTE som droger när du tar dem utskrivna av läkare och du tar dem i rätt mängd.*

SÖMNMEDEL/LUGNANDE MEDEL			SMÄRTSTILLANDE		
Alprazolam	Halcion	Sobril	Actiq	Durogesic	OxyNorm
Apodorm	Heminevrin	Sonata	Cocillana-Etyfin	Fentanyl	Panocod
Apozepam	Iktorivil	Stesolid	Citodon	Ketodur	Panocod forte
Diazepam	Imovane	Stilnoct	Citodon forte	Ketogan	Paraflex comp
Dormicum	Mogadon	Triazolam	Dexodon	Kodein	Somadril
Fenemal	Nitrazepam	Xanor	Depolan	Maxidon	Spasmofen
Flunitrazepam	Oxascand	Zopiklon	Dexofen	Metadon	Subutex
Fluscand	Rohypnol		Dilaudid	Morfin	Temgesic
Temesta			Distalgesic	Nobligan	Tiparol
			Dolcontin	Norflex	Tradolan
			Doleron	Norgesic	Tramadol
			Dolotard	Opidol	Treo comp
			Doloxene	OxyContin	

### **Bilaga 3. Information till ungdomarna**

#### **DU SOM ÄR UNDER 18 ÅR OCH BESÖKER UNGDOMSMOTTAGNINGEN FÖR FÖRSTA GÅNGEN VAR VÄNLIG OCH FYLL I DEN VITA ENKÄTEN**

- Enkäten "Allmän hälsa & livsstil" är ett arbetsredskap som vi på ungdomsmottagningen vill pröva under en tid.
- Vi gör en första bedömning av Din alkoholkonsumtion utifrån Dina svar. Syftet är att upptäcka ifall Du har ett riskbruk av alkohol eller andra droger.
- Eftersom Du är under 18 år besvarar Du denna enkät **anonymt** och lägger den sedan i lådan.
- Vi kommer att spara alla enkäter för att få en bild av ungdomars hälsa och livsstil.
- Om Du vill prata om Dina alkoholvanor eller andra problem är Du välkommen att kontakta en kurator.

**TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**

#### **DU SOM ÄR MYNDIG OCH BESÖKER UNGDOMSMOTTAGNINGEN FÖR FÖRSTA GÅNGEN VAR VÄNLIG OCH FYLL I DEN GRÖNA ENKÄTEN**

- Enkäten "Allmän hälsa & livsstil" är ett arbetsredskap som vi på ungdomsmottagningen vill pröva under en tid.
- Vi gör en första bedömning av Din alkoholkonsumtion utifrån Dina svar.
- Syftet är att upptäcka ifall Du har ett riskbruk av alkohol eller andra droger.
- Om vi gör den bedömningen erbjuds alla ett samtal med en kurator.
- Om Du har andra bekymmer är Du också välkommen att kontakta kuratorn.
- Om det är något som är oklart prata med barnmorskan eller kuratorn.

**TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**

## Bilaga 4. Bedömning av vidare åtgärd

Kontakten påbörjades den \_\_ \_\_/ \_\_ 200\_\_

Bedömning.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Egen insats i form av.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Vidareslussas till.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Kontakten avslutades den \_\_ \_\_/ \_\_ 200\_\_

Antal samtal med kurator \_\_ \_\_

## Bilaga 5. Rutiner för projektets åtaganden

*I åldern 18-25 grundläggs de alkoholvanor en person får som vuxen. Denna tidpunkt i livet är även viktig då det handlar om att etablera en vuxen livsstil, det är nämligen först efter 30 års ålder som alkoholvanorna hos den enskilde individen blir stabila över tid. De ungdomar som besöker ungdomsmottagningen är fortfarande i en ålder då deras alkoholvanor ännu inte permanentats. Av denna anledning är det viktigt att tidigt identifiera dem med riskabla alkoholvanor och försöka motivera dem att förändra sina vanor. Genom att använda AUDIT ökar förutsättningarna att upptäcka dessa ungdomar och genom MI ökar förutsättningen att motivera dem att förändrar sina alkoholvanor.*

### ENKÄT OM ALLMÄN HÄLSA & LIVSSTIL

1. Varje ungdom som besöker ungdomsmottagningen får *ylla i en enkät* med frågor om deras allmänna hälsa och livsstil. I denna enkät ingår AUDIT.
2. Enkäterna med *grönt papper är till för projektets målgrupp*, det vill säga ungdomar som är 18 till 23 år. Till de yngre, under arton år, delar vi ut enkäter som är kopierade på vanligt vitt papper. Det är viktigt att skilja dessa åt då den gröna enkäten har en extra sida.
3. Enkäten ska i första hand *yllas i avskilt, i en egen vrå, eget rum, inne hos barnmorskan eller hos kuratorn*. Tanken med detta är att miljön ska vara lugn och trygg. Det ska inte finnas möjlighet att någon kikar på ens svar eller att man börjar diskutera frågorna med kamrater. Klimatet ska uppmuntra till att ungdomen är så noggrann och precis som möjligt. Om en kurator eller barnmorska sitter med när ungdomen fyller i enkäten finns även en möjlighet att reda ut eventuella otydligheter.
4. Enkäten ska främst delas ut och fyllas i vid varje *inskrivningssamtal*. För att underlätta barnmorskornas arbetsbelastning ska dessa samtal i första hand genomföras av en kurator.
5. Om en ungdom *redan besökt mottagningen*, men inte fyllt i en enkät, ombeds de göra det vid första lämpliga besökstillfälle. Detta gäller främst ungdomar som varit aktuella vid mottagningen före projektstarten och därigenom inte fyllt i enkäten i samband med inskrivningssamtalet.
6. Om ungdomen är *18 år eller äldre är de inte anonyma*. Barnmorskan eller kuratorn som tar emot ungdomen förklarar att alla som är myndiga och besöker mottagningen fyller i denna blankett. Om ungdomen inte vill fylla i enkäten får detta givetvis respekteras. Det är bra om man kan undvika att berätta att det handlar om ett projekt som arbetar med riskbruk av bland annat alkohol. Om man berättar om projektet så kan det påverka hur ungdomen fyller i enkäten. Tanken är ju att mäta hur en sådan här metod fungerar i den befintliga verksamheten.
7. Om en ungdom, över 18 år, inte vill fylla i enkäten ska detta registreras i en blankett ”Registrering av bortfall”. Orsak till bortfall ska då antecknas.



8. Även ungdomar *under 18* år får fylla i enkäten om allmän hälsa och livsstil, men det sker anonymt. De får fylla i enkäten under samma förhållanden som ungdomar över 18 år, men i stället för att man går igenom resultatet tillsammans får ungdomen lägga sin enkät i en låda. Lådan är försluten och man förklarar att alla ungdomars enkäter blandas ihop innan man sätter sig ned och går igenom dem. Ungdomen får vidare information om att enkäten används för att kartlägga allmän hälsa och livsstil bland de ungdomar som besöker mottagningen.
9. När ungdomar över 18 år har fyllt i enkäten så går kuratorn eller barnmorskan igenom enkäten. Poängsumman på AUDIT räknas ihop. Ungdomen anses ha en riskkonsumtion av alkohol om poängsumman är *sex eller högre för kvinnorna* och *åtta eller högre för männen*.
10. Om barnmorskan är den som räknar ihop poängsumman och kommer fram till att den specifika ungdomen har en riskkonsumtion av alkohol bör denna motivera ungdomen till *ett samtal med kuratorn*. Barnmorskan förklarar att alla som överstiger 6/8 poäng erbjuds samtal med kurator.
11. Om det är möjligt följer barnmorskan med ungdomen in till kuratorn för ett personligt överlämnande. Om en kurator inte finns tillgänglig kommer barnmorskan överens med ungdomen om denne själv tar kontakt med någon av kuratorerna eller om en kurator ska ringa upp ungdomen.
12. Om det är en av kuratorerna som räknar ihop poängsumman och kommer fram till att ungdomen har en riskkonsumtion av alkohol för denna själv ett motiverande samtal.
13. Om ungdomen under ”Allmänna frågor” uppger att de använt narkotika under det senaste året ombeds de att fylla i en DUDIT -blankett. Samma rutiner för gäller för DUDIT som för AUDIT. Vid behov se manual för DUDIT.
14. I enkäten uppmanas ungdomarna som är 18 år eller äldre att lämna namn, personnummer och adress om de kan tänka sig att vara delaktig i *utvärdering av mottagningens arbete*. Uppmuntra gärna ungdomarna till detta, se rubrik ”Utvärdering och diarieföring”.

### **MOTIVERANDE SAMTAL**

1. Ingen ungdom ska känna sig tvingad till ett motiverande samtal. Precis som metoden säger ska vi vara lyhörda för var ungdomen står och utgå ifrån detta. Vi ska alltid efterfråga ett mandat att prata vidare runt deras alkoholkonsumtion.
2. Ta gärna del av de tips och tankar som finns när det gäller olika sätt att arbeta enligt metoden motiverande samtal.
3. Efter ett motiverande samtal ska kuratorn fylla i en blankett för bedömning av vidare åtgärder. När en ungdom anses avslutad ska denna blankett sättas ihop med ungdomens enkät om ”Allmän hälsa och livsstil” som sedan sparas i en separat pärm (se rutiner för detta). Om en ungdom kommer tillbaka är det då möjligt att hitta deras uppgifter.

4. Kuratorerna bör regelbundet ha gruppträffar där det diskuteras hur man lyckas följa metoden motiverande samtal, hur man kan mäta detta och hur man kan förbättra sina tekniker i denna samtalsmetod. Som redskap för detta samtal kan man använda dokumentet ”Att följa metoden motiverande samtal”.

### **UTVÄRDERING & DIARIEFÖRING**

1. Av de ungdomar som fyllt 18 år kommer några av dessa att väljas ut slumpmässigt för en utvärdering. Utvärderingen syftar bland annat till att undersöka ungdomarnas upplevelse av att fylla i enkäten ”Allmän hälsa och livsstil” samt hur de blivit bemötta på mottagningen.
2. Alla ungdomar över 18 år kommer att tillfrågas om de önskar delta i en utvärdering, men som tidigare nämnts kommer inte alla allt bli utvalda.
3. De ungdomar som kan tänka sig delta i en utvärdering fyller i namn, personnummer och kontaktuppgifter på enkätens sista sida. Uppgifterna, tillsammans med enkäten i sin helhet, kommer att sparas som en minnesanteckning i en slaskpärm/journalanteckning.
4. För att vi ska kunna spara enkäterna på ett juridiskt riktigt sätt måste varje blankett diarieföras. Skriv varje ungdoms namn och födelseår/månad längst upp i högra hörnet på enkäten. Lämna sedan enkäten till någon av de projektanställda som ansvarar för diarieföringen.

## **Bilaga 6. Önskemål om samverkan**

### **Uppsökare vuxna socialtjänsten vill samarbeta med:**

- Ungdomsmottagningen
- Ungdomshandläggare på barn- och ungdomsenheten
- Lokala psykiatrimottagningarna enheten för unga vuxna
- Unga KRIS

### **Ungdomsmottagningen vill samarbeta med:**

- Skolhälsovården
- Socialtjänsten handikappomsorgen LSS
- Lokala beroendemottagningarna
- Unga KRIS
- Lokala psykiatrimottagningarna enheten för unga vuxna
- BUP

### **Psykiatrimottagningarna vill samarbeta med:**

- Lokala beroendemottagningarna
- Skolhälsovården
- Ungdomsmottagningen
- AF arbetsforum (blivande jobbtorg) samt AF för unga handikappade
- Socialtjänsten handikappomsorgen LSS
- Lokala beroendemottagningarna
- Maria Ungdom

### **Skolhälsovården gymnasieskolan vill samarbeta med:**

- Socialtjänsten
- Ungdomsmottagningen
- AF arbetsforum (blivande jobbtorg) samt AF för unga handikappade
- Lokala psykiatrimottagningarna enheten för unga vuxna

### **Externa aktörer**

- STAD samarbetar med Stockholms stads tillståndsenhet, polisen och länsstyrelsen
- Unga KRIS samarbetar med Maria Ungdom, önskar samarbete med socialtjänsten centralt och i stadsdelarna