



# Cannabisrelaterad vård bland unga vuxna

Delrapport 4 i en serie om cannabisproblematiken bland unga vuxna i Stockholms län



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Andersson F, Galanti MR, Magnusson C. Cannabisrelaterad vård bland unga vuxna. Delrapport 4 i en serie om cannabisproblematiken bland unga vuxna i Stockholms län Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:6.



**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**

Box 45436, 104 31 Stockholm

[ces.sls@regionstockholm.se](mailto:ces.sls@regionstockholm.se)

Rapport 2022:6

ISBN 978-91-87691-91-1

Författare: Filip Andersson, Maria Rosaria Galanti, Cecilia Magnusson

Språkgranskning: Mika Gårdinger

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm maj 2022

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,  
[www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

Ett samarbete mellan

# Förord

Cannabis är den i särklass vanligaste drogen i Sverige och användningen är större i Stockholm än resten av landet. Samtidigt som alkoholkonsumtionen sjunker, ökar cannabismarknaden i komplexitet och omfattning. Konsumtionen är högst hos unga vuxna.

Cannabisanvändning har negativa hälsoeffekter som inkluderar risk för beroende och sannolik koppling till allvarlig psykisk sjukdom. Cannabis har också stora negativa sociala effekter. Högkonsumenter klarar sig betydligt sämre i skolan och på arbetsmarknaden, samtidigt som den illegala cannabismarknaden driver kriminalitet.

Sverige har en unik lagstiftning inom narkotikaområdet och drogens inverkan på folkhälsa kan därmed vara annorlunda i Stockholm jämfört med storstadsregioner i andra länder. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har därför fått i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm, att kartlägga och analysera cannabisproblematiken med fokus på unga vuxna i Stockholms län.

Uppdraget syftar till att belysa en rad angelägna frågor såsom

- mörkertal kring användning
- hälso- och sjukvårdens roll
- var och när bruk och langning sker och av vem
- cannabisbrottens inverkan på närsamhället
- inslag av cannabis i dödligt våld

Uppdraget har genomförts i samarbete mellan Region Stockholms CES och STAD vid Centrum för psykiatriforskning, samt institutionen för global folkhälsa vid Karolinska Institutet, Skolan för arkitektur och samhällsbyggnad vid Kungliga Tekniska högskolan och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rosaria Galanti vid CES har lett arbetet. Resultaten redovisas i en rapportserie under 2022.

I den här rapporten, som är den fjärde i serien, redovisar vi förekomsten av cannabisrelaterade diagnoser hos unga vuxna. Vi redogör för skillnader över tid, mellan grupper och områden, samt på vilka vårdnivåer och inom vilka vårdgrenar som vårdkonsumtionen sker. Syftet med rapporten är att ge ett underlag för planering och fortsatta analyser av eventuella otillfredsställda vårdbehov.

*Cecilia Magnusson*

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning.....	5
Bakgrund .....	6
Cannabisbruk bland unga.....	6
Vård för cannabisrelaterade diagnoser.....	6
Begrepp i rapporten .....	7
Syfte.....	8
Material och metod .....	9
Data.....	9
Vårddata från VAL-databaserna .....	9
Sociodemografiska egenskaper på individnivå .....	9
Socioekonomiska faktorer på områdesnivå .....	10
Analyser .....	10
Vårdtillfällen och kliniker.....	10
Patienter .....	10
Områdesskillnader.....	10
Resultat .....	11
Förekomsten av cannabisrelaterade diagnoser bland unga vuxna .....	11
Ökar andelen unga vuxna som får en cannabisrelaterad diagnos?.....	11
Vilka unga vuxna får en cannabisrelaterad diagnos? .....	11
Skiljer sig förekomsten av unga vuxna med cannabisrelaterad diagnos mellan olika områden i Stockholms län?.....	13
Vården för cannabisrelaterade diagnoser bland unga vuxna .....	15
Nästan alla diagnoser ställs i psykiatri .....	15
Vilka andra diagnoser registreras samtidigt som de cannabisrelaterade? .....	15
Vilka vårdåtgärder registreras i samband med cannabisrelaterade vård? .....	16
Diskussion .....	17
Andelen unga vuxna som får cannabisrelaterade diagnoser har ökat, men inte antalet vårdtillfällen.....	17
Vanligast att psykiatriska diagnoser ställs samtidigt som en cannabisrelaterad diagnos.....	18
Oftast registreras en åtgärd för cannabisproblem .....	18
Socioekonomiska omständigheter inte entydigt kopplade till diagnoser av cannabisbruk .....	18
Begränsningar i rapporten.....	19
Slutsatser och implikationer.....	20
Referenser .....	21
Bilaga.....	23

# Sammanfattning

Denna rapport redovisar förekomsten av cannabisrelaterade diagnoser hos unga vuxna (18 till 29 år) i Stockholms län, under perioden 2006 till 2019.

Rapporten bygger på Region Stockholms VAL-databaser och data från Statistiska centralbyrån.

Resultaten visar att andelen unga vuxna med minst en registrerad cannabisrelaterad diagnos mer än fördubblades under den studerade perioden. Trots ökningen hade dock bara 0,35 procent av 18 till 29-åringarna en sådan diagnos år 2019. Rapporten visar också att individerna med en cannabisrelaterad diagnos var yngre, i större utsträckning män, hade lägre utbildningsnivå och sysselsättningsgrad samt oftare minst en förälder född utomlands, jämfört med befolkningen i samma åldersgrupp utan en sådan diagnos.

Dessutom pekar resultaten på att andelen diagnostiserade unga vuxna varierar stort mellan olika stadsdelar och kommuner i länet. Även om lägre utbildningsnivå och sysselsättningsgrad i befolkningen på områdesnivå, var kopplad till ökad förekomst av diagnoser, förklarar inte detta de stora geografiska skillnaderna helt.

Primärvården och den somatiska specialistvården stod för en mycket liten del av de registrerade cannabisrelaterade diagnoserna. Psykiatrin (som innefattar beroendevården) stod i stället för nästan alla diagnoser.

Sammanfattningsvis tyder rapporten på att det finns mörkertal i diagnostiken av cannabisrelaterade tillstånd. Därmed finns en risk att vårdbehoven kopplade till ett skadligt cannabisbruk inte tillgodoses bland unga vuxna i Stockholms län. Att diagnoserna sällan förekommer i primärvården, eller tillsammans med andra diagnoser, bör utredas vidare. Detta eftersom problemen är vanliga bland unga vuxna och ofta samsjukliga med andra tillstånd. Rapporten pekar också på behov av mer kunskap kring varför de cannabisrelaterade diagnoserna varierar så uttalat mellan olika geografiska områden i länet.

# Bakgrund

## Cannabisbruk bland unga

Cannabisanvändningen i Sverige har ökat under de senaste decennierna. Rapporter från både Stockholm förebygger alkohol och droger (STAD) (1) och Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) (2) visar på en tydlig ökning av användandet av narkotikaklassade preparat i Sverige, där cannabis utgör den mest frekvent använda substansen. Även data från Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor (3) visar en tydligt ökande trend av cannabisbruk i den vuxna befolkningen mellan år 2004 och 2020, dock inte mellan 2020 och 2021. I CAN:s nationella skolundersökning från 2021 uppger fem procent av niorna och 14 procent av gymnasietvåorna att de någon gång använt cannabis (4). Andelen elever i årskurs 9 och i årskurs 2 på gymnasiet som anser att det inte finns någon, eller liten risk, med att testa cannabis, har ökat kraftigt. År 2021 ansåg 45 procent bland högstadieläverna och 56 procent bland gymnasieeleverna detta (4). Cannabisbruket är vanligare i Stockholms län än i andra delar av Sverige (3).

Cannabisbruket är mest utbrett bland unga vuxna i Sverige. År 2021 rapporterade åtta procent av männen och sex procent av kvinnorna i åldrarna 16 till 29 år att de använt cannabis under det senaste året. Motsvarande andel i hela befolkningen var tre procent (3). I Stockholms län har andelen unga vuxna (18–29 år) som har använt cannabis under det senaste året varierat mellan 10 och 12 procent mellan år 2010 och 2018 (5). Motsvarande andel för hela befolkningen i Stockholms län var cirka fem procent år 2018.

## Vård för cannabisrelaterade diagnoser

Förekomsten av cannabisrelaterade diagnoser har inte kartlagts tidigare i Stockholms län. Vi vet därmed inte på vilka nivåer eller inom vilka specialiteter, vården för dessa tillstånd ges, eller om den fyller behoven.

Kunskap om hur förekomsten av cannabisanvändning påverkar vårdkonsumtion och vårdbehov är också bristfällig. I delstaten Colorado i USA har ökningen av cannabisanvändning sedan början av 2000-talet dock förknippats med en ökning av vissa typer av sjukhusvistelser för cannabisrelaterade hälsoproblem, inklusive mag- och tarmproblem och misstänka självmordsförsök (6). I tidigare studier har man också funnit ett samband mellan cannabisbruk och vård för psykoser och schizofreni (7, 8), sjukdomar i nervsystemet samt endokrina och metaboliska sjukdomar (6). Vårdkontakter för cykliska kräkningar, brännskador och exponering av marijuana har också ökat bland barn i Colorado sedan legaliseringen år 2015 (9–11).

Studier visar att endast en begränsad andel av dem som utvecklar ett cannabisberoende söker vård (12). I en amerikansk studie förknippades ensamstående, avbruten utbildning, tidigare behandling och svår depression med ökat vårdsökande, men inte mängd och frekvens av cannabisanvändning (13). Vårdsökande för cannabisrelaterade diagnoser sker vid yngre åldrar (med en topp mellan 15 och 19 år) jämfört med andra narkotikarelaterade diagnoser enligt Världshälsoorganisationen (14), medan unga vuxna verkar underutnyttja vård trots upplevt behov (12).

## Begrepp i rapporten

I den här rapporten förekommer epidemiologiska begrepp som kan vara svåra att förstå. Här förklarar vi några av dessa:

### **Prevalens**

### **Befintliga fall**

I den här rapporten syftar begreppet till antalet individer med en cannabisrelaterad diagnos, och anges per tusen invånare.

### **Incidens**

### **Nya fall**

I den här rapporten syftar begreppet till antalet vårdtillfällen per år där en cannabisrelaterad diagnos ställs, och anges per tusen invånare.

### **Konfidensintervall**

### **Ett intervall som beskriver osäkerheten kring en skattad parameter**

I den här rapporten används 95-procentigt konfidensintervall, vilket innebär att intervallet som anges med 95 procents sannolikhet innehåller det riktiga värdet.

### **Betjäningsområde**

### **170 mindre områden med cirka 14 000 invånare som Stockholms län är indelat i**

I den här rapporten används betjäningsområden för att skatta skillnader i förekomst av cannabisrelaterade diagnoser mellan olika områden.

# Syfte

I den här rapporten beskriver vi för första gången hur vårdkonsumtionen ser ut för cannabisrelaterade diagnoser hos unga vuxna (18 till 29 år) inom hälso- och sjukvården i Stockholms län. Vi redogör för skillnader över tid, mellan grupper och områden, samt på vilka vårdnivåer och inom vilka vårdgrenar som vårdkonsumtionen sker. Till sist beskriver vi i vilken utsträckning cannabisrelaterade diagnoser förekommer samtidigt med andra diagnoser, och vilka åtgärder som registreras i samband med dessa vårdtillfällen.

Syftet med rapporten är att ge en situationsbeskrivning av vården för cannabisrelaterade problem, som en grund för planering och fortsatta analyser av eventuella otillfredsställda vårdbehov.



# Material och metod

## Data

Underlaget till den här rapporten består av data från Region Stockholms patientregister för öppenvård och slutenvård från VAL-databaserna, Statistiska centralbyråns (SCB) register över totalbefolkningen och LISA (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier). Dessa data är registerkopplade på individnivå.

Urvalet består av alla individer i åldrarna 18 till 29 år som varit bosatta i Stockholms län under perioden 2006 till 2019. Denna grupp innefattar årligen mellan 285 000 och 360 000 individer, med en tydlig ökning över tid. Tidsperioden har definierats utifrån året när psykiatrisk vård började registreras fullständigt i VAL-databaserna (2006).

### Vårddata från VAL-databaserna

Data om vårdtillfällen och typ av vård kommer från VAL-databaserna. Utifrån dessa data kan man härleda ifall en vårdkontakt skedde inom öppenvården eller slutenvården samt den specifika vårdgrenen för varje kontakt.

”Öppenvård” beskriver en kontakt med vårdpersonal som inte innefattar inskrivning på en sjukvårdsinrättning, det vill säga sjukhus eller liknande instanser. ”Slutenvård” beskriver en vårdkontakt som är relaterad till inskrivning på en sjukvårdsinrättning.

Vårdgrenen identifierar vilken typ av budgetområde som vårdhändelsen är relaterad till: primärvård, psykiatri, geriatrik, akutsjukvård eller övrig vård.

Från vårddata i VAL-databaserna hämtade vi också information för att identifiera samtliga diagnoser som ställdes vid varje specifikt vårdtillfälle, samt åtgärderna som följde. För vårdtillfällen relaterade till öppenvården tilläts upp till åtta olika diagnoser och för slutenvården upp till tio. Diagnoserna är rapporterade enligt klassifikationen ICD-10-koder.

Åtgärderna som följer en diagnos (upp till tio per vårdtillfälle) rapporteras i VAL-databaserna enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). I den här rapporten använder vi endast de åtgärder relaterade till cannabisbruk som huvuddiagnos, och som registrerats år 2013 till 2019.

För att ta fram vårdtillfällen relaterade till cannabisbruk har vi använt en kombinerad indikatorvariabel bestående av antingen ICD-10-kod F12 och dess undergrupper (psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av cannabis) eller ICD-10-kod T40.7 (förgiftning med cannabis och dess derivat). Vi hade dessutom möjlighet att skilja mellan huvuddiagnos och bidiagnos.

### Sociodemografiska egenskaper på individnivå

De sociodemografiska variablerna hämtade vi från Statistiska centralbyråns, SCB:s, register över totalbefolkningen (ålder, kön och födelseland) eller databasen LISA (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier).

Därutöver har vi även gjort en länkning till flergenerationsregistret för att inhämta data om individernas föräldrar, i syfte att kategorisera ursprungslandet för individen och dess familj (t.ex. född i Sverige med båda föräldrarna födda i Sverige eller med minst en förälder född utanför Sverige).

Socioekonomiska indikatorer skapades för individens sysselsättning (i förvärvsarbete eller ej) samt för utbildningsnivåer för individen och dennes föräldrar. Utbildningsnivå analyserades i två kategorier definierade som ”högutbildning” med alternativen ja eller nej. ”Ja” motsvarar någon typ av universitetsutbildning och ”nej” motsvarar upp till gymnasieutbildning.

### **Socioekonomiska faktorer på områdesnivå**

Data på betjäningsområdesnivå har hämtats från LISA, och består av andel högutbildade andel sysselsatta (se definition i föregående stycke), andel födda i Sverige och andel med ekonomiskt bistånd i hela befolkning.

## **Analyser**

### **Vårdtillfällen och kliniker**

Incidensen (se definition på s. 8) av vårdtillfällen över tid, redovisas som antal vårdtillfällen per 1 000 individer per år, samt som antal vårdtillfällen per år – både totalt och efter vårdinstans och typ av vårdgren. Information om antalet psykiatriska kliniker per område har hämtats från psykiatrins register i Region Stockholm, både på stadsdels- och kommunnivå.

De övriga diagnoser som förekommer i samband med cannabisdiagnoser, redovisas separat för vårdtillfällen. Cannabis analyseras som huvuddiagnos eller bidiagnos, samt inom öppen- och slutenvården.

### **Patienter**

Information om sociodemografiska egenskaper (ålder, kön, födelseland, sysselsättning, egen utbildningsnivå och föräldrarnas utbildningsnivå) hos individerna som sökte vård presenteras som medelvärden eller andelar i procent. Resultat presenteras för hela perioden.

De sociodemografiska egenskaperna hos patienter med cannabisrelaterade diagnoser jämförs med patienter i samma åldersgrupp utan narkotikarelaterade diagnoser.

### **Områdesskillnader**

Med hjälp av information om var individen bodde vid tillfället för cannabisdiagnosen, har vi tagit fram prevalensen (se definition på s.8) med minst ett sådant vårdtillfälle per betjäningsområde (se definition på s.8), samt dess standardavvikelse, per år. Detta mått har länkats med sociodemografiska data från LISA på samma områdesnivå.

Med hjälp av så kallade meta-regressionsmodeller har vi analyserat sambandet mellan sociodemografiska faktorer på områdesnivå och prevalensen av individer med minst ett vårdtillfälle, kontrollerat linjärt (per år). Detta för att ta hänsyn till att prevalensen av individer med cannabisdiagnoser under olika år bildar ett kluster på områdesnivå.

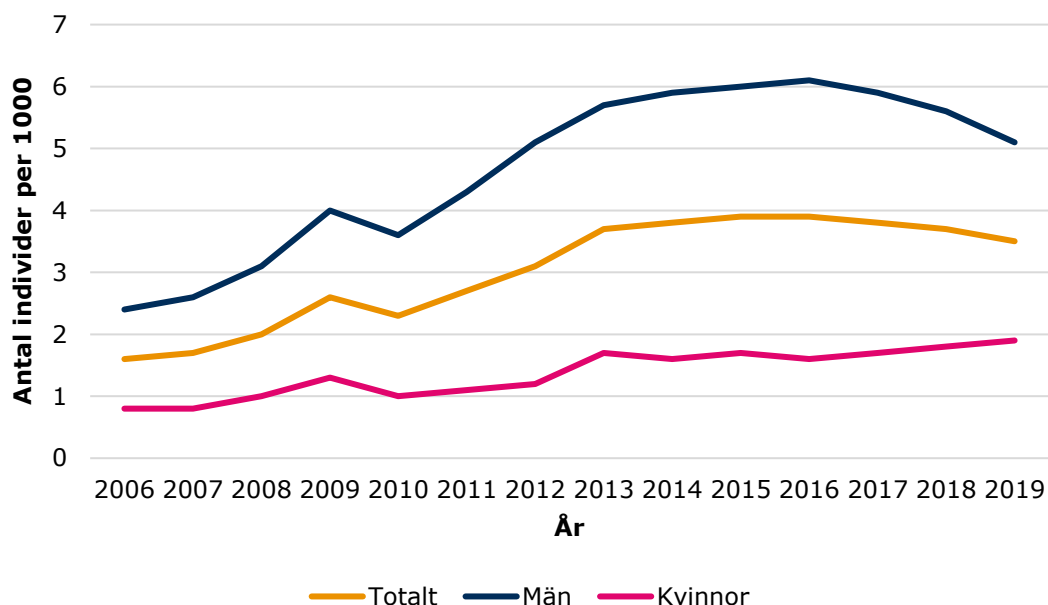
Relationen mellan densiteten av psykiatriska kliniker (antal kliniker per 1 000 invånare i åldersgruppen 18–29 år) och prevalens av individer med cannabisrelaterade diagnoser har analyserats på samma sätt, dock med stadsdels- och kommunnivå som geografisk indelning.

Alla analyser i rapporten är utförda i programmet Stata (Stata Corp: Stata version 16.1).

# Resultat

## Förekomsten av cannabisrelaterade diagnoser bland unga vuxna

### Ökar andelen unga vuxna som får en cannabisrelaterad diagnos?



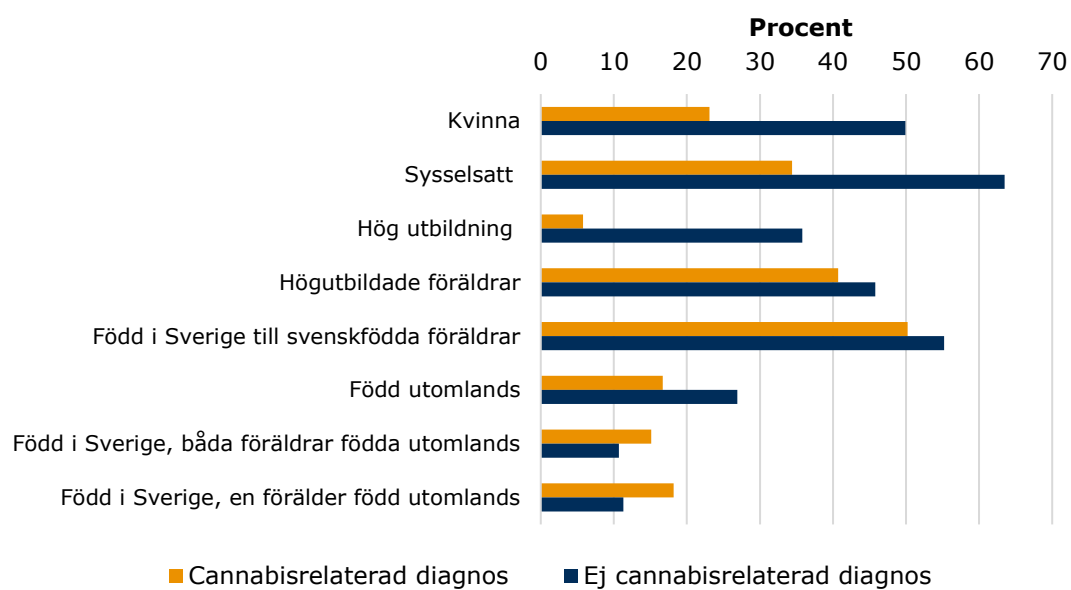
**Figur 1. Antal individer med minst ett vårdtillfälle för cannabisrelaterade diagnoser per 1 000 invånare i åldrarna 18 till 29 år, uppdelat efter totalt antal och kön, över tid i Stockholms län.**

Källa: Registret över totalbefolkningen (SCB) och VAL-databaserna.

Det befintliga antalet fall (prevalensen) av unga vuxna som under ett visst år har fått en cannabisrelaterad diagnos ökade kraftigt och kontinuerligt mellan år 2006 och 2016 (en ökning på 2,5 gånger) (se figur 1). Prevalensen var dock stabil eller vagt sjunkande under den senare halvan av 2010-talet. Under år 2019 fick 0,35 procent av alla unga vuxna i Stockholms län en cannabisrelaterad diagnos.

### Vilka unga vuxna får en cannabisrelaterad diagnos?

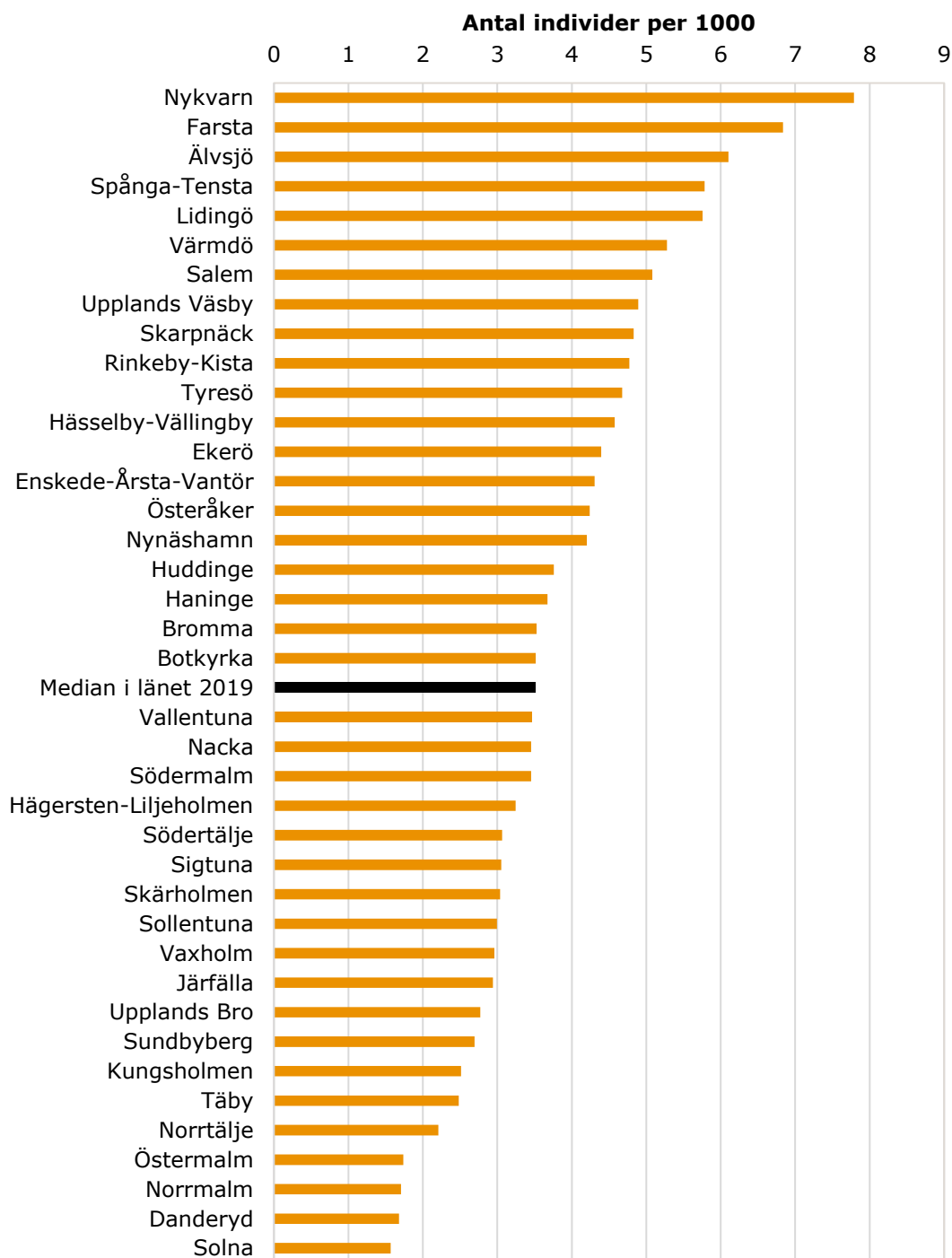
Individerna med en cannabisrelaterad diagnos var i lägre utsträckning kvinnor, sysselsatta eller högutbildade jämfört med andra unga vuxna bosatta i länet under åren 2006 till 2019 (se figur 2). En större andel unga vuxna med cannabisdiagnos var födda i Sverige med en eller två utlandsfödda föräldrar, samtidigt som en lägre andel själva var födda utomlands. Däremot fanns ingen väsentlig skillnad i föräldrarnas utbildningsnivå hos unga vuxna som fått en cannabisrelaterad diagnos jämfört med dem som inte fått det.



**Figur 2. Andel (%) unga vuxna med olika sociodemografiska egenskaper som fått eller inte fått en cannabisrelaterad diagnos, år 2006 till 2019 i Stockholms län.**

Källa: LISA (SCB), Registret över totalbefolkningen (SCB) och VAL-databaserna.

**Skiljer sig förekomsten av unga vuxna med cannabisrelaterad diagnos mellan olika områden i Stockholms län?**



**Figur 3. Antal befintliga fall (prevalens) per 1 000 invånare med cannabisrelaterade diagnoser i Stockholms läns kommuner och stadsdelar, år 2019.**

Källa: LISA (SCB), Registret över totalbefolkningen (SCB) och VAL-databaserna.

Det befintliga antalet individer med minst en cannabisrelaterad diagnos per tusen invånare varierar kraftigt mellan Stockholms stadsdelar och kommuner under perioden (se figur 3). År 2019 hade Nykvarn högst andel diagnostiserade unga vuxna (7,8 per 1 000 invånare) och Solna lägst (1,6 per 1 000 invånare).

**Tabell 1. Sociodemografiska faktorer, på områdesnivå, i relation till prevalensen (per 1 000) av individer med cannabisrelaterade diagnoser, i Stockholms län år 2006 till 2019.**

Sociodemografisk indikator	Ökning av antal individer per 1 000 med diagnoser med 1 % ökning i den sociodemografiska indikatorn	95 % konfidensintervall
Andel med ekonomiskt bistånd	0,065	[0,057; 0,074]
Andel högutbildade	-0,039	[-0,041; -0,036]
Andel i sysselsättning	-0,010	[-0,015; -0,005]
Andel födda i Sverige	-0,003	[-0,006; 0,000]

Källa: LISA (SCB), Registret över totalbefolkningen (SCB) och VAL-databaserna.

Relationen mellan sociodemografiska faktorer på betjäningsområdesnivå och andelen individer med cannabisrelaterade diagnoser under studieperioden visas i tabell 1. Andelen invånare i åldrarna 18 till 29 år med en cannabisrelaterad diagnos ökar med andelen i området som har någon form av ekonomiskt bistånd. Ett motsatt samband gäller med andel med lång utbildning och andel sysselsatta, det vill säga att vi ser en minskning av cannabisrelaterade diagnoser när dessa andelar är högre i ett område. Däremot syns inget tydligt samband med andelen födda i Sverige.

**Tabell 2. Antal kliniker per stadsdel eller kommun i Stockholms län, i relation till antal individer (per 1 000 invånare, 18–29 år) med cannabisrelaterade diagnoser.**

Antal psykiatriska kliniker på områdesnivå	Ökning av antal individer per 1 000 med diagnoser	95 % konfidensintervall
Antal kliniker per stadsdel/kommun	-0,027	[-0,041; -0,014]
Antal kliniker/ per 1 000 invånare i området	-0,417	[-0,604; -0,230]

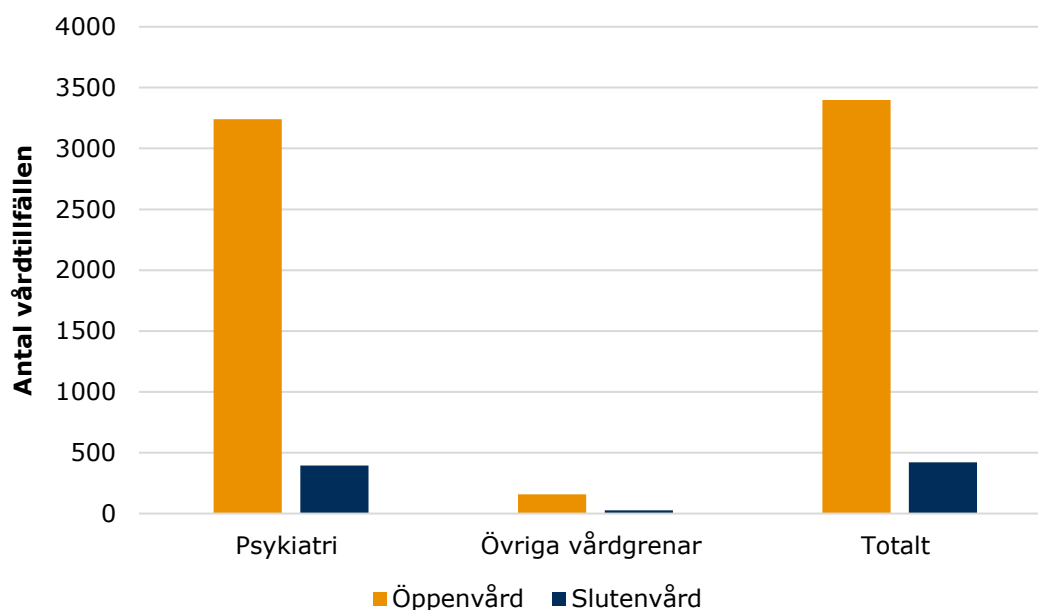
Källa: LISA (SCB), Registret över totalbefolkningen (SCB) och VAL-databaserna.

På områdesnivå visar resultaten att andelen unga vuxna med cannabisrelaterade diagnoser minskar när antalet psykiatriska vårdenheter ökar. Det visas i tabell två som beskriver relationen mellan densiteten av psykiatriska kliniker per stadsdel eller kommun (båda mätt som antalet kliniker per område och antal kliniker per 1 000 invånare i området) och andel individer med cannabisrelaterade diagnoser.

## Vården för cannabisrelaterade diagnoser bland unga vuxna

### Nästan alla diagnoser ställs i psykiatri

Under 2019 registrerades 3 819 vårdtillfällen där cannabisrelaterade tillstånd förekommit som huvud- eller bidiagnos, bland unga vuxna i Stockholms län. Dessa vårdtillfällen skedde nästan uteslutande inom psykiatri (se figur 5), även om sådana tillfällen ökade svagt inom andra vårdgrenar under 2019 (se bilaga, tabell b och c).



**Figur 5. Antal vårdtillfällen för cannabisrelaterade diagnoser hos unga vuxna i Stockholms län år 2019, uppdelat efter vårdgren och vårdnivå.**

Källa: Registret över totalbefolkningen (SCB) och VAL-databaserna.

### Vilka andra diagnoser registreras samtidigt som de cannabisrelaterade?

I drygt 70 procent av vårdtillfällena i öppenvården och 60 procent av vårdtillfällena i slutenvården där cannabis är huvuddiagnos, förekommer ingen ytterligare diagnos. När cannabisrelaterade hälsoproblem diagnostiseras tillsammans med andra tillstånd är bidiagnoserna huvudsakligen psykiatriska diagnoser eller missbruk av andra substanser (se tabell 3).

De vanligaste bidiagnoserna berörde tillstånd relaterade till

- psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol (ICD-10-kod: F10)
- psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av andra psykoaktiva substanser (ICD-10-kod: F11, F13-F19, Z864)
- ångest, stress och depression (ICD-10-kod: F3–F4)
- hyperaktivitet (ICD-10-kod: F90)
- övriga psykiatriska diagnoser (vanligast var personlighetsstörningar) (ICD-10-kod: F60, F63)

- psykiska utvecklingsstörningar (ICD-10-kod: F70, F84)
- beteende och emotionella störningar (ICD-10-kod: F98).

I öppenvården var den största andelen diagnoser som registreras samtidigt med cannabisrelaterade psykiatriska diagnoser. I slutenvården var den vanligaste samsjukliga diagnosen andra substansbrukssyndrom. Detta gäller oavsett om det handlar om huvud- eller bidiagnoser (se bilaga, tabell d).

**Tabell 3. Bidiagnoser när cannabisrelaterade tillstånd är huvuddiagnos, Stockholms län år 2006 till 2019.**

Diagnostyp	Öppenvården		Slutenvården	
	Antal	%	Antal	%
Ingen övrig diagnos	27 867	71,1	2 450	61,3
Alkohol	1 765	4,5	246	6,2
Andra beroendesubstanser (utom alkohol)	2 707	6,9	554	13,9
Ångest, stress och depression	3 006	7,7	240	6,0
Hyperaktivitet	1 589	4,1	163	4,1
Övriga psykiatriska diagnoser	2 080	5,3	521	13,0
Övriga diagnoser	33	0,1	10	0,3

Källa: VAL-databaserna.

### **Vilka vårdåtgärder registreras i samband med cannabisrelaterade vård?**

De två dominerande registrerade åtgärderna vid en cannabisrelaterad diagnos, både inom öppen- och slutenvården, är av diagnostisk karaktär, framför allt ”undersökning av psykiskt tillstånd” och ”strukturerad suicidriskbedömning”. Registrerade åtgärder av behandlande eller stödjande karaktär utgjordes huvudsakligen av upprättande av vårdplan och behandling med läkemedel (se bilaga, tabell e och f).

De registrerade åtgärderna var betydligt vanligare inom slutenvården än öppenvården. Generellt sett var andelen vårdtillfällen som inte innefattar någon registrerad åtgärd liten: 10,7 procent inom öppenvården och 4,0 procent inom slutenvården (se bilaga, tabell e och f).



# Diskussion

## Andelen unga vuxna som får cannabisrelaterade diagnoser har ökat, men inte antalet vårdtillfällen

Det här är den första beskrivande rapporten i Stockholms län om cannabisrelaterad vård bland unga vuxna som är baserad på data för hela befolkningen.

Resultaten visar att andelen unga vuxna med en cannabisrelaterad diagnos i Stockholms län ökade under perioden 2006 till 2019. Under år 2019 fick 0,35 procent av alla unga vuxna en sådan diagnos. Resultatet stämmer väl med en opublicerad studie som finns med i en avhandling vid Karolinska Institutet från maj 2022 (15). Där visade nationell data att 0,45 procent av personer födda mellan 1970 och 2000 fick en cannabisrelaterad diagnos (skadligt bruk eller beroende) mellan år 1990 och 2016.

Sedan år 2012 ses dock i Stockholms län ingen ökning av antalet vårdtillfällen med cannabisrelaterade diagnoser i denna grupp, utan snarare sjönk förekomsten något. Det innebär att antal vårdtillfällen per individ med diagnos har minskat, åtminstone när det gäller vårdtillfällen som registrerats som kopplade till diagnoserna. Nästan all vård skedde inom psykiatrin, och förekomsten av slutenvård kopplad till diagnoserna var stabil under den studerade perioden.

Andelen unga vuxna med en cannabisrelaterad diagnos år 2019 (0,35 procent) kan jämföras med att cirka tio procent i samma grupp rapporterar cannabiserfarenhet under de senaste 12 månaderna. Folkhälsomyndigheten skattar att cirka en av tio som någon gång använder cannabis utvecklar ett beroende, vilket utgör en av de cannabisrelaterade diagnoserna (16). Det innebär att behovet av vård sannolikt är minst två gånger större än det som framgår av de registrerade diagnoserna. Vårdbehovet kan dock vara ännu större. Detta eftersom självrapporterat cannabisbruk i traditionella enkätundersökningar och i vårdkontakter sannolikt är en underskattning av den faktiska förekomsten (17, 18)

På områdesnivå visar rapporten att andelen unga vuxna med cannabisrelaterade diagnoser minskar när antalet psykiatriska vårdenheter ökar. Det kan betyda att den geografiska placeringen av psykiatriska vårdenheter inte är optimal ur ett tillgänglighetsperspektiv.

Förekomsten av registrerade vårddiagnoser kopplade till illegalt substansbruk är en funktion av flera faktorer:

- frekvens av skadligt bruk i befolkningen
- benägenhet hos individen att söka vård
- villighet hos individen att rapportera bruk när man söker vård
- vårdens beredskap att utreda och behandla cannabisrelaterade diagnoser.

Rapporten förklarar inte vilken eller vilka av dessa faktorer som ligger bakom de resultat vi redovisar. Möjliga förklaringar skulle kunna vara följande:

- Att ökningen av cannabisanvändning framför allt skett hos unga vuxna med starka sociala skyddsnät och andra resurser som minskar vårdbehovet kopplat till en konstaterad cannabisrelaterad diagnos (19).

- Att primärvården och andra vårdgrenar utanför psykiatrin (som ansvarar för den specialiserade beroendevården) har låg beredskap eller saknar uppdrag att själva utreda och behandla cannabisrelaterade diagnoser.
- Att det finns barriärer för myndiga individer att rapportera ett straffbart beteende inför vårdpersonal utanför beroendevården eller psykiatrin, även om de har tystnadsplikt (20), till exempel på grund av rädsla för påföljder såsom indraget körkort.

## Vanligast att psykiatriska diagnoser ställs samtidigt som en cannabisrelaterad diagnos

I de flesta fall förkommer inte de cannabisrelaterade diagnoserna tillsammans med andra diagnoser, vid samma vårdtillfälle. Möjligen tyder det på att fler individer med cannabisrelaterade diagnoser skulle kunna identifieras i samband med vårdsökande för andra tillstånd (21).

I de fall där även andra tillstånd diagnostiseras vid samma vårdtillfälle som cannabisrelaterade diagnoser, domineras dessa av psykiatriska diagnoser. En rimlig förklaring är att cannabisbruk är utbrett bland individer som söker vård på grund av underliggande psykisk ohälsa, vilket i sin tur leder till att cannabisrelaterade tillstånd registreras. En färsk rapport från STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) stödjer denna förklaring (22).

I cirka 15 procent av fallen förekommer andra psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser som bidiagnos till cannabisrelaterade diagnoser. Det gäller framför allt diagnoser relaterade till andra droger och inte till alkohol.

## Oftast registreras en åtgärd för cannabisproblem

Ett vårdtillfälle för cannabisrelaterade problem innebär oftast att någon typ av åtgärd registreras. I samband med diagnosen registreras vanligen en fördjupad utredning, framför allt av det psykiska tillståndet och av suicidrisken. I slutenvården, men inte i öppenvården, registreras också oftast någon typ av insats i termer av stöd och behandling, vanligen en vårdplan. Psykologisk behandling, såsom rådgivning, stödsamtal och samtalsterapi (t.ex. med motiverande samtal eller kognitiv beteendeterapi) registreras dock i större utsträckning i öppenvården.

## Socioekonomiska omständigheter inte entydigt kopplade till diagnoser av cannabisbruk

Individerna som fick en cannabisdiagnos var, i relation till andra i samma ålder, i större utsträckning män, yngre, hade lägre utbildningsnivå och lägre sysselsättningsgrad. Denna sociodemografiska profil överensstämmer med vad som redovisas för användare av cannabis i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor"(22) samt i en studie baserad på nationella data som redovisas i en avhandling på Karolinska Institutet (15).

Föräldrars utbildningsnivå skiljde sig dock inte nämnvärt mellan unga som vårdades för cannabisanvändning och andra unga i länet, i synnerhet inte när diagnosen ställdes i öppenvården.

I en svensk studie om skolungdomar (24) framkommer att familjens socioekonomi skiljer sig mellan unga som testar narkotika och de som går över till ett mer frekvent bruk. Att testa narkotika är vanligare bland unga med föräldrar med lång utbildning medan att gå över till ett mer frekvent bruk är vanligare bland unga i familjer med kort utbildning. Samma gäller även på skolnivå: i skolor med barn till föräldrar med högre socioekonomi finns fler som testar cannabis, men det finns fler frekventa brukare i skolor där barnen har föräldrar med lägre socioekonomi (25).

Bland de unga i Stockholms län, som vårdades för cannabisproblem, var fler födda i Sverige än utanför landet, jämfört med unga i hela befolkningen. Däremot hade en större andel än förväntat utlandsfödda föräldrar. Dessa resultat överensstämmer med en svensk studie om drogbruk bland migranter över tid, där en initialt lägre risk jämfört med svenskfödda jämnades ut ju längre tid man vistades i Sverige (26).

Generellt tyder resultaten på att en större andel cannabisrelaterade problem upptäcks hos individer med kortare utbildning och lägre socioekonomisk status, men inte i relation till härkomst eller föräldrars utbildningsnivå.

Troligtvis har individernas socioekonomiska och kulturella sammanhang olika betydelse för de steg som leder från experimentellt bruk av cannabis till problematiskt bruk. Experimentellt bruk är sannolikt vanligare förekommande i förhållanden med stark socioekonomi medan problematiskt bruk sannolikt är vanligare i resurssvaga förhållanden. De olika steg som skulle kunna påverkas av socioekonomi och kulturellt sammanhang kan vara vårdsökande och dess registrering. Kulturell och socioekonomisk bakgrund avgör när och hur kontakt med vården sker, villighet att rapportera samt allvarlighetsgraden av tillståndet, vilket reflekteras i typ av efterföljande vård (27). Vi såg exempelvis tydliga socioekonomiska skillnader mellan patienter som vårdas för cannabisproblem i slutenvården (större andel socialt utsatta) och de som vårdas i öppenvården. Olika påverkan av socioekonomiska förhållanden i olika processer, resulterar sammanlagt i en så kallade socioekonomisk gradient i den specifika vårdkonsumtionen. Den socioekonomiska gradienten liknar den som redovisas för vissa psykiatriska diagnoser bland unga, det vill säga att det inte finns några skillnader mellan bostadsområden, och till och med att förekomsten är lägre bland ungdomar i socioekonomiskt utsatta bostadsområden än i mer resursstarka (28).

Det är värt att notera att förhållanden på områdesnivå i stort sett bekräftar dessa olika processer. Å ena sidan har den genomsnittliga prevalensen av individer med en cannabisrelaterad diagnos i länet ett tydligt samband med sociodemografiska faktorer såsom högre andel med ekonomiskt bistånd, lägre andel i sysselsättning och lägre andel med lång utbildning. När man analyserar andel vårdade efter geografiskt område (kommun och stadsdelar) är bilden dock mer nyanserad, i och med att både socialt gynnade och socialt utsatta områden finns representerade i alla nivåer av prevalens och prevalensökning. Det är alltså troligt att fler områdesfaktorer än socioekonomiska förhållanden påverkar hur stor andel av alla unga vuxna som vårdas för cannabisrelaterade hälsoproblem.

## Begränsningar i rapporten

Resultaten i denna rapport är beskrivande och tillåter inga generella slutsatser om förekomst av cannabisbruk i befolkningen, om hälsokonsekvenser av sådant bruk eller om vårdens insatser vid cannabisrelaterade tillstånd är effektiva, säkra och jämlika.

Resultaten ger i stället en beskrivning som kan ligga till grund för fortsatt utredningsarbete.

## Slutsatser och implikationer

Sammanfattningsvis tyder rapporten på att det finns mörkertal i diagnostiken av cannabisrelaterade tillstånd. Därmed finns en risk att vårdbehoven kopplade till ett skadligt cannabisbruk inte tillgodoses bland unga vuxna i Stockholms län. Att diagnoserna sällan förekommer i primärvården eller tillsammans med andra diagnoser bör utredas vidare. Detta eftersom problemen är vanliga bland unga vuxna och ofta samsjukliga med andra tillstånd. Rapporten pekar också på behov av kunskapsutveckling kring varför de cannabisrelaterade diagnoserna varierar så tydligt mellan olika geografiska områden i länet.

# Referenser

1. Ramstedt M, Sundin, E., Landberg, J. Raninen, J. ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013. STAD:s rapportserie, 2014, Rapport nummer 55 Stockholm; 2014.
2. Sundin EL, J. Ramstedt, M. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak. . CAN:s rapportserie, Rapport nummer 174. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN. Stockholm; 2017.
3. Folkhälsomyndigheten. Cannabisanvändning [Internet] Stockholm2022 [2022-04-26]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/fu-cannabisanvandning>.
4. Gripe I. CAN:s nationella skolundersökning 2021 Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. CAN Rapport 205 . Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN Stockholm; 2021.
5. Allebeck P, Lundin A, Warolén M. Narkotikavanor. In: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Region Stockholm, editor. Folkhälsorapport 2019. Stockholm:2019.
6. Wang GS, Hall K, Vigil D, Banerji S, Monte A, VanDyke M. Marijuana and acute health care contacts in Colorado. *Prev Med.* 2017;104:24-30.
7. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2007;370(9584):319-28.
8. Seddon JL, Birchwood M, Copello A, Everard L, Jones PB, Fowler D, et al. Cannabis Use Is Associated With Increased Psychotic Symptoms and Poorer Psychosocial Functioning in First-Episode Psychosis: A Report From the UK National EDEN Study. *Schizophr Bull.* 2016;42(3):619-25.
9. Bell C, Slim J, Flaten HK, Lindberg G, Arek W, Monte AA. Butane Hash Oil Burns Associated with Marijuana Liberalization in Colorado. *J Med Toxicol.* 2015;11(4):422-5.
10. Kim HS, Anderson JD, Saghabi O, Heard KJ, Monte AA. Cyclic vomiting presentations following marijuana liberalization in Colorado. *Acad Emerg Med.* 2015;22(6):694-9.
11. Wang GS, Le Lait MC, Deakyne SJ, Bronstein AC, Bajaj L, Roosevelt G. Unintentional Pediatric Exposures to Marijuana in Colorado, 2009-2015. *JAMA Pediatr.* 2016;170(9):e160971.
12. Askari MS, Keyes KM, Mauro PM. Cannabis use disorder treatment use and perceived treatment need in the United States: Time trends and age differences between 2002 and 2019. *Drug Alcohol Depend.* 2021;229(Pt A):109154.
13. Agosti V, Levin FR. Predictors of treatment contact among individuals with cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2004;30(1):121-7.
14. WHO. The health and social effects of nonmedical cannabis use. World Health Organization.; 2016. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251056>, Accessed April 7, 2022.
15. Rabiee R. Cannabis use – understanding other illicit drug use, drug-related morbidity, and dependence (thesis) Karolinska Institutet, Stockholm May 2022 ISBN 978-91-8016 -592-1.

16. Folkhälsomyndigheten. Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet. Artikelnummer 19072, publicerad 4 februari 2020, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/k/kunskapslaget-om-cannabis-och-folkhalsa-i-korthet-/?pub=67820>
17. Cobo B, Rueda MM, Lopez-Torrecillas F. Application of randomized response techniques for investigating cannabis use by Spanish university students. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2017;26(4).
18. Skelton KR, Donahue E, Benjamin-Neelon SE. Validity of self-report measures of cannabis use compared to biological samples among women of reproductive age: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):344.
19. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(1):39-47.
20. RØGEBERG O, Pedersen W. Help-seeking behaviour among illegal substance users. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2021.
21. Scherbaum N, Mikoteit T, Witkowski L, Bonnet U, Specka M, Schifano F, et al. New Access Routes to Undertreated Populations; How Do Problem Substance Users Recruited from an Unemployment Office Differ from Detoxification Treatment Inpatients? *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(24).
22. Ramstedt M. Hur mår de som använder narkotika? - Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika. CAN Fokusrapport 11, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN. Stockholm; 2021.
23. Ramstedt M. Socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning i den vuxna befolkningen i Sverige. Rapport 198. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN. Stockholm; 2021.
24. Gripe I, Danielsson AK, Karlsson P, Thor S, Ramstedt M. Are the well-off youth in Sweden more likely to use cannabis? *Drug Alcohol Rev.* 2021;40(1):126-34.
25. Zetterqvist M, Gripe I. Jämlika vanor? – Skolans socioekonomiska sammansättning och skillnader i användning av alkohol, narkotika och tobak i årskurs 9. Fokusrapport 09. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN. Stockholm; 2020.
26. Harris S, Dykxhoorn J, Hollander AC, Dalman C, Kirkbride JB. Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS Med.* 2019;16(11):e1002944.
27. Armoon B, Grenier G, Cao Z, Huynh C, Fleury MJ. Frequencies of emergency department use and hospitalization comparing patients with different types of substance or polysubstance-related disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2021;16(1):89.
28. Jablonska B, Dalman C, Wicks S. Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna: Geografisk variation och samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Rapport 2021:4. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. Stockholm; 2021.

# Bilaga

**Tabell a. Antal cannabisrelaterade diagnoser i åldrarna 18 till 29 år, per år, uppdelat efter kön, i Stockholms län år 2006 och 2019.**

År	Män Antal	Cannabis	Incidens per 1000 individer	Kvinnor Antal	Cannabis	Incidens per 1000 individer
2006	141 411	2 020	14	142 892	764	5
2007	147 742	2 515	17	147 995	819	6
2008	153 643	2 986	19	153 697	908	6
2009	159 246	3 411	21	158 883	1 001	6
2010	164 011	2 301	14	163 401	654	4
2011	168 744	3 152	19	167 695	737	4
2012	172 443	3 754	22	171 840	913	5
2013	175 293	3 637	21	174 545	1 185	7
2014	177 094	3 493	20	176 388	1 091	6
2015	178 396	3 646	20	177 378	873	5
2016	180 558	3 605	20	178 077	836	5
2017	182 875	3 210	18	178 732	998	6
2018	184 417	3 183	17	178 523	1 057	6
2019	183 977	2 731	15	177 390	1 088	6

Källa: VAL-databaserna och Registret över totalbefolkningen (SCB).

**Tabell b. Antal diagnoser relaterade till cannabisbruk i öppenvården, uppdelat efter typ av vård, i Stockholms län år 2006 till 2019.**

År	Psykiatrin Antal (%)	Övriga Antal (%)	Totalt öppen Antal (%)
2006	2 441 (99,6)	11 (0,4)	2 452
2007	2 992 (99,6)	12 (0,4)	3 004
2008	3 525 (99,4)	20 (0,6)	3 545
2009	3 983 (99,7)	12 (0,3)	3 995
2010	2 589 (99,2)	20 (0,8)	2 609
2011	3 485 (99,2)	27 (0,8)	3 512
2012	4 269 (99,2)	35 (0,8)	4 304
2013	4 299 (98,2)	78 (1,8)	4 377
2014	4 025 (98,6)	59 (1,4)	4 084
2015	3 961 (97,5)	101 (2,5)	4 062
2016	3 863 (97,0)	118 (3,0)	3 981
2017	3 619 (97,2)	106 (2,8)	3 725
2018	3 638 (95,7)	163 (4,3)	3 801
2019	3 241 (95,4)	157 (4,6)	3 398

Källa: VAL-databaserna.



**Tabell c. Antal diagnoser relaterade till cannabisbruk i slutenvården, uppdelat efter typ av vård, i Stockholms län år 2006 till 2019.**

År	Psykiatrin Antal (%)	Övriga Antal (%)	Totalt sluten (%)
2006	326 (98,2)	6 (1,8)	332
2007	318 (96,4)	12 (3,6)	330
2008	331 (94,8)	18 (5,2)	349
2009	399 (95,7)	18 (4,3)	417
2010	319 (92,2)	27 (7,8)	346
2011	364 (96,6)	13 (3,4)	377
2012	344 (95,0)	18 (5,0)	362
2013	414 (93,0)	31 (7,0)	445
2014	458 (91,6)	42 (8,4)	500
2015	412 (90,2)	45 (9,8)	457
2016	425 (92,6)	34 (7,4)	459
2017	429 (89,6)	50 (10,4)	479
2018	397 (90,6)	41 (9,4)	438
2019	394 (93,6)	27 (6,4)	421

Källa: VAL-databaserna

**Tabell d. Övriga diagnoser när cannabis är bidiagnos, i Stockholms län år 2006 till 2019.**

Diagnostyp	Öppenvården		Slutenvården	
	Antal	%	Antal	%
Ångest, stress och depression	3 550	30,4	374	17,8
Andra beroendesubstanser (utom alkohol)	3 009	25,8	869	41,3
Alkohol	2 750	23,5	539	25,6
Hyperaktivitet	2 769	23,7	184	8,7
Övriga psykiatriska diagnoser	3 788	32,4	780	37,1
Övriga diagnoser	302	2,6	237	11,3

**Tabell e. Registrerade åtgärder inom öppenvården när cannabisrelaterade tillstånd är huvuddiagnos, i Stockholms län år 2013 till 2019.**

Åtgärdstyp	Andel %
Ingen åtgärd	10,7
Undersökning av psykiskt tillstånd	41,2
Strukturerad suicidriskbedömning	37,0
Skattning av behov eller funktionsförmåga	24,2
Inhämtande av anamnes	22,2
Provtagning	15,2
Klinisk undersökning av allmäntillståndet	12,9
Strukturerad farlighetsbedömning	8,1
Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor	4,6
Längd och viktmätning	3,5
Livskvalitetsskattning	1,2
Övriga åtgärder med diagnostiskt syfte	16,4
Läkemedelsgenomgång och behandling	15,7
Upprättande av vårdplan	15,3
Konferens om och med patient samt medverkan med andra instanser	13,9
Oplanerad inskrivning till slutna vård	10,3
Motiverande samtal (MI)	5,5
Information och rådgivning med patient	4,2
Stödjande samtal	3,1
Upprättande av krisplan	2,8
Familjebesök	2,3
Systematisk psykologisk behandling, kognitiv-beteendeterapeutisk (KBT)	2,2
Återfallsprevention (ÅFP)	1,1
Uppföljning och kontroll av insatt behandling	1,1
Övriga åtgärder i behandlingssyfte	5,2

Källa: VAL-databaserna

**Tabell f. Registrerade åtgärder inom slutenvården när cannabisrelaterade tillstånd är huvuddiagnos, i Stockholms län år 2013 till 2019.**

<b>Åtgärdstyp</b>	<b>Andel %</b>
Ingen åtgärd	4,0
Strukturerad suicidriskbedömning	75,7
Undersökning av psykiskt tillstånd	42,2
Skattning av behov och funktionsförmåga	40,2
Klinisk undersökning av allmäntillståndet	32,6
Inhämtande av anamnes	29,0
Strukturerad farlighetsbedömning	20,9
Längd och viktmätning	10,8
Provtagning	8,7
Strukturerad bedömning av alkohol- och drogvanor	2,4
Övriga åtgärder i diagnostiskt syfte	15,6
Upprättande av strukturerad vård- och omsorgsplan	65,1
Läkemedelsgenomgång och behandling	32,2
Upprättande av kris- och tvångsvårdsplan	10,4
Anmälan enligt SoL angående barn med möjligt skyddsbehov	1,4
Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd	1,2
Övriga åtgärder i behandlingssyfte	3,4

Källa: VAL-databaserna.





ISBN 978-91-87691-91-1



**Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM