

Ungdomar och missbruk

- kunskap och praktik

Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04)



Beroendecentrum Stockholm

Jenny Jakobsson, socionom, projektledare

Claes Richter, leg. psykolog, handläggare

Anders Tengström, leg. psykolog, docent, forskningschef

Stefan Borg, docent, verksamhetschef

Stockholm januari 2011

Innehållsförteckning

Uppdraget	4
Avgränsningar	5
Metod	5
Kunskapssammanställning	5
Kartläggning	6
Intervjuer	6
Enkät till utförare	7
E-postfråga till landets alla landsting	8
Sammanfattande analys och slutsatser	8
Förslag	11
Resultat av kunskapssammanställningen	12
Introduktion	12
Epidemiologi, alkoholanvändning hos ungdomar i Europa	13
Epidemiologi, substansanvändning hos ungdomar i Europa	16
Samband mellan narkotikaerfarenhet och konsumtion av andra substanser	17
Samsjuklighet	18
Risk- och skyddsfaktorer	20
Riskgrupper	22
Screening, utredning och bedömning av missbruk hos ungdomar	23
Screening	23
Diagnostiska intervjuer	24
Vidare utredning och bedömning	26
Vårdplan	27
Särskilda aspekter ungdomar – missbruksbehandling	28
Psykosociala interventioner	30
Individuell KBT	32
Brief Interventions (BI) inklusive Motiverande samtal (MI)	32
Gruppterapi	34
Familjebaserade interventioner	35
Farmakologisk behandling	40
Sammanfattning kunskapsläget, missbruk ungdomar	42
Diskussion	44
Resultat av kartläggningen	47
Prevalens	47
Intervjuer	50
Allmänt	50
Riktlinjer	50
Missbruk – en aspekt av uppförandestörning (CD) eller ett allvarligt barn- och ungdomspsykiatrisk problem i sig?	50
Barn- och ungdomspsykiatri	51
Kompetensförsörjning	52
Särskilda synpunkter från brukarföreträdarna	52
Enkäten	53
Socialtjänst	53
Barn- och ungdomspsykiatri inkl. specialiserade verksamheter	57
Institutionsvård (SiS)	60
E-postfråga till landets alla landsting	63
Allmänt	63

Barn- och ungdomspsykiatrins ansvar	64
Specialiserad verksamhet	64
Primärvård och andra medicinska specialiteter.....	65
Akut- och slutenvård, tillnyktring, avgiftning.....	65
Ansvar för LOB:ar.....	66
Åldersgränser	66
Övrigt	67
Kartläggningen, sammanfattande synpunkter	67
Referenser.....	70
Bilagor	75

Uppdraget

Regeringens särskilde utredare Gerhard Larsson har inom Statens Offentliga Utredningar, Missbruksutredningen (S 2008:48) gett arbetsgruppen i uppdrag

- att ge en bild av omfattning och spridning av missbruket bland barn- och ungdomar, nationellt och internationellt
- att belysa samsjukligheten i målgruppen
- att ta fram och presentera kunskap om evidensbaserade metoder vad gäller utredning och behandling av ungdomar med missbruksproblem
- att genom en begränsad kartläggning belysa det utrednings- och behandlingsutbud som i dag riktas till målgruppen, skillnader och likheter
- att ge en bild av olika huvudmäns (och andra aktörers) ansvarsområden, hur de går i varandra och/eller samverkar
- att visa exempel på väl fungerande verksamheter
- att belysa eventuella problem vad gäller kompetens, evidens, organisation och ansvar för området utredning och behandling av ungdomar med missbruksproblem
- att skissera förslag till hur vårdområdet bättre skulle kunna tillgodoses mot bakgrund av inhämtade fakta.

Arbetsgruppen ansvarar gemensamt för den framtagna rapporten. Deltagare i arbetsgruppen har varit:

Stefan Borg

Anders Tengström

Jenny Jakobsson

Claes Richter.

Gruppen har samarbetat med Clara Gumpert, med dr och sektionschef vid institutionen för neurovetenskap, KI i utformningen av avsnitten som berör samsjuklighet och behandling av ungdomar med missbruk och antisocialt beteende. Huvudsekreterare i arbetsgruppen har varit Jenny Jakobsson och Claes Richter, Beroendecentrum Stockholm.

Avgränsningar

För uppdragets genomförande har medgivits en relativt kort tid. Av det skälet så bygger arbetsgruppens analyser och slutsatser på vissa begränsningar. En nationell kartläggning av praktiken i landet när det gäller ungdomar och missbruk både avseende sjukvårdens, socialtjänstens och statens insatser via Statens institutionsstyrelse (SiS) hade varit önskvärd men var inte möjlig att genomföra. Arbetsgruppens redovisning bygger i stället på stickprov i form av intervjuer, enkäter och frågor ställda via e-post till ansvariga för olika verksamheter. Begränsad statistik avseende ungdomar som slutenvårdats på missbruksdiagnos har tagits fram, men övrig prevalensdata som t.ex. utredda och behandlade inom socialtjänsten har inte varit möjligt att ta fram. Inom begreppet behandling har inte s.k. påverkansprogram inkluderats.

När det gäller granskningen av relevant internationell och svensk litteratur har den begränsats till sökningar av systematiska översikter och metaanalyser.

Metod

Kunskapssammanställning

Det bedömdes relevant att ta del av eventuellt befintliga riktlinjer för behandling av missbruk hos ungdomar varför breda elektroniska sökningar gjordes på söktermerna ”Guidelines, Guidance, Adolescent, Young People, Drug Abuse, Substance Abuse, Treatment”.

För litteratur om interventioner begränsades sökningarna till systematiska översikter och metaanalyser. Sökningar gjordes i följande elektroniska databaser; the Cochrane database, Campbell Collaboration, Pub Med, PsycInfo och Best Practice. Söktermer; ”review, meta-analysis, adolescent, drug abuse treatment, substance abuse treatment, alcohol abuse treatment”. Vidare scannades referenslistor efter artiklar med relevans för kunskapssammanställningen; epidemiologiska data, samsjuklighet, bedömning av missbruk/beroende hos ungdomar enligt DSM-IV samt risk- och skyddsfaktorer för missbruk.

Kartläggning

Intervjuer

Företrädare för myndigheter och organisationer samt enskilda forskare, som anses ha kunskap inom området har intervjuats av arbetsgruppen. Syftet med intervjuerna har varit att få kunskap om olika delområden, aktuell forskning, relevant litteratur samt eventuella synpunkter från de intervjuade som kunde vara av intresse för rapporten. De intervjuade gavs möjlighet att kommentera de utskrivna intervjuerna innan rapporten sammanställdes. Följande personer har intervjuats:

<i>Magnus Andersson</i>	Förbundsordförande Unga KRIS, Kriminellas revansch i samhället
<i>Caroline Björck</i>	Forskningsledare vid Statens Institutionsstyrelse, SiS
<i>Gunborg Brännström</i>	Projektchef Kunskap till praktik, Sveriges kommuner och landsting, SKL
<i>Kennie Gren</i>	Verksamhetsansvarig Livsstilshuset, KRIS
<i>Claudia Fahlke</i>	Professor i psykologi, Göteborgs universitet, leg psykolog, leg psykoterapeut
<i>Johan Franck</i>	Verksamhetschef Centrum för Psykiatrforskning, CPF, docent och överläkare
<i>Anette Gunnarsson</i>	Rådgivare, FMN Storstockholm, Föräldraföreningen mot narkotika.
<i>Therese Reitan</i>	Forskningsledare vid Statens Institutionsstyrelse (SiS)
<i>Per-Anders Rydelius</i>	Professor i barn- och ungdomspsykiatri, överläkare, Karolinska institutet och Stockholms läns landsting
<i>Camilla Sköld</i>	Handläggare, SKL
<i>Knut Sundell</i>	Socialråd enhetschef för Evidensbaserad praktik, Avdelningen för Kunskapsstyrning, Socialstyrelsen
<i>Ing-Marie Wieselgren</i>	Projektchef modellområdesprojektet, SKL
<i>Gull-Britt Wäring</i>	Rådgivare, FMN Storstockholm.

Enkät till utförare

En enkät (bilaga 1) skickades ut till företrädare för verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri inkl. inkl. specialiserad missbruks- och beroendevård för ungdomar, socialtjänst och SiS-institutioner. Syftet med enkäten var att göra en begränsad kartläggning av området för att ta fram ett faktaunderlag som visar situationen i landet vad gäller organisation och ansvar för dessa frågor. Kartläggningen avsåg att kunna visa såväl skillnader mellan tätort och mindre orter som goda exempel. De tillfrågade ombads vidarebefordra enkäten till annan/andra lämpliga instanser inom den egna verksamheten utifrån egen bedömning av lämplig uppgiftslämnare. 18 enkäter sändes ut.

Följande 16 institutioner har besvarat utredarnas enkät:

<i>BUP, inkl. specialiserade och integrerade verksamheter</i>	Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Linköping
	BUP i Malmö
	Maria Malmö
	Mini-Maria Göteborg & Avd Unga Vuxna 306, VG-regionen
	Maria Ungdom, Beroendecentrum Stockholm
<i>Socialtjänst</i>	Sollentuna kommun
	Botkyrka kommun
	Lunds kommun
	Stockholm stad, Hässelby/Vällingby stadsdelsförvaltning
<i>Institution (SiS)</i>	LVM-hemmet Lunden/Karlsvik
	LVM-hemmet Rebecka
	Bärby ungdomshem
	Stigbyskolan
	Granhults behandlingshem
	Behandlingshemmet Ljungaskog.

E-postfråga till landets alla landsting

Som ett komplement till enkäten tillsändes alla 21 landstingsregioner en fråga via e-post om hur ansvaret för målgruppen är organiserat. Landstingen ombads sända frågan vidare till lämplig verksamhet eller person inom det egna landstinget som bäst bedömdes kunna besvara frågan. 18 landsting besvarade enkäten.

Den fråga vi ville få besvarad från landstingen var hur det medicinska ansvaret/uppdraget (allmänmedicin och barn- och ungdomspsykiatri) för utredning, vård och behandling av barn och ungdomar (< 20 år) med missbruksproblem (alkohol, narkotika, läkemedel, dopningspreparat) är organiserat/fördelat. Det betonades att frågan gäller landstingens ansvar enl. Hälso- och sjukvårdslagen samt Lag om psykiatrisk tvångsvård (HSL och LPT), inte kommunens ansvar enl. Socialtjänstlagen (SoL) och Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Följande följdfrågor ställdes:

- vilken roll har barn- och ungdomspsykiatri för målgruppen,
- har ni någon klinik el. enhet med ett reglerat vårdavtal el. ansvar för målgruppen,
- har ni någon specialiserad klinik el. enhet med inriktning på missbruk och beroende med ansvar för målgruppen,
- har primärvården eller någon annan allmänmedicinsk verksamhet något särskilt ansvar eller roll,
- hur löser ni behovet av akut- och slutenvård (tillnyktring & avgiftning) för målgruppen,
- vem ansvarar för LOB:arna i er region? (Lag om omhändertagande av berusade personer).

Landstingen gavs också möjlighet att lämna synpunkter på hur man anser att vårdens innehåll och organisation borde vara utformad för målgruppen.

Sammanfattande analys och slutsatser

Uppdraget har utförts i två steg. Dels har en litteraturgenomgång gjorts och dels har en begränsad kartläggning av verksamheter i landet genomförts. Dessa områden har egna avsnitt i rapporten och resp. avsnitt har sammanfattats med slutsatser var för sig (sid. 42 och 67) och

till litteraturgenomgången har även en diskussion fogats (sid. 44). Sammanfattningarna och diskussionen bör läsas som ett komplement till denna sammanfattande analys.

Prevalens av missbruk bland barn och ungdom liksom behandling av missbruk är svår att få en samlad bild av genom offentlig statistik. Antalet ungdomar som erhållit slutenvård inom landstingen p.g.a. missbruk har ökat mellan åren 1999 - 2009 med 25 procent och det finns stora variationer från Stockholm med 462 vårdade per 100 000 invånare till Kronoberg med 73 vårdade per 100 000 invånare 2009. Missbruk finns också ofta med även om det inte utgör en primär placeringsorsak för ungdomar som placeras på SiS-institution. I 45 procent av de 1 453 intagningarna enl. LVU 2009 uppges missbruk som primär eller bidragande intagningsorsak.

Socialtjänsten tar ett stort ansvar för vården av missbrukande ungdomar medan barn- och ungdomspsykiatri inte ser missbruk i sig som ett primärt ansvar. Det innebär att missbruk inom BUP vanligen ses som en del i ett normbrytande beteende. Patienter med enbart missbruk resp. missbruk med underliggande psykiatrisk problematik riskerar att hamna mellan stolarna i de områden i Sverige där kliniker för unga missbrukare saknas d.v.s. utanför storstadsområdena. Besökarna vid Maria Ungdom i Stockholm har i 80-90 procent även en psykiatrisk diagnos och 60-70 procent av besökarnas föräldrar har en psykiatrisk diagnos. Detta talar starkt för att vissa grupper inte får tillgång till utredning, diagnos och behandling av missbruk.

Frånvaron av en sammanhållen vårdkedja är också tydlig, d.v.s. att tillnyktring och avgiftning, bedömning av vårdbehov och insatser sker hos olika verksamheter och huvudmän eller saknas.

Möjligheten att tillämpa kunskaps- resp. evidensbaserad utredning vård och behandling stöter på problem. Det saknas riktlinjer från Socialstyrelsen och kunskapscentra för en sammanhållen kompetens och kunskap som stöd för att utveckla och tillämpa kunskapsbaserad vård, bedömning och behandling. Detta innebär bl.a. svårigheter för huvudmännen när det gäller att utveckla kunskapsstödda satsningar inom behandlingsområdet liksom vid upphandling av vård. Detta gäller även för centrala perspektiv där det bl.a. visar sig att det idag inte finns svenska prevalenssiffror på missbruk hos ungdomar.

Tillgänglig forskning ger vid handen att missbruk hos ungdomar är förenat med en hög psykiatrisk samsjuklighet liksom med normbrytande beteende. Missbruk hos ungdomar har sällan hunnit leda till så allvarliga medicinska problem att individen söker vård av den anledningen. Missbruk hos ungdomar måste därför hanteras på ett annat sätt än för vuxna. Det är därför angeläget att lyfta fram att allsidig utredning/diagnostik kommer alla ungdomar med missbruk till del såväl inom hälso- och sjukvård som socialtjänst.

När det gäller vård och behandling framkommer vid en genomgång av tillgänglig litteratur rapporter om en rad olika behandlingsmöjligheter med visade effekter på missbruksmönstret, flertalet av behandlingarna är av psykosocial natur. De mest studerade programmen med gott forskningsstöd är familjebaserade, manualiserade interventioner men även gruppbaserade och individuella program finns representerade. Dessa program verkar tillämpas i varierande omfattning i Sverige och kunskapen om vilka program som är evidensbaserade förefaller låg i de professionellt aktiva strukturerna. Behovet av riktlinjer är därför stort för att kunna möta huvudmännens uppdrag och ambitioner, liksom en nationell plattform för insamling och spridning av utrednings- och vårdkunskap.

Den splittrade vårdkedjan för ungdomar med missbruk och svårigheterna att skapa en integrerad utredning, diagnos och behandling liksom det svaga kunskapsstödet till behandlingsverksamhet liksom frånvaro av adekvat behandling för vissa grupper är inte bara problematisk utifrån ett medborgarperspektiv utan kan även riskera att kräva ökade ekonomiska resurser när det gäller slutna vård och i förlängningen tvångsvård. Vid en jämförelse av kostnader för missbruksvården (Översikt av den ekonomiska bördan av missbruk i Sverige. Rapport till missbruksutredningen S 2008:04, 2010-09-21; sid. 18) framkommer att socialtjänstens kostnader för institutionsvård för barn och ungdomar med missbruk är avsevärt högre än för de öppna insatserna. När det gäller vuxna missbrukare är förhållandet det omvända. Kostnaderna för institutionsvård är lägre än för de öppna insatserna. Troligen skulle kunskapsbaserade och välkoordinerade hemmaplanslösningar vara både mer ekonomiska och framgångsrika i behandlingsavseende.

Förslag

Med stöd i det rådande kunskapsläget och situationen i landets regioner vill vi föreslå följande:

1. Nationella riktlinjer för utredning och behandling av ungdomar med missbruk behöver tas fram antingen som en komplettering av de befintliga riktlinjerna för vuxna eller som särskilda riktlinjer för behandlingar av ungdomar (med utgångspunkt i den höga samsjukligheten bl.a. uppförandestörning och missbruk).
2. Barn- och ungdomspsykiatrien behöver få ett tydligt uppdrag även för missbruk hos barn och unga med psykiatrisk sjuklighet.
3. Barn- och ungdomspsykiatrien behöver få ett tydligt uppdrag för medansvar att tillsammans med socialtjänst utveckla och bygga upp utrednings- och behandlingsverksamhet för ungdomar med missbruk. Dessa verksamheter bör etableras lokalt och vara integrerade.
4. Inom Statens institutionsstyrelse behöver resurser till psykiatrisk utredning, bedömning och behandling förstärkas för att bättre spegla gruppen missbrukande ungdomars sammansatta vårdbehov. Detta kan ske i form av särskilda psykiatriska vårdavdelningar.
5. Socialstyrelsen bör förbättra tillsynen av landets HVB-verksamhet som vänder sig till missbrukande ungdomar. Tillsyn bör fokusera på personalens kompetens, dokumentation och uppföljning av vårdplaner samt användande av evidensbaserade metoder.
6. Landstingen behöver utveckla möjligheter till högspecialiserad och integrerad vård för målgruppen vad gäller tillnyktring, avgiftning och behandling (både öppen och sluten vård) a) antingen inom ramen för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien eller b) i specialiserade verksamheter. Detta framstår som angeläget då en okänd men bedömt stor del av BUP:s patienter och deras anhöriga redan idag lever i eller i närhet av missbruk. Ett sätt att svara upp mot detta är att utveckla och stödja en subspecialisering för missbruk inom barn- och ungdomspsykiatrien.
7. Det kommunala ansvaret för missbruk hos ungdomar kan inte enkelt flyttas över till landstingsorganisationen då kunskaperna om missbruk och resurserna för utredning och behandling i dagsläget är begränsade.

8. Se över åldersgränserna för olika vårdformer eftersom dessa i många avseenden är ett uttryck för andra överväganden är de faktiska förhållandena vad gäller sjukdomar och deras behandling. Mycket talar för uppbyggnaden av särskilda verksamheter för unga vuxna (ca 14 – 25 år).
9. Kompetens måste byggas upp regionalt inom hälso- och sjukvård och primärkommuner. Då förhållanden vid ungdomars missbruk skiljer sig från vuxnas behöver kunskapscentra tillskapas för att a) få en bättre kunskap om utredning och behandling hos ungdomar med missbruk (karriär, prevalens, samsjuklighet, m.m.), b) utgöra stöd för metodutveckling och tillämpning av evidensbaserade metoder inom socialtjänst, institutions- och sjukvård, c) utgöra kunskapsstöd för utbildning och kompetensutveckling på området.
10. Kunskap behöver tas fram på nationell nivå för prevalens av missbruk och riskbruk, samsjuklighet samt behandling av dessa tillstånd bland ungdomar och unga vuxna.
11. Utbildning i missbruk och beroendelära för läkare, sjuksköterskor, socionomer och psykologer (ev. andra grupper) behöver göras till ett obligatorium inom de aktuella grundutbildningarna med ytterligare möjlighet till fördjupning och specialisering mot området för dem som väljer sådan inriktning.

Resultat av kunskapssammanställningen

Introduktion

Alkohol är den mest använda substansen hos barn och ungdomar (Engle & Macgowan 2008, Tripoli, Bender, Litschge & Vaughn 2010). Sambandet mellan alkoholanvändning och psykosociala konsekvenser hos barn och ungdomar är ett världsomspännande och ökande folkhälsoproblem (Smit, Verdurmen, Monschouwer, Smit 2008). Fem procent av alla dödsfall bland unga mellan 15-29 år i världen är relaterade till alkohol, i Europa är siffran 25 procent hos män i samma ålderskategori (Coombes, Allen Foxcroft & Guydish 2008). I Europa observeras en generell ökad drogkonsumtion hos ungdomar, likaså en ökad omfattning av problematiskt substansanvändande samt en ökad tillgång till droger för unga (Sieroslowski, Bukowska & Jablonski 2006). I USA använder 10 procent av ungdomar i åldern 12-17 narkotika och 7 procent uppfyller kriterierna för substansmissbruk (SAMSHA 2010). Cannabis och inhalanter (droger som intas genom sniffning/boffning) är de överlägset

mest förekommande drogerna bland ungdomar runt om i världen (Minozzi, Amato, Vecchi & Davoli 2010).

Alkohol och substansmissbruk hos ungdomar associeras med psykisk ohälsa och riskbeteenden såsom våldsamt och kriminellt beteende, skolmisslyckanden och riskabelt sexuellt beteende (Armstrong & Costello 2002, Engle & Macgowan 2009, Waxmonsky & Wilens 2005). Användandet av psykoaktiva substanser har också starka samband med ett antal psykiatriska störningar hos unga (Armstrong & Costello 2002, Bender, Springer & Kim 2006, Couwenbergk, van der Brink, Zwart, Vreugdenhil, van Wijngaarden-Cremers & van der Gaag 2006, Harrison, Fulkerson & Beebe 1998, Waxmonsky & Wilens 2005, Wilens, Monuteaux, Snyder, Moore, Whitley & Gignac 2005a, Wilens, Faraone, Biederman & Gunawardene 2005b), det föreslås till och med att ungdomar med dubbeldiagnoser utgör normen och inte en subgrupp bland missbrukande ungdomar (Bender, Springer & Kim 2006).

Den internationella litteraturen konstaterar samfällt att det inte är fruktbart att applicera modeller för vuxna på ungdomar med missbruksproblem, det krävs specifikt utvecklade och anpassade metoder för att reducera missbruk och andra relaterade problem hos ungdomar (Brannigan, Schackman, Falco & Millman 2004, NIAAA Modul 10A, Wagner 2008, Winters 2003). Under de senaste femton åren har de omständigheter och behov som karaktäriserar tonåren börjat att identifieras och uppmärksammas i forskningen. Det finns idag vetenskapligt stöd för ett antal instrument för utredning och bedömning samt psykosociala behandlingar för ungdomar med missbruk/beroende (Waldron & Turner 2008, Winters 2003).

Det saknas idag svenska riktlinjer för hur samhällets insatser för ungdomar med missbruk bör organiseras. USA och Storbritannien är exempel på länder som har utvecklat särskilda rekommendationer och riktlinjer för utredning och behandling av ungdomar med missbruk/beroende. I denna rapport presenteras ett urval av de metoder som rekommenderas i dessa riktlinjer samt instrument och interventioner med dokumenterat stöd i senare års forskning på området.

Epidemiologi, alkoholanvändning hos ungdomar i Europa

Epidemiologin nedan härrör från skolbaserade alkohol och drogvaneundersökningar. Eftersom högriskungdomar mer sällan återfinns i skolan innebär uppgifter baserade på

skolbaserade undersökningar en underskattning av de reella problemen (McGrath, Sumnall, McVeigh & Bellis 2006).

Begreppet ”binge drinking” som används i texten saknar motsvarighet på svenska. På engelska används även termen ”heavy episodic drinking” för att beskriva fenomenet som handlar om en intensiv konsumtion av alkohol vid ett och samma tillfälle med syfte att uppnå berusning. Binge drinking definieras oftast som konsumtion av minst 4 (för flickor) eller 5 (för pojkar) standardenheter alkohol (en standardenhet är 0.3 liter öl, 0.2 liter vin eller 0.04 liter sprit) med syfte att uppnå berusning (Stolle, Sack & Thomasius 2009).

Resultat från den senast publicerade The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) visar att närmare 90 procent (range: 67-97 %) av europeiska 15–16-åringar någon gång druckit alkohol, 39 procent har varit berusade under det senaste året (ESPAD 2007). Öl är den vanligaste drycken (40 %), följt av sprit (30 %) och vin (13 %). I länder med mer frekvent alkoholkonsumtion bland unga observeras en könsskillnad där pojkar dricker oftare än flickor. Generellt konsumeras mindre mängder alkohol i länder där man dricker ofta (ibid.).

Binge drinking har ökat bland europeiska ungdomar, framförallt hos flickor. 2007 uppgav i genomsnitt 43 procent av ESPAD studenterna bingedrickande under den senaste månaden och 39 procent hade varit alkoholförgiftade (ostadig gång, sluddrigt tal eller kräkningar) under det senaste året. Knappt 15 procent av ungdomarna hade upplevt negativa sociala konsekvenser (allvarliga konflikter med föräldrar, bristande skolprestationer, hamnat i slagsmål och allvarliga konflikter med kamrater) till följd av alkohol under det senaste året.

Signifikant för de nordiska länderna (Danmark ej medräknat p.g.a. otillförlitlig data) är att färre ungdomar använder alkohol (67.5 %) men de som faktiskt dricker gör det oftare och konsumerar större mängder alkohol (ESPAD 2007). Alkoholvolymen (cl 100 %) det senaste tillfället man drack, ligger i genomsnitt på drygt 5.2 i Finland, Island, Norge och Sverige jämfört med 4.2 i genomsnitt för ESPAD studenterna.

De nordiska länderna utmärker sig också vad gäller könsmönster. Till skillnad från övriga ESPAD-länder där pojkar konsumerar en tredjedel mer alkohol än flickor (vid senaste konsumtionstillfället) är könsskillnaderna försumbara i Finland, Sverige och Norge. Island är

det enda ESPAD-land där flickor rapporterar större alkoholvolymer än pojkar. När det gäller alkoholförgiftning (ex. ostadig gång, sluddrigt tal och kräkningar) under det senaste året är pojkar överresresenterade i övriga ESPAD-länder men i Norge, Finland och Sverige rapporterar flickorna nära 10 procentenheter över värdet för pojkarna. Binge drinking de senaste 30 dagarna är i övriga ESPAD-länder betydligt vanligare hos pojkar än hos flickor men i Norge och Island är förhållandet det omvända. Sverige och Finland är två av fem ESPAD-länder där skillnaderna mellan könen är obetydliga (ibid.).

I Sverige finns en större andel ungdomar som inte dricker alkohol alls (runt 25 %) jämfört med ESPAD-genomsnittet (14 %). Andelen svenska ungdomar som någon gång varit fulla är dock högre än det europeiska genomsnittet, 50.5 procent jämfört med 44.5 procent. I Sverige är sprit den vanligaste drycken, i övriga Europa dominerar öl (ESPAD 2007).

Centralförbundet för Alkohol och Narkotika (CAN):s årliga undersökning av svenska skolelevers drogvanor visar att andelen svenska niondeklassare som någon gång druckit alkohol har minskat kontinuerligt de senaste fyrtio åren, från ca 90 procent 1971 till cirka 60 procent 2010 (CAN 2010). Det är något vanligare bland flickor än bland pojkar att ha druckit alkohol i åk 9. Fram till 2003 var det vanligare bland pojkar med en tidig berusningsdebut (före 14 års ålder), därefter gick flickorna om pojkarna men vid de senaste två årens mätningar uppmättes ingen skillnad mellan könen. Det har inte skett en förskjutning av berusningsdebuten lägre ner i åldrarna, andelen niondeklassare som upplevt sin första berusning när de var 13 år eller yngre var 2010 (11 %) den lägsta sedan 1989. Bland niondeklassarna finns ett tydligt samband mellan tidig berusningsdebut och att ha en hög konsumtionsnivå (ibid.).

Den genomsnittliga årskonsumtionen 100-procentig alkohol har minskat under de senaste åren. För att få en uppfattning om storleken av konsumtion kan nämnas att 1.5 liter ren alkohol per år motsvarar 5 burkar starköl eller 30 cl sprit per månad. 5 liter 100-procentig alkohol motsvarar en konsumtion av ca 16 burkar starköl eller ca 1 liter sprit per månad (ibid.).

Hos pojkar i åk 9 har årskonsumtionen av alkohol minskat kontinuerligt, från ca 5 liter i början av 2000-talet till 2.4 liter i 2010 års undersökning. För flickor i åk 9 uppmättes 2010 den lägsta nivån sedan 1995 med en genomsnittlig årskonsumtion av alkohol på 1.9 liter.

Andelen niondeklassare som ”intensivkonsumerar” (CAN:s begrepp som motsvarar konsumtion av en hel flaska vin eller motsvarande vid ett och samma tillfälle) en gång i månaden eller oftare minskade kraftigt mellan 2000 och 2006 (från 34 till 22 %). 2010 var andelen ”intensivkonsumerande” niondeklassare 19 procent, ingen skillnad mellan pojkar och flickor (ibid.).

Hos svenska gymnasieelever i årskurs 2 uppmättes 2010 de lägsta nivåerna av alkoholkonsumtion sedan mätningarna av gymnasister startade 2004. Andelen gymnasiepojkar som druckit alkohol har sedan starten minskat från 86 till 83 procent, hos flickorna har andelen minskat från 89 till 84 procent under de senaste sex åren. Den genomsnittliga årskonsumtionen 100-procentig alkohol bland gymnasieeleverna är högre än hos niondeklassarna, 6.2 liter bland pojkarna respektive 4 liter bland flickorna. Andelen ”intensivkonsumerare” har ökat kontinuerligt bland båda könen men i 2010 års undersökning bröts den uppåtgående trenden. Knappt hälften av pojkarna och 44 procent av flickorna i gymnasiet uppger att de ”intensivkonsumerar” alkohol. Sambandet mellan tidig berusningsdebut och hög konsumtionsnivå är inte lika starkt hos gymnasieeleverna som hos niondeklassarna (ibid.).

Det finns stora regionala skillnader i Sverige avseende alkoholkonsumtion hos ungdomar (CAN 2010). Pojkar i båda åldergrupperna i Skåne rapporterade under 2008-2010 betydligt högre konsumtion jämfört med elever i övriga landet. Bland flickor är skillnaderna mellan regionerna mindre men även här är konsumtionen högst i Skåne. I fem av sex regioner var flickornas konsumtion lägre jämfört med de jämgamla pojkarna, hos niondeklassarna i ”Mellersta Sverige” uppmättes inga könsskillnader (ibid.).

Epidemiologi, substansanvändning hos ungdomar i Europa

Epidemiologin nedan härrör från skolbaserade alkohol och drogvaneundersökningar. Eftersom högriskungdomar mer sällan återfinns i skolan är uppgifter baserade på skolbaserade undersökningar en underskattning av den faktiska situationen, (McGrath et al. 2006).

I Europa har 20 procent av skoleleverna 15-16 år använt narkotika någon gång i livet, 19 procent utgörs av cannabis (ESPAD 2007). Av de pojkar som vid mättillfället hade använt cannabis under det senaste året hade 20 procent en riskkonsumtion mätt med Cannabis Abuse

Screening Test (CAST), motsvarande siffra för flickor var 13 procent. Nio procent av ESPAD ungdomarna har sniffat, 6 procent har någon gång använt receptbelagda läkemedel i ickemedicinskt syfte och lika många har blandat tabletter med alkohol (ibid.).

I Sverige är prevalensen för substansbruk hos ungdomar lägre än i de flesta andra europeiska länder (ESPAD 2007). 1989 låg andelen niondeklassare som använt narkotika i Sverige på sin lägsta nivå (3 %) och ökade därefter kontinuerligt fram till 2001 (ca 10 %) (CAN 2010). 2010 uppgav 9 respektive 7 procent av pojkarna och flickorna i åk 9 att de någon gång hade använt narkotika. Andelen svenska niondeklassare som använt cannabis (7 %) motsvarar en dryg tredjedel av det europeiska genomsnittet. Svenska niondeklassare har också använt annan narkotika i lägre utsträckning (0-1 %) (ibid.). Andelen niondeklassare som sniffat låg 2007 på samma nivå som i övriga Europa, användning av läkemedel i ickemedicinskt syfte respektive tabletter i kombination med alkohol låg strax över det europeiska genomsnittet (ESPAD 2007).

Bland svenska gymnasieelever årskurs 2 har 19 procent av pojkarna respektive 13 procent av flickorna provat narkotika, cannabis utgör även här den överlägset vanligaste drogen. Majoriteten av gymnasieungdomarna som använt narkotika var mellan 15-17 år första gången och 80 procent debuterade med cannabis (CAN 2010).

Det finns regionala skillnader avseende erfarenheter av narkotika hos svenska skolelever. Narkotikaerfarenheten är mest utbredd bland pojkar i Stockholms län, både i åk 9 och bland gymnasieelever åk 2. Andelen flickor med erfarenhet av narkotika är högre i Stockholms län jämfört med flickor i övriga Sverige (CAN 2010).

Samband mellan narkotikaerfarenhet och konsumtion av andra substanser

Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysnings årliga undersökning av svenska skolelevers drogvanor visar på ett starkt samband mellan narkotikaerfarenhet och omfattande alkoholkonsumtion. Drygt 46 procent av eleverna i åk 9 som provat narkotika var samtidigt storkonsumenter av alkohol (drack minst 500 cl ren alkohol per år vilket motsvarar ca 1 liter sprit per månad). Bland niondeklassare som inte använt narkotika var motsvarande siffra 8 procent. Cirka 62 procent av eleverna med narkotikaerfarenhet var 2010

”intensivkonsumenter” (minst en hel flaska vin eller motsvarande vid ett och samma tillfälle minst en gång i månaden). Bland elever som inte använt narkotika var motsvarande siffra 16 procent. Även bland elever på gymnasiet år 2 återfinns dessa samband om än inte lika starkt (CAN 2010).

Elever som provat narkotika har också större erfarenheter av att använda andra substanser. Drygt 25 procent av niondeklassarna som provat narkotika har använt läkemedel tillsammans med alkohol i berusningssyfte, knappt 30 procent uppger att de har sniffat. Motsvarande siffra för gruppen utan erfarenhet av narkotika var cirka 3 procent (ibid.).

Samsjuklighet

Prevalensen av samsjuklighet med psykiatriska tillstånd är extremt hög hos missbrukande ungdomar (Bender et al 2006). I studier genomförda bland ungdomar i normalbefolkningen som använder, missbrukar eller är beroende av någon substans kan man slå fast att 60 procent någon gång i sitt liv också har uppfyllt kriterierna för en psykiatrisk störning (Armstrong & Costello 2002).

Bland ungdomar med missbruk- eller beroendediagnos rapporterar 50 – 90 procent samsjuklighet i psykiatrisk problematik (Bender et al. 2006, Couwenberg et al 2006, Armstrong & Costello 2002). Man föreslår till och med att dubbeldiagnos hos ungdomar utgör normen och inte en subgrupp bland missbrukande ungdomar (Bender et al 2006). I en studie av svenska ungdomar med missbruksproblem/riskbruk framkom att 90 procent av flickorna respektive 82 procent av pojkarna någon gång i livet hade uppfyllt kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Tengström 2006).

Trotssyndrom (engelska *Oppositional Defiant Disorder*, ODD), uppförandestörning (engelska *Conduct Disorder*, CD) och depression har identifierats som de vanligaste psykiatriska diagnoserna hos ungdomar med missbruk/beroende. Trotssyndrom kännetecknas av ett mönster av negativistiskt, fientligt och trotsigt beteende (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV). Trotssyndrom kan, om beteendet tilltar och går över gränsen för vad som är socialt acceptabelt övergå till uppförandestörning. Uppförandestörning kännetecknas av ett upprepat och varaktigt mönster av beteenden som innefattar kränkning av

andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala normer och regler (DSM-IV).

Externaliserad problematik (CD och ODD) är mer utbrett hos pojkar emedan flickor med missbruk/beroende i högre grad uppvisar en internaliserad problematik (förstämningssyndrom och ångest) (Armstrong & Costello 2002, Couwenbergh, et al 2006). Detta överstämmer med resultatet från en svensk studie där 80 procent av pojkar med missbruk/beroende hade en livstidsprevalens för CD, 54 procent för depression och 33 procent för ångest. Hos flickor med missbruk/beroende i studien var depression och ångest vanligare (76 %) än CD (53 %) (Tengström 2006).

Flera studier har också påvisat en hög samexistens av Uppmärksamhetsstörning/ Hyperaktivitet (engelska *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD*) och missbruk/beroende. Hos ungdomar med ADHD enbart eller i kombination med annan psykiatrisk diagnos uppfyller 15-30 procent även kriterierna för missbruk eller beroende (Wilens et al. 2005a). I populationer av missbrukande ungdomar rapporteras ADHD hos 40-75 procent (ibid.). I detta sammanhang är det viktigt att komma ihåg att kopplingen mellan ADHD och missbruk/beroende är komplex och att det sällan råder ett direkt orsakssamband mellan ADHD och missbruk. I ett antal studier har det visat sig att missbruk hos ungdomar som diagnostiserats med uppförandestörning och ADHD förklaras missbruket bättre av symtomen på uppförandestörningen än symtomen på ADHD (Armstrong & Costello 2002, Couwenbergh et al 2006).

Ungdomar som samtidigt har missbruk och annan psykisk störning har oftare ett allvarigare missbruk än andra missbrukande ungdomar. De debuterar tidigare och använder narkotika mer regelbundet och över tid (Couwenbergh et al. 2006). Dessa ungdomar löper också en förhöjd risk att utveckla andra sociala problem såsom familje- och skolrelaterade problem och ökat kriminellt beteende (Armstrong & Costello 2002, Bender et al, 2006, Wilens et al. 2005a). Det finns ett klart samband mellan samsjuklighet i uppförandestörning och missbruk/beroende i ungdomsåren och diagnosen antisocial personlighetsstörning och allvarligt missbruk i vuxen ålder (Couwenbergh et al. 2006).

Forskning visar att i en absolut majoritet av fallen uppträder den psykiska problematiken långt innan barnet/ungdomen provar någon substans för första gången (Armstrong & Costello

2002). Missbrukets allvarlighetsgrad kan dock inte relateras till om den psykiska problematiken har utvecklats före eller efter själva missbruket, behovet av behandling är lika stort oavsett utvecklingsväg (Bender et al. 2006).

Missbrukande ungdomar med dubbeldiagnoser har sämre följsamhet till behandling, är svårare att engagera i och avbryter i högre utsträckning (lägre retention) sin behandling i förtid (Bender et al., Wilens et al. 2005a). Därmed rapporteras sämre behandlingsresultat för denna grupp. Samsjuklighet i ADHD och CD predicerar behandlingssammanbrott i högre utsträckning än samsjuklighet i ångestproblematik och förstämningssymtom. Även där man initialt kan observera positiva behandlingsutfall är ungdomar med samsjuklighet som grupp inte i lika stor utsträckning förmögna att bibehålla goda resultat över tid jämfört med ungdomar med enbart missbruk (ibid.).

Risk- och skyddsfaktorer

Forskare har under de senaste årtiondena försökt fastställa vilka faktorer och mekanismer som påverkar hur missbruk uppstår, utvecklas och upprätthålls hos ungdomar. Dessa faktorer definieras som risk- och skyddsfaktorer. Riskfaktorer kan i sammanhanget ses som de egenskaper, omständigheter, erfarenheter eller upplevelser som associeras med en ökning av problematiskt användning av alkohol och substanser (Pandina 1998). Skyddande faktorer är de egenskaper, omständigheter, erfarenheter eller upplevelser som reducerar effekten av riskfaktorer och på så vis minskar risken för missbruk och främjar en positiv utveckling. En skyddsfaktor kan vara motpolen till en riskfaktor, utgöras av frånvaron av riskfaktorer eller vara en skyddande faktor utan motsvarighet på risksidan (ibid.). I sammanhanget talar man också om resilience, en inneboende förmåga att stå emot/återhämta sig, som kan förklara varför vissa individer utvecklas positivt trots exponering av många risk- och få skyddsfaktorer (Hawkins et al. 1992.).

De flesta risk- och skyddsfaktorerna för missbruk är desamma som för kriminalitet, våldsamt beteende och allvarlig psykiatrisk problematik (Hawkins, Catalano & Miller 1992, Pandina 1998).

Risk och skyddsfaktorer samverkar kumulativt i olika faser i barns och ungdomars liv. En riskfaktor som infinner sig tidigt, t.ex. aggressivt beteende hos barnet, kan leda till

skolmisslyckande vilket kan leda till umgänge med antisociala kamrater vilket ökar risken ytterligare för missbruk/beroende. På samma sätt kan anhopningar av skyddsfaktorer minska risken för framtida missbruk. Ingen enskild faktor är vare sig nödvändig eller avgörande för senare missbruk (ibid.).

Risk- och skyddsfaktorer kan kategoriseras på olika sätt. Ett sätt är att utgå ifrån nivåer som individnivå, interpersonell nivå (familj, skola, kamrater) och faktorer i närsamhället (Andershed och Andershed 2005). Ett annat sätt är att skilja på vilket sätt faktorerna påverkar det antisociala beteendet, direkt eller indirekt. En tredje möjlig indelning är att ta fasta på skillnader mellan initierande och upprätthållande riskfaktorer. Ett fjärde perspektiv är att dela upp riskfaktorer i statiska/historiska och dynamiska där de senare låter sig förändras. Statische riskfaktorer är viktigt att identifiera vid bedömning av missbruk/beroende men de låter sig inte påverkas och är därmed inte relevanta att fokusera i behandling (ibid.).

Även om ingen enskild faktor är avgörande för senare missbruk påverkar vissa statiska riskfaktorer prognosen i högre utsträckning än andra. Tidig debut (innan 14 år) av alkohol är en robust riskfaktor för alkoholmissbruk senare i tonåren och i vuxen ålder (McGrath et al 2006, Hawkins et al. 1996). Tidig debut i normbrytande beteende ökar risken för antisocialt beteende inklusive missbruk i tonåren och i vuxen ålder (ibid.) Exempel på andra statiska riskfaktorer är genetisk profil, hereditet för missbruk/beroende och hereditet för andra psykiatriska diagnoser (Mc Grath et al. 2006).

Dynamiska risk- och skyddsfaktorer på individnivå utgörs av kognitiva, psykologiska, attitydmässiga, sociala och utvecklingsmässiga egenskaper. Exempel på personlighetsmässiga riskfaktorer är spänningssökande, låg impuls kontroll, depression, aggressivitet och antisocial personlighet (Hawkins et al. 1992). På skyddsfaktorsidan återfinns låg impulsivitet, lugnt temperament och god problemlösningsförmåga. Att ha positiva förväntningar på eller erfarenheter av missbruk utgör en risk emedan motsatsen är skyddande (Mc Grath et al. 2006, Hawkins et al. 1992).

Dynamiska faktorer på interpersonell nivå motsvarar omständigheter i den närmsta omgivningen såsom familjeförhållanden, kamratrelationer, skolmiljö och fritidsaktiviteter. På familjenivå är bristande tillsyn av barnet och inkonsekvent uppfostran exempel på riskfaktorer. Konflikter i familjen och missbruk hos föräldrar och/eller syskon är också

faktorer som ökar risken för missbruk hos unga. Umgänge med kamrater som använder droger och/eller är kriminella är andra dokumenterade riskfaktorer. Bristande skolprestationer, lågt engagemang/låga ambitioner i skolan samt skolk och avhopp från skolan ökar också risken för utveckling av missbruk (Mc Grath et al. 2006, Hawkins et al 1992). På den interpersonella nivån återfinns också de flesta skyddsfaktorerna, exempelvis goda föräldrafärdigheter, prosociala kamrater, stark anknytning till skolan och ett prosocialt engagemang på fritiden (Mc Grath et al. 2006).

Till närsamhällsfaktorerna hör socioekonomiska (inkl. utbildningsmässiga) förutsättningar, lagar, regler och normer som påverkar inställningen till alkohol och droger i samhället samt tillgänglighet till alkohol och droger (Hawkins et al. 1992).

Riskgrupper

Det finns ett etablerat samband mellan yttringar av en rad psykosociala problem och (miss)bruk hos ungdomar (Armstrong & Costello 2002, Hawkins et al. 1992). Exempel på sådana symptom är depression, aggressivitet, antisocialt beteende, kriminalitet, upproriskhet, skolk och bristande skolmässiga prestationer (Armstrong & Costello 2002). Epidemiologiska studier har identifierat grupper av ungdomar i riskzon för missbruk som bör uppmärksammas och screenas för eventuell missbruksrelaterad problematik (Dilbaz & Hendriks 2006);

- ungdomar som skolkar frekvent, avslutar sin skolgång i förtid eller vars skolprestationer försämras avsevärt
- ungdomar med förstämningssymtom eller utagerande beteendeproblem
- ungdomar som rymmer hemifrån
- ungdomar med kriminellt beteende och upprepade arresteringar
- ungdomar som kommer in akut till sjukhus till följd av alkohol eller narkotika
- ungdomar som frekvent besöker barer/diskotek eller subgrupper av ungdomar kopplade till specifika musikstilar (t.ex. techno, rave)
- ungdomar från familjer där missbruk förekommit.

Screening, utredning och bedömning av missbruk hos ungdomar

Under de senaste tjugo åren har det skett en snabb utveckling av standardiserade instrument för screening och bedömning av missbruk och missbruksrelaterade problem hos ungdomar (Winters 2003). Forskning visar att bedömningar av missbruk/beroende hos ungdomar genom reguljära problemundersökande samtal kraftigt tenderar att underestimera missbrukets omfattning och allvarlighetsgrad (Wilson et al. 2004). En standardiserad, strukturerad, screening och bedömning identifierar långt fler ungdomar med riskbruk, missbruk- och beroendediagnoser (ibid.).

De instrument som omnämns i texten nedan återfinns i rekommendationer i *Assessing Alcohol Problems A Guide for Clinicians and Researchers*, U.S Department of Health and Human Services (Allen & Wilson 2003), *Treatment Improvement Protocol 31*, Centre for Substance Abuse Treatment. (CSAT/SAMSHA, 1999), *Screening and assessment (Young People and Drugs*, 2006) samt *Evaluation Instruments Bank*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Instrumenten har dokumenterat goda psykometriska egenskaper, de är validerade och normerade för ungdomar i olika åldersgrupper. Referenser till instrumenten återfinns i bilaga 2. Vi har valt att presentera instrument som är kostnadsfria.

Screening

Screening handlar i sammanhanget om att bedöma om en ungdom har missbruksproblem och om det finns behov av ytterligare utredning, inte att kartlägga individens hela missbruksprofil, psykosociala funktion och vårdbehov. Missbruksscreening bör riktas mot riskgrupper av ungdomar och bör användas systematiskt på ungdomar inom psykiatrin och rättssystemet (TIP 31 SAMSHA, NTA 2007, Dilbaz & Hendriks 2006).

Standardiserade screeninginstrument för bedömning av missbruk är oftast självadministrerade, d.v.s. att de fylls i av ungdomen själv. De bör helst omfatta både alkohol och olika narkotiska preparat och vara kortfattade (ta 5-25 minuter att besvara). Instrumenten bör kunna användas av flera olika yrkesgrupper, inte kräva en alltför omfattande utbildning och dessutom vara kostnadsfria (Dilbaz & Hendriks 2006). Förutom att standardiserade instrument tillhandahåller referenspunkter mot vilka den enskilde ungdomens svar kan

jämföras, medför de också ett gemensamt språk och förbättrad kommunikation mellan olika professioner som arbetar med ungdomar (NIAAA Modul 10A).

Det finns ett antal instrument för initial screening av riskbruk/missbruk. Följande rekommenderas i litteraturen för ungdomar; Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS), the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), the CRAFFT test (CRAFFT), Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) och The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers substance use/abuse scale (POSIT- substance use/abuse scale).

För screening och bedömning av både missbruk och psykiatriska problem genomförs en något mer omfattande screening. Följande instrument rekommenderas i litteraturen; The Drug Use Screening Inventory-revised (DUSI-R) och Instrument for Teenagers substance use/abuse scale (POSIT).

Om en initial screening indikerar behov av vidare utredning och bedömning finns olika diagnostiska intervjuer, problemfokuserade intervjuer och multiskaliga frågeformulär att tillgå. Genom dessa instrument insamlas underlag för att diagnostisera missbruket och/eller information som kan ligga till grund för en mer specifik bedömning av missbrukets natur och allvarlighetsgrad samt risk- och skyddsfaktorer som bidragit till och upprätthåller ungdomens missbruk (Winters 2003).

Diagnostiska intervjuer

För att diagnostisera missbruk och beroende används kriterierna enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) eller International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) som ”gold standard”.

Det finns fyra väl beforskade diagnostiska intervjuer som adresserar ett brett panorama av psykiatriska diagnoser hos barn och ungdomar enligt DSM-IV, inklusive missbruk/beroende (Winters 2003); the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (K-SADS) samt the Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). Vidare finns ett par diagnostiska intervjuer som fokuserar alkohol och

drogmissbruk; The Adolescent Diagnostic Interview (ADI), och the Customary Drinking and Drug Use Record (CDDR).

Flertalet forskare och kliniker har ifrågasatt applicerbarheten av kriterierna enligt DSM vid bedömning av missbruk hos ungdomar då barn och ungas konsumtionsmönster och symtomutveckling skiljer sig från vuxnas (Brannigan et al. 2004, Martin & Winters 1999, Harrison et al. 1998). Man pekar på att vissa kriterier är atypiska för ungdomar (abstinens, medicinska symtom, att drogbruket påverkar sociala aktiviteter), att vissa kriterier (t.ex. toleransökning) med låg exakthet kan utskilja ungdomar med eller utan missbruksproblem och att vissa kriterier bara rör subgrupper av missbrukande ungdomar (problem med rättvisan, riskfyllt användande) (ibid.).

Mot denna bakgrund föreslås att ett kombinerat antal kriterier med empiriskt grundande gränsvärden baserade på ett antal symtom, kan vara mer lämpat för skattning av missbruksrelaterade diagnoser och behov av behandling hos ungdomar (Harrison et al 1998, NIAAA Module 10A). I stället för en uppdelning av kategorier föreslås att användning av alkohol och droger hos ungdomar skattas utifrån ett kontinuum, från ickeanvändare till beroende;

- *Ickeanvändare* av alkohol och droger
- *Användare*: experimentellt eller rekreativt användande ett fåtal gånger. Riskerna med användandet väger tyngre än fördelarna, kan vara utan.
- *Regelbundna användare*: införskaffar aktivt och använder alkohol och/eller droger mer frekvent. Bryr sig fortfarande om sitt rykte och föräldrarnas gillande
- *Missbrukare*: regelbundet användande med flera alternativt några få men allvarliga konsekvenser. Tappar intresset för ickedrogrelaterade aktiviteter som de brukade tycka om samt upplever negativa sociala konsekvenser (skolan och familjen) till följd av missbruket
- *Beroende*: intar alkohol och/eller droger kroniskt och tvångsmässigt. Använder substanser med direkta ruseffekter. Införskaffandet av substanser upptar en stor del av energin och tiden

Betydelsen av den unges ålder har också betonats i sammanhanget och man förespråkar ett åldersgraderat bedömningssystem med högre gränsvärden för äldre ungdomar (Wagner 2008).

Vidare utredning och bedömning

Den diagnostiska intervjun bör kompletteras med en kartläggning och bedömning av den unges sociala och psykiska funktionsnivå. En sådan utredning bör ta fasta på konsekvenser av missbruket, dynamiska och upprätthållande riskfaktorer, samsjuklighet i psykiatriska diagnoser, familje- och skolfunktion, kriminalitet samt skyddsfaktorer hos den unge. (Dilbaz & Hendriks 2006).

Det finns ett antal lämpliga (halv-) strukturerade problemfokuserade intervjuer speciellt framtagna för utredning/behovsbedömning av ungdomar med missbruksproblem. Intervjuerna riktas mot missbrukshistorik, konsekvenser av missbruk och andra psykosociala problem inom olika livsområden som ofta kopplas till missbruk hos ungdomar; The Teen Addiction Severity Index (T-ASI), The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD), The Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A) och The Global Appraisal of Individual Needs (GAIN). Vidare finns självadministrerade multiskaliga frågeformulär som mäter missbrukets allvarlighetsgrad och psykosociala riskfaktorer. Exempel på ett sådant instrument är The Personal Experience Inventory (PEI).

Utöver dessa intervjuer och frågeformulär finns också instrument som mäter ungdomars probleminsikt och benägenhet/motivation till förändring, exempelvis Problem Recognition Questionnaire (PRQ).

I tabell 1 redovisas en sammanställning av instrumenten i texten ovan med information om instrumenten finns att tillgå på svenska.

Tabell 1

Syfte	Instrument	Svensk översättning
Screening av missbruk (alkohol och/eller narkotika)	ADIS	Nej
	AUDIT	Ja
	CRAFFT	Nej
	DUDIT	Ja
	POSIT – substance use/abuse scale	Nej
Screening missbruk och psykiatrisk problematik	DUSI-R	Nej
	POSIT	Nej

Diagnostisk intervju	ADI	Nej
	CDDR	Nej
	DICA	Nej
	DISC	Nej
	K-SADS	Ja
	SCID	Ja
Probleminventering – (halv-) strukturerad intervju	ADAD	Ja
	CASI-A	Ja
	GAIN	Nej
	T-ASI	Nej
Probleminventering – multiskaligt frågeformulär	PEI	Nej
Frågeformulär probleminsikt / motivation	PRQ	Nej

Tillsammans med upplysningar från fler källor såsom föräldrar, skola och tidigare utredningar kan informationen från de instrument som presenteras här med fördel ligga till grund för en behandlings-/vårdplan.

Vårdplan

Utredningen och den slutliga behovsbedömningen skall utmynna i en vårdplan med kortsiktiga och långsiktiga mål för den unge och dennes familj att uppnå. Målen ska vara begripliga, realistiska och uppnåeliga och de bör formuleras gemensamt av den professionelle, ungdomen och föräldrarna (NTA 2007).

Vården bör skräddarsys efter missbrukets allvarlighetsgrad/omfattning, samsjuklighet i andra diagnoser, identifierade risk- och skyddsfaktorer i ungdomens omgivning (familj och fritid) och anpassas utifrån den unges kognitiva, känslomässiga, fysiska, sociala och moraliska utvecklingsnivå (TIP 32 SAMHSA). Den initiala behandlingen bör fokusera på de mest allvarliga och angelägna problemen i ungdomens liv (ibid.). Flera olika professioner och verksamheter kan behöva engageras för att möta ungdomens vårdbehov (NTA 2007).

Särskilda aspekter ungdomar – missbruksbehandling

Många behandlingsprogram har sitt ursprung i vuxna missbrukare och dessa har misslyckats att tillgodose ungdomars specifika behov (Deas, Riggs, Langenbucher, Goldman & Brown 2000, NIAAA Modul 10A, NTA 2009, Wagner 2008). Klinisk forskning om ungdomar och missbruk har traditionellt byggt på befintlig behandlingsforskning (av vuxna) och inte utgått från den utvecklingspsykologiska litteraturen (Wagner 2008). Inte förrän under de senaste två årtiondena har hänsyn börjat tas till de specifika behov och omständigheter som skiljer unga från vuxna missbrukare (ibid.).

De underliggande motiven till och de beteendemässiga yttringarna till följd av missbruk hos unga skiljer sig oftast från dem som kopplas till vuxna missbrukare (Deas 2000, Wagner 2003, NIAAA Modul 10A). Ungdomar använder i högre utsträckning flera olika substanser men har samtidigt en kortare och mer episodisk missbrukshistorik. Därmed uppvisar de ofta ett mer komplext beroendemönster men med färre av de symtom som observeras hos vuxna substansberoende personer. Ungdomar har också i högre grad parallella problem såsom psykiatriska diagnoser, familje- och skolproblem, beteendeproblem och kamrater som missbrukar vilket kräver en mer mångfacetterad behovsbedömning och behandling (ibid.).

Ungdomar är inte heller fullt biologiskt, mentalt och känslomässigt utvecklade vilket har stor betydelse i hur unga kan tillgodogöra sig behandling (Wagner 2008). Förutom hormonella förändringar genomgår de delar av hjärnan som bland annat styr beslutsfattande, problemlösning, planering och kognitiva förmågor en snabb utveckling under tonåren. Tonåren karaktäriseras av ett ökat risktagande och en outvecklad förmåga att göra moraliska överväganden vilket behöver uppmärksammas i behandlingen (ibid.).

Frigörelseprocessen från föräldrar och familj gör tonåringen extra känslig för omgivningens attityder och värderingar. Sambandet mellan missbruk hos unga och missbruk i kamratgruppen är robust, grupptryck och annan social påverkan förklarar i hög grad återfall i missbruk hos unga (ibid.).

Med ökad ålder förändras samspelet mellan förälder och barn, från mer av ensidig kontroll av barnets beteende till dialog, förhandling och gemensamt beslutsfattande. Vikten av föräldrars involvering i ungdomars liv kvarstår dock och föräldrarnas attityder till alkohol och droger är

av stor betydelse. Det finns ett dokumenterat samband mellan ungdomars missbruk och föräldrarnas uppfostringsstil och relation till sin tonåring (ibid.).

Missbrukande ungdomar skiljer sig också från vuxna vad gäller värderingar av och uppfattningar om brukets fördelar och negativa konsekvenser. Hos ungdomar återfinns ofta en högre grad av förnekelse av problem och lägre grad av motivation till förändring än hos vuxna (ibid.). Ungdomar tvingas inte sällan in i behandling, det är därför många gånger avgörande att initialt öka den unges grad av motivation till förändring, villighet att gå in i och stanna kvar i behandling. Detta kan med fördel göras genom motivationshöjande metoder och tekniker (TIP 32 SAMSHA).

Effektiv behandling adresserar riskfaktorer hos ungdomen, i ungdomens kamratkrets, i skolan och på fritiden och innehåller incitament för att stärka positivt föräldraskap (Brannigan et al. 2004, Deas 2000, TIP 32 SAMSHA, Wagner 2008). Behandling av ungdomar måste anpassas till de kognitiva, känslomässiga, moraliska och sociala aspekter som karaktäriserar tonåren, att bemöta ungdomar som ”små vuxna” fungerar inte (TIP 32 SAMSHA).

En expertpanel enades 2004 om nio huvudkomponenter som karaktäriserar effektiv behandling av missbruk hos ungdomar (Brannigan et al 2004).

1. Behandling bör föregås av en bedömning (av psykiatriska, psykologiska och medicinska problem, inlärningssvårigheter, familjefunktion och andra aspekter av ungdomens liv) och sedan matchas utifrån de behov som identifieras.
2. Behandlingen bör vara heltäckande och utgå från en integrerad ansats (adressera olika behov i flera aspekter av ungdomens liv).
3. Familjen (föräldrar) bör involveras i behandlingen.
4. Behandlingen bör anpassas efter ungdomars behov (ej bemöta ungdomar som ”små vuxna”).
5. Behandlingen bör bygga på tillit mellan ungdom och terapeut för att motverka behandlingssammanbrott.
6. Behandlingspersonalen bör vara kvalificerad, inneha kunskaper om barns och ungdomars utveckling, psykiatriska diagnoser, missbruk och beroende.

7. Behandlingen bör adressera typiska behov hos pojkar respektive flickor samt behov utifrån kulturella skillnader hos minoriteter.
8. Behandlingen bör inkludera återfallsprevention, eftervård och uppföljning.
9. Behandlingsutfall bör mätas i kontrollerade utvärderingar.

Psykosociala interventioner

Den absoluta majoriteten av behandling av missbrukande/beroende hos ungdomars utgörs av psykosociala interventioner - individuella, grupp- eller familjebaserade behandlingar. Den mesta forskningen på området har adresserat familjebaserade terapier.

Den empiriska litteraturen indikerar att behandling av missbruk hos ungdomar kan vara framgångsrik men samtidigt är återfallsfrekvensen hög i ungdomsgruppen. Studier visar att runt hälften avslutar sin behandling i förtid och av de ungdomar som fullföljer sin behandling återfaller två tredjedelar i användande/missbruk inom ett halvår efter avslutad intervention (Wagner 2008, Austin et al. 2005).

I en systematisk översikt av befintlig litteratur på området 1990 fastslogs att behandling av missbruk/beroende hos ungdomar är bättre än ingen behandling alls men till följd av för få kontrollerade studier saknades stöd för att ranka någon specifik behandling som överlägsen andra (Catalano et al 1990). I en liknande översikt tio år senare konstateras att antalet kontrollerade studier på området hade ökat men att underlaget alltjämt var för tunt för att ranka någon interventionstyp som överlägsen andra (Deas 2001).

Den metodologiska kvalitén på studier av interventioner för ungdomar med missbruk/beroende har ifrågasatts, kritik har riktats även mot de mest kvalificerade programmen (Bender et al. 2006, Brannigan et al 2004, Tripodi 2009, Deas & Thomas 2001, Deas 2008, Engle & Macgowan 2009). En översikt av de 144 högst ansedda missbruksinterventionerna för ungdomar i USA visar att programmen i för låg utsträckning adresserar de komponenter som karakteriserar effektiv behandling av ungdomar med missbruk/beroende (Brannigan et al. 2004) (se tabell 1, sid. 23).

Under de senaste åren har studiernas kvalitet förbättrats och antalet kontrollerade studier har ökat (Waldron & Turner 2008). Ett flertal psykosociala behandlingsmetoder rankas som effektiva i översikter och metaanalyser (Tripodi et al 2010, Waldron & Turner 2008, Austin et al 2005, Liddle 2004, Bender et al. 2006).

I den aktuella litteraturen används ofta evidenskriterierna *väletablerad (well-established intervention)* respektive *sannolikt effektiv intervention (probably efficacious intervention)* enligt Chambless & Hollon (1996) för gradering av psykosociala interventioner för barn och ungdomar. Båda graderingsnivåerna kräver att behandlingen är manualbaserad och att undersökningsgrupperna är väldefinierade.

1. För *väletablerad intervention* krävs minst två oberoende studier med experimentell design som visar att (a) behandlingen är överlägsen ”icke behandling” eller annan behandling alternativt (b) minst lika bra som en redan väletablerad behandling.
2. För *sannolikt effektiv intervention* krävs två oberoende studier som visar att (a) behandlingen är mer effektiv än ”icke behandling” alternativt (b) två studier av samma forskare som visar att behandlingen skulle fylla kriterierna för väletablerad intervention

(Waldron & Turner 2008).

Psykosociala interventioner för att minska missbruk och andra beteendeproblem hos ungdomar kan delas in i två huvudsakliga format, behandling direkt till ungdomen eller behandling mot den kontext som ungdomen eller dennes familj befinner sig i (Tripodi et al 2010). Familjebaserade behandlingsprogram har bedömts vara överlägsna individuella behandlingsinsatser, både vad gäller narkotika och alkoholmissbruk hos ungdomar (Waldron & Turner 2008, Austin et al. 2005, Liddle 2004). I en aktuell metaanalys konstaterades dock motsatsen då individuella interventioner befanns vara mer effektiva än familjebaserade insatser (Tripodi et al. 2010).

Nedan presenteras de behandlingsmetoder/terapiformer som omnämns i senare års litteratur på området. Metoderna används ofta vid behandling av ett vidare spektrum av psykosociala problem såsom kriminalitet, skolproblem, beteendestörningar och annan psykisk ohälsa hos ungdomar. Här refereras dock bara till litteratur med missbruk som primärt utfallsmått. Undantaget är Bender et al. (2006) som genomgående redogör för behandlingseffekter avseende såväl missbruk som externaliserade och internaliserade psykiska problem.

Individuell KBT

Kognitiv beteendeterapi (KBT) fokuserar på samspelet mellan beteendemässiga, kognitiva, sociala och utvecklingsmässiga faktorer för att åstadkomma förändringar i individens beteende och i hans eller hennes uppfattningar (Waldron & Kaminer 2004). Målet med KBT är att hjälpa individen att känna igen situationer som associeras med missbruk, undvika dessa situationer och hantera problem och beteenden i samband med sådana situationer (ibid.).

En systematisk översikt av KBT-behandling av missbruk hos ungdomar visar att individuell KBT kan vara effektivt för att minska substansanvändning och andra närrelaterade problem (Waldron & Kaminer 2004). Man föreslår att KBT med fördel kan användas i behandling av missbrukande ungdomar med dubbeldiagnoser (ibid.).

I en metaanalys av evidensbaserade psykosociala behandlingar av unga med missbruk ingick sju studier av individuell KBT-behandling (Waldron & Turner 2008). I sex av sju studier konstateras signifikanta minskningar av missbruk. Individuell KBT rankas som lovande men ingen enskild metod uppfyllde evidenskriterierna enligt Chamless och Hollon (1996) (ibid.).

I en jämförelse mellan sju behandlingsprogram för ungdomar med dubbeldiagnoser rankades Individual Cognitive Problem Solving (ICPS) som ett av de två mest effektiva programmen (Bender et al 2006). ICPS genererade effektstorlekar på såväl missbruk, externaliserade som internaliserade psykiatriska symtom till och med nio månader efter avslutad behandling (ibid.).

Brief Interventions (BI) inklusive Motiverande samtal (MI)

BI (på svenska kallad korttidsintervention eller klinisk fokuserad beteendeanalys) kan omfatta olika terapeutiska aktiviteter men består oftast av information och ett fåtal rådgivande samtal med syfte att påverka livsstil eller levnadsvanor (Tait & Hulse 2003). BI används främst inom primärvården men även som terapeutiskt instrument inom alkohol- och riskbruksområdet. Inte sällan ingår moment av samtalsmetoden MI i korttidsinterventioner (Socialstyrelsen).

Motiverande samtal är en styrande, förändringsinriktad och klientcentrerad samtalsmetodik (Coombes et al. 2008). Metoden syftar till att stärka individens motivation att förändra sitt missbruk och situationer som kan trigga eller upprätthålla missbruket (Deas 2008). MI riktas

främst mot beroende och högriskgrupper men kan också användas för att motivera till en mer omfattande behandling. MI har ansetts särskilt lämpligt vid behandling av ungdomar då unga ofta tvingas in i behandling och inte sällan är obenägna att erkänna att de har problem (Deas 2008, Tripodi et al 2010).

BI inklusive MI har visat sig effektivt för att minska alkoholanvändning, att minska substansmissbruk och öka behandlingsfrekvensen hos ungdomar som kommer till akutmottagningar, att öka engagemanget hos ungdomar på häkten och för att minska substansmissbruk hos universitetsstudenter (Stolle et al. 2009, Tait & Hulse 2003).

I en systematisk utvärdering av de högst ansedda behandlingsprogrammen för ungdomar med missbruk/beroende konstateras att motivationshöjande tekniker användes i drygt 40 procent av programmen (Brannigan et al. 2004). Till följd av att motivation inte hade studerats som enskilt element kunde inga slutsatser dras om de motiverande komponenternas effektivitet i en metaanalys av psykosociala interventioner för ungdomar med missbruk/beroende (Waldron & Turner 2008).

En systematisk översikt av studier av BI för ungdomar (medelålder < 20 år) jämförde effekter i form av minskad konsumtion av alkohol, tobak eller andra droger (Tait & Hulse 2003). Av totalt elva inkluderade studier gällde åtta alkohol (varav tre studier avsåg högriskkonsumenter) och en studie avsåg användare av narkotika. I översikten konstaterades att BI gav små men signifikanta effekter på ungdomars alkoholkonsumtion (inklusive högriskkonsumenter). Resultatet från studien av BI vid behandling av narkotikamissbruk hos ungdomar pekar mot att metoden kan vara effektiv för ändamålet (ibid.)

I en metaanalys av interventioner för att minska alkoholkonsumtion hos ungdomar avsåg tre studier av sexton BI (Tripodi 2010). Effekterna av BI var stora och BI fanns med som komponent i tre av de fem mest effektiva interventionerna som ingick i analysen (Tripodi et al. 2010). I en jämförelse mellan BI med enbart ungdom vs ungdom tillsammans med en förälder konstateras starkare effekter för den senare modellen (ibid.).

Gruppterapi

Gruppbaseade interventioner har varit den vanligaste behandlingsformen av missbruk i USA, särskilt för ungdomar. Exempel på vanliga gruppterapier är KBT-behandling, 12-stegsprogram och psykoedukation (Kaminer 2005). Trots dess spridning är empiriska studier av gruppbaseade interventioner för missbrukande ungdomar få i antal och inte sällan undermåliga i studiedesign (Engle & Macgowan 2009).

Till gruppformatets fördelar kan nämnas att det är kostnadseffektivt och praktiskt genomförbart i miljöer med begränsade resurser och möjligheter till mer omfattande individuell och/eller familjebaserad behandling, t.ex. på institutioner (Engle & Macgowan 2009, Waldron & Kaminer 2006). Vissa specifika komponenter i gruppformatet kan underlätta positiv förändring, till dessa hör att utveckla sociala färdigheter och känslomässig reglering som i kombination med andra kognitiva element har gott stöd forskningen (ibid.). Gruppformatet möjliggör rollspel som speglar ungdomarnas egna erfarenheter vilket tillåter dem att utveckla sociala färdigheter genom att träna på att hantera typiska högrisksituationer (Waldron & Turner 2008). Behandling i grupp kan också verka mer attraktivt, mindre främmande och skrämmande än individuell terapi för ungdomar (Engle & Macgowan 2009, Kaminer 2005).

En systematisk översikt av gruppterapi för ungdomar med missbruk/beroende inkluderar tretton studier av manualbaseade terapimodeller för ungdomar 11-20 år (Engle & McGowan 2009). Tio av dessa tretton studier rapporterar statistiskt signifikanta minskningar av substansanvändande men till följd av bristande beskrivningar av grupp-specifika behandlingsfaktorer kunde endast två program klassificeras i enlighet med evidenskriterierna enligt Chamless & Hollon (1996). Adolescent Group Therapy och Psycho-educational Group Therapy rankades *sannolikt effektiv intervention* (Engle & Macgowan 2009). Gemensamt för dessa två terapier är bland annat att de inbegriper utbildning om alkohol och droger, förväntningar på och konsekvenser av missbruk, att de betonar self-efficacy (ungefär ”tilltro till den egna förmågan att klara en specifik uppgift med ett visst resultat” [SBU]) och att terapierna inkluderar träning av olika sociala färdigheter samt problemlösningsförmåga (Engle & Macgowan 2009).

I en metaanalys av 46 olika missbruksinterventioner för ungdomar i öppenvård ingick elva randomiserade studier av KBT-behandling av ungdomar i grupp. Sammantaget rankas KBT terapi i grupp *väletablerad intervention* (Waldron & Turner 2008). I analysen ingick den första kontrollerade studien Minnesotamodellen (12-steps) för ungdomar. Resultatet pekar mot att metoden verkar lovande och att fler utvärderingar bör genomföras (ibid.).

I en översikt av behandlingseffekter av insatser för ungdomar med missbruk och samtidig psykisk störning presenteras en studie där Interactional Group Therapy (IT) jämfördes med KBT behandling i grupp (Bender et al. 2006). Båda metoderna genererade stora effektstorlekar på internaliserade psykiska problem, KBT gav moderata och IT små effekter på missbruk (Bender et al. 2006).

Även om flera studier har visat att gruppterapi kan vara effektivt för att minska beteendeproblem inklusive missbruk har forskning även dokumenterat oönskade smittoeffekter mellan ungdomar med beteendeproblem. I en översikt av gruppterapi för ungdomar med missbruk/beroende konstateras att påståendet om negativa smittoeffekter saknar vetenskapligt och empiriskt stöd vad gäller gruppbehandling av ungdomar med missbruk/beroende (Kaminer 2005). KBT i grupp bedömdes i en metaanalys ha högre evidens än individuell KBT för ungdomar med missbruk (Waldron & Turner 2008).

Familjebaserade interventioner

Studier av familjebaserade interventioner står för den mesta av forskningen avseende missbruksbehandling av unga (Tripodi et al 2010, Liddle 2004, Deas 2008). De vanligaste familjebaserade programmen utgår från en multisystemisk ansats där fokus är att förändra ungdomens riskbeteende genom att reducera risker och stärka skyddsfaktorer i familjen och andra sociala system (Tripodi 2010, Liddle 2004). Programmen bygger mestadels på systemisk teori och principer hämtade från kognitiv beteende terapi, anknytningsteori, utvecklingspsykologi och socialekologisk teori (Austin et al. 2005).

Familjebaserade program visar på bättre resultat än ”standardbehandling” vad gäller att engagera och bibehålla ungdomar i behandling (Liddle 2004). I jämförelse med andra interventioner producerar de familjebaserade behandlingsmodellerna bättre och stabilare utfall med signifikanta minskningar av symtom på missbruk samt relaterade sociala problem (ibid.).

En brist hos flera av de familjebaserade programmen är att de inte inkluderar eftervård (Austin et al 2005).

Nedan presenteras fem av de evidensbaserade familjeinterventioner som återfinns i litteraturen på området. Tre av dessa återfinns i Sverige varav ett program har utvärderats i en svensk kontrollerad studie.

Funktionell Familjeterapi (FFT)

FFT är en intensiv multisystemisk familjebaserad intervention utvecklad för högriskungdomar med beteendestörningar, kriminellt beteende och missbruk (Waldron & Brody 2010).

Metoden har stor spridning USA och finns i flera Europeiska länder, inklusive Sverige.

FFT bygger på familjesystemisk teori, kognitiv beteendeterapeutisk teori och tekniker (Austin et al. 2005). Programmet omfattar 12-16 stycken 60-75 minuter långa sessioner under en 3-4 månaders period. Interventionerna äger främst rum i klinisk- och hemmiljö men ges även i skolor och i ungdomarnas fritidsmiljöer. Behandlingen är uppdelad i tre faser; (1) engagemang/motivation, (2) beteendeförändring och (3) generalisering/avslut. Till varje fas hör specifika delmål, behandlingsstrategier/tekniker och terapeutfärdigheter. Hemläxor utgör en väsentlig del av FFT, dessa skräddarsys efter uppgifterna som ingår i respektive fas (Waldron & Brody 2010). FFT designades specifikt för svårbehandlade ungdomar 12-18 år men har också visat sig effektivt för andra klienter (Waldron & Turner 2008).

FFT har funnits vara effektiv både i jämförelse med olika psykosociala interventioner och i förhållande till andra familjebaserade interventioner (Austin et al. 2005, Liddle 2004, Waldron & Turner 2008, Waldron & Brody 2010). Programmet har visat goda resultat avseende behandlingssammanbrott, signifikant minskning av missbruk, reducering av psykiatriska symtom och ökad skolnärvaro (ibid.).

I en systematisk översikt av familjebaserade interventioner/behandlingsmetoder konstateras att FFT inte fyller kriterierna för sannolikt effektiv intervention men programmet rankas som lovande (Austin et al 2005). I en metaanalys av 46 psykosociala interventioner rankades FFT som *väletablerad intervention* för ungdomar med alkohol- respektive narkotikamissbruk/beroende (Waldron & Turner 2008).

FFT har utvärderats i två svenska kontrollerade studier men inga utfallsmått på missbruk presenteras (Hansson, Cederblad & Höök 2000, Hansson, Johansson, Drott-Englén & Benderix 2004).

Family Behavior Therapy (FBT)

FBT är en familjebaserad beteendeterapi för ungdomar med syfte att reducera missbruk och andra förekommande problem såsom psykiatriska symtom, bristande skolprestationer och dysfunktionella familjemönster. FBT finns etablerat på ett tiotal platser i USA. Behandlingen består av i genomsnitt 15 stycken 90 minuters sessioner i klinisk miljö under sex månader och upp till 20 hembaserade sessioner för särskilt svårbehandlade ungdomar. FBT fokuserar genomgående på att engagera och behålla familjen i behandling. Metoden består av flera olika interventioner såsom förstärkning av beteenden som förknippas med avhållsamhet från droger, färdighetsträning för att undvika individer och situationer som förknippas med missbruk och andra problembeteenden samt träning på färdigheter som bidrar till upprättandet av prosociala relationer och en fungerande skolgång (NREPP).

I en översikt av evidensbaserade familjebaserade interventioner kritiseras FBT för att brista i tillgänglighet då behandlingen i första hand sker i klinisk miljö till skillnad från andra program som äger rum i familjens hem, skola och närområde (Austin et al 2005). Till FBT´s styrka hör den mycket låga andelen behandlingssammanbrott och att programmet inkluderar antisociala kamraters influenser på ungdomens missbruk (ibid.).

I studier av FBT rapporteras signifikanta skillnader av narkotikamissbruk mellan för- och eftermätningar i förhållande till sina jämförelsegrupper. I en systematisk översikt av familjebaserade behandlingsmetoder för ungdomar med missbruk/beroende konstateras att FBT inte fyller kriterierna för sannolikt effektiv intervention men programmet rankas som lovande (Austin et al 2005).

I en jämförelse mellan sju behandlingsprogram för ungdomar med missbruk och samtidig psykisk störning lyfts FBT fram som ett av de två mest effektiva programmen (Bender et al 2006). FBT gav stora behandlingseffekter på både missbruk och internaliserad samt externaliserad psykiatrisk problematik. Effekterna var också ihållande upp till nio månader efter avslutad behandling (Bender et al 2006).

Multi systemisk Terapi (MST)

är en intensiv multidimensionell intervention för ungdomar 10-17 år med beteendeproblem inklusive missbruk. Behandlingen utförs i den naturliga miljön (hemmet, skola, kamratrekret och i närsamhället) och fokuserar ungdomens risk- och skyddsfaktorer i dessa miljöer. Programmet genomförs under fyra månader med flera terapeutkontakter varje vecka och tillgång till stöd dygnet runt. MST är baserat på socioekologiska och familjesystemiska teorier och de tekniker som används utgår från strategisk och strukturell familjeterapi, beteendebaserad föräldraträning och kognitiv beteendeterapi. MST är vida spritt i USA och finns även i ytterligare nio länder, inklusive Sverige (NREPP).

I en systematisk översikt av familjebaserade interventioner konstateras att MST genererar signifikanta minskningar av substansmissbruk mellan för- och eftermätning men att effekterna inte består över tid (Austin et al 2005.). Till följd av detta bedöms MST inte fylla kriterier för sannolikt effektiv intervention men programmet rankas som lovande (ibid.). I en jämförelse mellan sju behandlingsprogram för ungdomar med missbruk och samtidig psykisk störning konstateras att MST genererar stora effekter på externaliserad problematik men små effekter på missbruk (Bender et al 2006).

I en översikt av 46 evidensbaserade psykosociala interventioner för ungdomar med missbruk/beroende konstateras att MST visar goda effekter gällande missbruk hos ungdomar men att det saknas oberoende replikationer av studier som rapporterar utfall av missbruk (Waldron & Turner 2008). MST rankas i översikten som *sannolikt effektiv intervention* (ibid.).

MST har utvärderats i en kontrollerad svensk studie där metoden jämförs med socialtjänstens traditionella insatser för ungdomar med beteendeproblem (Löfholm et al 2008). Studien visar inga statistiskt signifikanta skillnader i utfall mellan grupperna och effektstorlekarna var genomgående små. Vad gäller riskfylld drogkonsumtion konstateras signifikanta men små förbättringar 24 månader efter behandlingsstart. Ingen behandlingseffekt kunde konstateras vad gäller riskfylld alkoholkonsumtion (ibid.).

I en Cochrane-review av MST konstateras att metoden varken är mer eller mindre effektiv än andra interventioner för ungdomar med känslomässiga, sociala eller andra beteendeproblem (Littell et al 2009).

Brief Strategic Family Therapy (BSFT)

är en korttidsinriktad familjebaserad terapi för barn och ungdomar 8-17 år i riskzon för, eller med utvecklade missbruks- och/eller andra beteendeproblem (Robbins, Horigian, Szapocznik & Ucha 2010). BSFT har utvecklats för latinamerikanska ungdomar i Miami och har idag stor spridning i USA och har utprovats vid Maria Ungdom, Stockholm. Programmet fokuserar (1) ungdomens beteendeproblem såsom missbruk, uppförandeproblem, kriminalitet och umgänge med antisociala kamrater, (2) ungdomens skolprestationer och (3) familjefunktion inklusive föräldraskap. BSFT ges i genomsnitt under 12-16 sessioner (upp till 24 sessioner för svårbehandlade ungdomar) med flera träffar varje vecka (NREPP).

BSFT utgår från antagandet att ungdomens beteendeproblem har sitt ursprung i maladaptiv interaktion i familjen och metoden söker förändra familjens sätt att fungera (Robbins et al 2010). Programmet bygger på strategiska och strukturella interventioner. Terapeuterna använder tekniker inom tre kategorier; samgående med familjen, identifiering och bedömning av problematiska familjeinteraktioner och avslutningsvis rekonstruktion av dessa interaktioner (ibid.).

En styrka med BSFT är programmets kulturspecifika fokus på latinamerikanska ungdomar (Waldron & Turner 2008). Programmet associeras med såväl signifikanta och kliniska effekter på missbruk, förbättringar av psykiatrisk och skolmässig funktion (ibid.).

I en systematisk översikt av fem familjebaserade interventioner konstateras att BSFT genererar signifikanta skillnader i substansanvändning mellan för- och eftermätningar (Austin et al 2005). Effektstorlekarna är dock små och långtidseffekterna är oklara till följd av bristande uppföljningsdata. BSFT rankas i översikten från 2005 som *sannolikt effektiv intervention* (ibid.). I en metaanalys av psykosociala interventioner för missbruk hos ungdomar klassificeras BSFT som *sannolikt effektiv intervention* (Waldron & Turner 2008).

Multidimensional Family Therapy (MDFT)

är en multisystemisk familjebaserad terapi i öppenvård (eller delvis i dagvård) för ungdomar med missbruk med eller utan samsjuklighet i psykiatriska störningar, kriminalitet och andra beteendeproblem. MDFT ges i genomsnitt under 12-16 sessioner en eller två gånger i veckan (NREPP).

Programmet bygger på flera olika teorier såsom familjesystemisk, utvecklingspsykologisk och ekosystemisk teori samt en modell om risk- och skyddsfaktor för missbruk hos ungdomar (Austin et al. 2005). Interventioner sker inom fyra områden; (1) ungdomens interaktion med föräldrar och kamrater, (2) föräldrarnas förmåga och funktion, (3) interaktionen i familjen samt (4) familjemedlemmarnas kommunikation med sociala system som skola, kamratnätverk och sociala myndigheter (Liddle 2010). MDFT är unikt i sitt sätt att intervensera i de olika områdena separat (dvs. med ungdomen själv, med föräldrar själva) utöver familjesessioner (ibid.).

I en systematisk översikt av fem familjebaserade interventioner var MDFT det enda programmet som bibehöll signifikanta behandlingseffekter upp till ett år efter avslutad behandling, MDFT rankas i översikten som *sannolikt effektiv intervention* (Austin et al. 2005).

I en metaanalys av 46 olika evidensbaserade interventioner konstateras signifikanta och kliniskt meningsfulla reduceringar av missbruk för MDFT, programmet rankas som *väletablerad intervention* för ungdomar med missbruk/beroende (Waldron & Turner 2008).

I en metaanalys av sexton studier av interventioner för alkoholmissbrukande ungdomar konstateras stora effektstorlekar för MDFT (Tripodi 2010). Endast för MDFT och en annan intervention kvarstod de signifikanta minskningarna av alkoholanvändning tolv månader efter avslutad behandling (ibid.).

Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling av substansberoende handlar i korthet om att behandla abstinensbesvär, tillhandahålla substitut för att lindra drogsug och blockera effekter av substanser. Evidensen för läkemedelsbehandling av missbrukande ungdomar är liten (NTA 2009, Minozzi et al 2009a, Minozzi et al 2009b, Waxmonsky & Wilens 2005). Det kan bero på att det historiskt har funnits få ungdomar i behov av farmakologisk behandling men också för att det finns tydliga etiska och lagtekniska betänkligheter med att tillhandahålla sådan behandling till barn (NTA 2009).

Det finns starka skäl att vidta försiktighet vid farmakologisk behandling av missbruk hos ungdomar och inte rutinmässigt översätta metoder framtagna för vuxna. Medicinerna har inte utprovats för målgruppen, dess effekter på den fysiska och mentala hälsan är okänd. (NTA 2009). Särskild hänsyn behöver tas till risken för missbruk av läkemedlen och till eventuell interaktion mellan de verksamma ämnena i de förskrivna läkemedlen och substanserna i berusningsmedlen (Waxmonsky & Wilens 2005).

I World Health Organisations (WHO) *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* noteras att det saknas kunskap om huruvida läkemedelsbehandling av opiatberoende ungdomar bör skilja sig från behandling av vuxna men det fastslås likväl att: "The use of agonist pharmacotherapy is still the recommended therapy for adolescent opioid dependence" (WHO 2009).

Trots knapphändigt vetenskapligt stöd har läkemedelsbehandling börjat integreras i psykosocial behandling av missbrukande/beroende ungdomar (Waxmonsky & Wilens 2005). Studier pekar mot att läkemedelassisterad psykosocial behandling av missbrukande/beroende ungdomar kan ge positiva effekter på psykiska störningar samt minska drogsug och användning av droger (Deas 2008, Waxmonsky & Wilens 2005). Läkemedelsbehandling tycks inte förvärra ungdomars missbruk/beroende eller leda till läkemedelsberoende (ibid.).

Två aktuella Cochraneöversikter avseende effektiviteten av farmakologisk behandling enbart eller i kombination med psykosociala interventioner hos opiatberoende ungdomar identifierade endast två kvalificerade studier vardera vilket gör det svårt att dra några slutsatser (Minozzi et al 2009a, Minozzi et al 2009b). En litteraturöversikt av farmakologisk behandling av missbrukande/beroende ungdomar visar att läkemedel mot drogsug kan utgöra en effektiv del i behandlingen av beroende ungdomar men metoderna måste testas och utvecklas vidare och det behövs mer forskning på området (Waxmonsky & Wilens 2005).

När läkemedelsbehandling av ungdomar med missbruk/beroende är aktuellt handlar det oftast om att behandla parallella psykiatriska problem (Deas 2008). Det finns idag otillräckligt med forskning kring hur medicinsk behandling av psykiatriska diagnoser påverkar missbruk och den psykiatriska problematiken hos ungdomar (Deas 2008, NTA 2009, Wilens et al. 2003, Wilens et al. 2005, Waxmonsky & Wilens 2005).

Läkemedel mot depression används uppskattningsvis av hälften av alla ungdomar i USA med depression och missbruk/beroende (Waxmonsky & Wilens 2005). Studier visar att ungdomar med förstämningssyndrom, särskilt bipolärt syndrom, är den grupp missbrukande/beroende ungdomar som svarar bäst på läkemedelsbehandling (Deas 2008, Waxmonsky & Wilens 2005). Tricykliska antidepressiva läkemedel bör inte användas av cannabisanvändande ungdomar då det finns en dokumenterad risk för delirium (Waxmonsky & Wilens 2005).

Farmakologisk behandling av ADHD hos yngre barn minskar signifikant risken för utveckling av missbruk/beroende i ungdomsåren (Wilens et al 2003). Effekterna av medicinering av ADHD hos ungdomar och vuxna med missbruk/beroende är måttliga, både vad gäller ADHD och de missbruksrelaterade symtomen (Wilens et al. 2005). Det finns inga belägg för att läkemedelsbehandling av ADHD skulle förvärra missbruk hos unga, inte heller vid centralstimulantia behandling av kokainberoende ungdomar med ADHD (ibid.).

Sammanfattning kunskapsläget, missbruk ungdomar

Under de senaste tjugo åren har det skett en snabb utveckling på området ungdomar och missbruk. Forskare är idag överens om att missbruk hos ungdomar måste betraktas som en egen disciplin, ungdomar kan inte ses som ”små vuxna”. Exempel på skillnader mellan ungdomar och vuxna är missbruksmönster, samsjuklighet, familjemönster, mottaglighet för social påverkan, konsekvenser av missbruk och möjlighet att tillgodogöra sig behandling. Effektiv behandling av ungdomar med missbruk identifierar och lägger tonvikt vid målgruppens särskilda karaktäristika och behov.

Epidemiologisk forskning har identifierat grupper av ungdomar med förhöjd risk att utveckla missbruk/beroende. Dessa ungdomar bör uppmärksammas och screenas för missbruksrelaterad problematik. Det finns idag ett antal standardiserade instrument med goda psykometriska egenskaper att tillgå för utredning och bedömning av ungdomar med missbruk.

Det finns en vedertagen kunskap om vilka risk- och skyddsfaktorer som bidrar till utveckling och upprätthållande av missbruk hos ungdomar. Effektiv behandling av ungdomar med sociala problem inklusive missbruk riktas mot dessa risk- och skyddsfaktorer inom olika områden i den unges liv.

Den mesta forskningen på området har riktats mot familjebaserade interventioner men inkluderar idag även individuella och gruppbaseade behandlingsmodeller samt farmakologisk behandling. De senaste årens utveckling på området har resulterat i fler effektstudier med förbättrad metodologisk kvalitet.

Även om återfallsfrekvensen är hög i ungdomsgruppen gör kunskapsläget gällande att flera behandlingsmodeller genererar signifikanta minskningar av symtom på missbruk samt relaterade psykiatriska och sociala problem. Nedan (tabell 2) redovisas en sammanställning av interventioner med varierande forskningsstöd i litteraturen. I tabellen är metoderna sorterade i fallande ordning där de med störst forskningsstöd redovisas först.

Tabell 2

Intervention	Evidensstöd	Referens
Multidimensional family therapy (MDFT)	<i>Väletablerad intervention</i> <i>Sannolikt effektiv intervention</i> Stora effektstorlekar alkoholkonsumtion	Waldron & Turner (2008) Austin et al. (2005) Tripodi (2010)
Functional Family Therapy (FFT)	<i>Väletablerad intervention</i> Lovande	Waldron & Turner (2008) Austin et al. (2005)
Gruppterapi	<i>Väletablerad intervention</i>	Waldron & Turner (2008)
Adolescent Group Therapy	<i>Sannolikt effektiv intervention</i>	Engle & Macgowan (2009)
Psycho-educational Group Therapy	<i>Sannolik effektiv intervention</i>	Engle & Macgowan (2009)
Brief Strategic Family Therapy (BSFT)	<i>Sannolikt effektiv intervention</i> <i>Sannolik effektiv intervention</i>	Waldron & Turner (2008) Austin et al (2005)
Behavioral Family Therapy (FBT)	<i>Sannolikt effektiv intervention</i> Lovande Effektiv	Waldron & Turner (2008) Austin et al. (2005) Bender et al. (2006)

Multi Systemic Therapy (MST)	<i>Sannolikt effektiv intervention</i> Varken mer eller mindre effektiv än andra interventioner	Waldron & Turner (2008) Litell et al. (2009), Löfholm et al. (2008)
Individuell KBT	Lovande	Waldron & Turner (2008)
Individual Cognitive Problem Solvning	Effektiv (missbruk, externaliserad och internaliserad psykiatrisk problematik)	Bender et al. (2006)
Korttidsintervention (BI) / MI	Effektiv (alkoholkonsumtion)	Tripodi (2010)
Läkemedelsbehandling för missbrukssymtom/psykiatriska symtom	Lovande, mer forskning behövs	Waxmonsky & Wilens (2005), Deas (2008)
Läkemedel mot drogsug	Begränsad data, mer forskning krävs	Waxmonsky & Wilens (2005)
Läkemedel mot depression	Små effekter missbruk	Waxmonsky & Wilens (2005), Deas (2008)
Läkemedel mot ADHD	Måttliga effekter missbruk	Wilens et al (2005)

Diskussion

Den grupp av ungdomar som i unga år utvecklar ett missbruk eller beroende har i en klar majoritet av fallen en samtida psykiatrisk problematik som både går att diagnostisera och många gånger behandla. Det är mycket tydligt att det är två diagnostyper som överväger då man studerar samsjukligheten, dels depression och ångeststörningar, dels normbrytande och antisocialt beteende. Särskilt den sista gruppen brukar lyftas fram då den ofta består av tonåringar som sällan vill ändra sin livsstil utan istället är i tydlig opposition mot vuxenvärlden och dess värderingar. Ungdomar med ett stabilt antisocialt beteende har nästan alltid även ett missbruk och förutom det uppvisar denna grupp ett brett panorama av psykiatriska problem. Som exempel kan nämnas att gruppen stabilt antisociala har en tydlig överrisk jämfört med normalbefolkning att också lida av depressioner, psykosjukdomar, neuropsykiatriska tillstånd, ha låg verbal begåvning samt ha många psykopatiska personlighetsdrag.

I själva verket är denna grupp kanske den med störst psykiatrisk belastning. Sammantaget uppvisar individer från denna grupp ett komplext vårdbehov som handlar om missbruket, deras antisociala livsstil och attityder och en eller flera psykiatriska tillstånd som kan påverka den psykosociala funktionen som i sin tur försvårar hanterandet både av missbruket och anpassning till normer och regler. Från en svensk horisont är det därför helt nödvändigt att barn och ungdomspsykiatri i avsevärt större utsträckning kliver in i vårdkedjan för dessa ungdomar och där tar på sig uppdraget att erbjuda kvalificerad psykiatrisk bedömning och behandling. Faktum är att detta är en direkt nödvändighet i många av fallen för att kunna hjälpa ungdomarna till ett mer meningsfullt liv, utan missbruk och psykosociala problem.

Socialstyrelsen konstaterar att antalet slutenvårdsplatser inom barn- och ungdomspsykiatri minskat drastiskt de senaste decennierna. En nationell tillsyn genomfördes 2007-2009 av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och andra verksamheter med ansvar för barn och ungdomar. I samband med den fann utredarna att det på HVB-hem och på SiS behandlingsinstitutioner fanns många barn och ungdomar med en så allvarlig psykiatrisk problematik att det hade varit motiverat att dessa hade behandlats inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet (Socialstyrelsen, 2010). SiS redovisar att missbruk ofta finns med vid placering även om det inte utgör en primär placeringsorsak. I 45 % av intagningarna enl. LVU 2009 uppges missbruk som primär eller bidragande intagningsorsak (www.statinst.se). En slutsats av detta är att en utökning av barn- och ungdomspsykiatriens slutenvårdsplatser och en förstärkning av dess uppdrag generellt för målgruppen skulle kunna medföra att ungdomar med missbruk dels skulle kunna få en mer kvalificerad behandling och dels oftare skulle kunnas behandlas närmare sin hemort och sina familjer.

Ungdomars missbruks- och beroendemönster liknar inte alltid de för vuxna. I själva verket kan ett missbruk/beroende se mycket olika ut från fall till fall hos ungdomar. Några förhållningssätt är viktiga att lyfta fram här, dels att man inte ska låsa sig vid konsumtion av substanser per se, då även liten konsumtion kan ge allvarliga konsekvenser beroende på liten toleransökning och/eller utvecklingsneurologiska faktorer. Ungdomar utvecklar snabbare än vuxna problem som en konsekvens av sin substanskonsumtion. Detta har säkert flera orsaker, bland annat att de har mindre livserfarenhet att hantera de situationer de hamnar i, psykologiska och neurologiska utvecklingsaspekter, samt att jämnåriga i ungdomens nätverk inte förmår se eller hjälpa när problem utvecklas. Dessbättre är ungdomsmissbruk ofta

episodiskt och klingar inte sällan av efter en tid. Problemet är att ungdomen har lärt sig ett sätt att hantera det svåra i livet eller livet självt, vilket gör att det är lätt att ta till substansanvändande senare i livet när det dyker upp nya problem. Ungdomar med normbrytande och antisocialt beteende har oftare ett mer stabilt användande över tid.

Trots en ökad tillgång på evidensbaserade interventioner når samhällets insatser bara en bråkdel av alla ungdomar med missbruksproblem. I USA erhåller uppskattningsvis en av tio missbrukande ungdomar behandling (Wagner 2008, Engle & Macgowan 2009). Det finns ingen motsvarande siffra framräknad för Sverige då det skulle krävas en prevalensstudie i ungdomsdelen av befolkningen för att ta reda på hur många som har missbruksproblem och sen fråga dem om de sökt eller fått hjälp med sina problem från samhällets sida. Det är omöjligt att göra en uppskattning för hur siffran skulle se ut för Sverige, men sannolikt får fler än en av tio ungdomar med missbruksproblem hjälp av samhället. Den amerikanska studien stämmer dock till eftertanke och pekar på behovet att utreda och bedöma missbruksproblem hos snart sagt alla ungdomar med olika former av sociala och psykiatriska problem. Detta konstaterande gäller förstås särskilt för de riskgrupper vi vet finns och som många gånger idag inte uppmärksammas runt sitt eventuella missbruk.

Utrednings- och bedömningsmetodikerna runt ungdomars missbruk och samsjuklighet är eftersatt i Sverige och det som görs är på många håll otillräckligt och har bristande precision. På indikation görs missbruksutredningar i vissa fall och med mycket varierande innehåll. Det är av stor vikt att en mer fast utrednings- och bedömningsrutin fastslås och som då ska gälla för alla som arbetar med någon av de riskgrupper som finns för ungdomsmissbruk. Återigen är det viktigt att framhålla gruppen av antisociala ungdomar där det är av särskilt vikt att utreda deras missbruk och samsjuklighet. Denna grupp är sällan eller aldrig hjälpsökande och kan inte förväntas att spontant berätta något om hur de använder substanser eller hur de mår. Vidare återfinns i praktiken denna grupp sällan inom barn- och ungdomspsykiatri vilket gör att deras psykiatriska problem regelmässigt missas av utredande instans.

Som genomgången i detta avsnitt visar finns en rad olika möjliga instrument och frågebatterier för att på ett mer säkert sätt utreda frågan om missbruk. Det är angeläget att fler av dessa översätts och prövas ut för svenska förhållanden. Det är också av stor vikt att personalen som ska använda dem utbildas i handhavande och tolkning av resultat.

I översikten har vi visat på att det finns en rad effektiva psykosociala behandlingsmodeller/terapi. Det finns särskilt gott stöd för de fem i Nordamerika mest använda manualbaserade familjeinsatserna. I Sverige förekommer användande av dessa insatser, men i mycket begränsad skala, oftast en enstaka kommun eller en liten grupp terapeuter inom ett landsting. Återväxten i Sverige i form av utbildnings- och handledningsresurser är inte tryggad för någon av dessa metoder.

En tydlig poäng med de familjebaserade interventionerna är att de är lika effektiva mot antisocialt beteende som mot missbruk. Inom ramen för dessa metoder ses sällan missbruket som mer än en del i ett mer komplex och större problembild, samtidigt som man vet att ingen reell förbättring kan ske om missbruket inte uppmärksammas i behandlingen. Även de individuella och gruppbehandlingarna som visat sig lovande/effektiva är ofta utprovade på antisociala ungdomar med missbruksproblem. Anledningen är att de oftast är utvecklade med amerikanska federala medel som företrädesvis ges till forskning som ämnar minska kriminaliteten i landet. Detta faktum styr programutveckling och utvärdering av behandling till företrädesvis de ungdomar som återfinns i det Amerikanska federala rättsystemet. Detta har till konsekvens att vi idag har bevisat bra behandlingar för ungdomar med olika former av beteendeproblem, men där det är mindre gjort på den andra stora gruppen med missbruk och psykiatrisk samsjuklighet, det vill säga de med en samtida depression/ångeststörning.

Sammanfattningsvis finns det effektiv behandling för missbrukande ungdomar där man kan föra i bevis att behandlingen minskar konsumtion eller återfall i konsumtion och att ungdomar samtidigt förmår sköta sig bättre. Det är av stor angelägenhetsgrad att utformning och implementering av olika metoder kommer igång snarast i Sverige.

Resultat av kartläggningen

Prevalens

Någon prevalensstudie som visar den faktiska förekomsten av missbruk hos barn- och ungdomar finns inte publicerad. Förekomsten av missbruk bland barn och ungdomar är också svårt att få en bild av i offentlig statistik. Kommunernas insatser rapporteras inte på individnivå. Den statistik som är tillgänglig genom SCB (www.scb.se) och Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se) anger t.ex. kostnaderna för individ- och familjeomsorgen (inkl.

missbruksvården) i Sveriges kommuner. Totalt låg summan för 2009 på 32 477 mkr. Av denna summa går 48 procent till barn- och ungdomsvård. Andelen som går till insatser till ungdomar med missbruk sårredovisas inte (Socialstyrelsen, 2009). De skolinriktade alkohol- och drogvaneundersökningarna ger en viss bild av förekomsten av bruk/missbruk bland barn- och ungdomar (se avsnitten om epidemiologi sid. 13 ff).

I socialstyrelsens statistikdatabas (diagnoser i slutenvård 1998-2009) redovisas bl.a. uppgifter om antal individer fördelade på huvuddiagnos, län, ålder, kön och år som vårdats i slutenvård för olika diagnoser. Tabell 3 nedan redovisar antalet ungdomar 10 – 19 år som vårdats i slutenvård i landet under någon av ICD-10-diagnoserna F10-F19 (psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser) år 1999 och 2009 (pojkar, flickor, alla samt antal patienter per 100 000 invånare), Socialstyrelsens statistikdatabas, 2010-12-16.

Tabell 3

Region (riket och länen)	1999				2009			
	pojkar	flickor	alla	pat/ 100000 inv	pojkar	flickor	alla	pat/ 100000 inv
Hela riket	984	895	1 879	177,77	1 415	1 323	2 738	238,71
Median	25	29	53	152,75	31	32	69	203,26
Stockholm	321	235	556	283,6	560	531	1 091	462,58
Gävleborg	33	42	75	224,97	52	47	99	288,38
Västmanland	20	20	40	129,12	49	38	87	272,98
Gotland	9	7	16	210,56	12	8	20	271,72
Västerbotten	27	13	40	121,85	43	45	88	271,19
Norrbottnen	32	32	64	200,88	49	32	81	262,88
Jämtland	12	26	38	236,29	21	19	40	257,67
Västernorrland	39	45	84	282,31	40	31	71	240,95
Örebro	22	20	42	126,38	30	45	75	213,19
Västra Götaland	129	132	261	146,69	211	183	394	203,26
Dalarna	25	33	58	161,85	31	38	69	196,04
Uppsala	18	19	37	101,71	41	31	72	172,99
Södermanland	16	9	25	78,17	23	32	55	159,64
Kalmar	31	29	60	203,35	25	17	42	143,37
Blekinge	13	13	26	143,93	10	16	26	142,16
Halland	21	32	53	152,75	26	28	54	139,13
Värmland	26	37	63	191,04	22	24	46	135,31
Region Skåne	117	85	202	151,7	97	93	190	129,38
Östergötland	36	30	66	132,24	35	34	69	127,79
Jönköping	24	23	47	110,94	27	25	52	116,31
Kronoberg	13	13	26	115,72	11	6	17	73,64

Det är viktigt att hålla i minnet att den här bilden visar en situation där den unges medicinska tillstånd bedömts så allvarligt att sjukhusvård har ansetts medicinskt nödvändig. De flesta tillnyktringar efter intoxication sker utanför slutenvård och ofta även utan sjukvårdens inblandning. Det totala antalet slutenvårdsdagar i landet för målgruppen var 4 183 resp. 6 118 år 1999 resp. 2009. Det motsvarar 11,5 resp. 16,7 årsvårdplatser.

Socialstyrelsen redovisar också statistik från slutenvård enl. ett s.k. alkoholindex resp. narkotikaindex. Dessa utgör ett bredare diagnostiskt urval av orsaken till den slutna vården än diagnosgrupperna F10-F19. Detta bredare urval av substansrelaterade diagnoser lägger till mellan 10 och 13 procent till siffrorna i tabell 3.

I Socialstyrelsens databas är åldersgrupperingen 10 – 14 resp. 15 – 19 år. I tabell 3 är dessa grupper sammanslagna. Särredovisar vi 10 – 14-åringarna så är antalet 408 år 1999 och 381 år 2009, 21,7 procent resp. 13,9 procent av hela antalet de båda åren, vilket innebär att andelen yngre har minskat. Flickorna är fler än pojkarna. Av de 408 ungdomarna år 1999 utgjorde flickorna 55,1 procent (225 st.) och av de 381 år 2009 utgjorde de 58,8 procent (224 st.).

Vi kan i tabell 3 bl.a. se en ökning av antalet individer (både pojkar och flickor) i målgruppen i landet som vårdats i slutenvård p.g.a. substansrelaterad diagnos. Det rör sig inte bara om en ökning av antalet individer i storleksordningen 45 procent utan även en faktisk ökning av antalet vårdade per 100 000 invånare. Den ökningen motsvarar drygt 34 procent på 10 år.

Andelen flickor som vårdats i slutenvård är relativt konstant. År 1999 utgjorde de 47,6 procent av samtliga mot 48,3 procent tio år senare. Det innebär att de flickorna i stort sett utgör hälften av ungdomarna som vårdas i slutenvård under substansrelaterad diagnos.

Skillnaderna mellan länen är avsevärda. Tabellens högra kolumn som anger antalet vårdade per 100 000 invånare år 2009 är sorterad i sjunkande andel av befolkningen. Stockholms län ligger i topp med drygt 462 vårdade per 100 000 invånare. Det innebär inte att en hög andel vårdade är ett karaktärsdrag för storstadsregionerna eller typiskt för orter med specialiserad missbruksvård för unga. Västra Götaland och Region Skåne som tillhör landets största storstadsregioner och som också förfogar över specialiserad missbruksvård för målgruppen ligger inte anmärkningsvärt högt i tabellen. Det är snarare så att Stockholm utgör ett undantag. Tabellen karaktäriseras snarare av att flera glesbygdslän gör Stockholm sällskap i toppen av tabellen. De 2 738 slutenvårdade 2009 i länen i landet ska jämföras med att SiS

samma år behandlade 1 453 ungdomar som placerats enl. LVU med missbruk som placeringsorsak i ca 45 procent av fallen.

Intervjuer

Allmänt

Syftet med intervjuerna var främst att få utökad kunskap om olika delområden, aktuell forskning, relevant litteratur samt eventuella synpunkter från de intervjuade som kunde vara av intresse för rapporten. De kunskaper som intervjuerna gav har integrerats i analysarbetet, men har också varit vägledande för inriktning på litteratursökningen och kunskapssammanställningen samt val av objekt för granskning av huvudmännens verksamheter. Information från intervjuerna finns i förekommande fall också med i faktaredovisningen av enkätmaterialen. Några särskilda frågor förtjänar dock att belysa utifrån intervjuerna.

Riktlinjer

En återkommande fråga som togs upp av de flesta som intervjuades inom profession och myndighet var problemet med frånvaron av riktlinjer för behandling av barn- och ungdomar med missbruksproblem. De befintliga riktlinjerna (Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen, 2007) berör inte målgruppen trots att man anser att evidens finns på några områden. Kunskapsstyrningen i sjukvården och socialtjänsten är för långsam. Kunskapsutvecklingen är stark i dag. Den generella synen är annars att området, med få undantag är relativt eftersatt vad gäller evidens och god praktik.

Missbruk – en aspekt av uppförandestörning (CD) eller ett allvarligt barn- och ungdomspsykiatrisk problem i sig?

Till skillnad från situationen inom vuxenpsykiatri så har frågan om ungdomars missbruk inte särskiljts från det sociala konglomerat av föreställningar med missbruk som en del av ett utagerande beteende, uppförandestörning (conduct disorder, CD). Av det skälet har därför inte heller barnpsykiatri eller andra medicinska specialiteter aktiverats på området och man har

inte heller fokuserat på missbruket som sådant och utvecklingen av metoder för diagnostik och behandling.

Bilden av detta är inte generell över landet. På några större orter (Stockholm, Göteborg, Örebro och Malmö) finns specialiserade verksamheter för ungdomar med missbruksproblem där det är tydligt att det på dessa platser finns en högre medicinsk kunskap och utrednings och behandlingskompetens rörande ungdomars missbruk.

Barn- och ungdomspsykiatri

En ofta återkommande synpunkt vid intervjuerna, inte minst från brukarföreträdarna, är erfarenheten att barn- och ungdomspsykiatrin avvisar ungdomar med missbruk och kriminalitet. Orsaken till detta uppfattar av några av de intervjuade (bl.a. Franck) beror på en bristande tradition vad gäller diagnos (systematisk basutredning med screening) inom barn- och ungdomspsykiatri vilket leder till bristande utredningar och ett bristfälligt underlag för behandling. Barn- och ungdomspsykiatrin har idag tappat sin relation till barnmedicin och det har de svårast sjuka barn och ungdomar som söker BUP förlorat på. Det finns konsensus kring att det går att upptäcka dessa barn tidigt (Rydelius).

Bristen på samarbetet med psykiatrin, inte minst barn- och ungdomspsykiatrin är ett problem för institutionsvården där ungdomarna har hög psykiatrisk sjuklighet. Att landstingen ansvar för sjukvården i länet innebär inte en lösning på behovet av barn- och ungdomspsykiatrisk expertis på SiS institutioner eftersom landstingens resurser inte räcker till och sällan är tillgängliga (Björck & Reitan). Erfarenheter från projektet ”Barntåget” (Wieselgren) visade att socialtjänsterna kände sig lämnade av barn- och ungdomspsykiatrin, som i sin tur inte ansåg sig ha resurser och kompetens.

Därtill visar också en kartläggning av bl.a. vårdplatsantalet inom psykiatrin som genomfördes av SKL 2008/2009 att antalet platser för ungdomar med (missbruk och) psykiatriska besvär är genomgående lågt, ojämnt fördelat (fem landsting har inga egna platser) och också hade minskat sedan mitten av 90-talet. Siffran har legat relativt stilla de senaste åren (Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården, SKL 2010). Erfarenheten visar också att skillnaderna i vårdutbud varierar stort beroende på var man bor. Mindre orter har av naturliga skäl större problem med specialisering och tillgänglighet än större orter. Många ungdomar placeras av

Socialtjänsterna på SiS-institutioner. Man tittade också på platser för specialiserad missbruksvård i landet och konstaterade att tillgången var ojämn och verksamheten behöver utvecklas (innehåll och vårdorganisation) samt att riktlinjerna behöver implementeras (Wieselgren). För att få en kvalificerad utredning och behandling för sitt missbruk krävs att ungdomen bor på rätt ställe i landet.

Kompetensförsörjning

Ytterligare en återkommande fråga som berördes av samtliga intervjuade är det faktum att alla grund- och vidareutbildningar för vårdyrkena (läkare, sjuksköterskor, socionomer och psykologer) saknar obligatoriska kurser i beroendelära/missbrukskunskap. Inom de specialiserade verksamheter som finns i landet och inom SiS finns mer eller mindre ambitiösa program med ett utbud av sådan utbildning till de anställda.

Särskilda synpunkter från brukarföreträdarna

Unga KRIS påpekar att många av deras medlemmar har problem inte bara med kemiskt beroende utan även med en kriminell livsstil. Det kemiska beroendet (substitutionspreparaten inkluderade) försvårar arbetet med att hjälpa någon att lämna en kriminell livsstil. På det området finns sällan hjälp att få i den traditionella vårdstrukturen då kunskap om hur man arbetar med dessa frågor är liten. Det är också ett problem för deras grupper att förväntningar på läkemedelsassisterad behandling är hög och att man uppfattar att sådan behandling sätts in lättvindigt utan att man först provat andra alternativ. Det försvårar den rehabilitering som Unga KRIS arbetar med. Man anser också att heroinisterna tenderar att blir yngre då opiater idag upplevs ha blivit mer tillgängliga i missbrukarleden p.g.a. läckagen i programmen för läkemedelsassisterad behandling.

FMN (Storstockholm) anser generellt att det är svårt för deras målgrupp att få hjälp. Missbruksfrågorna upplevs vara lågt prioriterade inom Socialtjänsten. Kunskapsnivån om missbruk är låg och man saknar framförallt kunskaper och metoder för att hjälpa familjer, som är medberoende och behöver hjälp för att bryta invanda mönster. Ett annat problem, som även Unga KRIS påpekar är vårdens trendkänslighet vilket gör det svårt att få vården individuellt anpassad efter den enskildes behov då alla ska behandlas utifrån den senaste trenden. Man uppfattar från brukarhåll att orsaken till detta är att det i stort saknas evidensbaserade metoder.

Enkäten

Resultatet från enkätundersökningen redovisas uppdelat på svaren från de utvalda företrädarna för de tre huvudmännen. De besvarade enkäterna, 16 av 18 utskickade, utgör stickprov från verksamheter av olika karaktär över landet. Enkäterna från institutionsvården innefattar bara SiS-institutioner. Socialtjänstenkäterna innefattar tre svar från storstadsregion och ett från en mellanstor stad. Enkätsvaren från barn- och ungdomspsykiatri inkl. specialiserade verksamheter innefattar svar från storstadsregioner och fördelar sig mellan allmän barn- och ungdomspsykiatri och specialiserad verksamhet riktad till ungdomar med missbruksproblem. Information från några av intervjuerna finns med i faktainramning av enkätmaterial. Alla frågor i enkäten är inte relevanta för samtliga svarande, varför vissa frågor har utelämnats i redovisningen.

Socialtjänst

Kommunerna har enl. lag (SoL 2001:453) ansvar för att aktivt se till att personer med missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk. När det gäller barn och unga ska man särskilt uppmärksamma utvecklingen och aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk. Fyra enkätsvar har kommit in från socialtjänsterna i Botkyrka, Sollentuna, Lund och Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning i Stockholm. Svaren kommer framförallt från storstadsregioner och utgör inte ett representativt urval från socialtjänsternas verksamhet i landet i stort. Bortfallet bidrar till detta. Likheterna mellan kommunerna är stora, vilket sannolikt beror på att verksamheten för socialtjänsten är lagstyrd i så stor utsträckning.

Uppdrag

Socialtjänstens (kommunens) ansvar och uppdrag är omfattande för barn- och ungdomar. Det kan generellt beskrivas som att förebygga, utreda samt ge insatser för barn och unga och deras familjer. Det särskilda, till målgruppen riktade uppdraget gäller utredning och behandling av unga med missbruksproblem. Kommunerna organiserar insatser för barn och unga på olika sätt och variationen är stor. Åldersgränserna är i vissa fall 0 – 20 år, i andra upp till 24 eller 25 år eller verksamhet inriktad på ungdomsgruppen 15 – 24/25 år. I uppdragen ingår behandlingsinsatser i öppenvård, utslussnings- och eftervårdsinsatser efter

institutionsplacering, olika former av insatser för boende, rådgivning, ungdomsmottagning samt placering av barn och unga upp till 20 år.

Samarabete med landstingens specialiserade verksamheter (i detta fall Maria Ungdom) finns med i uppdragen för kommuner och stadsdelar i Stockholms län. Det samarbetet sker i integrerade beroendemottagningar och i s.k. minimarior. Den unges ålder avgör vilken resurs som är aktuell. I Lund finns en rådgivningsbyrå i narkotikafrågor och en alkoholtagning vars huvudsakliga uppdrag är att ge rådgivning och psykosocial behandling till ungdomar och unga vuxna upp till 25 år med alkoholberoende/missbruk.

Andelen unga med missbruk varierar med avseende på verksamheternas karaktär. I rena beroendemottagningar har alla de sökande problem med missbruk. Inom socialtjänstens utredningsenheter (motsvarande) bedöms missbruk finnas med i ca 10 – 50 procent av de aktuella ärendena.

Samverkan

Det är lika vanligt att samverkansavtal finns som att det inte finns. Det här är inte ett generellt påstående för hela landet utan begränsar sig till de fyra svarande kommunerna. De andra vårdgivare man framförallt har samverkansavtal med är specialiserad beroendevård, i något fall även med allmänpsykiatri. Avtalen innefattar och reglerar utredning och behandling av målgruppen, bemanning av integrerade mottagningar samt hur samverkan ska ske genom ansvarsfördelning m.fl. frågor. Förutom gränsdragning mellan medicinska och psykosociala insatser reglerar avtalen på några håll även kostnadsdelningsfrågor och avrop av neuropsykiatriska utredningar.

I huvudsak bedömer man samverkan som tillfredsställande, men förbättringsområden finns. Det gäller t.ex. att det saknas avgiftningsplatser för ungdomar och att barn- och ungdomspsykiatri inte tar emot missbrukande ungdomar även när det föreligger psykisk ohälsa (Lund). Flera aktörer inom primärvården gör samarbetet och överföring av patienter komplicerat (Lund). Bättre samverkan med den lokala ungdomsmottagningen (Hässelby-Vällingby) skulle gynna målgruppen.

Andra resurser i regionen

Kranskommunerna i Stockholm (Sollentuna och Botkyrka) anger att inga andra resurser finns i regionen medan Lund och Hässelby-Vällingby anger flera andra vårdgivare. I Skåne finns flera SiS-institutioner och flera enheter inom sjukvården i Region Skåne. Hässelby-Vällingby, i likhet med Sollentuna och Botkyrka samverkar i integrerade mottagningar med landstinget.

Remittering av ärenden sker i första hand för medicinsk avgiftning och då, där sådan finns till specialenhet inom landstinget. Ett fåtal remitteras för neuropsykiatrisk utredning. I Lund remitteras bara ett fåtal ungdomar och när så sker är det företrädesvis till specialistpsykiatrin. Sjukvårdande instanser hänvisar/remitterar ungdomar i stor utsträckning till kommunernas socialtjänst.

Behandlingsutbud

I huvudsak utreder man missbruk och beroende, sociala och familjeförhållanden. Socialtjänsten i Lund, utredningsenheten utreder även neuropsykiatriska tillstånd. Den behandling man erbjuder sker i öppenvård, men man kan också erbjuda slutenvård. Möjligheter att ta emot akut finns på några håll (t.ex. inom ramen för integrerad beroendemottagning). Behandlingen är familjeinriktad.

Väntetiderna styrs i allmänhet av behovet. För akuta behov finns ingen väntetid. När det gäller utredningar anges väntetiden vara mellan noll och två veckor. För beslutad behandling kan väntetiden variera upp till max två månader, men yngre personer prioriteras i verksamheter riktade till blandade åldrar.

Verksamheternas personella resurser består i huvudsak av socionomer/socialsekreterare med olika former av utbildning för uppdraget som Motiverande samtal (MI), Återfallsprevention (ÅP), Kognitiv beteendeterapi (KBT), Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) och familjeterapi samt lång erfarenhet av missbruks och beroendebehandling. Även särskilda familjebehandlare och psykologer finns i verksamheterna (inte i alla kommuner). I integrerade verksamheterna finns sjuksköterskor och läkare (viss tid) från landstinget.

Metoder

De metoder (en blandning av utredande och behandlande tekniker) som används inom verksamheterna med ganska små skillnader är ADAD, Alcohol Use Disorders Identification

Test (AUDIT), Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT), MI, ÅP, KBT, haschavvänjningsprogram, familjebehandling (bl.a. Funktionell familjeterapi, FFT), nätverksarbete, Barns behov i centrum (BBIC, upp till 18 år) och ASI (Addiction Severity Index). Även andra utrednings- och terapiformer förekommer. Där man har tillgång till läkare och sjuksköterskor i integrerade verksamheter tar man urinprover och erbjuder läkarbedömningar. Resultatuppföljning sker i Botkyrka och Lund.

Kompetenskrav på personal

Kravet på den egna personalen är i allmänhet socionomexamen med krav på någon form av vidareutbildning för området samt erfarenhet av arbete med ungdomar och missbruksvård. Både stockholmsområdet och Lund med närhet till universitet och specialenheter kan erbjuda goda utbildningsmöjligheter. Den enskilda kommunen eller stadsdelen har i allmänhet inte egna resurser för utbildning av sin personal i missbruks- och beroendekunskap och utrednings- och behandlingsmetoder relevanta för målgruppen.

Det man saknar (t.ex. Lund) är kompetens när det gäller tyngre missbruk och gängrelaterat missbruk i kombination med kriminalitet. Man saknar också läkarkompetens och möjligheter till provtagning av ungdomar i egen regi.

HVB-placeringar

Kommunernas socialtjänster ansvarar för placering på Hem för vård och boende (HVB). Dessa hem har i allmänhet upphandlats centralt i resp. kommun (materialet ger dock bara kunskap om skånekommunerna och kommunerna i Stockholms län). Placeringarna sker efter utredning av den unge för matchning med lämpligt HVB.

Om framtiden

För framtiden önskar man kunna utveckla verksamheten mot gruppen unga vuxna (upp till 30 år) som är på väg in i ett missbruk (flera kommuner). Det finns också en oro för att landstinget (Stockholm) drar ner sina resurser. Det förebyggande arbetet nämns också i flera svar som ett område man vill kunna prioritera. Regionens resurser bör användas mer i samverkan. Psykosocial och medicinsk kompetens måste finnas under samma tak. Bl.a. pekar Socialtjänsten i Botkyrka på att många ungdomars problem är så komplexa att man måste arbeta på flera områden samtidigt. Exempel på detta är den svåra situationen på både arbetsmarknaden och bostadsmarknaden för ungdomar. Eftervården skulle också kunna vara

bättre. Mycket lite finns att erbjuda ungdomar som kommit till drogfrihet. Det finns också behov att klargöra vem som ska ansvara för placerades ungdomars behov av psykiatrisk och medicinsk vård. Detta tema återkommer i flera enkäter och även i intervjumaterialet. Ett annat återkommande tema är önskemålet att barn- och ungdomspsykiatrin ska ta emot ungdomar som har missbruksproblematik och psykisk ohälsa.

Personal behöver mer kunskap om hur ungdomar använder nätet för att informera sig om och handla med droger.

Barn- och ungdomspsykiatri inkl. specialiserade verksamheter

Målgruppen behandlas både inom den allmänna hälso- och sjukvården, inom barn- och ungdomspsykiatrin, inom barnmedicin, inom vuxenpsykiatrin och inom den specialiserade beroendevården för barn- och ungdomar. Fem landstingsverksamheter har besvarat enkäten. Det är barn- och ungdomspsykiatrin i centrala Östergötland resp. Malmö samt de specialiserade verksamheterna Maria Malmö (samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin i Malmö och Malmö stad), Maria Ungdom, Beroendecentrum Stockholm och Mini-Maria Göteborg (delat huvudmannaskap med Göteborg stad) samt avd. Unga Vuxna 306, Göteborg (VG-region). Även Maria Ungdom har en omfattande samverkan med Stockholm stad och flertalet av kranskommunerna i länet. Svaren utgör inte ett representativt urval av landets verksamheter på området. Bortfallet bidrar till detta. När det gäller landstingens verksamhet för målgruppen så ger också den av de flesta landsting besvarade e-postfrågan en god bild av verksamheternas karaktär.

Uppdrag

Redovisande verksamheter har ett omfattande uppdrag gentemot målgruppen. Uppdragets karaktär påverkas av naturliga skäl av inriktningen på verksamheten. Barn- och ungdomspsykiatrin i centrala Östergötland och BUP i Malmö har inte ett uppdrag för missbrukande ungdomar, men de senare tar emot målgruppen i sin akutverksamhet där de utgör ca 3 – 5 procent av de sökande. Även ansvaret för utredning av neuropsykiatrisk problematik finns med i uppdraget. Så är fallet även med Maria Ungdom. Mini-Maria Göteborg har inte ansvar för behandling av svårare psykiatrisk eller neuropsykiatrisk problematik. För Maria Malmö, Maria Ungdom och Mini-Maria Göteborg är huvuduppdraget barn- och ungdomar med missbruk/beroende. Maria Ungdom skiljer sig genom att man har

ansvar för gruppen upp t.o.m. 19 år. Övriga har ansvar upp t.o.m. 17 år. Avd. Unga Vuxna 306 i Göteborg, som är inrymd i organisationen för Beroendekliniken, svarar för gruppen upp t.o.m. 21 år.

Samverkan

De verksamheter som tar emot målgruppen har samverkansavtal med andra vårdgivare och myndigheter. I huvudsak gäller detta med socialtjänst och andra enheter inom sjukvården i länet. Maria Ungdom har också samverkansavtal med polismyndigheten om ett gemensamt projekt för tidig upptäckt och intervention för ungdomar med riskbeteende vad gäller drogmissbruk. Samverkansavtalen innehåller överenskommelser om ansvarsfördelning vad gäller frågor som remissflöden, konsultationsinsatser, öppenvårdsbehandling, prevention, patient- och familjestöd, behandlingshem, akuta avgiftningar även dubbeldiagnoser samt även lokaler och utbildning.

De verksamheter som inte uppfattar att de har ett primärt ansvar för målgruppen uppger i allmänhet att socialtjänsten har det yttersta ansvar för behandling av alkohol- och narkotikamissbruk. Landstinget kompletterar med behandling av hälsoproblem och psykiatriska problem som uppstår som en konsekvens av missbruket.

Generellt bedömer man att samverkan fungerar bra, men man saknar ibland en gemensam syn på missbruk/beroende mellan parterna. Försvårande är det också när regler och praxis för erbjuden behandling/placering avsevärt varierar mellan stadsdelarna (Stockholms län). Inom Stockholm (Maria Ungdom) önskar man ett bättre samarbete med BUP när det gäller gränsdragningsfrågor, samsjuklighet och tvångsvård. I Västra Götalandsregionen finns också önskemål om en bättre fungerande barn- och ungdomspsykiatri upp till 25 år samt att socialtjänsterna organiserade sina ungdomsgrupper upp till 21 år.

Andra resurser i regionen

Förutom andra sjukvårdande specialistresurser är socialtjänsternas verksamheter de resurser i regionen som är mest förekommande. Remitteringar förekommer mellan specialiserade verksamheter och BUP och vuxenpsykiatri och vice versa samt mellan landstingens och kommunernas verksamheter. Barnmedicinska kliniker och vuxenpsykiatri finns som resurs på en del ställen för avgiftning när egna platser saknas (se också avsnittet e-postfråga till

landstingen). Det samlade intrycket är att det finns mycket resurser runt barn och ungdomar (i storstadsområdena), men att de inte alltid är samordnade på ett systematiskt sätt.

Behandlingsutbud

De specialiserade verksamheterna har hela vårdkedjan för målgruppen med tillnyktring, avgiftning samt utredning och behandling av missbruk och beroendetillstånd. Man förfogar också över resurser för såväl akut som öppen och slutenvård. Likheter men också skillnader finns mellan verksamheterna vad gäller vilka tillstånd man i övrigt utreder. Man utreder psykiatriska tillstånd, personlighetsstörningar, sociala och familjeförhållanden. Utredning av neuropsykiatriska tillstånd, hjärnskador och nivåbedömningar (begåvning) förekommer i en del verksamheter.

Behandlingen sker i både öppen och slutenvård och inriktningen på att möta och behandla ungdomarna i deras familjer är mer regel än undantag. Den allmänna barn- och ungdomspsykiatrin redovisar att man också kan erbjuda långa samtalsbehandlingar till sina patienter. Möjligen utgör detta en skillnad i jämförelse med de specialiserade verksamheterna. Maria Ungdom redovisar också en bredd i sitt utbud som inte verkar vara vanligt förekommande. Bredden består bl.a. av särskilda ungdomsmottagningar med möjlighet till kontakt med gynekolog, pediatriker och barnmorska. Samverkan sker därifrån också med en särskild våldtäktsmottagning i länet.

I Östergötland och Stockholm samverkar psykiatrin alt. specialiserade beroendevården med polisen i bedömningar av LOB:arna. Övriga redovisar att socialtjänsten har ansvar för dessa. Frågan belyses också i enkätsvaren från landstingen och ger ungefär samma bild, sjukvården deltar på vissa orter.

Verksamheternas personella resurser består av läkare (både vuxen- och barnpsykiatrer, samt ST-läkare), sjuksköterskor, psykologer, terapeuter/behandlare av olika slag samt mentalskötare. Kuratorer/socionomer finns företrädesvis i de verksamheter som drivs gemensamt av kommun och landsting.

Svaren på frågor om personalens kompetens inom området missbruk/beroende har lämnats på så olika sätt att de är svåra att redovisa. Det framgår dock att det inte är ovanligt att personalen inom de specialiserade verksamheterna har vidareutbildning inom beroendelära

/beroendemedicin, MI och ÅP. Psykoterapikompetens på steg 1 och steg 2, liksom särskild kompetens för utredning av neuropsykiatriska tillstånd förekommer.

Metoder

De metoder som används inom de verksamheter som har uppdrag gentemot målgruppen i diagnos- och utredningsfas är AUDIT och DUDIT, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) och International Classification of Diseases (ICD-10), Beck Depression Inventory (BDI), Symtom Check List (SCL-90) och Kognitiv kartläggning. De metoder som används inom behandling är individuell- och familjeterapi (olika former), nätverksarbete, farmakologisk behandling, MI, ÅP samt Haschprogrammet (HAP). Skillnaderna mellan verksamheterna är liten. Resultatuppföljning sker inom Maria Malmö, Mini-Maria Göteborg och Maria Ungdom.

Om framtiden

Det man önskar för framtiden är bl.a. metodutveckling och utökade resurser för att kunna behålla obrutna vårdkedjor och utveckla verksamheten vidare. Önskemål uttrycks om en bättre barn- och ungdomspsykiatri för målgruppen med utökat ansvar upp till 25 år. Mini-Maria Göteborg väcker tanken på en samlad ungdomsverksamhet för alla typer av problem. Behov av särskild tillnyktring för ungdomar nämns också från flera håll. Man pekar från Stockholm även på att de nya ersättningssystemen i kommuner och landsting riskerar att minska incitamenten för samverkan och gemensam metodutveckling.

Institutionsvård (SiS)

SiS organiserar institutionsvård för ungdomar och för missbrukare, s.k. LVM-hem (Lag om vård av missbrukare i vissa fall, 1988:870). LVM-hemmen riktar sig till vuxna missbrukare. Placeringar på institutioner för ungdomar sker enligt LVU (1990:52) eller LSU (Lag om verkställighet av sluten ungdomsvård, 1998:603). Placeringar sker också enl. SoL. SiS har institutioner över hela landet. Det finns 25 särskilda ungdomshem med drygt 600 platser för akut omhändertagande, utredning och behandling eller utslussning. De flesta platser är låsbara. På de elva LVM-hemmen för vård av vuxna missbrukare finns drygt 300 platser för mottagning/avgiftning, behandling eller utslussning. Även LVM-hem gör utredningar. SiS är en av de verksamheter i landet som möter flest ungdomar med missbruksproblem.

Många av de placerade ungdomarna har problem med missbruk. Missbruk finns ofta med även om det inte utgör en primär placeringsorsak. I 45 procent av de 1 453 intagningarna enl. LVU 2009 uppges missbruk som primär eller bidragande intagningsorsak enl. den statistik som SiS själva rapporterar (www.stat-inst.se). När det gäller intagningar enl. LSU (antal 85 under 2009) framgår inte i vilken utsträckning de intagna har problem med missbruk. Antalet intagningstillfällen enl. LVM eller SoL under 2009 var 1 306. Av dessa var 17 procent mellan 18 och 24 år. Oavsett lagrum för intagning så dominerar männen i materialet (ca 70/30).

Bland de svarande SiS-institutionerna finns fem LVU-hem, varav tre för pojkar och två för flickor samt ett LVM-hem för både män och kvinnor. Det senare har bl.a. 22 platser för vård av yngre personer (18 – 35 år). Beskrivningen av verksamheten utifrån enkätsvaren innebär med nödvändighet en viss förenkling av verkligheten. Syftet är inte att göra en detaljerad redovisning utan mer att beskriva verksamhetens karaktär.

Uppdrag

Uppdraget, som utförs i samverkan med socialtjänsten, varierar mellan de svarande institutionerna. Huvudsakligen har man både ett utrednings- och behandlingsuppdrag (enl. LVU) för de intagna ungdomarna, men ett par av institutionerna har ett uppdrag som framförallt är inriktat på akut omhändertagande och behandling. Hos de svarande institutionerna bedömer man att 50 – 100 procent av de intagna har missbruksproblem. På tre av institutionerna utgör missbruket placeringsorsaken. LVM-hemmets uppdrag är ett utrednings- och behandlingsuppdrag av kvinnor och män med psykiatriskt sjukdomstillstånd och antisocialt beteende (samt missbruk).

Andra resurser i regionen

SiS-institutionerna verkar i ett lokalt sammanhang där även socialtjänst, landstingens sjukvård, andra behandlingshem (både privata och offentliga) finns företrädda. Remittering av de egna ärendena till andra vårdgivare sker i viss utsträckning. Det kan gälla t.ex. avgiftning av påverkade eller, som en del i en planerad vårdkedja, neuropsykiatriska utredningar. Remiss till andra vårdgivare, t.ex. beroendeenheter för fortsatt provtagning sker ofta i samband med utskrivning. Vid behov av ett annat behandlingshem, t.ex. vid förändring av den intagnes tillstånd använder man sig i allmänhet av en annan SiS-institution.

Behandlingsutbud

Ett par av de svarande institutionerna har tillnyktrings- och avgiftningsmöjligheter. Ett har bara behandlingsresurser vad gäller redan bedömda och utredda ungdomar. De utredningsresurser man förfogar över på de institutioner som har sådana innefattar psykiatriska tillstånd, missbruk/beroende, neuropsykiatriska tillstånd, hjärnskador, nivåbedömningar, personlighetsstörningar, sociala och familjeförhållanden samt pedagogisk utredning. Alla institutioner har inte samtliga dessa resurser, utbudet varierar.

Några av de svarande institutionerna anger att de förutom sluten vård och viss öppenvård också tar emot ungdomar akut. En av institutionerna erbjuder också familjebehandling.

Placeringarna hanteras av SiS centralt varför väntetiderna är beroende av placeringslogistiken, d.v.s. att någon väntetid för placering egentligen inte finns. Beläggningen kan medföra väntetider till en enskild institution upp till några veckor.

Institutionernas personella resurser består i olika omfattning av behandlingsassistenter, behandlingssekreterare, psykologer och psykiater alt. barn- och ungdomspsykiater (i allmänhet på konsultbasis eller på del av tid), sjuksköterskor, socionomer och beteendevetare. Drogterapeuter och specialpedagoger förekommer också. Personalen är oftast högskoleutbildad och de speciella utbildningar som förekommer med särskild inriktning på uppdraget är bl.a. ÅP, beroendetillstånd, MI, dialektisk beteendeterapi (DBT).

Metoder

De metoder som används är ofta inriktade på individuellt relationsarbete med pro-social träning samt utredning av missbruk och beteendestörningar. Man använder sig av riskprofilbedömning för missbruk, Inventory of Drinking Situations (IDS-100D, IDS-100), ADAD, beteendeobservation ADDIS (Alkohol drog diagnos instrument), DSM-IV, ICD 10, psykologiska tester, läkarundersökningar, beteendeobservationer och nätverksutredningar. På behandlingsområdet förekommer flera metoder såsom KBT, ÅP, MI, DBT, Aggression Replacement Training (ART) och 12-stegsbehandling samt fysisk träning. MI, ÅP och KBT anges som evidensbaserade metoder.

SiS sammanställer och följer upp resultaten centralt för verksamheten (ADAD). Lokala interna resultatuppföljningsprogram förekommer.

Kompetenskrav på personal

Svaren varierar något men i huvudsak betonar man att kravet på behandlingspersonalen är någon form av högskoleutbildning med inriktning på området samt erfarenhet av arbete inom missbruksvård eller psykiatri. Behandlingsassistentutbildningen motsvarar 30 högskolepoäng. Läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer har grundläggande och ofta vidareutbildning för uppdraget.

Vidareutbildning arrangeras och erbjuds av SiS centralt i MI och ÅP. Lokalt kan det variera stort men handledning och kompetensutveckling inom ÅP, MI, KBT m.m. förekommer. Den kompetens man saknar är i något fall tillräcklig tillgång till läkare.

Om framtiden

För framtiden önskar man en högre grad av samverkan med landstingen, bättre samarbete med, och omhändertagande från BUP med tillgång till slutenvård då de placerade ungdomarna ofta har en omfattande psykiatrisk problematik. Man nämner också behov av en särskild avgiftningsenhet inom SiS eftersom samarbetet med landstingen sviktar.

E-postfråga till landets alla landsting

Allmänt

Av de tillfrågade 21 landstingen besvarade 18 landsting de ställda frågorna. Bortfallet på tre landsting representerar små och medelstora län. Svaren lämnades i huvudsak av någon ansvarig inom länets barn- och ungdomspsykiatri eller centralt placerad tjänsteman i resp. landstingsförvaltning.

En övergripande beskrivning av landstingens organisation av ansvar och uppdrag vad gäller verksamhet riktad till ungdomar med missbruksproblem är att den varierar stort alltifrån frånvaro av planerad och organiserad verksamhet till klart och tydligt differentierade uppdrag till specialiserade enheter med ambitiösa vårdprogram. Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag för målgruppen varierar också i stor utsträckning. I några landsting har man ett klart uttalat uppdrag, i andra är missbrukande ungdomar inte en del av uppdraget. Det senare är det vanliga. Socialtjänstens ansvar som första instans vad gäller behandling framhålls överlag. En dominerande bild, med få undantag, är att utbudet till målgruppen är splittrat på många olika

aktörer (socialtjänst, polis, barnmedicin, vuxenakuter på sjukhus, vuxenpsykiatriska akutmottagningar, vuxenpsykiatrisk heldygnsvård, barn- och ungdomspsykiatri – akut, öppen- och heldygnsvård, HVB och SiS) utan någon sammanhållande idé om hur vården ska bedrivas. Län med stora tätorter (Stockholm, Skåne, Västra Götaland, Örebro) har oftare väl utbyggda specialiserade resurser än små orter. Åldersgränser varierar. Äldre ungdomar (> 15 – 16 år) slutenvårdas ofta inom vuxenpsykiatri, yngre inom barnmedicin. Skillnaderna inom länen kan också vara stora. Närhet till en tätort garanterar ofta större tillgång till specialiserade resurser och differentierad vård. Det är vanligare att det finns riktad verksamhet till målgruppen för ungdomar från 18 år och uppåt än för den yngre gruppen. Här skiljer sig landstingen från kommunerna.

Barn- och ungdomspsykiatrins ansvar

Barn- och ungdomspsykiatrin har endast undantagsvis ett uppdrag som innefattar missbruksdiagnoserna. Variationen är stor. I ett fåtal län finns ett uttalat uppdrag för utredning och bedömning (t.ex. Västra Götaland) i ytterligare några har man även ansvar för behandling av ungdomar med missbruk (t.ex. Halland, Norrbotten, Västerbotten). Ansvaret för behandling är alltid kopplat till förekomst av samtidig psykisk störning. I annat fall hänvisas ärendet till socialtjänsten. I län som har specialiserade verksamheter för ungdomar med missbruk är det inte ovanligt att den allmänna barn- och ungdomspsykiatrin helt saknar uppdrag för målgruppen. Västra Götaland och Blekinge är undantag med ansvar för utredning och bedömning av missbruk.

Specialiserad verksamhet

I ett fåtal av de svarande länen har man en specialiserad medicinsk psykiatrisk verksamhet med sammanhållen utrednings- och vårdprocess (akut, öppenvård, heldygnsvård) för barn och ungdomar med missbruksproblem. Stockholm, Örebro, Blekinge, Skåne (Malmö) och Västra Götaland är exempel på detta. I ytterligare några har man delar av vårdkedjan. Slutenvård eller resurser för akutinsatser kan saknas eller också har man en bruten åldergräns för en viss del av verksamheten men inte för andra delar. Det är vanligare att det finns ett specialiserat uppdrag för den äldre gruppen, från 18 år, och det ligger då antingen inom vuxenpsykiatrins ansvar eller inom en specialiserad verksamhet i samarbete med socialtjänsten.

Primärvård och andra medicinska specialiteter

Primärvårdens roll och ansvar varierar mellan länen. Generellt uppges primärvården inte ha annat än allmänt ansvar för förekommande hälso- och sjukvårdsinsatser för invånarna i länet. På några håll har primärvården ett uttalat ansvar för identifiering av och insatser avseende riskbruk (t.ex. Norrbotten och Örebro). I några landsting svarar primärvården för provtagning på ungdomar med misstänkt missbruk som remitteras från skola, barnpsykiatri och socialtjänst. Primärvården deltar också på flera håll i ungdomsmottagningar, som bl.a. vänder sig till ungdomar med missbruk även om det ofta inte är en specifikt uttalad inriktning på verksamheten. Primärvården (t.ex. Dalarna) svarar för medicinska insatser för personer som omhändertagits enl. LOB. I Dalarna har landstingsstyrelsen beslutat att sjukvården ska screena alla patienter vad gäller alkohol och droger. På barn- och ungdomssidan görs inte detta systematiskt. För målgruppen är annars barnmedicin den instans som oftast nämns som ansvarig för delar av uppdraget (kommenteras under andra rubriker).

Akut- och slutenvård, tillnyktring, avgiftning

Där särskilda beroendeenheter finns så svarar dessa för tillnyktring och avgiftning när tillståndet är så medicinskt krävande att akuta resurser och slutenvård krävs (se ovan). Så är fallet även om beroendeenheten är avsedd för vuxna patienter. I dessa fall finns ofta ett avtal eller praxis att man tar emot ungdomar från 16-årsåldern. Skillnaderna är här avsevärda som i övrigt när det gäller resurserna för målgruppen. Det är inte heller ovanligt att vuxenpsykiatrien på uppdrag svarar för tillnyktring och avgiftning i slutenvård för ungdomar utom för de riktigt unga där barnmedicin eller somatisk akut tar ansvaret. I dessa fall förekommer bedömning på konsultbasis från barn- och ungdomspsykiatrien (t.ex. Blekinge, Dalarna och Örebro). Några av de svarande landstingen uppger att avgiftning och abstinensbehandling sköts av någon av SiS institutioner på uppdrag av kommunens socialtjänst. Några landsting (Västerbotten och Sörmland) skickar svåra intoxikationer på specialistremiss till Stockholm (Maria Ungdom) eller till en centralort med högre medicinsk kapacitet i det egna länet. I några få fall (t.ex. Halland, Östergötland, Skåne och Västerbotten) svarar landstingen att barn- och ungdomspsykiatrien svarar för avgiftning och tillnyktring i öppen och vid behov även slutenvård.

Den polikliniska avgiftningen sköts i stor utsträckning av socialtjänstens missbruksenhet i samarbete (men inte alltid) med någon verksamhet inom sjukvården, primärvård, barnmedicin

eller barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvaret för LOB:ar

I huvudsak är landstingens verksamhet på barn- och ungdomssidan inte involverad i medicinsk bedömning och härbärgering av ungdomar som omhändertagits med stöd i LOB. Undantag från detta är Stockholm, Jönköping, Västerbotten och Västra Götaland. Andra verksamheter inom sjukvården (primärvård, medicinsk akutverksamhet, specialiserad beroendeverksamhet för vuxna) deltar i flera län i detta uppdrag för gruppen över 18 år.

Åldersgränser

Barn och ungdomspsykiatrin redovisar i svaren till utredarna en åldergräns på upp till fyllda 18 år för det barn- och ungdomspsykiatriska uppdraget (viss variation finns). Där det finns ett tilläggsuppdrag för utredning, bedömning och/eller behandling av ungdomar med missbruk kan detta vara kopplat till andra åldersgränser. I en del fall är detta beroende av ett etablerat samarbete med annan verksamhet. Så har t.ex. barn och ungdomspsykiatrin i Örebro ansvar för insatser till unga under 16 år. Därefter tar Beroendecentrum över ansvaret. Liknande konstruktioner finns på andra håll. I de fall man har en specialiserad verksamhet i samarbete med kommunens socialtjänst (benämns ofta Mini-Maria eller Moamottagning el. liknande) kan åldergränsen för målgruppen vara utsträckt upp till 25 år eller däröver (t.ex. Östergötland). Maria Malmö som är en verksamhet i samverkan mellan landstinget och Malmö stad tar också unga upp till 25 år. Benämningen Unga Vuxna finns på verksamheter (med varierande åldersavgränsning inom spannet 15 – 30 år) med olika innehåll. I allmänhet finns ingen uttalad inriktning mot målgruppen även om många av de sökande har problem med missbruk/beroende.

Vad gäller slutenvård är bilden inte mindre komplex. Det finns landsting där vuxenpsykiatrin har vårdplatser för avgiftning eller längre tids vård från 16 år och uppåt. I några landsting har barnmedicin ansvaret upp till 16 år, i andra barnpsykiatrin.

Övrigt

En återkommande kommentar från de svarande landstingen är att man, vad målgruppen beträffar, saknar kunskap om missbruksfrågor, resurser och ibland även medicinsk kompetens för att sköta komplicerade tillstånd. Medvetenheten förefaller generellt hög hos de svarande landstingen om de organisatoriska bristerna vad gäller en sammanhållen vård för målgruppen, men man anger inga förslag till lösningar på problemen. På flera håll pågår ett utvecklingsarbete enl. en samverkansmodell mellan sjukvård och socialtjänst i form av utbyggnad av gemensam integrerad öppenvård (s.k. Minimarior).

Några av de svarande landstingen redovisar även olika varianter av ungdomsmottagningar med ett ibland uttalat, ibland ett naturligt åtagande för ungdomar med missbruk.

Återkommande är att den här typen av verksamhet som bedrivs i samarbete med andra vårdgivare ofta beskrivs i positiva termer utifrån att arbetsformen framförallt lämpar sig för förebyggande arbete när det gäller barn och ungdomar i riskzonen för att utveckla problem med substansmissbruk.

Kartläggningen, sammanfattande synpunkter

I det insamlade materialet finns några återkommande aspekter som är mer angelägna att lyfta fram och belysa än andra.

Från flera håll påpekas bristen på riktlinjer för utredning och behandling av barn- och ungdomar med missbruk. Socialstyrelsen planerar en översyn av de nationella riktlinjerna från 2007, men det är oklart om barn- och ungdomsperspektivet kommer att lyftas in.

Frånvaron av barnpsykiatrisk kompetens i bedömning och behandling av barn- och ungdomar med missbruk är mer regel än undantag i landet. Här utgör de specialiserade verksamheterna ett undantag, men de finns i huvudsak bara i storstadsregionerna i landet. Här finns å andra sidan såväl missbruks- och beroendekompetens som barnpsykiatrisk kompetens samlad och ofta under samma tak som den sociala kompetensen.

Att barnmedicinska enheter, allmänmedicin och vuxenpsykiatri som i delar av landet svarar för avgiftning av ungdomar från ca 15 år är kanske ur en snäv somatisk synvinkel inte ett

allvarligt problem. Däremot kan frånvaron av barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens i utredning och behandling av dessa ungdomar vara det med tanke på att samsjukligheten är hög vad gäller ungdomsmissbruk och psykiatrisk sjuklighet. Barn- och allmänmedicinska enheter saknar nödvändig barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens för att hantera den komplexa problematik ungdomar med missbruk oftast har.

Den stora skillnaden i synen på missbruk bland barn och ungdomar verkar gå mellan de storstadsregioner som byggt ut en specialiserad missbruksvård för målgruppen och övriga landet. Frånvaron av såväl barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som allmänmedicinsk kompetens när det gäller tillnyktring av avgiftning talar, med få undantag för att missbruket i målgruppen inte ses som ett medicinskt eller barn- och ungdomspsykiatriskt problem.

En bild som framträder är att kommunerna har en omfattande, differentierad och i många avseenden ambitiös verksamhet för ungdomar med missbruk upp till ca 18 år. Effekten av denna relativt stora resurssatsning på kommunsidan skulle sannolikt vara större om kunskapsstödet i utredning och behandling var mer systematiskt. Landstingens, d.v.s. sjukvårdens organisation och insatser för denna grupp förefaller splittrad, uppdelad på flera olika aktörer utan tydliga uppdrag, vilket inte i sig innebär en kritik av de insatser som faktiskt görs utan av hur dessa är målstyrda och organiserade. Undantaget från detta, vilket tidigare nämnts, är de regioner som har för uppdraget specialiserade enheter. För gruppen över 18 år med missbruk/beroende är bilden delvis den motsatta. Landstingen har mer av specialiserade och utbygga verksamheter än kommunerna för vuxna missbrukare.

Huvudintrycket är att det råder en frånvaro av strategi och därmed sammanhållen vård för målgruppen inom sjukvården (men inte inom socialtjänsten).

Den stora mångfalden av lokala lösningar behöver naturligtvis inte alltid vara ett uttryck för brist på strategi. Problem som uppstår löses utifrån lokala förutsättningar. Olika åldergränser gäller för olika verksamheter såväl inom som mellan kommunala och landstingsverksamheter. Detta kan bero såväl på uppdrag som på lagstiftning. I flera av de redovisade svaren ser man åldersgränsen 18 år som ett hinder för ett sammanhållet förhållningssätt till barn och ungdomar med missbruksproblem. Det är inte ovanligt att man pekar på behovet av en sammanhållen syn på åldersgruppen mellan 14 och ca 26 år.

Kunskapsutvecklingen är mycket stark på området sedan ett par decennier och personal inom de specialiserade verksamheterna och inom kommunernas enheter med insatser för barn och ungdomar är i många avseenden välutbildade för uppdraget. Dock saknas fortfarande obligatoriska kurser i missbruks- och beroendekunskap inom vårdutbildningarna för läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer.

Synpunkter framkommer på att ansvaret för forskning, metodutveckling och kunskapsförsörjning är oklart löst. Mycket talar för behov av utveckling av nationella kunskapscentra och lokala FoU-enheter. Små kommuner och regioner med litet befolkningsunderlag kan ha svårt att finansiera FoU-verksamhet varför olika lösningar kan behöva arbetas fram, t.ex. samverkan mellan regioner eller samverkan med närliggande universitet.

Referenser

Andershed, H. & Andershed A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen – Vad säger forskningen*. Gothia Förlag.

Allen J. & Wilson V. (Eds). (2003). *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*, Second Edition. U.S Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Armstrong T. & Costello J. (2002). Community Studies on Adolescent Substance Use, Abuse, or Dependence and Psychiatric Comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002, Vol. 70, No 6, 1224-1239.

Assessing Alcohol Problems A Guide for Clinicians and Researchers Second Edition. (2003). Allen JP, Wilson V, (Eds.) National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003.

Austin A., McGowan M. & Wagner E. (2005). Effective Family-based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems, A systematic Review *Research on Social Work Practice*, Vol. 15 No 2, March 2005 67-83.

Bender K., Springer D. & Kim J. (2006). Treatment Effectiveness with Dually Diagnosed Adolescents: A Systematic Review. *Brief Treatment and Crises Intervention* 6:3 August 2006: 177-205.

Brannigan R., Schackman B., Falco M. & Millman R. (2004). The Quality of Highly Regarded Adolescent Substance Abuse Treatment Programs. *Arch Pediatrics Adolescent Med* 2004;158: 904-909.

Catalano R., Hawkins J., Wells E et al. (1990). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risk for relapse and promising approaches for relapse prevention. *International Journal of Addiction* 1990;25:1085-1140.

CAN (2010). Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN). CAN rapport nr 124, *Skolelevers drogvanor 2010*, Stockholm 2010.

Chambless & Hollon (1998). Defining empirically supported therapies, II. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

CSAT/SAMSHA (1999). Centre for Substance Abuse Treatment. Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 31. DHHS Pub. No (SMA) 99-3289.

Coombes L., Allen D., Foxcroft D., Guydish J. (2008). Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No; CD007025.

Couwenbergh C., van der Brink W., Zwart K., Vreugdenhil C., van Wijngaarden-Cremers & van der Gaag R. (2006). Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* (2006) 15:319-328.

- Deas D. (2008). Evidence-Based Treatments for Alcohol Use Disorders in Adolescents. *Pediatrics* 2008;121;S348-S354.
- Deas D. & Thomas S. (2001). An overview of Controlled Studies of Adolescents Substance Abuse Treatment. *The American Journal of Addictions* 2001;10:178-189.
- Deas D, Riggs P, Langenbucher J, Goldman M & Brown S. (2000). Adolescents are not Adults: Developmental Considerations in Alcohol Users. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. Vol. 24, No 2, 2000: 232-237.
- Dilaz N. & Hendriks V. (2006). Screening and assessment. Ingår i *Young People and Drugs: Care and Treatment* Council of Europe's Pompidou Group (2006).
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Evaluation Instruments Bank. Hämtat 2010-12-16 från EMCDDA's hemsida: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78046EN.html?EIB_AREAS=w271&EIB_SETTINGS=w231&order=INSTRUMENT&ordertype=asc
- Engle B. & McGowan M. (2009). A Critical Review of Adolescent Substance Abuse Group Treatments. *Journal of Evidence-Based Social Work* 2009, 6: 217-243.
- ESPAD (2007). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Hämtad 2010-12-16 från <http://www.espad.org/espad-reports>
- Hansson K, Hansson K, Cederblad M, Höök B. Funktionell Familjeterapi- en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2000;7: 231-43.
- Hansson K, Johansson P, Drott-Englén G, Benderix Y. Funktionell familjeterapi i Barnpsykiatrisk praxis. *Nordisk Psykologi* 2004;56(4): 304-20.
- Harrison P., Fulkerson J. & Beebe T. (1998). DSM-IV Substance Use Disorder Criteria for Adolescents: A Critical Examination Based on a Statewide School Survey. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 486-492.
- Hawkins J D, Catalano R & Miller J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992. Vol. 112, No: 1: 64-105.
- Kaminer Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse; A critical review. *Addiction Behaviors* 30 (2005) 1765-1774.
- Liddle H. (2010). Treating Adolescent Substance Abuse Using Multidimensional Family Therapy. I Weisz J & Kazdin A. (Eds.) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, second edition* pp: 416-432.
- Liddle H. (2004). Family based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction* 99, 2004 (Suppl. 2)76-92.

- Littell J., Campbell M., Toews B. (2009). Multisystemic Therapy for social, emotional and behavioral problems in youths aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4, Art. No: CD004797.
- Löfholm C, Olsson T, Sundell K & Hansson K. (2009). *Multisystemisk Terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter två år*. Institutet för utveckling i socialt arbete (IMS), Socialstyrelsen. Artikelnr: 2009-126-8.
- Martin C. & Winters K. (1999). Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol Health and Research World*, 22, 95-105.
- McGrath Y., Sumnall H., McVeigh J. & Bellis M. (2006). *Drug prevention among young people: a review of reviews. Evidence briefing update*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
- Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M. (2010). Psychosocial treatments for opioid dependent adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010. Issue 1. Art. No: CD008283.
- Minozzi S., Amato L., Davoli M. (2009a). Maintenance treatments for opiate dependent adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No: CD007210.
- Minozzi S., Amato L., Davoli M. (2009b). Detoxification treatments for opiate dependent adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No CD006749.
- NIAAA (Modul 10A) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism *Adolescents and Treatment of Alcohol Use Disorders* (NIAAA).
- NTA (2009). *Young People's specialist substance misuse treatment: Exploring the evidence* National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA).
- NTA (2007). *Assessing Young People for Substance Misuse*. National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA).
- NREPP. SAMSHA's *National Registry of Evidence-based Programs and Practices*. U.S Department of Health and Human Services. Hämtat 2010-12-16 från NREPP's hemsida: <http://www.nrepp.samhsa.gov/>
- Pandina R. J. (1998). Risk and protective factor models in adolescent drug use: putting them to work for prevention, National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, Papers and Recommendations, *National Institute of Health publications No. 98-4293*, pp 17-26.
- Robbins M., Horigian V., Szapocznik J & Usha J (2010). Treating Hispanic Youths Using Brief Strategic Family Therapy. I Weisz J & Kazdin A. (Eds.) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, second edition* pp: 375-389.
- SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*

(Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4586Findings). Rockville, MD.

SBU. Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården (n.d). Faktarutor/Socialt lärande och self-efficacy. Hämtat 2010-12-16 från SBU's hemsida:
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/Patientutbildning-i-grupp-vid-livslanga-sjukdomar/Faktarutor/Socialt-larande-och-self-efficacy/>

Sieroslowski J., Bukowska B., Jablonski P. (2006). Epidemiological basis. I *Young People and Drugs: Care and Treatment* Council of Europe's Pompidou Group (2006).

Smit E., Verdurmen J., Monschouwer K., Smit F. (2008). Family Interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence* 97 (2008) 195-206.

Socialstyrelsen (2010). Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem? Rapport från Socialstyrelsen, artikelnr 2010-12-13.

Socialstyrelsen (n.d). Ordlista: Klinisk fokuserad beteendeanalys (brief intervention). Hämtat 2010-12-16 från Socialstyrelsens hemsida:
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/ordlista>

Socialstyrelsen. Hämtat från Socialstyrelsens statistikdatabas, 2010-12-16:
<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2010). Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Rapport från SKL, diariernr: 08/3748.

Statens institutionsstyrelse, SiS. Hämtat från Statens institutionsstyrelse, 2010-11-11:
<http://www.stat-inst.se/faktabank/>

Stolle M., Sack P-M. & Thomasius R. (2009). Binge Drinking in Childhood and Adolescence. Epidemiology, Consequences and Interventions. *Deutsches Ärzteblatt International* 2009; 106(19): 323-8.

Tait R. & Hulse G. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and alcohol review* (September 2003)22, 337-346.

Tengström A. (2006). Ung och oberoende – En studie av Maria Ungdoms klienter. I rapport - *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige* sid 31-37. Mobilisering mot narkotika.

Tripodi S., Bender K., Litschge C. & Vaughn M. (2010). Interventions for Reducing Adolescent Alcohol Use. A Meta-analytic Review. *Arch Pediatrics Adolescent Med / Vol. 164 (No 1) Jan 2010: 85-91.*

Tripodi S. (2009). A Comprehensive Review: Methodological Rigor of Studies on Residential Treatment Centers for Substance-Abusing Adolescents. *Journal of Evidence-Based Social Work* 2009 6:288-299.

- Wagner E. (2008). Developmentally Informed Research on the Effectiveness of Clinical Trials: A Primer for Assessing How Developmental Issues May Influence Treatment Responses Among Adolescents With Alcohol Use Problems. *American Academy of Pediatrics* 2008; 121;S337-S347.
- Waldron H. & Brody J. (2010). Functional Therapy for Adolescent Substance Use Disorders. I Weisz J & Kazdin A. (Eds.) *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, second edition* pp:401-415.
- Waldron H. & Kaminer Y. (2004). On the learning curve: The Emerging Evidence Supporting Cognitive-Behavioral Therapies for Adolescent Substance Abuse. *Addiction* 2004. November; 99 (Suppl. 2): 99-105.
- Waldron H. & Turner C. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2008 37(1) 238-261,
- Waxmonsky J. & Wilens T. (2005). Pharmacotherapy of Adolescent Substance Use Disorders: A review of the Literature *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Vol. 15, No 5, 2005; 810-825.
- WHO (2009), The WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, *World Health Organization* 2009.
- Wilens T., Monuteaux M., Snyder L., Moore H., Whitley J. & Gignac M. (2005). The Clinical Dilemma of Using Medications in Substance-Abusing Adolescents and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: What Does the Literature Tell Us? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Volume 15, Number 5, 2005: 787-798.
- Wilens T., Faraone S., Biederman J. & Gunawardene S. (2003). Does Stimulant Therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Beget Later Substance Abuse? A meta-analytic Review of the Literature. *American Academy of Pediatrics* 2003;111, 179-185.
- Wilson C., Sherritt L., Gates A. & Knight J. (2004). Are clinical impressions of Adolescent Substance Use Accurate? *Pediatrics* 2004. Vol. 114 No.5; e536-e540.
- Winters K. (2003). Assessment of alcohol and other drug use behaviors among adolescents. In Allen J. & Wilson V. (Eds). *Assessing Alcohol Problems: A Guide for Clinicians and Researchers*, Second Edition. U.S Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Young People and Drugs: Care and Treatment* Council of Europe's Pompidou Group (2006).

Bilagor

1. Enkät till utförare inom området missbruksvård för ungdomar sid. 76
2. Referenser till i rapporten nämnda instrument sid. 81



2010-10-29/CR

ENKÄT TILL UTFÖRARE INOM OMRÅDET MISSBRUKSVÅRD FÖR UNGDOMAR

Beroendecentrum Stockholm har fått i uppdrag av den av Regeringen tillsatta **Missbruksutredningen** (S 2008:04) att ta fram en rapport avseende ungdomsperspektivet när det gäller missbruk – kunskapsläget avseende verksamma behandlingsmetoder (ej prevention) och organisation, innehåll och ansvar i de verksamheter i landet som vänder sig till ungdomar med missbruksproblem. Med ungdomar avses i första hand gruppen upp till ca. 20 år.

Enkäten du har i handen är en del av vår faktainsamling och den riktar sig till verksamhetsföreträdare/utförare inom olika myndighetsområden (sjukvård, socialtjänst, institutionsvård). I de fall frågorna kräver mer detaljerade svar än ni har möjlighet att redovisa är vi ändå tacksamma om ni i stället skriver fritt i kommentarfältet vid resp. fråga.

Vårt uppdrag behöver vara slutfört till slutet av november varför vi ber er att så snabbt som möjlig (senast 22/11) besvara och returnera enkäten till claes.richter@telia.com. Om ni väljer att skicka in utskriften enkät per post så är adressen:

Beroendecentrum Stockholm
Claes Richter
Box 17914
118 95 Stockholm.

Deltagare och ansvariga vid Beroendecentrum Stockholm för arbetet med rapporten är Stefan Borg, docent och verksamhetschef, Anders Tengström, med dr och bitr. forskningschef, Jenny Jakobsson, projektledare samt Claes Richter, handläggare.

Vid frågor eller behov av hjälp kontakta gärna Claes Richter 070-164 37 98 eller Jenny Jakobsson 070-484 39 33.

Stockholm 2010-10-29

Stefan Borg
Verksamhetschef/CR

1. Uppgiftslämnare

Namn:
Arbetsplats:
Ställning i organisationen:
Telefon:
e-post:

2. Verksamhet (typ av verksamhet):

- Kommun/socialtjänst
- Landsting/Barn- och ungdomspsykiatri (inkl. specialiserad missbruks-
/beroendevård för ungdomar)
- Utrednings-/behandlingsinstitution
- Annan (vad):

Kommentar:

3. Uppdrag

3a) Verksamhetens huvudsakliga uppdrag: _____ :

3b) Beskriv verksamhets uppdrag vad gäller utredning och behandling av ungdomar med missbruksproblem (om det inte är det huvudsakliga uppdraget):

3c) Är uppdraget enl. 3b) tydligt beskrivet i t.ex. ett vårdavtal eller uppdragsbeskrivning?:

- ja
- nej

3d) Om utredning och behandling av ungdomar med missbruksproblem inte är det huvudsakliga uppdraget, hur stor andel av verksamhetens patienter/klienter bedöms ha missbruksproblem?: _____ %

Kommentar:

4. Samverkan

4a) Finns samverkansavtal vad gäller missbruksvård för ungdomar mellan den verksamhet du företräder och andra vårdgivare/myndigheter:

- ja
- nej

Om ja på fråga 4a):

4b) Vilka andra vårdgivare/myndigheter:

4c) Vad innefattar dessa avtal för områden:

4d) Hur ser ansvarsfördelningen ut mellan er verksamhet och era samverkanspartners:

4e) Fungerar samverkan (oavsett om avtal finns) bra mellan er och andra vårdgivare?:

- ja
- för det mesta
- nej
- samverkar inte med andra vårdgivare kring målgruppen

4f) Vad kan förbättras?:

Kommentar:

5. Den egna organisationen (vilka delar finns i **egen** regi)

5a) Vårdkedjan

- Tillnyktring
- Avgiftning
- Utredning av
 - psykiatriska tillstånd
 - missbruk/beroende
 - neuropsykiatriska tillstånd
 - hjärnskador
 - nivåbedömningar (begåvning)
 - personlighetsstörningar
 - sociala och familjeförhållanden
 - annat, vad:
- Behandling
 - öppenvård
 - slutenvård
 - akutresurser
 - familjebehandling
 - långtidsbehandling
 - vad:

5b) LOB

Vem ansvarar för LOB:arna i er region om inte ni gör det?:

5c) Väntetider

Hur lång är den genomsnittliga väntetiden hos er för att få komma till utredning/behandling för missbruk:

5d) Resurser

Vilka resurser (heltidsbefattningar olika personalkategorier) förfogar ni över för utredning och behandling av målgruppen:

Beskriv översiktligt vilka kompetenser den aktuella personalen har (särskild kompetens inom området missbruk/beroende):

Kommentar:

6. Andra resurser

6a) Finns i regionen/kommunen **andra vårdgivare** med ansvar för utredning och behandling av unga med missbruksproblem?

- ja
 nej

6b) Om ja, vilken/vilka?

6c) I vilken utsträckning remitterar/hänvisar ni ungdomar till andra vårdgivare:

6d) I vilken utsträckning remitteras/hänvisas ungdomar av andra vårdgivare till er:

Kommentar:

7. Metoder

7a) Vilka metoder använder ni för utredning resp. behandling av ungdomar med missbruksproblem:

7b) Vilka av angivna metoder är evidensbaserade?:

7c) Följer ni upp resultaten av era insatser på aggregerad nivå?

- ja
 nej

Kommentar:

8. Personalens kompetens

8a) Vilka kompetenskrav (vad gäller utredning/behandling av ungdomar med missbruksproblem) ställs på personal i den egna verksamheten:

8b) Vilka utbildningsmöjligheter finns lokalt vad gäller missbruk och beroende:

8c) Vilken kompetens saknas i den egna verksamheten:

Kommentar:

9. HVB (hem för vård och boende)

9a) Placeras ungdomar från er verksamhet på HVB:

- ja
 nej

9b) Vilken instans i er region ansvarar för kostnaderna för HVB-placeringar:

9c) Hur väljs HVB-institutionerna ut, finns särskilda kriterier?:

- ej aktuellt

Kommentar:

10. Framtiden

10a) Hur skulle ni vilja utforma **er egen organisation**, vad gäller resurser, kompetensfrågor, behandlingsinnehåll m.m. för att de bättre ska motsvara målgruppens behov?:

10b) Hur skulle ni vilja att **regionens resurser** var utformade för att de bättre ska motsvara målgruppens behov?:

11. Övriga kommentarer

Stort tack för din/er medverkan!

Referenser till i rapporten nämnda instrument

ADI	The Adolescent Diagnostic Interview (Winters and Henly 1993)
AUDIT	The Alcohol Use Disorder Identification Test (Babor et al. 1992)
ADAD	The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (Friedman & Utada, 1989)
CASI-A	The Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (Meyers et al. 1995)
CDDR	The Customary Drinking and Drug Use Record (Brown et al. 1998).
DICA	The Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Herjanic and Campbell 1977; Reich et al. 1982)
DISC	The Diagnostic Interview Schedule for Children (Costello et al. 1985; D. Shaffer et al. 1993, 1996)
DUSI-R	The Drug Use Screening Inventory – Adolescents (Tarter, 1990)
DUDIT	The Drug Use Disorders Identification Test (Berman et al., 2002)
GAIN	The Global Appraisal of Individual Needs (Dennis 1998; 2000; 2003)
K-SADS	The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children (Endicott & Spitzer 1978)
PEI	The Personal Experience Inventory (Winders & Henly, 1989)
POSIT	The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (Rahdert, 1991).
POSIT- substance use/abuse scale	The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers - substance use/abuse scale (Rahdert, 1991).
PRQ	Problem Recognition Questionnaire (Cady et al. 1996)
SCID	The Structured Clinical Interview for the DSM (Spitzer et al. 1987).
T-ASI	The Teen Addiction Severity Index (Kaminer et al. 1989; 1991; 1993)