



Linnéuniversitetet

Kalmar Växjö

Examensarbete

Risikfaktorer och missbruk

En tvärsnittsstudie baserad på ungdomar vid Maria-
mottagningarna, 2014



Författare: Nina Hagvall, Kim
Lindberg & Lisa Wågesson
Handledare: Maria Alm
Termin: VT16
Kurskod: 2MB332:II

ABSTRAKT

Linnéuniversitetet
Institutionen för pedagogik
Pedagogik med inriktning mot ungdoms –
och missbruksvård, Examensarbete 15 hp

Titel	Riskfaktorer och missbruk – En tvärsnittsstudie baserad på ungdomar vid Maria-mottagningarna, 2014
Engelsk titel	Risk factors and substance abuse – a cross-sectional study of the youth at Maria-clinics venues youth units during 2014
Författare	Nina Hagvall, Kim Lindberg och Lisa Wågesson
Handledare	Maria Alm
Datum	Mars 2016
Antal sidor	28
Nyckelord	Maria-mottagningarna, riskfaktorer, ungdomar, UngDOK, missbruk

Syftet med studien var att belysa vilka riskfaktorer som kan påverka missbrukets svårighetsgrad hos ungdomar i öppenvård. Frågeställningarna har handlat om ifall man kan se ett samband mellan specifika riskfaktorer och missbrukets svårighetsgrad i UngDOK och hur antalet riskfaktorer påverkar. Uppsatsen är en tvärsnittsstudie baserad på en kvantitativ forskningsmetod med hjälp av material från UngDOK. Det har under studiens gång tagits fram tidigare forskning för det valda området för att kunna skaffa sig en överskådlig blick av vad som är relevant. Hypotesen var att ungdomar med många riskfaktorer löper större risk att utveckla en hög svårighetsgrad i sitt missbruk. För att analysera materialet har statistikprogrammet IMB SPSS 23 använts. Resultatet visar att de riskfaktorer som har ett signifikant samband är fritid/sysselsättning, problem i skolan, missbrukproblem- psykiska problem- och våld i uppväxtmiljö, fysiskt- psykiskt- och sexuellt våld, depression, våldsamt beteende, allvarlig händelse och tidigare vård. Ett signifikant samband kunde även hittas mellan antal riskfaktorer och missbrukets svårighetsgrad. Det vill säga att ju fler riskfaktorer en ungdom har, desto svårare missbruk.

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Maria Alm, som genom sitt genuina intresse, kompetens och vägledning hjälpt oss förbättra denna uppsats. Även hennes intresse att själv utveckla sina kunskaper i SPSS 23 för att kunna vara behjälplig i våra frågor och hinder på vägen. Vi vill även rikta ett tack till Mats Anderberg och Mikael Dahlberg som gett oss tillgång till de material som denna studie bygger på.

Tack till alla lärare som vi har kommit i kontakt med under vår utbildning och gett oss de grundläggande kunskaperna för att vi skulle kunna finna motivation och intresse att genomföra denna studie. Sist men inte minst vill vi tacka varandra som grupp som ihärdigt har arbetat trots motgångar och stress med mycket glädje som genererat i många skratt!

Växjö
Mars 2016

Nina Hagvall, Kim Lindberg och Lisa Wågesson

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
<i>Pedagogik i behandling</i>	1
BAKGRUND	2
<i>Ungdomar och missbruk</i>	2
<i>Evidensbaserad prevention</i>	3
<i>Maria-mottagningarna</i>	3
<i>Förståelsemodeller för risk- och skyddsfaktorer</i>	3
TIDIGARE FORSKNING	5
<i>Individ</i>	5
<i>Familj/uppväxt</i>	6
<i>Skola</i>	7
<i>Sysselsättning/fritid</i>	7
<i>Missbruk</i>	7
SYFTE OCH PROBLEMFÖRMULERING	8
<i>Hypotes</i>	8
METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER	9
FORSKNINGSANSATS	9
PLANERING OCH GENOMFÖRANDE	9
<i>UngDOK</i>	10
<i>Urval</i>	10
<i>Validitet och reliabilitet</i>	10
<i>Operationalisering</i>	11
<i>Bearbetning</i>	12
<i>Analys</i>	12
<i>Forskningsetiska överväganden</i>	13
RESULTAT	13
SOCIODEMOGRAFISK INFORMATION	13
SYSSELSÄTTNING (UTBILDNING, ARBETE OCH PRAKTIK)	14
ALKOHOL, DROGER OCH TIDIGARE VÅRD	14
UPPVÄXTMILJÖ	15
UTSATT FÖR VÅLD	16
PSYKISK HÄLSA	17
RISKFÄKTORER OCH MISSBRUKSGRAD	18
SAMMANFATTNING	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
<i>UngDOK</i>	19
<i>Urval</i>	20
<i>Operationalisering</i>	20
<i>Bearbetning</i>	21
RESULTATDISKUSSION	21
<i>Sociodemografisk information</i>	21
<i>Sysselsättning (utbildning, arbete och praktik)</i>	21

<i>Alkohol, droger och tidigare vård</i>	22
<i>Uppväxtmiljö</i>	23
<i>Utsatt för våld</i>	24
<i>Psykisk hälsa</i>	25
<i>Risikfaktorer och missbruksgrad</i>	25
PEDAGOGISKA IMPLIKATIONER OCH FRAMTIDA FORSKNING	26
REFERENSER	28
BILAGA	1

INTRODUKTION

För att komma tillrätta med missbruksproblem hos ungdomar, krävs det att professionella har ett helhetsperspektiv och samtidigt arbetar med de olika delarna som utgör en helhet för ungdomen. De professionella som kommer i kontakt med ungdomar bör vara medvetna om vilka risk- och skyddsfaktorer som kan finnas när det gäller utvecklandet av missbruk. Detta för att kunna förebygga att ungdomar börjar missbruka droger eller alkohol och förhindra fördjupad problematik vid pågående missbruk.

Teoribildning inom behandlingsarbete kan utgöras av risk- behovs- och responsivitetsprincipen. Det förstnämnda innebär att ungdomar som har en hög risk för att hamna i ett missbruk har större nytta av intensiva insatser, i jämförelse med ungdomar med låg risk som kan förvärta sin problematik med samma typ av intensiva insatser. Med behovsprincipen menas att de som har störst antal riskfaktorer för att uppvisa normbrytande beteende också ska få mest hjälp. Det sistnämnda innefattar att behandlingsinsatserna ska anpassas till individens egenskaper och mottaglighet. Sammantaget kan dessa tre principerna indikera vilken insats som får ett positivt eller negativt utfall utifrån individens egenskaper (Andreassen, 2003).

I den här kvantitativa studien kommer vi att undersöka och analysera vilka samband som finns mellan antal riskfaktorer och missbrukets svårighetsgrad hos ungdomar. Materialet hämtas från öppenvården på Maria-mottagningar i Stockholm, Göteborg och Malmö. Vi är intresserade av att undersöka ifall antalet riskfaktorer som en ungdom med missbruksproblem kan vara exponerad för, är relaterad till svårighetsgraden av missbruket och i så fall hur.

Pedagogik i behandling

Pedagogik är en vetenskaplig disciplin. Man skaffar sig kunskap om de processer som människan formas av i olika sociala, kulturella och historiska sammanhang. Frågor som kan uppstå inom pedagogiken handlar om hur och varför det uppstår vissa värderingar, kunskaper och färdigheter. Tankar om hur dessa upprätthålls och förändras över tid i generationer, och mellan individer och grupper. Von Wright (2000) menar att pedagogiken i sig är subjektiv, det vill säga att den upplevs olika för olika individer och blir intersubjektiv i mötet mellan människor. Dessa möten skapar en mening som inbegriper olika infallsvinklar och som skapar en möjlighet till självreflektion. Författaren menar vidare att det finns två positioner som handlar om subjektivitet. Dessa två menar hon ligger nära varandra, men de får olika konsekvenser. Det punktuella- och det relationella perspektivet skiljer sig på det sättet att i de punktionella perspektivet kan man tänka sig att pedagogen står vid målet och beskriver hur en ungdom ska nå dit. Medan i det relationella perspektivet handlar det om att man som pedagog följer ungdomen på vägen till målet.

I förändringsarbete inom pedagogiken strävar man efter att utveckla nya tankesätt och strategier, som exempelvis inom behandlingspedagogiskt arbete. Det pedagogiska i det sociala arbetet kan kännetecknas av att människor kan förändra sin livssituation. Dessa förändringar kan vara självvalda eller påtvingade av samhället. I det pedagogiska arbetet är det viktigt att verka för empowerment, problemlösning och att vägleda

ungdomen till ett socialt anpassat liv (Cederlund & Berglund, 2014). I pedagogiskt behandlingsarbete är det väsentligt att samla in kunskap om riskfaktorernas påverkan på utvecklingen av missbrukets svårighetsgrad hos ungdomar. Denna pedagogiska förståelse och kunskap ökar chansen att kunna arbeta förebyggande och förhindra intensifierat missbruk. Detta sätt att arbeta kan man implementera på individ- och gruppnivå.

Bakgrund

Följande avsnitt inleds med statistik som visar ungdomars bruk av alkohol och narkotika. Sedan följer ett avsnitt om evidensbaserad prevention som följs av en beskrivning om Maria-mottagningarna. Därefter en begreppsredogörelse kring risk- och skyddsfaktorer och avsnittet avslutas med en redogörelse för tidigare forskning kring studiens valda område.

Ungdomar och missbruk

I Sverige beräknas det vara 780 000 personer över 18 år som har ett missbruk eller beroende av alkohol. Cirka 80 000 personer av dessa anses ha ett problematiskt alkoholmissbruk, detta baseras på antal personer som vårdats i specialiserad öppenvård och i slutenvård. 55 000 personer beräknas ha ett missbruk eller beroende av narkotika. 45 000 - 65 000 personer beräknas ha ett missbruk eller beroende av läkemedel. Ungdomars användande av narkotika har varit jämförelsevis stabil sedan 1971. Det är rapporterat att 9 % av pojkarna och 7 % av flickorna i årskurs 9, någon gång har prövat narkotika. När samma mätning görs i gymnasiet så har 20 % av pojkarna och 14 % av flickorna prövat narkotika (Socialstyrelsen, 2015). Genom drogvaneundersökningar har man kunnat se att alkoholdrickandet minskar bland ungdomar i Sverige, däremot ökar användningen av cannabis i samma målgrupp (Forkby, Olausson & Turner, 2013).

Enligt DSM-5 delas *substansmissbruk* in i mild, måttlig och svår, vilket kan leda till lidande eller funktionsnedsättning. För att en person ska bedömas ha ett *substansmissbruk* ska vissa kriterier vara uppfyllda, exempelvis upprepade frånvaro från skola och/eller arbete, att använda drogen i riskabla situationer såsom bilkörning etc., drogsug samt att man fortsätter sitt substansbruk trots att det tidigare har fått negativa konsekvenser. Minst ett av dessa kriterier ska ha varit aktuellt under en tolv månaders period (American Psychiatric Association, 2013). Inom socialtjänsten finns det inga etablerade kriterier som visar något mått på ett "lätt" eller "tungt" missbruk, bara en förklaringsmodell som handlar om vad som är ett beroende. Därför kan ingen självklar definition av vad ett "lättare" eller "tyngre" missbruk är redovisas (SOU 2005:82). I denna studie kan inte DSM-5 användas, eftersom de insamlade materialet inte bygger på diagnoskriterierna. Istället används bara de två orden mild och svårt missbruk på grund av att underlätta beräkningarna av sambandsmått i analysen av ungdomarnas missbruksgrad. I beräkningen av missbruksgraden har faktorer kring alkoholmissbruk, narkotikafrekvens de senaste tre månaderna samt förekomst av blandmissbruk tagits med, då tidigare forskning tar upp dessa faktorer.

Evidensbaserad prevention

Ett sätt att beskriva evidensbaserad prevention är att det är ett förhållningssätt genom vilket man ser på kunskapsutveckling som absolut nödvändig, då effektiv prevention inte är statisk utan under ständig utveckling mot bättre och effektivare metoder. Program som oberoende har utvärderats flertalet gånger med samma resultat pekar starkt på att programmet fungerar som det är avsett. Det anses idag oetiskt att använda sig av metoder som inte utvärderats på rätt sätt (Sundell & Forster, 2005).

Preventionsprogram har som uppgift att förhindra och stoppa fortsatta problembeteenden hos individer. Man brukar dela in prevention i tre olika nivåer primär- sekundär- och tertiärprevention. Forskning kring vilken form av insats som har starkast effekt visar att det är insatser på tertiärnivå som har störst genomslagskraft, denna nivå riktar sig till ungdomar som redan har problem. Sedan följer insatser på sekundärnivå, där det kan handla om att lära föräldrar att arbeta med sina bråkiga barn. Sist ut är insatser på primärnivå, detta är insatser som riktar sig till alla exempelvis alkohol, narkotika, doping och tobak (ANDT) undervisning i skolan (Sundell & Forster, 2005).

Sundell och Forster (2005) har sammanställt fyra olika metastudier som visar utformning av effektiva program i sina slutsatser. Det handlar om att programmen styrs av en uttalad risk- och skyddsfaktorteori, att de innehåller färdighetsträning, exempelvis konflikthantering, i samband med diskussioner och undervisning, att programmen är utvecklingsmässigt och sociokulturellt användbara.

Maria-mottagningarna

Maria-mottagningarna finns på flertalet platser i Sverige. Mottagningarna drivs i samverkan med kommun, landsting/region. På mottagningarna arbetar olika professioner inom socialt arbete. Den generella målgruppen på de tre mottagningarna är 13-25 år. Uppdraget som Maria-mottagningarna arbetar efter handlar om ungdomar och deras familjer som innehar en problematik i form av missbruk av alkohol eller andra droger. Socialtjänsten och andra verksamheter inom landstinget kan förmedla kontakt och bevilja insats till mottagningarna, men det finns också en möjlighet att vända sig dit på egen hand. Alla mottagningar har en heldygnsvård för abstinensbehandling och i Stockholm finns även en akutavdelning. Hur man arbetar på mottagningarna kan variera mellan städerna, men något som de har gemensamt är att samtliga erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning kring riskbruk/missbruk av alkohol och droger, använder sig av drogtest, hälsorådgivning, individuell samtalsbehandling, familjesamtal, haschavvänjningsprogrammet, stöd och rådgivning till föräldrar och anhöriga samt psykologbedömning och utredning (Almazidou m.fl. 2014).

Förståelsemodeller för risk- och skyddsfaktorer

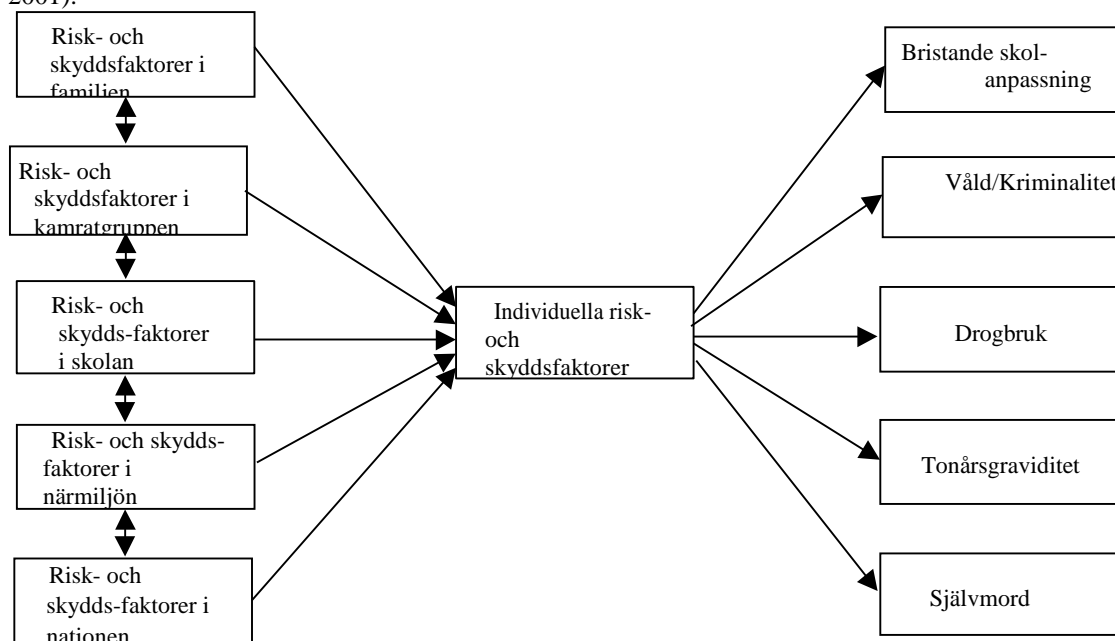
En riskfaktor kan definieras som en ökad risk och sannolikhet för ett visst normbrytande beteende. Riskfaktorer brukar hänföras till fyra områden, individen, familjen, kamrater och miljön. Dessa kan uppstå i en dysfunktionell hemmiljö, maktlöshet över sitt liv, dålig självkänsla, negativa upplevelser av skolgången, utsatthet av våld samt missbruk i sin närmiljö (Andershed & Andershed, 2005: Ferrer-Wreder, Stattin, Lorente, Tubman

& Adamson, 2012). Riskfaktorer kan utgöras av arbetslöshet, psykisk eller fysisk ohälsa, missbruk, dålig föräldrakontakt, antisociala umgängeskretsar, impulsivitet, aggressivitet samt inlärnings- och andra skolproblem. Riskfaktorer utmärks ofta hos den enskilda individen av antisocialt utagerande. En enskild riskfaktor är inte en risk i sig utan samverkar i komplicerade processer för ungdomen när det gäller utvecklingen av missbruk (Långström, 2003).

En skyddsfaktor kan inte på egen hand eliminera en riskfaktor, detta på grund av att de väger tyngre och har en större betydelse för utvecklandet av missbruksbeteende. Skyddsfaktorer är något som hindrar antisocialt beteende och kan utgöras av högre IQ, lägre krav på omväxling, gott självförtroende, ett lugnt temperament, god hantering av negativa upplevelser, en empatisk förmåga och en vilja att engagera sig i sociala aktiviteter (Långström, 2003). En annan viktig skyddsfaktor för psykisk hälsa är känsla av sammanhang (KASAM), detta innebär att den unga känner tillit till sin egen förmåga att lösa uppkomna problem, att kunna göra situationen begriplig så att den blir hanterbar med hjälp av sitt sociala nätverk och att kunna sätta situationen i en meningsfull kontext (Antonovsky, 2005). Sociala nätverk, en god möjlighet att knyta an under spädbarnsåren och tydliga familjeroller och regler är faktorer som har betydelse för den psykiska hälsan hos unga (Broberg m.fl. 2013).

Figur 1 nedan visar exempel på hur olika variabler inom risk- och skyddsfaktorer kan samverka. Dock kan man inte helt dra slutsatsen om att varje enskild oberoende variabel ger upphov till ett normbrytande beteende.

¹Figur 1. Beroende och oberoende variabler för risk- och skyddsfaktorer (Brounstein, Zweig & Gardner, 2001).



¹Figur 1. Uppsatsförfattarnas översättning.

Normbrytande beteende kan förstås genom ett holistiskt-interaktionistiskt perspektiv, som är en förståelsemodell för mänskligt beteende. Den huvudsakliga tillämpningen är att förklara interaktionen mellan individ och miljö. När det gäller risk- och skyddsfaktorer så måste man se till både individens egenskaper och miljöns påverkan, samt de komplexa processer som kan uppstå (Stattin & Magnusson, 1996).

Det finns många ungdomar som trots risken med att befinna sig i en uppväxtmiljö med många riskfaktorer har förmågan att hantera detta. Ett vedertaget begrepp är *resilience* eller mer försvenskat brukar man kalla dessa unga för ”maskrosbarn”. Genom att upprätthålla goda levnadsförhållanden trots motgångar i livet (riskfaktorer) lyckas dessa unga klara av att hålla en god levnadsnivå med hjälp av att stärka de skyddsfaktorer som finns omkring ungdomen i sin sociala miljö. Det kan ses som att ungdomen har goda funktioner under dysfunktionella förhållanden (Ferrer-Wreder, Stattin, Lorente, Tubman & Adamsson, 2005; Borge Helmer, 2012).

För att kunna hjälpa dessa ungdomar är det viktigt att se dem ur ett holistiskt-interaktionistiskt perspektiv. I perspektivet utvecklas beteendet i dagligt samspel mellan ungdomen och miljön runt omkring. Ungdomens egenskaper, erfarenheter och vardagliga förutsättningar är viktiga delar för att ungdomen ska kunna klara av dessa situationer. Genom att tillsammans titta på de omständigheter som råder runt ungdomen och sätta det i ett förhållande till individens miljö får man en klarare bild över ungdomen och hens situation. Det finns alltid individuella skillnader på hur ungdomar svarar på den risk de utsätts för och därmed blir helheten, det holistiska synsättet, en viktig förutsättning för att kunna hjälpa ungdomarna (Andershed & Andershed, 2005; Borge Helmer, 2012).

Tidigare forskning

Avsnittet nedan redogör för de viktigaste riskfaktorerna som är utvalda via den forskning som författarna tittat närmare på. Riskfaktorerna är indelade i *individ, familj/uppväxt, skola och sysselsättning/fritid*.

Individ

Bland de individuella faktorerna som kan utgöra en risk- och skyddsfaktor finns den biologiska känsligheten hos individen. Det genetiska anlaget kan påverka känsligheten för att bli beroende av olika substanser (Chakravarthy, Shah & Lotfipour, 2013; Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Nyberg, 2016). Denna genetiska sårbarhet kan även handla om stressrelaterade symtom, vilket kan göra att den unga lättare hemfaller till substansbruk för att kunna hantera sin stress (Marisano, Babor och Robiana, 2014).

En ungdom som har svårt att anpassa sig till normen som finns i sociala situationer löper större risk att börja använda droger. Även tidigt visad aggression och impulsivitet hos ett barn kan utvecklas till att bli en riskfaktor men också hög frekvens av negativ sinnestämning hos barn och ungdomar är en riskfaktor för utveckla missbruk. Det kan finnas en tendens hos ungdomar att dra sig undan nya situationer, svårigheter att anpassa sig till förändringar samt biologisk oregelbundenhet som kan uppvisas vid

exempelvis personlighetsstörningar detta är en riskfaktor för framtida missbruk (Chakravarthy m.fl. 2013: Hawkins, Catalano & Miller, 1992).

Pojkar har en större sårbarhet än flickor att utveckla en beroendepersonlighet samt hamna i tungt droganvändande (Stone, Becker, Huber & Catalano, 2012). Den största skillnaden mellan könen börjar ta form i övre tonåren och blir tydligast i 20 års ålder (Richert, 2011).

Anderberg och Dahlberg (2014) har identifierat flera individuella riskfaktorer, exempelvis psykisk ohälsa som en faktor som främjar och skyndar på processen mot substansbruk hos unga. De har i en studie av Maria-mottagningarna sett att det finns en relativt stor grupp ungdomar som rapporterat ett riskfyllt mående i form av psykiska besvär såsom depression, ångest, oro och självmordstankar. Dessa bekymmer kan börja accelerera vid användande av olika substanser då den unga vill lindra symtomen.

Familj/uppväxt

Interpersonella problem såsom depression, ångest, ilska, dåligt självförtroende och känslomässig avtrubning kan vara en belastande omständighet för att utveckla beroende och/eller psykisk ohälsa för barn och unga som vuxit upp i familjer där det förekommer missbruk (Siegel, 2015). En positiv föräldraattityd till droger och alkohol ökar risken för att ungdomen utvecklar ett positivt tankemönster kring droger och alkohol. Barn och ungdomar löper åtta gånger större risk att utveckla ett missbruk om deras föräldrar missbrukar i deras uppväxt. Det kan även göra så att ungdomen får en positiv attityd till droger. En god kvalitet på föräldraskapet kan hjälpa ungdomen i form av att få en känsla av stöd från sina föräldrar som främjar en trygg anknytning som i sin tur minskar risken för substansbruk (Hawkins m.fl. 1992: Stone, m.fl. 2012: Chakravarthy m.fl. 2013: Morisano m.fl. 2014 & Siegel, 2015). I Långströms rapport nr 2/03 som är en forskningsöversikt går det att läsa om Bender och Lösel (1997) som studerade ett hundratal tonårspojkar och flickor som placerats på institution pga brister i uppväxtmiljön. Ungdomarna hade erfarenhet av dålig relation med föräldrarna, missbruk hos föräldrarna eller varit utsatta för fysiska eller psykiska övergrepp. Resultatet var likvärdigt för både pojkar och flickor.

Familjekonflikter som yttrar sig som skilsmässa är en riskfaktor men även de konflikter som pågår mellan familjemedlemmar där föräldrar inte är skilda påverkar barn och ungdomar negativt. Vilken grad av anknytning som finns mellan föräldrar och barn påverkar barnet och ungdomen på så sätt att ju starkare band mellan förälder och barn desto större chans att barnet internaliserar normer och värden som föräldrarna innehar. Med bristfällig föräldraförmåga, menas en föräldraförmåga som påverkas negativt av exempelvis depression hos föräldern, försämrade ork att hålla reda på vad ungdomen gör på sin fritid (så kallad föräldramonitoring), samt bristande tillsyn och intresse för barnet ökar risken för generella normbrytande beteende hos ungdomen. I motsats till detta innebär en god föräldraroll förmågan att bestämma ramarna för ett barns utrymme att handla, att uttrycka förväntningar på barnets beteende och för att öka barnets motivation till att leva upp till föräldrarnas förväntningar, leka och ha roligt med barnet (Hawkins m.fl. 1992: Stone, 2012: Chakravarthy m.fl. 2013).

Allvarliga och traumatiska händelser som till exempel sexuella eller fysiska övergrepp tidigt i livet kan påverka ungdomens psykiska hälsa negativt och leda till missbruk (Sundell & Forster, 2005; Morisano m.fl. 2014; Anderberg & Dahlberg, 2014; Nyberg, 2016).

Skola

Skolan är den största signifikanta skyddsfaktorn som finns och blir därmed viktig att klara av (Gunnarsson, 2012). Skolmiljön och anknytningen till skolan är två viktiga delar för att ungdomen ska finna skolan som tilltalande och meningsfull. Har ungdomen inga positiva tankar om skolan kan ambitionsnivån och motivationen sjunka (Andershed & Andershed, 2005; Sundell, 2008). Att vara inskriven i en skola och känna en samhällsförankring är i sig en skyddsfaktor för ungdomen (Anderberg & Dahlberg, 2014). Att inte se skolan som tilltalande och meningsfull kan leda till att ungdomen drar sig för att gå till skolan och finner mer gemensamt med andra ungdomar med likande erfarenheter och genom gruppsytryck kan deras attityd till droger bli positivare (Gunnarsson, 2012; Chakravarthy m.fl. 2013). En del ungdomar har också nedsatt inlärningsförmåga som vid uteblivet stöd kan leda till att skolprestationerna inte blir fulländade, ur ungdomens synvinkel, och som i långa loppet kan leda till sämre prestationer och i detta växer negativa känslor inför skolan fram och på sikt kan leda till normbrytande beteenden (Andershed & Andershed, 2005).

I skolan kan även riskfaktorer samvariera med andra delar. En ungdom som har diagnosen ADHD, har svårigheter i skolprestationen och har utvecklat negativa samspelsmönster med föräldrarna på grund av temperament är multipla riskfaktorer som ökar risken för senare utveckling av normbrytande beteenden (Andershed & Andershed, 2005).

Sysselsättning/fritid

Det som kan ses som positiva faktorer enligt Anderberg och Dahlberg (2014) är goda sociala kontakter som innefattar vänner och andra vuxna såsom grannar, tränare och föräldrars umgänge. Detta kan yttra sig i prosociala aktiviteter som olika fritidssysselsättningar. Stone (2012) håller med om detta men menar också att det finns relativt lite longitudinell forskning om detta specifika område. Sundell och Forster (2005) skriver att ungdomar behöver ges positiv uppmärksamhet när de ingår i prosociala sammanhang, detta för att människor lär sig genom vilka konsekvenser deras beteende får. Genom att uppmärksamma positiva aktiviteter istället för negativa aktiviteter så ökar man sannolikheten för att ungdomen fortsätter med det som ger positiv feedback. Genom att ingå i en positiv social konstruktion som en prosocial aktivitet, får ungdomen lära sig att hantera andra och sig själv, de behöver ha en grundläggande social kompetens för att skapa positiva sociala nätverk (Sundell & Forster, 2005).

Missbruk

Ett riskbruk av droger är ett ännu ej utvecklat missbruk eller beroende, men kan ge upphov till kroppsliga skador. När en ungdom hamnar i ett missbruk kan detta leda till

problem med hälsan, både fysiskt och psykiskt. Så som prestationssvårigheter i skolan, hamna i riskfyllda situationer och börja begå brott. Vid beroende har drogen en stark påverkan i ungdomens vardag då hjärnan har lärt sig att fungera med drogernas hjälp. För ungdomen kan det finnas en känsla av normalitet och att passa in. Vid upprepande införsel av drogerna ökar kroppens toleransnivå vilket leder till att ungdomen måste öka dosen för att uppnå liknande effekter som tidigare (Nyberg, 2016).

Det är vanligt att ungdomar som söker vård för missbruksproblem har börjat använda sig av narkotika tidigt. I en studie visar det att nästan 70 procent av de unga som vänt sig till de öppenvårdsmottagningar som medverkat, har börjat med narkotikaanvändning innan 16 års ålder. Den vanligaste drogen att debutera med är cannabis (Richert, 2011).

Ju tidigare en ungdom börjar använda droger däribland alkohol, desto mer kan det påverka om en ungdom hamnar i missbruk. Studier visar att vid intag av droger innan 15 års ålder löper man större risk att fastna i ett missbruk, det är också större risk att avancera i sitt missbruk samt utföra kriminella handlingar (Hawkins m.fl. 1992). Stone m.fl. (2012) drar samma slutsats och tillägger att tidig användning av cigaretter ökar risken för framtida användning av marijuana.

Enligt Andreassen (2003) så visar forskning att det är vanligt med en historik av behandlingsinsatser hos ungdomar eftersom de inte uppnår någon positiv behandlingsutveckling och en så kallad ”smittoeffekt” kan uppstå. Den innebär att ungdomar på institution snarare triggas att fortsätta eller eskalera sitt missbruk istället för att sluta. Ungdomar har ofta haft olika sorters insatser för deras missbruk och kriminella handlingar. Han hänvisar till en undersökning från 1981 som visar att tolv ungdomar hade haft olika sorters insatser 121 gånger sammanlagt. Bristande institutionsbehandling av ungdomar menar Levin (1998) medför stora problem. Han menar även att det kan bero på en utstötandeprocess som provoceras fram från ungdomen för att upprepa tidigare avvisningar tidigare i livet.

Syfte och problemformulering

Syftet är att beskriva och analysera riskfaktorer i relation till missbrukets svårighetsgrad, samt om missbrukets svårighetsgrad påverkas av antalet riskfaktorer.

Frågeställningar:

- ◆ Vilka riskfaktorer kan relateras till missbrukets svårighetsgrad?
- ◆ Påverkas missbrukets svårighetsgrad av antalet identifierade riskfaktorer hos ungdomen?

Hypotes

Utifrån Djurfeldt, Larsson och Stjärnhagen (2010) formulerades en nollhypotes och en mothypotes. Nollhypotesen är att riskfaktorer inte har någon påverkan på missbruksgraden. Mothypotesen är att ungdomar med många riskfaktorer löper större risk att utveckla en hög svårighetsgrad i sitt missbruk.

METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER

Forskningsansats

Denna studie är baserad på den positivistiska forskningsansatsen, vilket menas att den är baserad på kunskap genom mätning och redovisning av siffror. Denna kvantitativa forskningsansats är generaliserbar och kan vara värderingsfri. Positivismen har sin bas i naturvetenskapen där man strävar efter en kärna av säker kunskap och därmed den ”hårda faktan”. De tror inte på kunskap som finns i heliga skrifter, religiösa uppenbarelser, genom intuition eller teoretisk spekulering. Enligt den positivistiska forskningsansatsen finns det för människan två säkra källor till kunskap, det vi kan iaktta med våra sinnen, och det vi kan räkna ut med vår logik (Thurén, 2007). Patel och Davidsson (2011) instämmer då de skriver om kunskap inom positivismen som generaliserbar och replikerbar. Undersökningar gjorda med en positivistisk ansats kan sägas vara enklare att replikera då det ofta handlar om stor mängd data som analyserats och gett ett resultat. Denna studie har en tvärsnittsdesign vilket menas att man under en viss tidsbegränsning tittar på en eller flera variabler som sedan analyseras för att kunna se ett sambands- och variationsmönster.

Bryman (2011) beskriver kvantitativ metod genom att belysa fyra viktiga intresseområden som innehåller epistemologiskt baserade uppfattningar om godtagbar kunskap. Dessa fyra är mätning, kausalitet, generalisering och replikation. *Mätningen* inom kvantitativ forskning gör att vi kan beskriva små skillnader mellan människor i förhållande till de variabler vi har valt att mäta. Mätningen ger oss ett verktyg som är konsekvent och hjälper oss att mäta samma sak även nästa gång vi vill göra samma mätning. Mätning utgör också en grund för exakta bedömningar av relationer mellan människor och variablerna vi valt att mäta. *Kausalitet* är ett försök till förklaring av orsak och verkan. Bryman (2011) skriver om oberoende och beroende variabler. En oberoende variabel brukar den faktor som orsakar kausalt inflytande kallas medan effekten av denna kallas för beroende variabeln. *Generalisering* är kvantitativa forskare intresserade av då det finns en poäng i att kunna överföra kunskapen till andra liknande grupper av människor, därför är det särskilt viktigt att göra urvalet så representativt som möjligt. En population i ett helt land är svår att undersöka, vilket leder till att urvalet av den grupp man undersöker ska vara möjlig att generalisera över hela landet. Inom kvantitativ forskning är *replikation* viktigt, eftersom forskaren inte ska synas i materialet och resultatet. Detta på grund av att värderingar och förväntningar hos forskaren skapar en risk för skevt resultat. Det är därför viktigt att skapa en detaljerad bild över tillvägagångssättet under undersökningens gång (Bryman, 2011). Denna studie är baserad på Brymans fyra intresseområden då vi har strävat efter att ha en objektiv syn på de material som har studerats.

Planering och genomförande

Materialet i denna studie är baserad på sekundärdata i form av UngDOKs inskrivningsformulär (se bilaga 1) som används för att dokumentera insatser vid Maria-mottagningar (Almazidou m.fl. 2014).

UngDOK

UngDOK skapades år 2003 och är en strukturerad intervjumetod som är specifikt utvecklad för ungdomar 13-25 år med missbruksproblem. En strukturerad intervju är en intervjumetod med fasta frågor och givna svarsalternativ som genomförs som en personlig intervju med ungdomen. UngDOK har som syfte att kartlägga ungdomarnas psykiska hälsa och missbruksgrad. Vid intervjun behandlas 13 livsområden som visar på vilka risk- och skyddsfaktorer ungdomen kan inneha. Utifrån ungdomens svar kan man strukturera upp en behandlingsplan. Tack vare de givna svarsalternativen får intervjun en viss kvalitet, vilket gör att uppgifterna blir möjliga och likvärdiga att jämföra (Nyström m.fl. 2003). En inskrivningsintervju genomförs när ungdomen påbörjar sin behandlingskontakt på mottagningen. Vid avslutad behandling görs en utskrivningsintervju som ska följas av en uppföljningsintervju tidigast tre månader efter utskrivning. När det gäller ungdomar så får det inte vara alltför omfattande intervjuformulär på grund av att det istället kan utgöra ett hinder. UngDOK innehåller 75 huvudfrågor och belyser följande livsområden: *Psykisk hälsa, fysisk hälsa, familj och relationer, kriminalitet, sysselsättning/fritid, alkohol, droger och tobak och behandlingshistoria*. UngDOK kan vara ett underlag för kartläggning, utredning, utvärdering och behandlingsplanering, genomförandeplan och vårdplan och för vidare forskning inom behandlingspedagogik (Anderberg & Dahlberg, 2014).

Vi har använt oss av ett redan insamlat material som tillhandahölls av Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård (IKM). Fördelarna med att använda sekundärdata kan vara att data är av god kvalitet, att etablerade metoder har använts och att det oftast lämnas mer plats för analys av data som har samlats in. Detta kan leda till nya tolkningar av den redan befintliga analysen. Nackdelarna kan vara att forskaren inte är bekant med materialet och att det kan vara så pass omfattande att den kan vara svårhanterlig. Det kan också vara svårare att avgöra kvaliteten på materialet (Bryman, 2011).

Urval

Materialet bestod av 614 ungdomar mellan 13-25 år som har intervjuats med UngDOKs inskrivningsformulär på någon av Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg eller Malmö under 2014. Idealet är att ungdomarna intervjuas personligen, men ibland går det inte att genomföra då ungdomen exempelvis avbrutit behandlingen eller av någon annan anledning inte funnit tillgänglig för intervju. Så även i detta material, där uppgifter om 39 ungdomar inhämtats via aktmaterial. Vid en analys visade det sig att viss information innehöll brister och flera av frågorna som rörde riskfaktorer hade ett stort bortfall, som visades genom en notering om att ”fråga ej ställd” eller ”klient vill ej svara”. Vi beslöt att ta bort de ungdomar där informationen inhämtats via aktmaterial och undersökningsgruppen kom därmed att bestå av 575 respondenter.

Validitet och reliabilitet

Validiteten styr i vilken grad man har fått fram rätt resultat utifrån valt syfte. Om man kan göra samma mätningar flera gånger, oberoende på vem som utför den och får samma resultat så tyder det på god reliabilitet. Det är viktigt att påpeka att det alltid

finns en viss osäkerhet i de mätmetoder som man använder, det är forskarens ansvar att minimera dessa (Wedin & Sandell, 2004). Behovet av att utveckla UngDOK trots de redan etablerade intervjuformulären ASI och DOK uppkom eftersom dessa mestadels riktade sig till vuxna personer (Richert, 2011). UngDOK är ännu inte validerat som ett enskilt instrument men bygger på samma princip som DOK. För närvarande pågår dock en studie där även UngDOKs validitet testas. Resultaten visar att de psykometeriska egenskaperna i formuläret är tillfredsställande och att formuläret kan användas i behandling av ungdomar med missbruksproblem (Anderberg, Dahlberg & Wennberg 2016). En aspekt som kan påverka reabiliteten är hur ungdomarna tolkar frågorna och därmed ger olika svar, samt vilka förutsättningar den som intervjuar har haft för att kunna genomföra intervjun på ett så korrekt sätt som möjligt

Operationalisering

UngDOKs inskrivningsformulär användes för att kunna dra slutsatser mellan antal riskfaktorer och missbrukets svårighetsgrad hos ungdomarna. För att kunna dra slutsatser mellan antal riskfaktorer och missbrukets svårighetsgrad valde vi ut specifika frågor i UngDOK som matchade vår forskningsfråga. Eftersom inskrivningsformuläret för oss är sekundärdata fick vi välja valda områden efter formulärets utformning och på de sätt hitta specifika *riskfaktorer* som vi sökte gentemot tidigare forskning. Från livsområdet sysselsättning valdes frågor om *fritidsaktivitet* och *problem i skolan*. I livsområdet alkohol, droger och tobak valdes *debutålder* och ifall man *injicerat* narkotika. Inom behandlingshistoria har riskfaktorn *tidigare vårdats* valts ut. Inom livsområdet uppväxt och uppväxtmiljö valdes *placering på familjehem eller institution, alkohol och drogmissbruk i uppväxtmiljön, psyiskapproblem i uppväxtmiljön, misshandel- och våld i uppväxtmiljö* samt *separerade föräldrar*. I livsområdet utsatt för våld har *fysisk- psykisk och sexuellt våld* valts ut. Inom psykisk hälsa har riskfaktorer som *depression, våldsamt beteende* och *allvarlig händelse* valts.

För att kunna mäta missbrukets svårighetsgrad konstruerades ett index. Detta index byggde på en summering av tre variablerna i AUDIT-C (i formuläret fråga F4-F6, se bilaga 1) som identifierar riskfylld alkoholkonsumtion. Som andra variabel valdes frågan om hur ofta ungdomen använt någon drog de senaste 3 månaderna (F7.1c) och som tredje om ungdomen använt två eller flera droger i kombination (F12). På detta sätt ingick tre variabler AUDIT-C, användningsfrekvens primär drog samt blandmissbruk i det index som konstruerades. För att bedöma missbrukets svårighetsgrad som ”mild” respektive ”svår” när det gäller användning av alkohol utgick bedömningen från AUDIT-C. Det betyder att svar med ett värde under 4 poäng för kvinnor respektive 5 poäng för män kodades om till värde 0 d.v.s. ”mild missbruksgrad”. När det gäller användningsfrekvens av primär drog bedömdes svarsalternativen som innehöll värdena 0-2 (0 = Ej bruk, 1 = Enstaka tillfälle och 2 = 1 dag/vecka eller mindre) som mild missbruksgrad, övriga svarsalternativ (3-5) kodades som svår missbruksgrad. För blandmissbruk fanns bara två värden, 0 = Nej och 1 = Ja, vilket medförde att denna variabel inte behövde kodas om, se tabell 1.

Tabell 1. Konstruktion av index för att mäta missbruket svårighetsgrad.

	Mild/Nej	Svår/Ja
AUDIT-C	0	1
Frekvens primär drog, 3 mån	0, 1, 2	3, 4, 5
Blandmissbruk	0	1

Slutligen summerades variablerna AUDIT-C, användningsfrekvens för primär drog och blandmissbruk till en gemensam variabel, *Missbrukets svårighetsgrad*. På detta sätt konstruerades ett index som kunde användas för att mäta riskfaktorer i relation till missbrukets svårighetsgrad.

Bearbetning

För att bearbeta materialet som kom fram genom UngDOK så användes statistikprogrammet IBM SPSS 23. För att kunna analysera materialet namngav vi varje vald faktor och dess betydelse. Det gjordes även en indelning med svar som räknas som bortfall. Fyra olika grupper gick att definiera som bortfall; Frågan ej ställd, Vill ej svara, Vet ej samt Ej relevant. Dessa fyra grupper finns inte med i beräkningen utan finns i kategorin; *missing*, förutom i kategorin *blandmissbruk*. Vid en första genomgång av UngDOKs formulär valdes specifika områden och frågor ut som vi ville titta närmare på. Under processens gång har vi sorterat bort vissa områden och frågor som inte har haft lika tung betydelse som de valda, utifrån tidigare forskning. Även tidsaspekten gjorde så att en mindre mängd riskfaktorer kunde studeras. Frågor relaterade till kriminalitet, etnicitet och socioekonomisk bakgrund valdes bort på grund av dessa aspekter. De valda riskfaktorerna blev slutligen 17 stycken: *Fritid/sysselsättning, problem i skolan, debut av alkohol, debut av narkotika, injicering av narkotika, placerad i familjehem/institution, missbruksproblem i uppväxtmiljö, psykiska problem i uppväxtmiljö, våld i uppväxtmiljö, separerade föräldrar, utsatt för fysiskt våld, utsatt för psykiskt våld, utsatt för sexuellt våld, depression, våldsamt beteende, allvarlig händelse och vård av alkohol- och/eller narkotikaproblem.*

Analys

Programmet kan göra beräkningar på exempelvis samband mellan variabler, detta kallas bivariata analyser. Dessa användes till korstabulering där man genom ett *Chi²*-test kan titta på signifikanta samband. Det finns olika former av *Chi²*-test, i denna studie användes *Pearson Chi²* eftersom studien jämför observerade frekvenser med de förväntade frekvenserna i korstabellen. Med detta menas att desto större skillnad det är mellan observerade och förväntade frekvenser, ju högre sannolikhet att vår observerade frekvenser inte är slumpmässiga. En regel gällande *Chi²*-test är att slumpen inte får vara högre än 5 % (0,05) av de fall studien observerat. Om värdet (*p*) ligger mellan 0,00-0,05

finns en statistiskt signifikant säkerhetsställt samband mellan de mätta variablerna. Desto närmre det uppmätta p -värdet är 0,00 ju större signifikans finns det mellan sambanden (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2010).

Forskningsetiska överväganden

Vetenskapsrådet (2002) har sammanställt fyra huvudkrav när det gäller etik inom forskning, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetkravet och nyttjandekravet. Informationskravet innebär att den som utför undersökningen ska informera de som ingår i studien om syftet för studien. Samtyckeskravet innebär att de som deltar i studien har rätt att bestämma över sitt deltagande i studien. Konfidentialitetskravet innebär att dokument ska behandlas på så sätt att ingen obehörig kommer åt dem, samt att resultat ska vara avidentifierade. Nyttjandekravet innebär att uppgifterna som är insamlade endast används för studiens syfte och forskningsändamål (Patel & Davidsson, 2011).

I denna studie kommer vi att använda oss av redan befintligt material i UngDOK, så kallad sekundärdata. Vi kommer inte ha med någon annan information om de som deltagit i intervjuerna än deras redan inskrivna svar från år 2014. Vi har inte själva genomfört intervjuerna, vi ska enbart ta ställning till data som redan är avidentifierat och kan på så sätt inte härleda svaren till en specifik respondent. I manualen för UngDOK framgår det att intervjuaren har ett ansvar att berätta syftet och upplägget för intervjun till ungdomen som ska delta. Informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetkravet och nyttjandekravet är på så sätt redan yttrade och godkända.

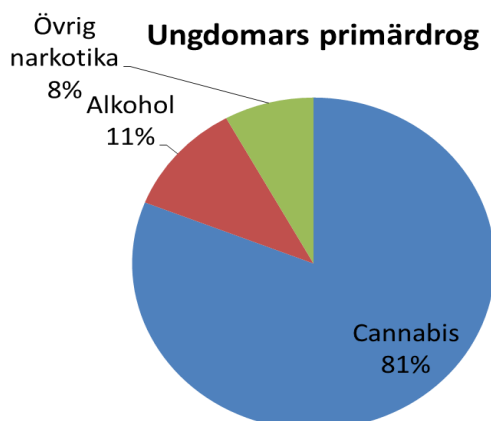
RESULTAT

Nedan presenteras de resultat som har framkommit genom analysen. Det inleds med sociodemografisk information om respondenterna i de undersökta materialen. Sedan presenteras varje riskfaktor i rubrikerna sysselsättning, alkohol, droger och tidigare vård, uppväxtmiljö, utsatt för våld, psykisk hälsa. Som följs av riskfaktorer och missbruksgrad, och avslutas med en sammanfattning.

Sociodemografisk information

I det undersökta materialet finns det 414 pojkar och 161 flickor. Ungdomarna som deltagit i UngDOKs intervju har en medianålder på 17 år. Den allra vanligaste drogen är cannabis som 81 % av ungdomarna uppger att de använder, följt av alkohol (11 %) och övrig narkotika (8 %) där ingår; Anabola androgena steroider, bensodiazepiner, ecstasy, heroin, kokain, LSD, Ritalin, spice, Subotex/Suboxone och Tramadol.

Figur 2. Ungdomars primärdröger utifrån UngDOK.



Sysselsättning (utbildning, arbete och praktik)

Analysen visar att det finns ett signifikant samband ($p=0,000$) mellan att inte ha en fritidsaktivitet och missbrukets svårighetsgrad. Det är 67 % av ungdomarna som inte har en regelbunden fritidsaktivitet har också svårt missbruk.

Problem i skolan har ett signifikant samband ($p=0,019$) när det gäller missbruksgraden hos ungdomar. Det är 61 % av ungdomarna upplever att de har problem i skolan. Studiens undersökning visar att 68 % har svårt missbruk, medan 58 % har mild missbruk.

Tabell 2. Sysselsättning.

	Totalt	Mild missbruksgrad	Svår missbruksgrad	P	Antal
	N=	N=378	N=184		N
	575				
Saknar fritidsaktivitet	54 %	49 %	67 %	0,000	560
Problem i skolan	61 %	58 %	68 %	0,019	554

Alkohol, droger och tidigare vård

Medianen när det gäller debutåldern för alkohol var 14 år. Det var 84 % som hade varit berusade av alkohol första gången innan 16 år ålder. Det finns inget signifikant samband mellan debutålder och missbrukets svårighetsgrad ($p=0,157$). I gruppen med mild missbruk är det 82 % som varit berusade före 16 år. Motsvarande siffra för gruppen

svårt missbruk är 87 %. Totalt är det 16 % av ungdomarna som var berusade av alkohol första gången när de var 16 år eller äldre.

Det finns inte heller något signifikant samband mellan debutåldern av narkotika och missbruk ($p=0,100$). Detta område skiljer sig dock lite mer åt i de två kategorierna, 63 % har mild missbruksgrad och 70 % har svår missbruksgrad. Även här finns det stora procentuella skillnader mellan debutålder. Det är 35 % av ungdomarna som använde narkotika för första gången när de var 16 år eller äldre och 65 % av ungdomarna var 15 år eller yngre.

Underlaget i kategorin om man har injicerat narkotika var antagligen för litet för att kunna utläsa ett signifikant värde. Vår analys är att antalet ungdomarna som svarat Ja på frågan var för få för att få ett jämförbart underlag. Ett signifikant samband visas ($p=0,000$), men 50 % av cellerna har en förväntad frekvens mindre än 5. Vilket gör att vi inte kan använda oss av Chi^2 -test i denna fråga.

I svars kategorin tidigare vård finns ett signifikant samband mellan att tidigare vårdats för sina alkohol- och/eller narkotikaproblem och att fortsättningsvis missbruka ($p=0,000$). Det är 23 % av ungdomarna som tidigare vårdats har mild missbruksgrad medan 42 % har svår missbruksgrad.

Tabell 3. Alkohol, droger och tidigare vård.

	Totalt N= 575	Mild missbruksgrad N=378	Svår missbruksgrad N=184	P	Antal N
Debut av alkohol före 15 års ålder	84 %	82 %	87 %	0,157	475
Debut av narkotika före 15 års ålder	65 %	63 %	70 %	0,100	549
Injicering av narkotika	1 %	0 %	3 %		522
Tidigare vård	29 %	23 %	42 %	0,000	562

Uppväxtmiljö

Det finns inget signifikant samband mellan att ha varit placerad i familjehem eller på institution och ha ett missbruk oavsett svårighetsgrad ($p=0,923$). Analysen av procentsatserna i tabellen visar inga skillnader vad gäller missbruksgrad.

Det finns ett signifikant samband mellan att växa upp i en missbruksmiljö och att senare själv utveckla missbruk ($p=0,000$). Det är 29 % som har upplevt missbruk i sin uppväxtmiljö och 40 % av dem har svårt missbruk.

Att som ungdom upplevt psykiska problem i sin uppväxtmiljö har ett lägre signifikant samband än missbruksproblem i uppväxtmiljön ($p=0,032$). Det är 40 % av de intervjuade ungdomarna i UngDOK som upplevt psykiska problem och har svårt missbruk.

Det är 24 % som har svarat Ja på frågan om våld i uppväxtmiljö. Av dessa har 32 % svårt missbruk. Denna skillnad är signifikanta ($p=0,001$).

Att ha separerade föräldrar har inte ett signifikant samband i att utveckla ett missbruk ($p=0,106$). Det är 65 % har svarat Ja på frågan om separerade föräldrar, 70 % har svårt missbruk. 63 % har mildt missbruk.

Tabell 4. Uppväxtmiljö.

	Totalt	Mild missbrukssgrad	Svår missbruksgrad	P	Antal
	N=	N=378	N=184		N
	575				
<i>Placerad i familjehem/institution</i>	18 %	18 %	18 %	0,923	556
<i>Missbruksproblem i uppväxtmiljö</i>	29 %	24 %	40 %	0,000	548
<i>Psykiska problem i uppväxtmiljö</i>	34 %	31 %	40 %	0,032	541
<i>Våld i uppväxtmiljö</i>	24 %	20 %	32 %	0,001	542
<i>Separerade föräldrar</i>	65 %	63 %	70 %	0,106	542

Utsatt för våld

Det finns ett signifikant samband mellan att ha upplevt fysiskt våld med missbruk ($p=0,000$). Procentsatsen för mildt missbruk är 36 % och 59 % för svårt missbruk. Totalt har 43 % av ungdomarna svarat Ja på denna fråga.

I svars kategorin utsatt för psykiskt våld finns ett signifikant samband ($p=0,000$). 34 % har svarat Ja på frågan angående psykiskt våld. 51 % har svårt missbruk, medan 25 % har mildt missbruk.

Signifikant samband finns även i svars kategorin utsatt för sexuellt våld ($p=0,000$). Antalet som svarat Ja på frågan är 10 % och av dessa har 19 % svårt missbruk och 6 % har mildt missbruk.

Tabell 5. Utsatt för våld.

	Totalt	Mild missbruksgrad	Svår missbruksgrad	P	Antal
	N=	N=378	N=184		N
	575				
Utsatt för fysiskt våld	43 %	36 %	59 %	0,000	542
Utsatt för psykiskt våld	34 %	25 %	51 %	0,000	538
Utsatt för sexuellt våld	10 %	6 %	19 %	0,000	534

Psykisk hälsa

Den upplevda psykiska hälsan när det gäller depression i det undersökta materialet visar att 53 % anser att de varit deprimerade någon gång eller de senaste 30 dagarna. 44 % har samtidigt mildt missbruk och 69 % svårt missbruk. Det finns ett signifikant samband mellan depression och missbruk ($p=0,000$).

I UngDOKs intervjuformulär om psykisk hälsa finns delfrågan om våldsamt beteende som även den visar ett signifikant samband ($p=0,000$). Av andelen ungdomar som har svarat Ja på frågan om våldsamt beteende har 36 % mildt missbruk, och 53 % har svårt missbruk.

På frågan om allvarlig händelse svarar 26 % av ungdomarna att de har varit med om någon allvarlig händelse, 39 % har svårt missbruk och 20 % har mildt missbruk. Ett signifikant samband finns i frågan ($p=0,000$).

Tabell 6. Psykisk hälsa.

	Totalt	Mild missbruksgrad	Svår missbruksgrad	P	Antal
	N=	N=378	N=184		N
	575				
Depression	53 %	44 %	69 %	0,000	547
Våldsamt beteende	41 %	36 %	53 %	0,000	544
Allvarlig händelse	26 %	20 %	39 %	0,000	538

Riskfaktorer och missbruksgrad

Den andra frågeställningen i studien handlade om ifall antalet riskfaktorer påverkar missbrukets svårighetsgrad. För att kunna besvara den frågan har vi beräknat antalet riskfaktorer per ungdom i procent (se tabell 7).

Tabell 7. Antal riskfaktorer presenterat i korstabell.

	Procentuell fördelning (%)	Antal N= 575
0-1	29 %	
2-3	8 %	
4-5	16 %	
6-7	16 %	
8-9	15 %	
10-11	9 %	
12-13	6 %	
14-15	3 %	
16-17	0 %	

Tabellen ovan visar att de flesta ungdomarna i vår studie har en eller flera identifierade riskfaktorer. Dock är det 29 % av ungdomarna som inte har någon eller en riskfaktor. De vanligaste är att en ungdom har fyra till sju riskfaktorer (32 % av samtliga ungdomar). Över hälften av ungdomarna (56 %) har mellan fyra och elva riskfaktorer. En mindre del (9 %) har tolv riskfaktorer eller mer. För att undersöka om det fanns något samband mellan antalet riskfaktorer och missbrukets svårighetsgrad användes Spearmans korrelationsanalys. Analysen visade att med 99,9 procents säkerhet finns det ett samband mellan missbrukets svårighetsgrad och antal riskfaktorer. Det vill säga ju fler riskfaktorer en ungdom har, desto allvarigare är deras användning av alkohol eller narkotika ($p=0,32$).

Sammanfattning

Dessa faktorer presenteras i resultatet: medianåldern på ungdomarna vid inskrivning i UngDOK, kön, primär drog samt debutåldern av alkohol- och narkotika. I resultatet framkommer det att många av de undersökta faktorerna har ett signifikant samband med missbrukets svårighetsgrad. De som har signifikant samband är: *fritid/sysselsättning, problem i skolan, missbruksproblem i uppväxtmiljö, psykiska problem i uppväxtmiljö, våld i uppväxtmiljö, fysiskt våld, psykiskt våld, sexuellt våld, depression, våldsamt*

beteende, allvarlig händelse och tidigare vård av alkohol- och/eller narkotikaproblem. De framkommer även att det finns ett signifikant samband mellan antal riskfaktorer och missbrukets svårighetsgrad. Vidare finns de faktorer som saknar ett signifikant samband, dessa är: debut av alkohol, debut av narkotika, injicering, placerad i familjehem/institution och separerade föräldrar.

DISKUSSION

Denna del delas in i tre avsnitt; en metoddiskussion, en resultatdiskussion och en diskussion kring pedagogiska implikationer. I metoddelen diskuteras om studiens syfte har uppfyllts och om frågeställningarna har besvarats på ett lämpligt sätt genom relevanta metodval och tillvägagångssätt. Resultatdiskussionen är i uppdelad på samma sätt som resultatdelen. Där varje kategori från UngDOK diskuteras var för sig. Studien avslutas med pedagogiska implikationer där författarna diskuterar möjligheter för att studien tillämpas i behandlingsarbete i framtiden.

Metoddiskussion

Studiens syfte har varit att undersöka och beskriva riskfaktorer i relation till missbrukets svårighetsgrad samt om missbrukets svårighetsgrad påverkas av antalet riskfaktorer hos ungdomar. Studiens syfte har på så sätt uppnåtts eftersom att vi har identifierat och plockat ut de riskfaktorer som författarna och tidigare forskning ansett som de mest mätbara variablerna med de förutsättningar som funnits. I den sekundärdata som studien bygger på finns riskfaktorer med som skulle kunna undersökts, men eftersom denna studie bara är inriktad på hårddata har mjukdata valts bort. Om mjukdata hade inkluderats hade en mer omfattande analys kunnat genomföras. Möjligtvis hade analysen av riskfaktorerna blivit annorlunda i den mån att de hade kunnat bli mer fördjupade. Exempelvis har vi i resultatet fått svar på att problem i skolan har ett samband med missbruksgrad. De vi inte har kunnat analysera med hjälp av den hårddata som föreligger är vilka specifika problem ungdomarna har i skolan.

Denna studie är baserad på den positivistiska forskningsansatsen och därmed gäller det att vara neutral till resultaten och inte låta sin förståelse eller sina subjektiva tolkningar spegla resultatet. I en kvantitativ ansats menar kritiker att man bortser från människors förmåga att tolka omvärlden och att man förutsätter att ungdomarna tolkar alla frågor på samma sätt (Bryman, 2011). Att vara objektiv till materialet har för vår del fungerat bra eftersom den hårda datan har varit svår att bedöma utifrån egna värderingar. Trots kritiken till den kvantitativa ansatsen har den varit en fördel i vår studie eftersom vi ville jämföra data med varandra. Detta hade inte uppnåtts om vi hade valt en kvalitativ ansats. I Bryman, 2011 kan man läsa att man förlitar sig på ett mätinstrument som förutsätter samma förkunskap hos respondenterna. Exempelvis ”svår depression” eller ”svår ångest” då detta kan vara olika.

UngDOK

UngDOK har varit ett lätthanterligt instrument att arbeta med och analysera. Detta på grund av att det är strukturerat på ett bra och tydligt sätt och är lättförståeligt. En nackdel med UngDOKs manual är att i vissa frågor är man försiktig med att få ett

tydligt svar av ungdomen. Dessa frågor kan vara baserade på en subjektivitet som gör att svaren kan variera mellan ungdomarna eftersom följdfrågor inte ges utrymme för att ställas. En positiv aspekt är att UngDOK är under validering och detta kan göra att man i framtiden kan förlita sig mer på intervjuens realitet. Något vi inte kan ha påverkat är ungdomarnas egna tolkningar av frågorna vid intervjutillfället, och i vilket tillstånd de befann sig i när de blev intervjuade. Även den som intervjuar kan ställa frågor på olika vis och tolka ungdomens svar utifrån sina egna värderingar. En viktig grundläggande förutsättning för verksamheterna är att UngDOK intervjun uppfattas som meningsfull av både ungdom och behandlare, att den ska vara användbar i det direkta behandlingsarbetet, för såväl behandlingsplanering och behovsbedömning som för uppföljning. En annan betydelsefull aspekt är att intervjun upplevs och uppfattas som ett samtal mellan behandlare och ungdom, bl.a. genom att subjektiva uppfattningar efterfrågas, att flera frågor är öppna samt har ett språkbruk som är anpassat till ungdomar.

Vi har fått det empiriska materialet från UngDOK och detta material har fungerat tillfredsställande utifrån studiens syfte och frågeställningar. Vi anser att resultatet i vår studie är replikerbar och till viss del kan generaliseras till gruppen ungdomar som påbörjar öppenvårdsbehandling för missbruksproblem.

Urval

Datainsamlingen valdes utifrån bekvämlighetsurval, vilket gör att resultatet är baserat på ungdomar från tre storstäder. Resultatet hade kunnat visa ett annat utfall om studien hade tittat på mindre städer och i större omfattning. Mariamottaningarna är de enda enheterna inom missbruksvård för ungdomar som tillsammans har ett stort insamlat material som vi kunde ta del av.

Vi valde att förhålla oss till UngDOKs åldersspann på 13-25 år eftersom vi ville få med så många respondenter som möjligt. Om en bortsortering hade gjorts på grund av ålder hade antal respondenter blivit färre och möjligtvis påverkat resultatet.

Operationalisering

De valda faktorerna utifrån UngDOK har omarbetats i omgångar för att underlätta analysen av dem. Exempelvis ville vi titta på ”fullföljd utbildning” men detta valdes bort på grund av svårigheterna att omkoda då större delen av målgruppen ska gå i grundskolan och därmed inte har kunnat avsluta den.

Under studiens gång har vi provat olika dikotomiseringar bland annat utifrån DSM-5. Detta gick inte på grund av att frågorna i UngDOK inte är ett diagnosmaterial. I resultatet av dikotomiseringen av missbruksgraden (alkoholmissbruk, narkotikafrekvens och blandmissbruk) framkom först fyra värden (inget, mildt, måttligt och svårt) och dessa blev för omfattande för att kunna genomföra sambandstester på. Därför gjordes en ny omkodning som blev två värden (mildt och svårt). Dessa gjorde då att sambandstesterna blev mer korrekta utifrån vår analys. Det hade troligtvis gått att använda sig av andra variabler för att få fram en missbruksgrad men vi valde detta eftersom vi ansåg att det var de mest relevanta faktorerna att utgå ifrån.

Bearbetning

För att bearbeta materialet var statistikprogrammet SPSS 23 det mest tillgängliga och tillämpbara utifrån UngDOKs material. Till en början lades mycket tid till att förstå och lära sig grunderna i SPSS för att det var ovant och ett nytt sätt att arbeta på när det gäller kodning av siffror. Sedan testades variabler i tränings syfte för att se ifall resultaten blev tillfredsställande. Vid några tillfällen har omkodningen fått ändras eftersom resultaten blev uppenbart felaktiga. När vi var färdiga med kodningen av materialet började vi göra sambandstester med hjälp av *Chi*²-test. Utläsandet av *Chi*²-testerna var svårt eftersom det inte går att visa på vart det signifikanta sambandet finns. Att få ut procentsatser i korstabuleringarna har varit behjälpligt därför att det var lättare att se inom vilken grupp det var störst antal.

I kodningen av riskfaktorerna så hade det kunnat göras på andra sätt, och därmed eventuellt förändra resultatet. Vårt valda tillvägagångssätt beror på att det ansågs vara det mest tidseffektiva och lätthanterliga.

Resultatdiskussion

I resultatet nedan redogörs för den ordning som resultatet bygger på i löpande text. Varje tabell diskuteras jämförelsevis med tidigare forskning.

Sociodemografisk information

Majoriteten av det undersökta materialet var pojkar. Detta kan bero på hypotesen om att pojkars missbruk är mer synligt för allmänheten än vad flickors är. Därför kommer pojkarna lättare i kontakt med Maria-mottagningarna. Möjligtvis kan det vara så att flickor har en tydligare psykisk ohälsa vilket istället leder till kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Debutåldern för alkohol (14 år) stämmer överens med tidigare forskning på området (Richert, 2011). Detta gäller även debuten kring narkotika (15 år) som i regel ligger något år efter alkoholdebuten. Majoriteten av ungdomarna som har sökt vård via Mariamottagningarna har en medianålder på 17 år, vilket visar att missbruket kan ha pågått under en längre tid innan ungdomen kommer i kontakt med vården.

Sysselsättning (utbildning, arbete och praktik)

I tidigare forskning redogör Anderberg och Dahlberg (2014) att det kan ses som positivt att ungdomar knyter sociala kontakter med hjälp av en fritidssysselsättning. Stone (2012) menar vidare att det finns begränsat med forskning kring detta område. Vår studie visar att det finns ett signifikant samband mellan att inte ha en fritidsaktivitet och att ha ett svårt missbruk (tabell 2). Däremot visar den också att 49 % som har en fritidssysselsättning också har mildt missbruk. Enligt Sundell och Forster (2005) är det viktigt att ge positiv feedback i fritidssysselsättningen för att ungdomen ska känna en social tillhörighet.

Vidare framgår det i vår studie att det finns stora skillnader inom kategorin missbruksgrad då 67 % inte deltar i någon regelbunden fritidssysselsättning. En diskussion angående behovet av fritidsgårdar kan vara relevant, är det så att fritidsgårdar med trygga och stabila vuxna behövs eller är det bara en grund för att skapa kontakter med negativa förebilder? Kan det möjligtvis behövas mer inkluderande lagsportsaktiviteter som inte är baserade på att ungdomarna senare ska kunna utöva sporten på elitnivå? En fritidssysselsättning kan vara positivt för ungdomens känsla av meningsfullhet som nämns i bakgrunden, men då behöver den verka för allas delaktighet och lika värde och inte efter hur man presterar på planen. Ungdomens känsla av sammanhang (KASAM) kan i detta fall vara viktigare än själva prestationen i sig. För ungdomar som kommer från dysfunktionella hemmiljöer där exempelvis alkoholmissbruk förekommer, blir en fritidssysselsättning ett andrum och en möjlighet att stärka skyddsfaktorerna som i längden kan ge gynsamma förutsättningar trots riskfaktorerna på hemmaplan, d.v.s. reciliens (Borge Helmen, 2012).

Andershed och Andershed (2005) och Sundell (2008) beskriver skolmiljön och anknytningen som två viktiga delar för att ungdomen ska trivas i skolan. Att inte se skolan som meningsfull kan göra att ungdomen dras till andra ungdomar med liknande erfarenheter och kan påverka attityden till droger på ett positivt sätt enligt Gunnarsson (2012) och Chakravarthy m.fl. (2013). I tabell 2 kan man utläsa att 61 % har svarat att de har problem i skolan och av dem har 58 % milt missbruk. 68 % har svår missbruksgrad. Analysen av detta kan vara att problem i skolan inte påverkar i lika hög grad att ungdomen accelererar till en svårare missbruksgrad utan påverkar mer ifall ungdomen börjar med droger eller inte. Ett problem med att utläsa tabellen kan vara att man inte vet vad som orsakar vad. Är det missbruket som orsakar skolproblemen för ungdomarna eller är det problemen i skolan som utlöser ett missbruk?

Alkohol, droger och tidigare vård

Enligt Hawkins m.fl. (1992) är det större risk att fastna i ett missbruk om man debuterar innan 15 års ålder. Tabell 3 visar inga stora procentuella skillnader mellan de olika missbruksgraderna, 82 % av ungdomarna som svarat på frågan har mild missbruksgrad medan 87 % har svår missbruksgrad. Totalt sett kan man se skillnader när det gäller debut ålder då 84 % av ungdomarna i intervjuerna har svarat att de var 15 år eller yngre när de var berusade av alkohol första gången. Tillsammans visar tidigare forskning och vår studies procentsats att denna hypotes kan stämma men enligt beräkningarna finns inget signifikant samband. Detta kan bero på att det är för få antal som har svarat att de varit över 16 år när de debuterade så att det inte går att använda ett *Chi*²-test i denna fråga.

70 % av de ungdomar som vänt sig till öppenvårdsmottagningar har debuterat med narkotika innan 16 års ålder (Richert, 2011). I denna studie (tabell 3) är det 65 % som debuterat innan 16 års ålder. Det finns 63 % inom kategorin mild missbruksgrad. 70 % hamnar i kategorin svår missbruksgrad. Även denna tabell visar inget signifikant samband mellan missbruksgrad och när man debuterade. Detta kan bero på att det är för få antal som har svarat att de varit över 16 år när de debuterade så att det inte går att använda ett *Chi*²-test i denna fråga.

Injicering av narkotika visar ett signifikant samband ($p=0,000$), men 50 % av cellerna har en förväntad frekvens mindre än 5. Vilket gör att vi inte kan använda oss av *Chi*²-test i denna fråga. De sex ungdomar som har svarat Ja på frågan om att de har injicerat hamnar alla under kategorin svårt missbruk då injicering kategoriseras som svårt missbruk.

I vår studie finns det ett signifikant samband mellan tidigare vård av alkohol- och narkotikaproblem och att fortsättningsvis missbruka (tabell 3). 29 % av ungdomarna har svarat Ja på frågan om tidigare vård. Den största gruppen (42 %) återfinns i kategorin svår missbruksgrad. 23 % av ungdomarna har mild missbruksgrad. Med hänvisning till tidigare forskning kan man dra parallellen mellan tidigare vård och svårare missbruk. Detta kan bero på den så kallade "smitteeffekten" som Andreassen (2003) skriver om. Detta samband är signifikant i vår studie ($p=0,000$). Undersökningen från 1981 som författaren också skriver om skulle förhoppningsvis se annorlunda ut idag. Detta på grund av att evidensmetoderna har utvecklats inom missbruksvården de senaste 30 åren.

Uppväxtmiljö

Enligt tidigare forskning är det åtta gånger större risk att utveckla ett missbruk för barn och ungdomar om deras föräldrar missbrakar i deras uppväxt. I denna fråga kan ett familjehem eller en placering på institution ses som en skyddsfaktor för att senare utveckla ett missbruk (Hawkins m.fl. 1992: Stone, m.fl. 2012: Chakravarthy m.fl. 2013: Morisano m.fl. 2014 & Siegel, 2015). Att ha varit placerad i familjehem eller på institution och ha ett missbruk har enligt vår studie ingen signifikans (tabell 4). 18 % har svarat Ja på frågan angående placering på familjehem/institution. Det finns inga procentuella skillnader när det gäller mild och svår missbruksgrad. Båda kategorierna ligger på 18 %. Att ha erfarenhet av placering utanför hemmet verkar inte spela roll för ungdomar när det gäller accelererande missbruk. Detta väcker frågor angående vårdeffektivitet. Om utfallet av placering inte ger ett positivt resultat är det då lönt att använda stora delar av Sveriges budgetkapital för förvaring av ungdomar? Vidare i tabell 4 som handlar om missbruksproblem i uppväxtmiljö finns ett signifikant samband mellan att ha upplevt missbruk i sin uppväxt och att själv utveckla ett missbruk. Av de 29 % som svarat Ja på frågan om de upplevt missbruk i sin uppväxtmiljö är det 40 % av ungdomarna som hamnar under kategorin svår missbruksgrad. 24 % har mild missbruksgrad.

Att som ungdom upplevt psykiska problem i sin uppväxtmiljö har ett lägre signifikant samband ($p=0,032$). I tidigare forskning menar man att graden av anknytning är av stor betydelse. Depressioner hos föräldrar kan försvåra anknytningen till barnen genom exempelvis bristande tillsyn och intresse för barnet (Hawkins m.fl. 1992: Stone, 2012: Chakravarthy m.fl. 2013). Ungdomarna som har angett att de har haft psykiska problem i sin uppväxtmiljö är 34 %. De som svarat Ja under kategorin svårt missbruk är 40 %.

Enligt Sundell och Forster (2005), Morisano m.fl. (2014), Anderberg och Dahlberg (2014) och Nyberg (2016) så spelar allvarlig händelse i uppväxten roll. Det visar även tabell 4 som har ett signifikant samband. Av de ungdomar som har upplevt våld i sin uppväxtmiljö är det 20 % som har milt missbruk jämfört med 32 % som har ett svårt missbruk.

Jämför man missbruksproblem i uppväxtmiljön med psykiska problem och våld i uppväxtmiljö så har missbruk den största signifikansen. Därmed kan missbruk i uppväxtmiljön påverka en ungdom i högre grad än vad psykisk ohälsa och våld gör. Det är svårt att veta vad det är för specifika riskfaktorer i en uppväxtmiljö som gör att ungdomen också börjar missbruka. En stor del av dessa frågor kan vara sammansvetsade för en ungdom. Om en förälder är psykisk sjuk och samtidigt missbrukas är risken hög att den kan uppvisa ett aggressivt beteende och därmed våld.

Tidigare forskning menar att familjekonflikter som kan yttra sig som skilsmässa av föräldrarna kan ses som en riskfaktor och påverka ungdomen negativt (Hawkins m.fl. 1992; Stone, 2012; Chakravarthy m.fl. 2013). I tabell 4 visar det att det inte finns något signifikant samband mellan separerade föräldrar och eget missbruk. Mycket tyder på att det är graden av konflikter som leder till skilsmässa som kan ha en påverkan på missbruk hos ungdomen. Vår studie har inte mätt grad av konflikt i familjen innan skilsmässa utan bara om föräldrarna är separerade. Enligt tidigare forskning och vår studie är det troligtvis inte separationen i sig som påverkar ett missbruk utan omständigheterna som leder fram till separationen.

I denna studie kan man dra slutsatserna att familjen och uppväxtvillkoren är en betydelsefull skyddsfaktor för en ungdom att inte hamna i ett missbruk. När det gäller alla faktorer i familjen är det viktigt att se problemen ur ett holistiskt perspektiv som innefattar att se helheten och inte bara ungdomens missbruk. Familjefaktorer samverkar och en riskfaktor utesluter inte en annan, dvs. det är svårt att dra slutsatser om en riskfaktors påverkan när det gäller familjeförhållanden.

Utsatt för våld

Enligt Sundell och Forster (2005), Morisano m.fl. (2014), Anderberg och Dahlberg (2014) och Nyberg (2016) kan övergrepp i barndomen leda till psykisk ohälsa som sedermera kan leda till ett missbruk. I frågan om ungdomen någon gång har varit utsatt för våld/övergrepp ingår det tre variabler om fysiskt- psykiskt- och sexuellt våld. Alla dessa tre har visat ett signifikant samband med missbruk (tabell 5). Svarsfrekvensen när det gäller svaret Ja varierar kraftigt mellan de tre variablerna. Exempelvis när det gäller sexuellt våld där endast 10 % har svarat Ja och en majoritet av dessa är flickor. Antingen har inte så många upplevt sexuellt våld eller så är det många av ungdomarna som väljer att inte svara sanningsenligt då denna fråga kan vara känslig. Inom kategorin svårt missbruk och fysiskt våld har 59 % svarat Ja. Detta innebär att över hälften av ungdomarna som har svarat på frågan någon gång har upplevt fysiskt våld. Detta våld kan vara en subjektiv bedömning av ungdomen och dennes svar ska inte värderas av intervjuaren vilket gör att ungdomen kan uppfatta frågan fel. När det gäller frågan om psykiskt våld är det 51 % av ungdomarna som hamnar i kategorin svår missbruksgrad och som svarat Ja på frågan. Det finns antagligen ett stort mörkertal i dessa frågor. Det man kan konstatera är att fysiskt och psykiskt våld är vanligt bland ungdomar med missbruksproblematik, frågan är om det uppmärksammas i den grad i behandlingsinstanser? Vad blir konsekvenserna av eventuella olösta trauman som kan gömma sig bakom denna problematik?

Psykisk hälsa

Tabell 6 som handlar om depression, och visar ett signifikant samband med missbruk som väl stämmer överens med Anderberg och Dahlbergs (2014) forskning där man ser psykisk ohälsa som en faktor som kan skynda på processen mot missbruk. Detta för att ungdomen själv försöker att lindra sina depressioner med en substans. 69 % som har svarat att de upplevt depression någon gång har svårt missbruk, medan 44 % har mildt missbruk som har upplevt depression. Här kan man se en tydlig skillnad i procent vilket kan innebära att vård av psykisk ohälsa är att prioritera innan problemen accelererar. Även detta kan kopplas till ovanstående diskussion, där övergreppen kan leda till depression eller annan psykisk ohälsa. Här kan man även diskutera ifall den psykiska ohälsan beror på missbruket eller tvärtom. Denna studie har inte kunnat mäta detta närmare på grund av tidsaspekten.

En ungdom som uppvisar tidiga aggression- och impulsivhetsproblem kan enligt Chakravarthy m.fl. (2013) och Hawkins, Catalano och Miller (1992) öka risken för att utveckla ett missbruk. Tabell 6 visar att detta kan stämma eftersom det finns ett signifikant samband mellan våldsamt beteende och missbruk. Det finns en stor skillnad mellan mild missbruksgrad (36 %) och svår missbruksgrad (53 %). I denna fråga kan man också diskutera ifall ungdomen missbrukar för att den har ett våldsamt beteende eller om det våldsamma beteendet har gjort att ungdomen utvecklat ett missbruk för att självmedicinera. Våldsamt beteende har 41 % av ungdomarna svarat Ja på, detta kan eventuellt kopplas till fysiskt våld där 43 % svarat Ja. Snarlika procentsatser gör att frågan om detta kan särskiljas i den utsträckning som görs väcks. Kan hända hänger ett eget våldsamt beteende ihop med att bli utsatt för fysiskt våld.

En allvarlig eller traumatisk händelse kan leda till att ungdomen utvecklar en psykisk ohälsa som kan leda till missbruk (Sundell & Forster, 2005; Morisano m.fl, 2014; Anderberg & Dahlberg, 2014; Nyberg, 2016). I vår studie visar tabell 6 att det finns ett signifikant samband mellan allvarlig händelse och missbruk. 26 % har svarat Ja på frågan angående allvarlig händelse, 39 % av dem hamnar i kategorin svår missbruksgrad. Troligen är det så att en allvarlig händelse i sig inte är bland de avgörande av riskfaktorer för att utveckla ett missbruk.

Riskfaktorer och missbruksgrad

I denna studie har vi undersökt 17 identifierade riskfaktorer och korstabulerade dessa mot missbrukets svårighetsgrad. Det visades att det finns ett signifikant samband som innebär att riskfaktorer påverkar en ungdoms missbruk. Det är ingen ungdom som har angett att de har 16-17 stycken riskfaktorer (0 %). Av de undersökta ungdomarna var det 29 % som har 0 – 1 riskfaktorer, vilket var den procentuellt största gruppen. Därefter hade flest ungdomar mellan 4-5 eller 6-7 riskfaktorer (16 %). Med dessa siffror kan man anse att det endast fordras en riskfaktor för att öka risken att utveckla ett missbruk. Dock visar det i vår studie att svårighetsgraden i missbruket kan vara svårare vid fler antal riskfaktorer. Slår man ihop andelen ungdomar som har 4-7 stycken riskfaktorer uppgår procentsatsen till 32 %. Det kan dock vara så att inom denna riskfaktorgrupp kan det finnas riskfaktorer som väger tyngre och påverkar mer.

Exempelvis om en ungdom har problem i skolan och en missbrukande förälder är detta sammantaget en kraftigare riskfaktor än enbart en allvarlig händelse.

Den förståelsemodell för mänskligt beteende som Stattin och Magnusson (1996) redogör för kan förstås genom ett holistiskt-interaktionistiskt perspektiv, vilket menas att man måste se till ungdomens risk- och skyddsfaktorer för att kunna samverka för ett positivt behandlingsresultat inom missbruksvården. Sundell och Forsters (2005) sammanställning i bakgrunden påtalar vikten av att behandlingsprogram ska styras av god evidens om risk- och skyddsfaktorer då dessa är betydelsefulla i missbruksbehandling. Mothypotesen som tidigare presenterades visar sig härmed stämma.

Pedagogiska implikationer och framtida forskning

Ur ett behandlingspedagogiskt perspektiv anser vi att vårt resultat bekräftar relevansen i att vara medveten om riskfaktorers betydelse i utvecklandet av missbruksproblem hos ungdomar. Vår studies resultat visar att det holistiska-interaktionistiska perspektivet bör prägla missbruksvården mer än vad som idag föreligger. Den instans som har mest kontakt med ungdomar är skolan. Som tidigare nämnt är skolan den största skyddsfaktorn och gör att det preventiva arbetet kan vara avgörande för att motverka missbruksproblem. Sundell och Forster (2005) skriver att de mest effektiva programmen har en uttalad risk- och skyddsteori. En ökad medvetenhet hos skolan kan underlätta när det gäller att upptäcka ungdomar med många riskfaktorer. Vår förhoppning är att det i framtiden ska gå att utveckla en manual som ska ses som en checklista som ska göra skolpersonal medvetna om vilka riskfaktorer som finns och hur de kan uppmärksamma dessa. Genom denna kunskap kan skolan i det pedagogiska arbetet vägleda ungdomarna till rätt instanser, stötta i de områden som är relevanta för skolan och därmed möjligtvis eliminera framtida missbruksproblem. Manualen skulle även kunna vara behjälplig i andra sammanhang där vuxna kommer i kontakt med ungdomar. Vi skulle även vilja se att manualen utvecklas för fritidsgårdar, idrottsföreningar, kyrkans ungdomsverksamhet och ungdomsmottagningar etc.

Manualen ska i första hand ses som ett hjälpmedel, det vill säga en vägledning och ingen absolut sanning. Manualen skulle kunna ses som ett pedagogiskt stöd i samtalet med en ungdom, och som ett redskap i identifieringen av specifika riskfaktorer. Detta för att en ungdom inte ska utveckla en hög svårighetsgrad av sitt missbruk och på så sätt behöva fler och högre påkostade insatser när denne blir äldre. Även om manualen i första hand är tänkt att synliggöra riskfaktorer är det i samma mening viktigt att skyddsfaktorer görs synliga, då dessa är betydande för ett gynnsamt preventivt arbete och kan göra att en ungdom, trots många riskfaktorer, ändå får gynnsamma förutsättningar till ett drogfritt liv.

Utifrån våra tankar kring en manual är förhoppningen att även samarbetet mellan olika professioner ska förbättras. Tydligheten i vilka instanser som gör vad synliggör den röda tråden och tydliggör professionernas olika roller. Vår gemensamma uppfattning utifrån egna erfarenheter är att det i vissa lägen kan finnas en misstro hos skolpersonal när de anmäler vidare till socialtjänst och ungdomen blir vägledad till den

kommunala öppenvården. Här brukar kritiken från skolpersonal vara att de inte får information om vad som försegår och händer med den anmälan som gjordes. Att man inte får feedback på vad skolan ska kunna göra för att komplettera den inledda samtalsbehandlingen hos öppenvården. Med en tydlighet även på den organisatoriska delen kommer det behandlingspedagogiska arbetet att förbättras och i slutändan ge en mer sammanhållen vård som gynnar ungdomen.

REFERENSER

- American Psychiatric Association (2013). *Substance-Related and Addictive Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Anderberg, Mats & Dahlberg, Mikael (2009). *Strukturerade intervjuer inom missbruksvård – som en grund för kunskapsutveckling*. Göteborg: Intellecta Infolog.
- Anderberg, Mats & Dahlberg, Mikael (2014). Ungdomar med missbruksproblem – en deskriptiv studie av Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift*, 4.
- Anderberg, Mats., Dahlberg, Mikael & Wennberg, Peter (2016). (Kommande)
- Andershed, Henrik & Andershed, Anna-Karin (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia förlag.
- Andreassen, Tore (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia Förlag.
- Antonovsky, Aaron (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Almazidou, Maria., Anderberg, Mats., Borg, Mattias., Dahlberg, Mikael., Kainulainen, Kari., Nilsson, Ingegerd., m.fl. (2014). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – ungdomar i öppenvård år 2013*. Hämtad 2016-01-26
http://socialutveckling.goteborg.se/uploads/Linneuniv_rapport.pdf
- Berman, H Anne., Wennberg, Peter & Källmén, Håkan (2012). *AUDIT & DUDIT. Identifiera problem med alkohol och droger*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Borge Helmen, Inger Anne (2012). *Resiliens: Risk och sund utveckling*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Broberg, Anders., Risholm Mothander, Pia., Grahnqvist, Pehr & Ivarsson, Tord (2008). *Anknytning i praktiken: tillämpningar och anknytningsteori*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brounstein, Paul., Zweig, Janine & Gardner, Stephen (2001). Science based substance abuse prevention: a guide. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. DHHS Publication No. (SMA)01-3505. Hämtad 2016-02-04
ftp://ftp.snoco.org/Human_Services/AOD%20Prevention/CSAPsPrincipleofSAPrevention.pdf
- Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Cederlund, Christer & Berglund, Stig-Arne (2014). *Socialpedagogik – pedagogiskt socialt arbete*. Stockholm: Liber AB.
- Chakravarthy, Bharath., Shah, Shyam & Lotfipour, Shahram (2013). Adolescent drug abuse – Awareness & prevention. *Indian J Med Res*, 137:1021-1023.

- Dahlberg, Mikael & Anderberg, Mats (2012). *UngDOK Manual för intervjuformulären*. Växjö: Linnéuniversitetet (IKM). Hämtad 2016-03-03 <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:903975/FULLTEXT01.pdf>
- Djurfeldt, Göran., Larsson, Rolf & Stjärnhagen, Ola (2010). *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Ferrer-Wreder, Laura., Stattin, Håkan., Lorente, Carolyn., Tubman, Jonathan & Adamson, Lena (2012). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – En forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia förlag.
- Forkby, Torbjörn., Olausson, Solveig & Turner, Russell (2013). *FoU-rapport 2013:04 Cannabisanvändning bland ungdomar. En sammanställning av forskning för en kunskapsbaserad prevention*. Hämtad 2016-03-18 http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZI7tD9hGLCEJ:socialutveckling.goteborg.se/uploads/cannabisanv%25C3%25A4ndning_Russell_Forkby_Olausson2013.pdf+&cd=8&hl=sv&ct=clnk&gl=se
- Gunnarsson, Mattias (2012). *Psychological factors associated with substance use in adolescents*. Göteborg: Department of Psychology.
- Levin, Claes (1998). *Uppfostringsanstalten: om tvång i föräldrars ställe*. Lund: Arkiv förlag.
- Långström, Niklas (2003). Barn och ungdomar med antisocial eller aggressiv utagerande. Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri. *Svensk BUP-förenings riktlinjer för handläggning av barn med utagerande, version 2003-05-30*.
- Melin, Ann-Gerd & Näsholm, Christina (1998) *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Morisano, Dominique., Babor, Thomas & Robaina, Katherine (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 31.
- Nyberg, Fred (2016) Att må dåligt – en orsak till missbruk och beroende? *Socialmedicinsk tidskrift*, 1.
- Nyström, Siv., Cronqvist, Anna-Lena., Engström, Christer., Jäderland, Anneli., Ekblom, Gunnel & Lood, Christel (2003). *Metoder för missbrukarvården. ASI-intervjun i praktisk tillämpning*. Hämtad 2016-03-18 https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10656/2003-112-4_20031125.pdf
- Patel, Runa & Davidson, Bo (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur AB
- Richert, Torkel (2011). *FoU-rapport 2011:6 Mot en mer kunskapsbaserad öppenvård för unga med missbruk*. Hämtad 2016-02-04 <http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/12572/FoU%202011.6%20mu%20ep.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Siegel, Judith (2014). Emotional Regulation in Adolescent Substance Use Disorders: Rethinking Risk. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 24:67-79.
- Socialstyrelsen (2005). *Kvalitet inom missbrukarvård. Ett försök att utveckla kvalitetskriterier.* (Delrapport 2005-131-16) Hämtad 2016-01-04 http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10156/2005-131-16_200513117.pdf
- Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer förvård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.* Falun: Edita Bobergs AB
- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling.* Stockholm: Statens offentliga utredningar
- Stattin, Håkan & Magnusson, David (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645.
- Stone, Andrea., Becker, Linda., Huber, Alice & Catalano, Richard (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747-775
- Sundell, Knut (2008). Risk- och skyddsfaktorer för narkotikabruk. I: Sven Andréasson (Red.) *Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete* (92-106). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Sundell, Knut & Forster, Martin (2005). *FoU-rapport 2005:1 En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn.* Hämtad 2016-02-04 [http://www5.goteborg.se/prod/SocialResurs/dalisprenu.nsf/vyFilArkiv/en_grund_for_att_vaxa.pdf/\\$file/en_grund_for_att_vaxa.pdf](http://www5.goteborg.se/prod/SocialResurs/dalisprenu.nsf/vyFilArkiv/en_grund_for_att_vaxa.pdf/$file/en_grund_for_att_vaxa.pdf)
- Thurén, Torsten (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare.* Stockholm: Liber AB.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* (2002). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Von Wright, Moira (2003). *Vad eller vem? En pedagogisk rekonstruktion av G H Meads teori om människors intersubjektivitet.* Uddevalla: Daidalos AB.
- Wedin, Lage & Sandell, Rolf (2004). *Psykologiska undersökningsmetoder – en introduktion.* Lund: Studentlitteratur AB.

Intervjuinformation

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Individkod (AADDII): _____ | 4. Datum för ifyllande av formulär: _____ |
| 2. Vårdtillfälle: _____ | 5. Löpnummer: _____ |
| 3. Inskrivningsdatum: _____ | 6. Intervjuare/uppgiftslämnare: _____ |

A - Administrativa uppgifter

- | | |
|---|--|
| A1. Ip:s hemkommun: (kommunnummer) * _____ | A4. Har föräldrar/anhöriga närvarat vid intervjun? _____ |
| A2. Om stadsdel, vilken? *
_____ | 0 = Nej 1 = Ja |
| A3. Formuläret besvarat genom: * _____ | |
| 1 = Personlig intervju 3 = Aktmaterial
2 = Telefonintervju | |

B - Sociodemografisk information

- | | |
|---|----------------------------|
| B1. Kön: * _____ | b Förälder 1
_____ |
| 1 = Man 2 = Kvinna | |
| B2. Ålder: * _____ | c Förälder 2
_____ |
| B3. Födelseland:
a Intervjuperson
_____ | B4. Är du adopterad? _____ |
| | 0 = Nej 1 = Ja |

C - Behandlingskontakt

- | | |
|---|---|
| C1. Har du tidigare haft kontakt med vår enhet? * _____ | C4. Har du en pågående kontakt med Socialtjänsten?
_____ |
| 0 = Nej 1 = Ja | 0 = Nej 1 = Ja |
| C2. Vem är den främsta initiativtagaren till kontakten? _____ | C5. Har du en pågående kontakt med BUP/psykiatrin?
_____ |
| 1 = Eget initiativ 6 = Sjukvård
2 = Familj 7 = Polis
3 = Vänner 8 = Kriminalvård
4 = Socialtjänst 9 = Annan initiativtagare
5 = Skola | 0 = Nej 1 = Ja |
| C3. Hur fick du information om verksamheten? _____ | C6. Har du en pågående kontakt med Kriminalvården?
_____ |
| 1 = Internet 5 = Skola
2 = Familj 6 = Sjukvård
3 = Vänner 7 = Polis
4 = Socialtjänst 8 = Annat sätt | 0 = Nej 1 = Ja |

D - Boende och försörjning**D1. Vilken har din huvudsakliga boendeform varit?****a De senaste 30 dagarna:** _____**b De senaste 3 månaderna:** _____

- 1 = Egen bostad
 2 = Andrahandlinneboende/studentbostad
 3 = Försöks/träninglägenet
 4 = Institution
 5 = Familjehem
 6 = Fängelse

- 7 = Hotell
 8 = Hos föräldrar
 9 = Hos släktingar
 10 = Bostadslös
 11 = Annat

D2. Om annat boende de senaste 30 dagarna, vilket? *

D3. Vilken har varit din huvudsakliga försörjning?**a De senaste 30 dagarna:** _____**b De senaste 3 månaderna:** _____

- 1 = Lön
 2 = A-kassa
 3 = Ersättning från Försäkringskassan
 4 = Försörjningsstöd
 5 = Studiemedel
 6 = Försörd av förälder/anhörig
 7 = Kriminalitet
 8 = Annat

D4. Om annan försörjning de senaste 30 dagarna, vad? *

E - Sysselsättning (utbildning, arbete och praktik)**E1. Deltar du i någon regelbunden fritidsaktivitet? (minst en gång per vecka)** _____

0 = Nej 1 = Ja

E2. Om fritidsaktivitet, vad?**E3. Vilken har din huvudsakliga sysselsättning varit?****a De senaste 30 dagarna:** _____**b De senaste 3 månaderna:** _____

- 1 = Grundskola
 2 = Gymnasium
 3 = Eftergymnasial utb/högskola
 4 = Arbete

- 5 = Praktik
 6 = Arbetslös
 7 = Saknar sysselsättning
 8 = Annat

E4. Om annan sysselsättning de senaste 30 dagarna, vilken? * _____**E5. Vilken är din högsta fullföljda utbildningsnivå? *** ____

- 1 = Ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande
 2 = Fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande
 3 = Fullföljd gymnasium, folkskola eller motsvarande
 4 = Fullföljd eftergymnasial utbildning/högskola

E6. Har du eller har du haft problem i skolan som påverkat din närvaro, dina resultat och/eller din trivsel?

0 = Nej 1 = Ja

E7. Om problem i skolan, vad?

E8. Har du läs- och skrivsvårigheter? _____

0 = Nej 1 = Ja

E9. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din sysselsättning? _____

0 = Nej 1 = Ja

E10. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? _____**F - Alkohol, droger och tobak***fortsättning på nästa sida***F1. Röker eller snusar du regelbundet? _____**

0 = Nej 1 = Ja

F2. När rökte eller snusade du första gången? (ålder, Ange 0 om det ej har skett) _____**F3. När var du berusad av alkohol första gången? (ålder)** _____**F4. Hur ofta dricker du alkohol? _____**

- 0 = Aldrig
 1 = 1 gång i månaden eller mer sällan
 2 = 2-4 gånger i månaden
 3 = 2-3 gånger i veckan
 4 = 4 gånger per vecka eller mer

F5. Hur många glas dricker du en typisk dag då du Dricker alkohol? _____

0 = 1-2 1 = 3-4 2 = 5-6 3 = 7-9 4 = 10 eller fler

F6. Hur ofta dricker du (tjej) 4 eller (kille) 5 glad eller mer vid samma tillfälle? _____

- 0 = Aldrig
 1 = Mer sällan än en gång i månaden
 2 = Varje månad
 3 = Varje vecka
 4 = Dagligen eller nästan varje dag

F7. Primär drog och andra droger

	Drog (välj från alt 1)	Intagningssätt (välj från alt 2)	Frekvens senaste 30 dagarna (välj från alt 3)	Frekvens senaste 3 mån (välj från alt 3)	Debutålder
Primär drog	_____	_____	_____	_____	_____
Annan drog	_____	_____	_____	_____	_____
Annan drog	_____	_____	_____	_____	_____
Annan drog	_____	_____	_____	_____	_____
Annan drog	_____	_____	_____	_____	_____
Annan drog	_____	_____	_____	_____	_____

Alternativ 1

- 1 = Alkohol
 2 = Cannabis
 3 = Amfetamin
 4 = Kokain
 5 = Ecstasy
 6 = LSD
 7 = Heroin
 8 = Metadon
 9 = Subutex/Subuxone
 10 = GHB
 11 = Spice
 12 = Sniffning/lösningemedel
 13 = Bensodiazepiner
 14 = Andra dämpande medel
 15 = Anabola androgena steroider
 16 = Andra medel

Alternativ 2

- 1 = Oralt
 2 = Nasal
 3 = Rökning
 4 = Injicering

Alternativ 3

- 0 = Ej bruk
 1 = Enstaka tillfälle
 2 = 1 dag/v eller mindre
 3 = 2-3 dagar/vecka
 4 = 4-6 dagar/vecka
 5 = Dagligen

F8. Om andra medel (1), vad?

F9. Om andra medel (2), vad?

F10. Om andra medel (3), vad?

F11. Om andra medel (4), vad?

F12. Använder du två eller fler droger i kombination? (blandmissbruk) * _____

- 0 = Nej 1 = Ja

F14. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din användning av alkohol? _____

- 0 = Nej 1 = Ja

F15. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (alkohol)

F16. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din användning av narkotika och läkemedel? _____

- 0 = Nej 1 = Ja

F17. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (narkotika och läkemedel)

F13. Har du någon gång injicerat narkotika? * _____

- 0 = Aldrig injicerat
 1 = Injicerat någon gång, men inte senaste 12 månaderna
 2 = Injicerat någon gång de senaste 12 månaderna, men inte senaste 30 dagarna
 3 = Injicerar för närvarande (under de senaste 30 dagarna)

G - Behandlingshistoria**G1. Har du tidigare vårdats?****a** För narkotikaproblem _____**f** Psykiatrisk tvångsvård _____**b** För alkoholproblem _____**g** Annan vård _____**c** Enligt LVU _____

0 = Nej 1 = Ja

d Enligt LVM _____**G2. Om annan vård, vad?****e** frivillig psykiatrisk vård/BUP _____**H - Kriminalitet****H1. Har du någon gång blivit gripen av polisen, antal gånger? (för brott du varit inblandad i eller misstänkts för) _____****H4. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din kriminalitet? _____****H2. Har du blivit dömd för något/några brott? * _____**

0 = Nej 1 = Ja

0 = Nej 1 = Ja

H5. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (kriminalitet)**H3. Har du någon gång blivit utsatt för något brott? _____**

0 = Nej 1 = Ja

I - Uppväxt och uppväxtmiljö**I1. Med vem eller vilka har du främst vuxit upp, dvs bott hos, upp till 18 års ålder?**

Med vem/vilka (välj från alt 1)

Om annan, vad?

0-2 år _____

3-6 år _____

7-9 år _____

10-12 år _____

13-15 år _____

16-18 år _____

Alternativ 1

1 = Båda föräldrarna/adoptivföräldrar

5 = Släktingar

2 = En förälder

6 = Familjehem/fosterhem

3 = En förälder med sambo

7 = Institution/behandlingshem

4 = Syskon

8 = Annan

I2. Har du någon gång varit placerad i familjehem eller på institution? _____

0 = Nej 1 = Ja

I5. Förekom det psykiska problem i din uppväxtmiljö?

0 = Nej 1 = Ja

I3. Förekom det ekonomiska problem i din uppväxtmiljö? _____

0 = Nej 1 = Ja

I6. Förekom det misshandel/våld i din uppväxtmiljö?

0 = Nej 1 = Ja

I4. Förekom det alkohol- och drogmisbruk i din uppväxtmiljö? _____

0 = Nej 1 = Ja

I7. Har dina föräldrar separerat? _____

0 = Nej 1 = Ja

J - Utsatt för våld**J1. Har du någon gång varit utsatt för våld/övergrepp?**

Ja/Nej (välj från alt 1)

Fysiskt _____

Psykiskt _____

Sexuellt _____

Alternativ 1

0 = Nej 1 = Ja

K - Familj och relationer**K1. Nuvarande relationer**

Hur många är ett stöd för dig? (antal)

Föräldrar _____

Syskon _____

Partner _____

Barn _____

Annan släkting _____

Vänner _____

Andra personer _____

K2. Umgås du med vänner som använder droger? _____

0 = Nej 2 = Ja, för det mesta

1 = Ja, ibland

K5. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (familj)

K3. Umgås du med vänner som begås brott? _____

0 = Nej 2 = Ja, för det mesta

1 = Ja, ibland

K6. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller relationerna till vänner och andra personer? _____

0 = Nej 1 = Ja

K4. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller relationerna i din familj? _____

0 = Nej 1 = Ja

K7. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (vänner och andra personer)

L - Fysisk hälsa**L1. Har du under de senaste 30 dagarna haft något/några allvarliga problem med din fysiska hälsa? * _____**

0 = Nej 1 = Ja

L3. Är det något som du skulle vilja förändra när det gäller din fysiska hälsa? _____

0 = Nej 1 = Ja

L2. Om fysiska problem, vad?

L4. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (fysisk hälsa)

M - Psykisk hälsa*fortsättning på nästa sida***M1. Har du någon gång/de senaste 30 dagarna under en period av en vecka eller längre?**

Någon gång (välj från alt 1)

De senaste 30 dagarna (välj från alt 1)

haft problem med sömnen _____

varit deprimerad _____

haft ångest eller upplevt allvarlig oro _____

haft problem med att förstå, koncentrera dig eller minnas _____

upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende _____

	Någon gång (välj från alt 1)	De senaste 30 dagarna (välj från alt 1)
upplevt allvarliga självmordstankar om ja, har du försökt att begå självmord	_____	_____
haft hallucinationer, utan att det har varit i samband med drogbruk	_____	_____
tagit receptbelagd medicin för något psykiskt problem/funktionshinder	_____	_____
haft någon ätstörning	_____	_____
avsiktligt skadat dig själv	_____	_____
Alternativ 1 0 = Nej 1 = Ja		
M2. Har du någon neuropsykiatrisk diagnos? _____		M5. Om allvarlig händelse, vad? _____
0 = Nej 1 = Ja		
M3. Om neuropsykiatrisk diagnos, vilken? _____		M6. Är det något du skulle vilja förändra när det gäller din psykiska hälsa? _____
		0 = Nej 1 = Ja
M4. Har du varit med om en allvarlig händelse, olycka, våld eller katastrof som du fortfarande påverkas psykiskt av? (t.ex. mardrömmar, vaksamhet, undviker saker som har samband med händelsen) _____		M7. Om ja, vad är det viktigaste att förändra? (psykisk hälsa) _____
0 = Nej 1 = Ja		

N - Avslutande frågor

N1. Vilken är din egen främsta anledning till kontakten med vår enhet? _____	N2. Är det något annat som du vill säga eller tillägga? (som inte framkommer i formuläret och som har betydelse för kontakten) _____
--	--