

Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar inom länets ungdoms- mottagningar/ungdomshälsa

 VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING

-resultat från en enkätstudie
i Västerbotten 2007

Inledning

Totalkonsumtionen av alkohol i Sverige ökade markant under en tioårsperiod från mitten av 90-talet. Unga personer, upp till 25 år, hade dessutom en betydligt snabbare ökning av den självrapporterade alkoholkonsumtionen än vuxna (SOU 2006:77). De senaste åren har dock den totala konsumtionsökningen mattats av, med en tendens att till och med minska något. Men totalkonsumtionen i landet ligger alltså på en hög nivå, och beräknades för 2006 uppgå till 9,7 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre (CAN 2007). En utveckling som är oroande i sig, är det alltmer ökande berusningsdrickandet, med de särskilda risker som detta dryckesmönster medför (FHI, 2005a).

Det finns tydliga samband mellan hög alkoholkonsumtion och psykisk hälsa/ohälsa. Det illustreras bland annat av resultaten i den väntrumsstudie som genomfördes inom primärvården i Västerbotten under våren 2005. I denna bejakade hälften (51 %) av dem som hade ett riskbruk av alkohol samtliga symtom på ångest och/eller depression (VLL 2005). Likaså har en stor andel av patienterna inom den psykiatriska öppenvården i länet ett samtidigt riskbruk/missbruk av alkohol, vilket framgår av en väntrumsundersökning som genomfördes i länet hösten 2006 (VLL 2006). Särskilt alarmerande var förekomsten av riskbruk bland unga kvinnor. Drygt hälften (52 %) av de kvinnor upp till 25 år som besökte den psykiatriska öppenvården, hade i denna studie ett riskbruk/missbruk.

Att studera alkoholvanor i en grupp unga medför alltid högre andelar med riskabel alkoholkonsumtion än studier som inkluderar hela befolkningen. Detta för att de allra flesta personer som dricker alkohol dricker som mest just i tjugo- tjugofemårsåldern (www.can.se). De enheter, mottagningar och verksamheter som möter ungdomar och unga vuxna har dock en god chans att motverka en eventuell missbruksutveckling. Detta genom att som rutin, tillsammans med andra livsstilsfaktorer, ta upp alkoholvanorna till diskussion. De samverkande faktorerna är många och till exempel är tobaksbruk och missbruk av narkotiska preparat vanligare bland dem som har en hög alkoholkonsumtion.

Att man inom hälso- och sjukvården med relativt enkla interventioner kan påverka en persons levnadsvanor är visat. I Socialstyrelsens nyligen framtagna nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård framgår att kort rådgivning och motiverande samtal är verksamma åtgärder som förordas vid riskbruk av alkohol (Socialstyrelsen 2007). Betydelsen av att i samtal ta upp riskabla alkoholvanor är därför synnerligen stor.

Aktuell enkätstudie syftade i första hand till att kartlägga hur stor andel av ungdomarna inom ungdomsmottagningarna och Ungdomshälsan i länet, som kan antas ha en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion, som testat droger samt att belysa samband mellan alkohol- och drogvanor och psykosociala faktorer.

Enkäten utformades i samarbete med Karin Svensson och Ann-Christine Libelius, avdelningschefer vid ungdomsmottagningen respektive Ungdomshälsan, båda i Umeå. Likaså har psykolog Jack Winberg, NUS, deltagit i utformning och analysarbetet. Kurator Eva Ragnarsson har analyserat några av frågorna i en uppsats inom ramen för familjeterapeututbildningen.

Studien ingår som en del i länets Riskbruksprojekt, ett projekt som nationellt administreras av Folkhälsoinstitutet med ekonomiskt stöd av Socialdepartementet (www.fhi.se/riskbruksprojektet).

Annika Nordström
Hälsoutvecklare/med dr
FoUU-staben, Landstingskontoret
Västerbottens län

Innehållsförteckning

Inledning.....	3
Innehållsförteckning.....	5
Kort sammanfattning i punktform.....	6
Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar som besöker länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa.....	7
Metod.....	7
Bortfallsanalys.....	7
Resultat med kommentarer.....	8
Kön och ålder.....	8
Kontaktanledning.....	8
Boende.....	9
Arbete/sysselsättning/försörjning.....	9
Alkoholvanor.....	10
Begreppsförvirring.....	10
Andel ungdomar med riskbruk och/eller missbruk/beroende.....	10
Högre andelar än inom primärvård och psykiatrisk öppenvård.....	11
Skillnader mellan UM och UH, samt inom länet.....	12
Fördelning utifrån AUDIT poäng.....	12
Riskkonsumtion av alkohol baserat på uppgiven mängd.....	13
Dryckesmönster.....	14
Många önskar minska sin alkoholkonsumtion.....	14
Tobaksvanor.....	14
Droger.....	15
Samband mellan alkohol, droger, tobak.....	16
Alkohol, droger och sex.....	17
Alkohol och könssjukdom.....	17
Hur skattar ungdomarna sin hälsa?.....	17
Skillnader mellan mottagningarna.....	17
Kontakt med föräldrarna.....	19
Andra viktiga vuxna.....	20
Kommentarer.....	20
Referenser.....	21
Bilaga 1.....	22
Diagram 1. Procentuell könsfördelning i gruppen (N=351).....	8
Diagram 2. Procentuell åldersfördelning utifrån kön (N=351).....	8
Diagram 3. Procentuell fördelning av kontakthanledning - grupperad i tre grupper (N=348).....	9
Diagram 4. Procentuell fördelning av boende, uppdelat mellan UM och UH.....	9
Diagram 5. Procentuell andel med riskabel/skadlig alkoholkonsumtion, uppdelat på kön (N=343).....	11
Diagram 6. Procentuell andel med riskbruk och troligt missbruk, uppdelat på kön (N=343).....	11
Diagram 7. Procentuella andelar med riskbruk/missbruk vid UNGDOMSMOTTAGNINGARNA, totalt och per område, uppdelat i kön (N= 297).....	12
Diagram 8. Fördelning i antal utifrån erhållna AUDIT poäng - kvinnor 6 poäng eller högre (n = 187).....	13
Diagram 9. Fördelning i antal utifrån erhållna AUDIT poäng - män 8 poäng eller högre (n = 27).....	13
Diagram 10. Procentuell andel rökare/feströkare uppdelat per område (N=351).....	15
Diagram 11: Typ av drog som man uppgav sig ha testat, angivet i procent.....	15
Diagram 12. Procentandel ungdomar som testat droger vid olika mottagningar i länet (N=351).....	16
Diagram 13. Självskattad fysisk hälsa vid respektive mottagning.....	18
Diagram 14. Självskattad psykisk hälsa vid respektive mottagning.....	18
Diagram 15. Kontakt med modern, för unga kvinnor, unga män och totalt.....	19
Diagram 16. Kontakt med fadern, för unga kvinnor, unga män och totalt.....	19
Tabell 1. Genomsnittligt värde av skattad fysisk och psykisk hälsa, UH och UM.....	18
Tabell 2. Självskattad fysisk och psykisk hälsa inom ungdomsmottagningarna - relaterad till riskbruk.....	19

Kort sammanfattning i punktform

- ❖ Två av tre ungdomar som besökte ungdomsmottagningarna/ungdomshälsan hade en riskabel/skadlig alkoholkonsumtion (62 % av de unga kvinnorna och 64 % av de unga männen)
- ❖ Många hade också ett troligt missbruk (13 % av kvinnorna och 19 % av männen)
- ❖ Var fjärde ungdom med riskabla/skadliga alkoholvanor ville minska (26 %)
- ❖ De riskabla alkoholvanorna var mest förekommande i Umeå, följt av Skellefteå och Lycksele
- ❖ Nästan en av tre ungdomar uppgav sig ha testat droger (30 %)
- ❖ Cannabis var vanligaste preparatet - var fjärde ungdom hade testat (25 %)
- ❖ 7 % uppgav att de regelbundet använde narkotiska preparat
- ❖ Drygt hälften rökte och/eller snusade (56 %)
- ❖ Åtta av tio uppgav att de druckit alkohol i samband med sex/samlag (77 %)
- ❖ Av de som haft en könssjukdom bejakade 90 % att de varit något eller mycket påverkade av alkohol i samband med sex/samlag
- ❖ Ungdomshälsans sökande skattade både den fysiska och den psykiska hälsan som sämre än ungdomsmottagningens ungdomar
- ❖ Ungdomar med riskbruk av alkohol skattade både sin fysiska och sin psykiska hälsa som sämre än de utan ett riskbruk
- ❖ Tre av fyra skattade kontakten med sin mor som bra eller mycket bra (73 %) medan hälften hade motsvarande kontakt med sin far (49 %)
- ❖ Sex av tio uppgav att de hade andra viktiga vuxna än föräldrarna (60 %)

Alkoholvanor, droger och upplevd hälsa bland ungdomar som besöker länets ungdomsmottagningar/ungdomshälsa

Syftet med den aktuella enkätstudien var att få en uppfattning om hur stor andel av de ungdomar som besöker länets ungdomsmottagningar och ungdomshälsa, som kan antas ha riskabla och/eller skadliga alkoholvanor, som röker, testat droger, samt att belysa samband mellan alkohol- och drogvanor och psykosociala faktorer. I enkäten ingick också en skattning av den egna fysiska och psykiska hälsan samt inställningen till att minska sin alkoholkonsumtion.

En kartläggning av detta slag rörande alkohol- och drogproblematik bland de ungdomar som besöker ungdomsmottagningar och Ungdomshälsan, kan förhoppningsvis stimulera till att utveckla och stärka arbetet med evidensbaserat verksamma tidiga interventioner.

Enkätstudien genomfördes som en aktivitet inom ramen för Riskbruksprojektet.

Metod

Under två veckor i oktober 2007 delades enkäter ut till ungdomar som besökte någon av länets ungdomsmottagningar i Umeå, Skellefteå och Lycksele, samt vid Ungdomshälsan i Umeå.

Barnmorskan/behandlaren/annan lämnade enkäten till ungdomen efter avslutat besök och den lämnades efter ifyllandet av ungdomen i en sluten svarslåda.

Enkäten innehöll frågor om kön, ålder, kontakthanledning, sysselsättning, boende, relationer till föräldrar och andra vuxna, tobaksanvändning, erfarenhet av droger, sexvanor, förekomst av könssjukdomar, självskattning av hälsan och en öppen fråga om vad som krävs för att må bra. För alkoholfrågorna användes ett väletablerat screeninginstrument; AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) (Babor et al., 1992; Bergman et al., 1998). (Bilaga 1)

Resultaten presenteras nedan tillsammans med kommentarer. Då det finns skillnader mellan ungdomsmottagningarnas (UM) och Ungdomshälsans (UH) målgrupper redovisas dessa delvis separat. Det bör emellertid uppmärksammas att Ungdomshälsans svarande endast utgörs av 47 ungdomar, vilket gör att resultaten för den gruppen får betraktas som relativt osäkra.

Data har statistiskt bearbetats i SPSS med Pearsons chi-2 test och t-test för signifikans.

Bortfallsanalys

Vid Lyckseles ungdomsmottagning var svarsfrekvensen hundra procentig, medan den för Umeå och Skellefteå var lägre, dock utan att det går att säkert ange hur mycket lägre. Någon heltäckande bortfallsanalys kan tyvärr inte göras då det är osäkert hur många enkäter som faktiskt lämnades ut.

Det som kan konstateras är att under de två veckor som enkätstudien pågick hade Ungdomsmottagningarna/Ungdomshälsan i länet 680 registrerade besök. Samma person kan ha registrerats fler än en gång på grund av återbesök (Umeå UM 342, UH 111, Skellefteå 196 och Lycksele 31).

I diskussion med personal vid enheterna i Umeå och Skellefteå framgår att enkäterna vid vissa tider/tillfällen, av några i personalen och vid vissa besök, glömdes eller prioriterades bort. Det är i dessa fall således inte ungdomen som själv avstått från att svara. Vidare finns det en känsla hos personalen att ungdomar, som kom till den öppna mottagningen, i högre utsträckning avstod från att svara. Dessa kunde ibland ha fått vänta uppemot en timme i väntrummet och efter besöket var de angelägna om att komma därifrån så fort som möjligt. Ett tjugotal enkäter sorterades bort då de var alltför ofullständigt ifyllda.

Det finns inte något som framkommit som indikerar att de som inte fick enkäten, eller att de som inte besvarade den, på något avgörande sätt skiljer sig ifrån den gängse besöksgruppen på ungdomsmottagningarna respektive Ungdomshälsan. De enkätsvar som ligger till grund för nedanstående resultatredovisning får därför anses som representativa för gruppen sökande.

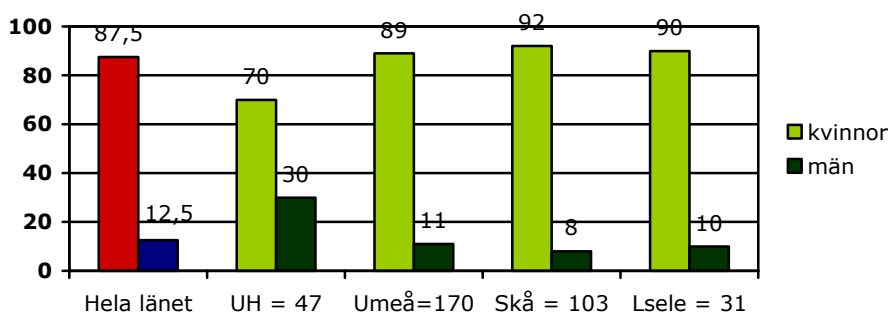
Resultat med kommentarer

Kön och ålder

351 enkäter ingår i nedanstående analyser och resultatredovisning.

Totalt besvarades enkäten av 307 kvinnor (87,5 %) och 44 män (12,5 %). Könsfördelningen var likartad vid **ungdomsmottagningarna** i de tre områdena med en könsfördelning på 9:1. Relativt fler unga män sökte sig till **Ungdomshälsan (UH)** vars fördelning mellan könen var 7:3, (*diagram 1*).

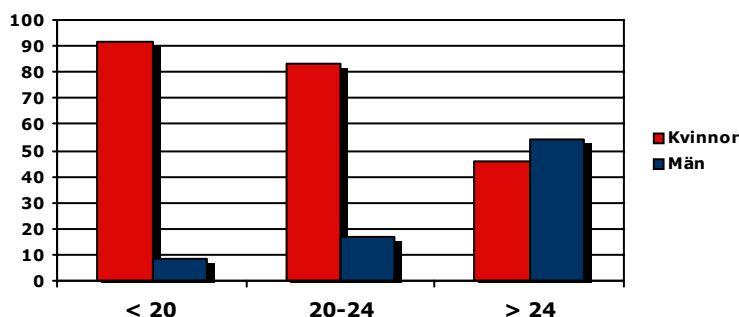
Diagram 1. Procentuell könsfördelning i gruppen (N=351)



Medelåldern den totala gruppen var 18,8 år (SD 2,4), med ett spann på 13 -26 år.

På ungdomsmottagningarna var medelåldern 18,5 år, och på Ungdomshälsan ca tre år högre: 21,2 år. De manliga sökande var signifikant äldre än kvinnorna; i snitt 20,4 år jämfört med 18,6 år ($p = .000$).

Diagram 2. Procentuell åldersfördelning utifrån kön (N=351)



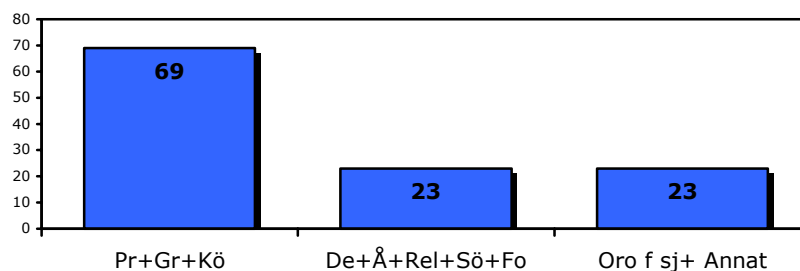
Den yngsta åldersgruppen i *diagram 2* omfattar 67 % av de sökande, sammantaget 234 ungdomar. I gruppen mellan 20-24 år ingår 106 ungdomar. Över 24 år är det i denna studie endast 11 personer. Det kan påpekas att ungdomsmottagningen i Skellefteå har 20 år som övre åldersgräns för flickor.

Kontaktanledning

I enkäten fanns nio alternativ till kontakthanledning (*Preventivmedel, Graviditetstest, Test av könssjukdom, Nedstämdhet/depression, Relationsproblem, Sömnstörningar, Social fobi, Oro/ångest, Oro för sjukdom*), och också möjlighet att välja det öppna svarsalternativet "Annan orsak". Tre ungdomar uppgav ingen kontakthanledning alls medan många valde att ange fler än ett alternativ.

Då kontakthanledningarna tydligt formerar sig i tre grupper, presenteras de nedan i dessa tre (*diagram 3*). Den första och största gruppen omfattar besök för preventivmedel, graviditetstest och test för könssjukdom. Den andra gruppen omfattar kontakthanledningarna nedstämdhet/depression, ångest/oro, relationsproblem, sömnstörningar och social fobi. Den tredje gruppen fångar kontakthanledningarna oro för sjukdom och/eller "annat". De mest sällan angivna kontakthanledningarna, med endast 4 % vardera, är sömnstörningar och social fobi.

Diagram 3. Procentuell fördelning av kontakthanledning - grupperad i tre grupper (N=348)



Till viss del sammanfaller dessa grupper genom att 57 personer återfinns i två av staplarna, och fyra personer har angett ett mycket stort antal kontakthanledningar och återfinns därför i alla tre staplarna.

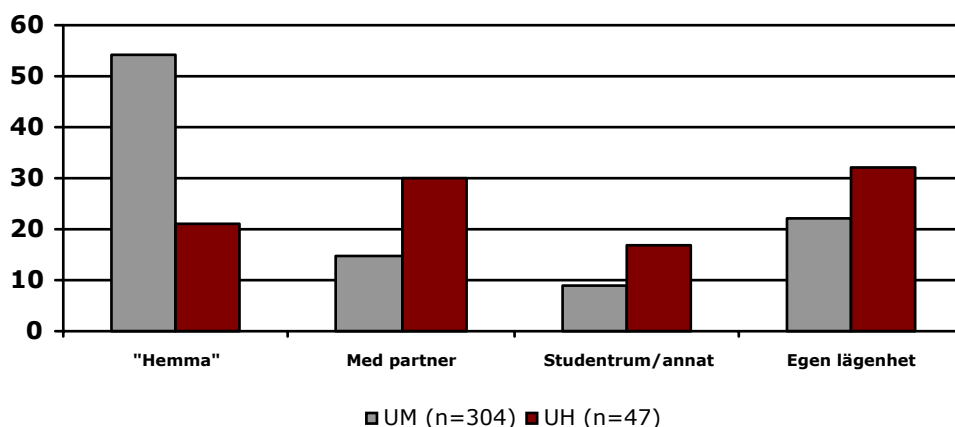
Unga män sökte för framför allt för *Test av könssjukdom*, *Nedstämdhet/depression*, *Ångest* och *Oro för sjukdom*. Unga kvinnor sökte främst för *Preventivmedel*, *Test av könssjukdom* samt *Graviditetstest*.

Inom **Ungdomshälsan** sökte ingen för de förstnämnda orsakerna (preventivmedel, graviditetstest och/eller test för könssjukdom) utan deras anledning till besöket återfinns huvudsakligen i den mittersta gruppen med psykiatrisk problematik (87 %, n=41). Sammanlagt 14 personer på UH hade uppgett oro för sjukdom eller annan orsak (30 %).

Boende

Drygt hälften av ungdomsmottagningarnas besökande bodde hemma hos sina föräldrar. Åldern har stor betydelse för boendet. De som bodde "hemma" var tre år yngre än de som hade annan boendeform (17,3 år vs 20,3 år, p= .000). Fler inom **Ungdomshälsan** bodde med en partner eller hade egen lägenhet. Fördelning av boendeform återfinns nedan i *diagram 4*.

Diagram 4. Procentuell fördelning av boende, uppdelat mellan UM och UH



Arbete/sysselsättning/försörjning

Majoriteten av de sökande inom *ungdomsmottagningarna* i länet var studerande (72 %), en knapp fjärdedel uppgav att de arbetade eller praktiserade (24 %) och 7 % att de var arbetsökande. Endast några få (2 %) uppgav att de var sjukskrivna eller valde alternativet "annat". Det fanns möjlighet att kryssa för fler än ett alternativ, vilket 16 av ungdomarna gjorde, vilket medförde att svaren tillsammans utgör 105 %. En person som arbetade halvtid och som var arbetsökande på andra halvan fyllde t ex i två alternativ.

Skillnaderna mellan orterna var mest påtaglig mellan kuststäderna och Lycksele. Umeå UM hade 73 % studerande, 26 % arbetande/praktik, och 5 % arbetsökande. Skellefteå UM hade en något högre andel studerande (79 %), en lägre andel arbetande/praktiserande (17,5 %) och 9 % arbetsökande.

Lyckseles ungdomar hade den lägsta andelen studerande (45 %), den högsta andelen som angav att de arbetade (35,5 %) liksom de högsta andelarna arbetsökande (16 %) och sjukskrivna (3 %).

Ungdomshälsans något äldre målgrupp, med en delvis annorlunda problematik, hade högsta andelen sjukskrivna (8,5 %). Andelen studerande var 64 %, en knappt femtedel (19 %) arbetade/praktiserade och 13 % var arbetsökande.

Alkoholvanor

För att få en uppfattning om ungdomarnas alkoholvanor användes frågeformuläret **AUDIT** (Alcohol Use Disorder Identification Test). Detta formulär har utarbetats av en grupp inom WHO och är flitigt använt som ett screeninginstrument för riskabla och/eller skadliga alkoholvanor (Babor et al., 1992). Formuläret består av tio frågor med fem eller tre svarsalternativ per fråga. Svaren poängberäknas och 40 poäng utgör maximal poäng. De skärningspunkter som använts som en indikation på ett riskabelt eller skadligt bruk av alkohol är sex poäng för kvinnor och åtta poäng för män. En skärningspunkt på 14 respektive 16 poäng eller mer, har använts som indikation ett missbruk alternativt beroende. Både sensitiviteten och specificiteten för AUDIT är mycket hög och långt bättre än någon biologisk markör (Bergman et al, 1998, 2000, 2003).

De tre första frågorna i AUDIT-formuläret används ibland separat som screeninginstrument och benämns ”AUDIT-3” eller ”C-3” (Gual et al., 2002).

Det måste understrykas att AUDIT *inte* är ett diagnosinstrument och riskbruk är heller ej någon 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 en riskabel alkoholkonsumtion som kan leda till ett 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.

Begreppsförvirring

Det finns många begrepp och termer i omlopp rörande alkohol. I diagnossystem som DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed) (APA, 1994) och ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th ed) (WHO, 1990), finns diagnoser definierade som missbruk (endast i DSM), skadligt bruk (endast i ICD) och beroende. Samma begrepp används också av och till i dagligt tal utan att de kriterier som krävs för respektive diagnos alltid är kända. Det finns också termer inom vård och behandling som används för att beskriva problemområden eller insatser, utan att de är särskilt definierade. Sådana begrepp kan vara ”psykosocial behandling”, ”stödsatser” och liknande.

Dessa olika definitioner kan ibland leda till oklarheter och svårigheter i samarbete mellan olika enheter och organisationer. Behovet av gemensamma termer bland berörda parter har tagits upp och betonats i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen 2007).

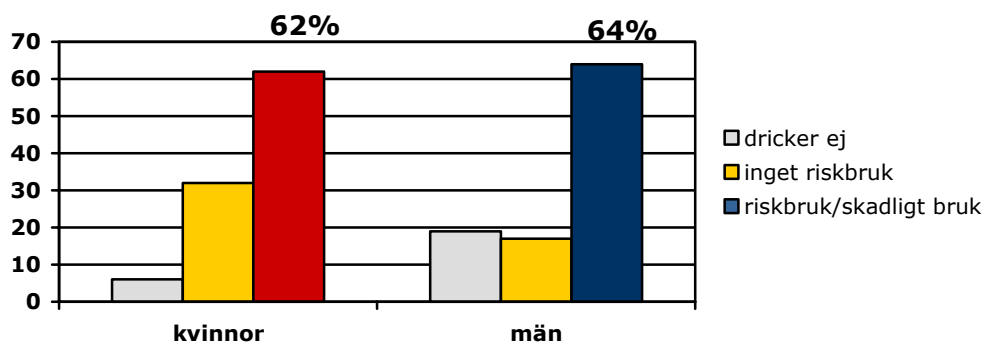
Begreppet *riskbruk* har introducerats under senare år och är ytterligare ett något diffust begrepp. Det är i sig inte någon diagnos utan avser en alkoholkonsumtion som är eller kan bli skadlig för hälsan. AUDIT formuläret ger en indikation på ett sådant riskbruk, men indikerar på de högre poängnivåerna även missbruk/beroende.

För sjukvården, och andra som möter personer med en riskbrukskonsumtion, är det synnerligen gynnsamt att intervensera genom motiverande samtal eller kort rådgivning på denna nivå (Hedberg et al., 2000; Johansson & Wirbing, 2005; SBU 2001). Det nationella *Riskbruksprojektet*, har just tidiga interventioner som mål för ett flertal av sina aktiviteter (www.fhi.se/riskbruksprojektet). I denna presentation används begreppet riskbruk synonymt med riskabla/skadliga alkoholvanor.

Andel ungdomar med riskbruk och/eller missbruk/beroende

AUDIT-formuläret besvarades i dess helhet av 343 ungdomar (301 kvinnor, 42 män). Av dessa överskred två av tre skärningspunkterna för ett riskbruk alternativt missbruk, 62 % av de unga kvinnorna och 64 % av de unga männen (6 respektive 8 poäng eller mer på AUDIT) (*diagram 5*).

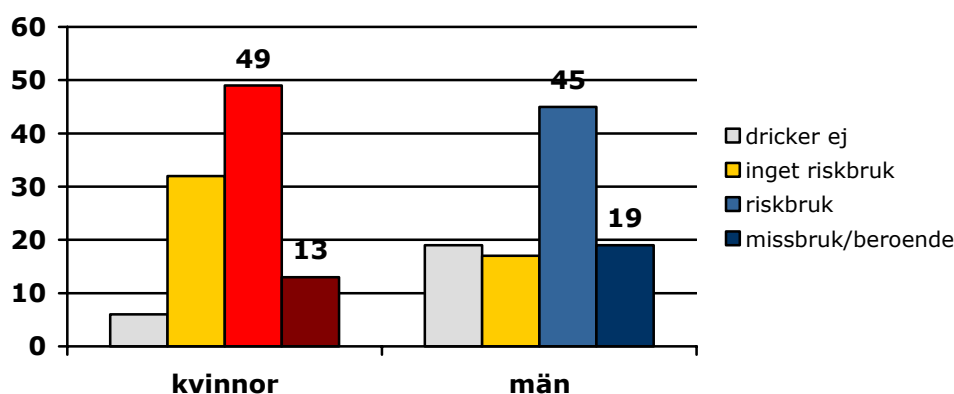
Diagram 5. Procentuell andel med riskabel/skadlig alkoholkonsumtion, uppdelat på kön (N=343)



Bland de 62 respektive 64 procenten av unga kvinnor respektive unga män som kom över skärningspunkten för riskbruk, var det också relativt många som också kom över den övre skärningspunkten som indikerar en svårare problematik i form av missbruk eller beroende.

Tecken på en missbruksproblematik bejakades av 13 % av kvinnorna och 19 % av männen (14 respektive 16 poäng, eller mer på AUDIT) (diagram 6).

Diagram 6. Procentuell andel med riskbruk och troligt missbruk, uppdelat på kön (N=343)



Man skulle kunna uttrycka det så att var femte ung man och var åttonde ung kvinna i denna undersökning, bejakade mängd och konsekvenser av sin alkoholkonsumtion i sådan utsträckning att de troligen också uppfyllde kriterierna för en missbruks- eller beroendediagnos.

Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan könen, vare sig avseende andelen med ett riskbruk eller med ett mer påtagligt missbruk, d v s de med de högre skärningspunkterna på AUDIT. Detta är värt att notera. I befolkningsstudier är andelen kvinnor med riskbruk/missbruk alltid lägre än i jämförelse med män (www.can.se). Något som brukar lyftas fram som en faktor av betydelse för denna skillnad är graviditet och familjebildning. I samband med graviditet avstår kvinnor i de allra flesta fallen från alkohol och konsumtionen efter barnafödande är oftast lägre än vad den var innan.

Högre andelar än inom primärvård och psykiatrisk öppenvård

Andelen personer med riskabla/skadliga alkoholvanor inom ungdomsmottagningarna/ungdomshälsan ligger på betydligt högre nivåer än unga patienter inom primärvården och inom den psykiatriska öppenvården.

Även om den yngsta åldersgruppen inom primärvård och den psykiatriska vården var lite äldre, 18-24 år, kan emellertid en jämförelse ge en fingervisning. Inom primärvården kom 36 % av de unga kvinnorna och 44 % av de unga männen över skärningspunkterna på AUDIT. Motsvarande siffror inom den psykiatriska öppenvården var 52 % av de unga kvinnorna och 33 % av de unga männen (VLL 2005, 2006). Att motsvarande andelar inom ungdomsmottagningarna/ungdomshälsan var så höga som 62 % respektive 64 % är alarmerande.

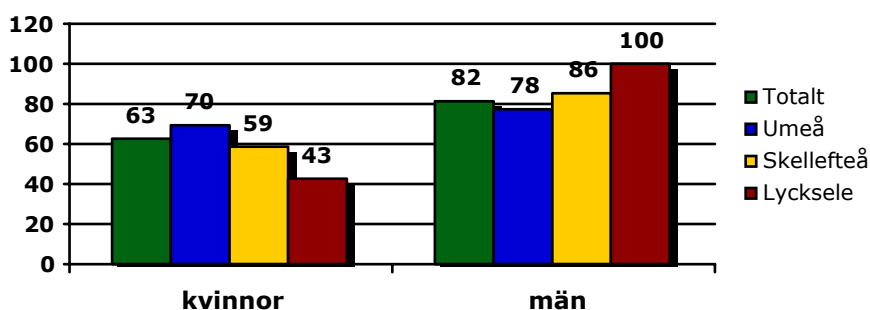
Skillnader mellan UM och UH, samt inom länet

Det finns vissa skillnader beträffande andelen ungdomar med riskabla/skadliga alkoholvanor, dels mellan Ungdomshälsan och ungdomsmottagningarna och dels inom länet.

Andelen med riskbruk/missbruk var lägre inom Ungdomshälsan än inom ungdomsmottagningarna. Bland **Ungdomshälsans** 46 svarande kom 51 % av de unga kvinnorna och 29 % av de unga männen över skärningspunkterna. Med Ungdomshälsan borträknad och ungdomsmottagningarnas 297 svarande i en grupp för sig, kvarstod andelen med riskbruk/missbruk bland kvinnorna på 63 %, medan andelen bland de unga männen ökade till 82 %.

I nedanstående diagram (*diagram 7*) redovisas andelen sökande med riskbruk/missbruk vid ungdomsmottagningarna dels totalt (gröna staplar) och dels i procentandel per ort (Umeå – blå, Skellefteå- gul, Lycksele – röd).

Diagram 7. Procentuella andelar med riskbruk/missbruk vid UNGDOMSMOTTAGNINGARNA, totalt och per område, uppdelat i kön (N= 297)



Umeå ungdomsmottagning hade sammantaget högsta andelen ungdomar med riskbruk/missbruk, vilket är det mönster som kan ses i länet även i den vuxna befolkningen.

Det bör i detta sammanhang påpekas att andelen unga män som svarade på enkäten var relativt låg (totalt 42 personer), vilket medför att procentandelarna för deras del är betydligt osäkrare än de för de unga kvinnorna (totalt 301). I Lycksele var det till exempel endast tre unga män som besökte mottagningen under denna tid, och samtliga kom över skärningspunkterna för en riskabel alkoholkonsumtion och dessa tre utgör därför de hundra procenten.

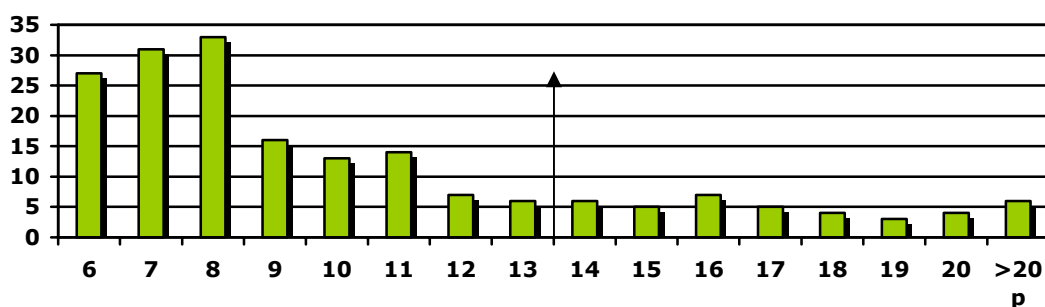
Fördelning utifrån AUDIT poäng

AUDIT formuläret är som tidigare nämnts ett screeninginstrument som är mycket väl lämpat att använda som en ingång till ett samtal. Den poäng som fås ger en indikation på det eventuella problemets svårighetsgrad, samtidigt som man genom svaren kan ringa in både konsumtionsmönster och särskilda konsekvenser av alkoholkonsumtionen (ex vis minnesluckor, skuld känslor, återställarbehov). Strax över skärningspunkterna återfinns personer vars alkoholvanor i dagsläget kanske inte medför några påtagliga bekymmer men som kan ligga i en riskzon att utveckla problem. På de lägsta poängnivåerna finns risken för att ett antal ”falskt positiva” kan ha inkluderats i resultatredovisningen. Å andra sidan finns det alltid personer som ”tonar ner” sin konsumtion.

Ju högre poäng, desto mer ökar risken för att alkoholvanorna medför negativa effekter på egna fysiska och psykiska hälsan och/eller indirekta skadeeffekter på personer i omgivningen.

Hur ungdomarna som kom över skärningspunkterna för riskbruk fördelade sig utifrån uppnådda poäng framgår av *diagram 8 och 9*. Pilen anger den skärningspunkt som indikerar ett troligt missbruk/beroende.

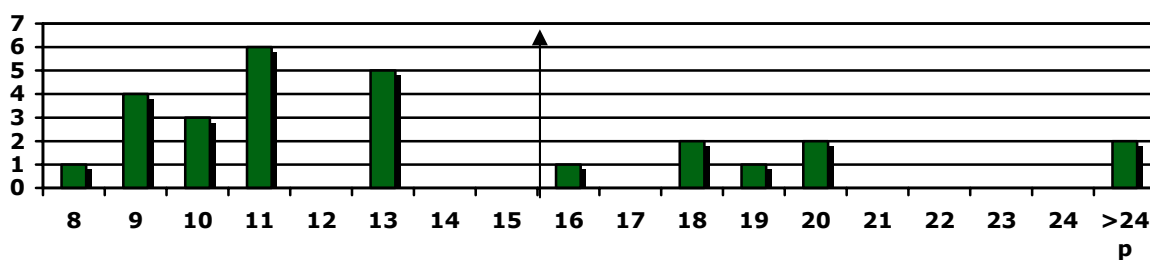
Diagram 8. Fördelning i antal utifrån erhållna AUDIT poäng - kvinnor 6 poäng eller högre (n = 187)



Som synes återfinns många på de lägre nivåerna med 6-8 poäng. Även om flertalet av dessa inte kommer att utveckla ett missbruk kan ett samtal om alkohol vara på sin plats så att ungdomen själva ska kunna reflektera över sina vanor. Även om poängnivån höjs till 10 poäng, kvarstår 27 % av de unga kvinnorna. På den nivån är det definitivt befogat med en intervention.

Motsvarande fördelning för de unga män som kom över skärningspunkten på 8 poäng eller fler ses nedan (diagram 9).

Diagram 9. Fördelning i antal utifrån erhållna AUDIT poäng - män 8 poäng eller högre (n = 27)



Även bland de unga männen finns en ansamling på de lägre nivåerna men under dessa två veckor som studien pågick var det åtta av de manliga besökarna som klart kom över gränsen för ett mer påtagligt missbruk/beroende. Denna problematik bör förhoppningsvis ha uppmärksammats.

Riskkonsumtion av alkohol baserat på uppgiven mängd

De tre första frågorna i AUDIT formuläret, som handlar om frekvens och mängd alkohol, används ibland separat som screeninginstrument och benämns "AUDIT-3" eller "C-3" (Gual et al., 2002). Dessa tre frågor tar upp hur ofta man dricker alkohol, hur många glas man dricker en typisk dag och hur ofta som man berusningsdricker, i AUDIT formuläret definierat som sex glas alkohol eller mer, vid ett och samma tillfälle. Poängberäkningen och skärningspunkterna är de samma som vid användandet av hela formuläret, d v s sex poäng eller fler för kvinnor och åtta poäng eller fler för män. Det innebär förstås att den procentuella andelen som faller ut som riskkonsumenter krymper.

I studien bland patienter inom den *psykiatriska öppenvården* i Västerbotten 2006 var det 20 % av männen och 11,5 % av kvinnorna som hade en riskkonsumtion enligt ovanstående kriterier. Motsvarande andelar inom den aktuella studien rörande *ungdomsmottagningarna/ungdomshälsan* var 21 % av de unga männen och 31 % av de unga kvinnorna.

En kritik som man kan ha mot att enbart använda de tre första frågorna är att nivån på berusning i fråga tre är satt till "6 glas eller fler", utan någon könsskillnad. Gränsen för berusningsdrickande brukar vanligtvis vara lägre, nämligen 4 glas eller mer för kvinnor och 5 glas eller mer för män vid ett och samma tillfälle (FHI, 2005b). Vanligt är att man kompletterar dessa tre AUDIT-frågor med en fjärde fråga om hur ofta man druckit sig berusad, enligt sitt eget mått på berusning. De personer som uppger sig dricka sig berusad två till tre gånger per månad inkluderas som riskkonsumenter. Detta

förfarande återfinns bland annat i den nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor). Andelen personer i befolkningen med riskkonsumtion i Sverige i åldern 16-84 år, enligt ovanstående kriterier, var 9 % av kvinnorna och 17 % av männen år 2006 (FHI 2007 www.fhi.se).

I samma undersökning (Hälsa på lika villkor) kom Västerbottens län på samma nivåer som riket, medan Umeås befolkningssiffror var högre med 11 % av kvinnorna och 21 % av männen som riskkonsumenter (Livsmiljöbokslut, Umeå kommun 2006).

Dryckesmönster

Utifrån de tre första frågorna får man ett hum om hur dryckesmönstret ser ut. Det vanligast angivna svaret på första frågan (hur ofta dricker du alkohol?) var 2-4 ggr per månad (53 %). På frågan om hur mycket man dricker en "typisk dag" då man dricker alkohol, var det vanligast angivna svaret 5-6 glas (38 %). Slutligen beträffande berusningsdrickande (hur ofta som man dricker 6 glas eller mer vid ett och samma tillfälle) uppgav 43 % att detta skedde mer sällan än en gång i månaden, 27 % av det skedde varje månad och medan 7 % uppgav att det skedde varje vecka.

Det finns könsskillnader bland de svarande. De unga kvinnorna var i lägre utsträckning nykterister, trots att de var yngre än männen, men majoriteten av kvinnorna uppgav sig dricka som mest en gång per månad. Majoriteten av männen som drack, drack något oftare. Likaså drack männen i högre utsträckning fler antal glas per tillfälle och var oftare berusade. Liksom tidigare bör det påpekas att det är en liten grupp unga män som besvarat enkäten (42 personer).

Många önskar minska sin alkoholkonsumtion

I hela gruppen svarande på 344 ungdomar uppgav 62 att de ville minska sin alkoholkonsumtion (18 %), det vill säga uppemot var femte i det vanliga flödet av ungdomar. Det kan nämnas att 7 av dessa inte kom över gränserna för ett riskbruk enligt AUDIT.

Av de 214 ungdomar som screenades fram genom AUDIT, ville var fjärde (26 %) minska sin alkoholkonsumtion. Av dem som hade en påtaglig alkoholproblematik (14 respektive 16 poäng eller högre på AUDIT) ville över hälften av de unga kvinnorna (57,5 %) och en tredjedel av de unga männen (37,5 %) dra ner på sin alkoholkonsumtion.

Liksom i studien inom psykiatriska öppenvården ville majoriteten av dem som önskade skära ner konsumtionen klara detta själv. Endast fyra ungdomar totalt uppgav att de behövde stöd.

Sammantaget innebär det att under den korta tid som enkätstudien pågick mötte personalen vid mottagningarna 214 ungdomar (två av tre besökare) med ett riskbruk eller missbruk av alkohol. Var fjärde av dessa hade dessutom bejakat att de ville minska sin alkoholkonsumtion. Att de flesta av dessa samtidigt ansåg att de kunde klara denna minskning själva innebär inte att vårdgivarens samtal skulle vara utan värde. Ingen kan genomföra förändringar åt någon annan, det arbetet måste alltid personerna göra själva. Men vi kan som vårdgivare vara ett stöd och ett aktivt bollplank i t ex ett motiverande samtal om förändringar av levnadsvanor, inklusive alkoholvanor (Forsberg, 2006; www.somra.se). Det är också visat att enbart genom att en vårdgivare tar upp alkoholvanorna i samband med besök minskar ett betydande antal patienter sin konsumtion.

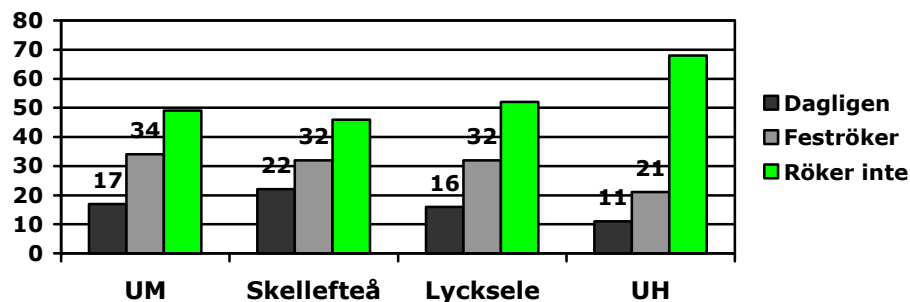
Tobaksvanor

I enkäten ställdes frågor om ungdomarnas bruk av tobak, om de rökte dagligen, feströkte och/eller snusade. Sammantaget uppgav 173 ungdomar att de rökte (49 %) varav 62 ungdomar rökte dagligen (18 %). De som snusade uppgick till 78 personer (22 %). Grupperna sammanfaller till viss del och sammantaget rökte eller snusade drygt hälften av ungdomarna (56 %).

Några påtagliga skillnader mellan de undersökta geografiska områdena fanns inte (*diagram 10*). Ungdomshälsan hade emellertid en lägre andel rökare. Andelen snusare var högst i Skellefteå (25 %), lägst i Lycksele och på Ungdomshälsan (båda 19 %) och Umeå ungdomsmottagning hade 22 % snusare bland sina besökare.

Det fanns inte några påtagliga skillnader mellan könen, vare sig bland dagligrökarna, feströkarna eller snusarna.

Diagram 10. Procentuell andel rökare/feströkare uppdelat per område (N=351)



Av alla som rökte ville 40 % sluta och av dagligrökarna ville majoriteten, 60 %, sluta. Varannan ungdom som snusade ville sluta (51 %).

Det finns ett känt samband mellan alkoholkonsumtion och rökning och det illustreras väl av att majoriteten av dem som hade ett riskbruk/missbruk av alkohol också nyttjade tobak (69 %) jämfört med 36 % av dem som inte hade ett riskbruk ($p = .000$). Omvänt kan man säga att tre av fyra rökare/snusare (76 %) hade ett riskbruk av alkohol.

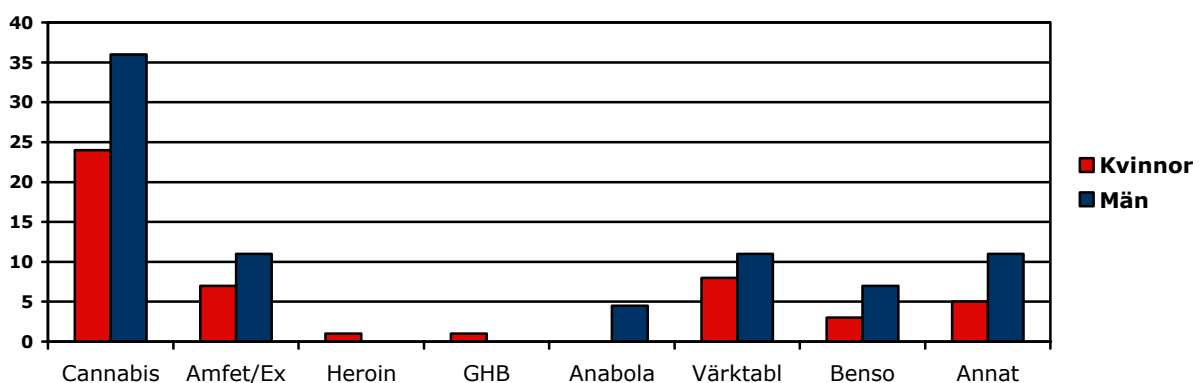
Droger

Ett antal frågor behandlade de svarandes eventuella relation till droger. Dels om de *testat* olika droger och dels om de *använder* droger på en mer regelbunden basis. Som definition av droger i detta sammanhang har de vanligaste narkotiska preparaten räknats upp (cannabis, amfetamin/ecstasy, heroin) liksom GHB, anabola steroider, värktabletter i drogsyfte samt bensodiazepiner och ”annat”.

Det är som väntat betydligt fler som testat narkotika och droger än som använder preparaten mer regelbundet. Andelen som testat droger är hög, sammantaget 30 % av ungdomarna. Den yngsta som uppgav sig ha testat droger var 14 år och sammanlagt 33 av de 106 ungdomarna (19 %) var under 18 år.

Vilka preparat som ungdomarna uppgav sig ha testat framgår i nedanstående diagram (*diagram 11*).

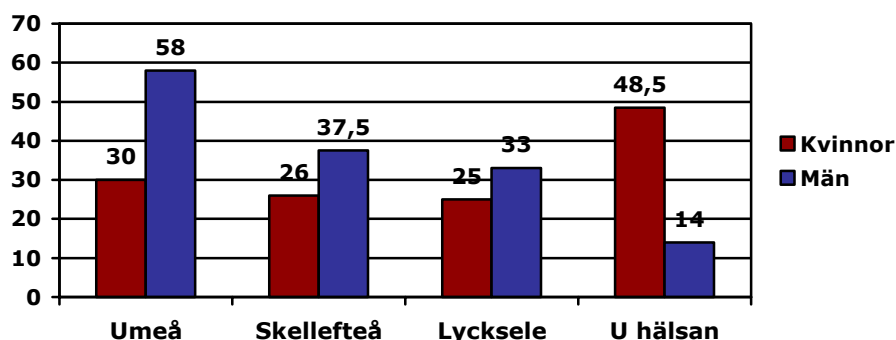
Diagram 11: Typ av drog som man uppgav sig ha *testat*, angivet i procent



Cannabis är den i särklass vanligaste drogen, följt av värktabletter i drogsyfte och amfetamin.

Det finns skillnader mellan de olika mottagningarna i länet. Den högsta andelen ungdomar som testat droger återfinns i Umeå (*diagram 12*). Det bör påpekas att varje enskild grupp är relativt liten i nedanstående diagram, vilket gör att procentandelarna också kan bli lite osäkra. Men de ger trots allt en ögonblicksbild.

Diagram 12. Procentandel ungdomar som *testat* droger vid olika mottagningar i länet (N=351)



I reella tal utgjorde antalet ungdomar som bejakat att de testat droger i Umeå UM 56 (av 170), i Skellefteå 24 (av 103), i Lycksele 8 (av 31) och i Umeå UH 18 (av 47) ungdomar.

Även om ungdomarna i denna studie i snitt är något äldre än de som ingår i Umeå kommuns levnads-vaneundersökning LEVA kan siffrorna för gymnasieskolorna fungera som jämförelse. I LEVA-studien för 2007 rapporteras att 14 % av gymnasieeleverna testat narkotika, 12 % av flickorna och 17 % av pojkarna (www.umea.se/uffe). Av ungdomarna inom ungdomsmottagningen/ ungdomshälsan i Umeå var det sammantaget 31 % som bejakat att de testat droger.

I Skellefteås drogvaneundersökning för 2007 framgår att 8 % av gymnasieungdomarna bejakat att de testat narkotika jämfört med 20 % i den aktuella studien (kvinnor och män tillsammans). En intressant fråga i samma drogvaneundersökning är hur många som haft lust att prova narkotika, vilket bejakades av 14 %. En fjärdedel uppgav att de hade blivit erbjudna narkotika.

De nationella siffrorna från CAN's drogvaneundersökning från 2007 rörande ungdomar i gymnasiet anger att 13 % av flickorna och 17 % av pojkarna testat droger.

Det händer ju mycket i en ungdoms utveckling från gymnasieåren och åren strax efter, och de som i gymnasiet haft lust att prova narkotika kanske senare gör det. Med stigande ålder ökar också antalet år som man haft möjlighet att testa droger. Som frågan i enkäten var ställd framgår inte om det rör sig om ett enskilt tillfälle eller om någon "testat" vid upprepade tillfällen. Uppenbarligen utgör det inte någon svårighet att få tag på drogerna, vilket illustreras av att var fjärde gymnasieelev i Skellefteå, i senaste drogvaneundersökningen, säger sig ha blivit erbjudna droger. (www.vasterbottenforebygger.se)

På frågan om de *använder droger* mer regelbundet, var det 7 % (25 personer) som bejakade detta. Det rörde sig då huvudsakligen om ett regelbundet missbruk av cannabis. En flicka svarade att hon regelbundet använde amfetamin och några enskilda ungdomar hade markerat värktabletter eller bensodiazepiner.

Samband mellan alkohol, droger, tobak

Samband mellan alkohol, rökning och droger är starkt. Som exempel kan nämnas att:

- Av de med riskbruk/missbruk av alkohol hade 39 % testat droger
- Av de som testat droger hade 81 % ett samtidigt riskbruk/missbruk av alkohol.
- Av de med riskbruk/missbruk av alkohol rökte och/eller snusade 69 %
- Av de som rökte/snusade hade 76 % ett samtidigt riskbruk/missbruk.
- Av de som dagligen rökte hade 85 % ett samtidigt riskbruk/missbruk.
- Av de som testat att röka cannabis var 85 % rökare av vanliga cigaretter.

Alkohol, droger och sex

Att ha varit påverkad av alkohol i samband med sex/samlag var vanligt. Närmare åtta av tio (77 %) hade druckit alkohol i samband med sex/samlag och var fjärde (24 %) bejakade att de druckit i den utsträckningen att de upplevde sig som *mycket* berusade. Siffrorna för om deras partner varit påverkad av alkohol i samband med sex/samlag var likartade; 78 % hade druckit alkohol och var femte (21 %) hade varit *mycket* berusad.

I stort sammanfaller svaren på egen alkoholkonsumtion och partners alkoholkonsumtion vid sex. Majoriteten av de som inte själva hade varit alkoholpåverkade, hade heller inte angett att de haft en partner som varit alkoholpåverkad. Likaså hade majoriteten av de som bejakat att de varit *mycket* alkoholpåverkade, också svarat att de haft en partner som varit *mycket* alkoholpåverkad.

Även droger förekommer i relativt stor utsträckning. Närmare var femte (18 %) bejakade att droger förekommit i samband med sex/samlag, antingen att de själva varit påverkade (10 %) eller att partnern varit det (16 %). Det var vanligast att man beskrev sig själv eller partnern som ”något påverkad” men i 19 fall (6 %) bejakades att antingen de själva eller att deras partner varit *mycket* påverkade av droger.

Samtliga, utom en, av dem som bejakat att de varit påverkade av droger vid sex/samlag hade också bejakat påverkan av alkohol.

Om alkohol- eller drogpåverkan skett vid något enstaka tillfälle eller om det var ett etablerat mönster framgår dock inte.

Alkohol och könssjukdom

Att alkoholen bidrar till oskyddat sex illustreras i svaren. Av de 63 ungdomar som bejakade att de haft en könssjukdom, uppgav också 90 % att de varit något eller mycket berusade vid sex/samlag. Motsvarande andel av dem som inte haft någon könssjukdom var 61 % ($p = .000$).

Närmare hälften av mottagningarnas besökare bejakade att de *känner/känt* sig orolig för att smittas av en könssjukdom. Även av dessa bejakade den absoluta majoriteten (89 %) samtidigt att de varit påverkade av alkohol i samband med sex/samlag.

Av dem som haft en könssjukdom hade 82 % ett riskbruk enligt kriterierna för AUDIT ($p = .001$).

Hur skattar ungdomarna sin hälsa?

På en femgradig skala ombads ungdomarna att skatta sin fysiska respektive sin psykiska hälsa, där 1 representerade *mycket dålig* och 5 *mycket bra*.

Generellt kan man säga att ungdomarna skattade sin fysiska hälsa som bättre än den psykiska. För den *fysiska hälsan* valde majoriteten av ungdomarna att markera en trea eller en fyra. På dessa båda nivåer återfinns 75 % av de unga kvinnorna och 71 % av de unga männen. ”Mycket bra” hade markerats av 17 % av kvinnorna och 15 % av männen och endast 1 % totalt hade valt alternativet ”mycket dålig”. Medelvärde för kvinnor 3,66 (SD 0,88), män 3,44 (SD 0,97) ($p = .142$).

Variationen var något större beträffande den *psykiska hälsan*. Även här är alternativen på 3 och 4 nivå vanligast (61,5 % av kvinnorna och 48 % av männen). ”Mycket bra” hade markerats av sammantaget 19 % och 3 % hade valt alternativet ”mycket dålig”. Medelvärde för kvinnor 3,49 (SD 1,06), män 3,14 (SD 1,22) ($p = .053$).

Skillnader mellan mottagningarna

I nedanstående diagram (*diagram 13 och 14*) ses en tydlig skillnad mellan Ungdomshälsans besökare och ungdomsmottagningarnas ungdomar. Både den fysiska och, som förväntat, den psykiska hälsan skattas lägre. I diagrammen har de två lägsta och de två högsta alternativen slagits samman.

Diagram 13. Självskattad fysisk hälsa vid respektive mottagning

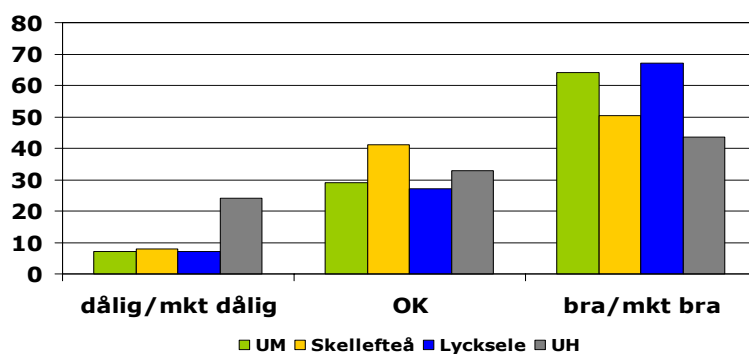
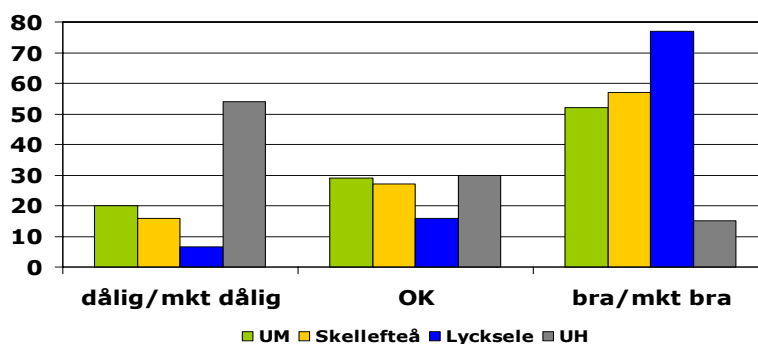


Diagram 14. Självskattad psykisk hälsa vid respektive mottagning



Det finns ett mycket starkt samband mellan hur man skattar sin fysiska och sin psykiska hälsa så till vida att de som skattar sin fysiska hälsa som god, skattar också i mycket hög utsträckning sin psykiska hälsa som god. Till exempel har 50 av de 55 ungdomar som skattade sin fysiska hälsa som mycket bra, samtidigt skattat sin psykiska hälsa som bra eller mycket bra.

Skillnaden mellan **Ungdomshälsan** och ungdomsmottagningarna i länet beträffande den självskattade hälsan, som kan utläsas i ovanstående diagram (13, 14) kan också illustreras genom medelvärden (tabell 1).

Tabell 1. Genomsnittligt värde av skattad fysisk och psykisk hälsa, UH och UM

	Fysisk hälsa	Psykisk hälsa
Ungdomsmottagningarna	3,7	3,6
Ungdomshälsan	3,2	2,5
Signifikans	P= .001	P = .023

Det fanns också en skillnad i upplevelse av sin hälsa beroende på om ungdomen hade ett riskbruk av alkohol eller inte. Inom *ungdomsmottagningarna* kunde man se att de ungdomar som hade ett riskbruk/skadligt bruk av alkohol skattade både sin fysiska och sin psykiska hälsa lägre, än de utan ett riskbruk (tabell 2).

Motsvarande skillnad av skattad hälsa i relation till riskbruk kunde emellertid inte ses inom *Ungdomshälsan*.

Tabell 2. Självskattad fysisk och psykisk hälsa inom *ungdomsmottagningarna* - relaterad till riskbruk

UM	Fysisk hälsa	Psykisk hälsa
Inte riskbruk	3,9	3,8
Riskbruk/missbruk	3,6	3,5
Signifikans	P= .001	P = .023

Kontakt med föräldrarna

Ungdomarna ombads i enkäten också att skatta sin relation till sin far respektive mor på en femgradig skala, med ytterligheterna definierade som ”mycket dålig kontakt” och ”mycket bra kontakt”. I nedanstående diagram (*diagram 15,16*) har de två lägsta och de två högsta alternativen slagits ihop till att representera dålig/mycket dålig och bra/mycket bra. De som markerat ”i mitten” på skalan återfinns i stapeln ”varken bra eller dålig”.

Diagram 15. Kontakt med modern, för unga kvinnor, unga män och totalt

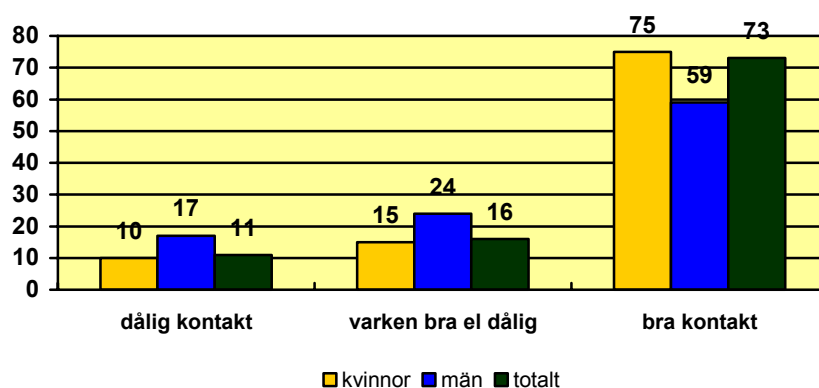
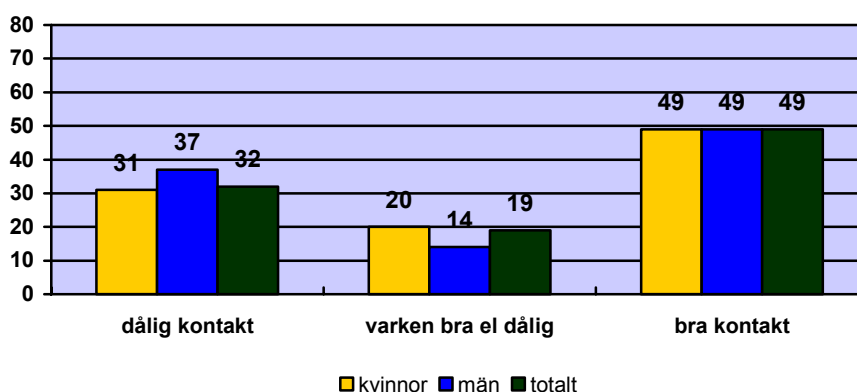


Diagram 16. Kontakt med fadern, för unga kvinnor, unga män och totalt



Huvuddelen av de svarande (73 %) uppgav sig ha en bra eller mycket bra kontakt med sin mor, döttrarna i något högre utsträckning än sönerna. Andelen som hade motsvarande goda kontakt med sin far var något lägre (49 %), utan någon skillnad mellan könen.

15 respektive 5 % av de svarande hade markerat det allra lägsta alternativet för sin kontakt med fadern respektive modern (en etta). Dessa procentandelar utgörs totalt av 59 ungdomar och de sammanfaller med 9, det vill säga att det fanns nio ungdomar som hade **mycket** dålig kontakt med både sin mor och sin far. Om man inkluderar det "nästsämsta" alternativet som kan översättas som "dålig kontakt" var det sammantaget 23 ungdomar (7 %) som hade dålig/mycket dålig kontakt med båda sina föräldrar. Drygt hälften av dessa 23 (56,5 %, 13 ungdomar) hade inga andra viktiga vuxna. I gruppen ungdomar med dålig föräldrakontakt hade 11 (48 %) sökt sig till mottagningarna på grund av relationsproblem eller nedstämdhet/depression.

Här fanns också en skillnad mellan **Ungdomshälsan** och ungdomsmottagningarna, där UH's unga män i högre grad uppgav sig ha en dålig/mycket dålig kontakt med sin far än de unga män som besökte ungdomsmottagningarna (47 % vs 30 %, $p = .052$). Gruppen är dock sammantaget liten.

En dålig kontakt med en av föräldrarna kunde i viss mån kompenseras av en bättre kontakt med den andre föräldern. Till exempel hade 58 av de 110 som uppgav sig ha en dålig/mkt dålig kontakt med sin far, en bra/mycket bra kontakt med sin mor. Omvänt hade 10 av de 38 som uppgav sig ha en dålig/mycket dålig kontakt med sin mor, en bra/mycket bra kontakt med sin far.

Av samtliga 351 ungdomar var det 23 (7 %, 16 unga kvinnor och 7 unga män) som hade markerat att de hade dålig eller mycket dålig kontakt med *båda* sina föräldrar. I den gruppen var det 11 som sökte på grund av depression/relationsproblem, och nio som hade ett riskbruk av alkohol.

Det finns emellertid inte på gruppnivå något samband mellan eventuellt riskbruk av alkohol och kontakten med föräldrarna. Det var inte heller så att de med riskbruk av alkohol i påtaglig högre utsträckning hade flyttat hemifrån. Drygt hälften av de med riskbruk bodde fortfarande hemma med någon eller båda föräldrarna (55 % vs 45 % $p = .060$)

Andra viktiga vuxna

På frågan om det fanns andra viktiga vuxna personer i ungdomens liv, hade 60 % bejakat detta, (62 % av de unga kvinnorna och 49 % av männen). Som andra viktiga vuxna angavs t ex mor- eller farföräldrar, syskon, pojk- eller flickväns föräldrar.

Även om det procentuellt sett framför allt är de som har en bra kontakt med sina föräldrar som också har tillgång till andra viktiga vuxna personer, så har också ca hälften av de med dålig föräldrakontakt andra viktiga vuxna.

Av de 38 ungdomarna med dålig/mycket dålig kontakt med modern, hade 53 % andra viktiga vuxna. Motsvarande siffra bland de 110 som hade en dålig kontakt med fadern, var 50 %.

I den lilla grupp på 23 ungdomar som hade dålig eller mycket dålig kontakt med båda sina föräldrar så hade 10 svarat att de hade tillgång till andra viktiga vuxna.

Kommentarer

Det bör påpekas att de resultat som redovisats från denna studie *inte* kan tolkas som representativa för ungdomar i allmänhet. De som söker sig till ungdomsmottagningarna eller till Ungdomshälsan bör ses som en selekterad grupp. Som tidigare nämnts är också resultaten rörande de unga männen osäkra utifrån det låga antalet.

Det man däremot med säkerhet kan säga är att personal vid länets ungdomsmottagningar och ungdomshälsa dagligen möter väldigt många ungdomar med riskabel alkoholkonsumtion och/eller drogerfarenheter. Även om inte alla av dessa kommer att utveckla ett missbruk/beroende finns det en mängd risker förknippade med hög alkoholkonsumtion. Många av ungdomarna uppgav dessutom själva att de ville minska sitt drickande. I de möten som äger rum är det därför önskvärt och angeläget att alkohol- och drogfrågor uppmärksammas. Motiverande samtal och kort rådgivning är evidensbaserat verksamma metoder för att lyfta fram och stötta den egna förmågan till förändring. För de ungdomar som har en uttalad problematik bör samverkan finnas med andra behandlingsinstanser.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV). Svensk översättning av "Quick reference" av Herlofson J & Landqvist M (1995). Pilgrim Press.
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders JB, Grant M (1992). AUDIT, the Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. WHO, Geneva.
- Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C (1998). Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem; Psykometrisk prövning på psykiatrisk akutmottagning. Läkartidningen, 95(43), 4731-35.
- Bergman H, Källmén H (2000). Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet; Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. Läkartidningen, 97(17), 2078-84.
- Bergman H, Källmén H (2003). Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. Undersökning av förändringar i svenskarnas alkoholvanor åren 1997-2001. Läkartidningen, 100(12), 1028-35.
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, CAN (2007). Drogutvecklingen i Sverige 2007 – Rapport 107. www.can.se Stockholm: CAN
- FHI, Statens folkhälsoinstitut (2005a) Den svenska alkoholutvecklingen. Lägesrapport januari 2005. www.fhi.se. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- FHI, Statens folkhälsoinstitut (2005b). Alkohol och hälsa – en kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa. www.fhi.se. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.
- FHI, Statens folkhälsoinstitut (2007) Hälsa på lika villkor. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006. Rapport nr A 2007-01. www.fhi.se
- Forsberg L (2006). Motiverande samtal – bättre än råd. Läkartidningen nr 42, 3178-3180.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol & Alcoholism. Vol 37, No 6, 591-592.
- Hedberg C, Hallberg H & Urwitz V (2000). Projekt om "Riskbruk av alkohol". Patienten ges underlag för beslut om sina alkoholvanor. Läkartidningen, 97(1-2), 48-50.
- Johansson K & Wirbing P (2005) Riskbruk och missbruk. Natur och kultur.
- LEVA undersökningen 2007 (www.umea.se/uffe).
- SBU (2001) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Rapportnummer 156/I och 156/II. www.sbu.se
- Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. www.socialstyrelsen.se
- SOMRA (Samtal OM Riskbruk av Alkohol) www.somra.se
- SOU 2006:77 Ungdomar, stress och psykisk ohälsa.
- Umeå kommun (2006) Livsmiljöbokslut.
- VLL (2005). Alkoholvanor bland patienter inom primärvården - relaterat till ångest och depression. www.vll.se
- VLL (2006) Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården. www.vll.se
- Västerbotten förebygger www.vasterbottenforebygger.se
- World Health Organisation (1990) International Classification of Diseases, ICD -10. WHO; Svensk version Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97) Socialstyrelsen.

Bilaga 1

Bakgrund

Tjej Kille Hur gammal är du?år

Vad är orsaken till ditt besök? Om det är av flera orsaker, rangordna från 1 till 3 (där 1 är viktigaste orsaken)

- Preventivmedel Relationsproblem Oro för sjukdom
 Graviditetstest Sömnstörningar Annat, vad?
 Test för könssjukdom Social fobi
 Nedstämd, deprimerad Ångest/oro

Vilken är din **huvudsakliga** sysselsättning?

- Arbetar Arbetssökande Annat, vad?
 Studerar Sjukskriven
 Praktiserar

Hur bor du?

- Hos förälder/föräldrar I egen lägenhet Annat, vad?
 Med partner Hos kompisar
 I studentrum/elevehem I kollektiv

Har du bra kontakt med din mamma? Kryssa över den siffra som bäst motsvarar din kontakt med din mamma.

1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5

Dålig kontakt

Mycket bra kontakt

Har du bra kontakt med din pappa? Kryssa över den siffra som bäst motsvarar din kontakt med din pappa.

1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5

Dålig kontakt

Mycket bra kontakt

Finns det några andra vuxna personer som är viktiga för dig?

- Nej Ja, i så fall vilka? _____

Här följer ett antal frågor om Dina drogvvanor:

Har du någon gång **TESTAT** någon/några av följande droger?

- Cannabis/Hasch Värktabletter i drogsyfte
 Amfetamin/Ecstasy Bensodiazepiner
 Heroin Annat, vad
 GHB Nej
 Anabola steroider

ANVÄNDER du någon/några av följande droger?

- Cannabis/Hasch Värktabletter i drogsyfte
 Amfetamin/Ecstasy Bensodiazepiner
 Heroin Annat, vad
 GHB Nej
 Anabola steroider

Här följer ett antal frågor om tobak:

Snusar du?

- Ja, en snusdosa räcker ca dag/år Nej

Om du svarat ja på frågan ovan, skulle du vilja sluta snusa?

- Ja Nej

Röker du?

- Ja, ca cigaretter/dag Ja, feströker Nej

Om du svarat ja på frågan ovan, skulle du vilja sluta röka?

- Ja Nej

Här följer några frågor om sex:

Har du haft någon könssjukdom? Ja Nej

Är du orolig över att smittas av en könssjukdom? Ja Nej

Har det hänt att du eller den du haft sex/samlag med varit påverkad av alkohol i samband med sex/samlag?

DU

- Nej Nej
 Ja, men ej berusad Ja, men ej berusad
 Ja, något berusad Ja, något berusad
 Ja, och var mycket berusad Ja, och var mycket berusad

DIN PARTNER

- Nej Nej
 Ja, men ej berusad Ja, men ej berusad
 Ja, något berusad Ja, något berusad
 Ja, och var mycket berusad Ja, och var mycket berusad

Har det hänt att du eller den du haft sex/samlag med varit påverkad av andra droger i samband med sex/samlag?

DU

- Nej Nej
 Ja, men ej påverkad Ja, men ej påverkad
 Ja, något påverkad Ja, något påverkad
 Ja, och var mycket påverkad Ja, och var mycket påverkad

DIN PARTNER

- Nej Nej
 Ja, men ej påverkad Ja, men ej påverkad
 Ja, något påverkad Ja, något påverkad
 Ja, och var mycket påverkad Ja, och var mycket påverkad

Avslutande frågor:

Hur bedömer du din hälsa? Kryssa för den siffra som bäst motsvarar din fysiska hälsa på den första raden och den som bäst motsvarar din psykiska hälsa på den andra raden.

Fysisk hälsa: 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5

Psykisk hälsa: 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5
 Mycket dålig Mycket bra

Vad tycker du är viktigast för att du ska må bra?

Tycker du att du blev tagen på allvar och bemött med respekt vid ditt besök?

- Ja Nej

Tack för din medverkan!

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Med ett "glas" menas



1. Hur ofta dricker du alkoholi?	Aldrig	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4 gånger/vecka eller mer
2. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkoholi?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler
3. Hur ofta dricker du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig	Mer sällan än en gång i månaden	Varje månad	Varje vecka	Dagligen eller nästan varje dag
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej	Ja, men inte under det senaste året	Ja, under det senaste året	Ja, under det senaste året	Ja, under det senaste året
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?	Nej	Ja, men inte under det senaste året	Ja, under det senaste året	Ja, under det senaste året	Ja, under det senaste året

