

# Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

**Arbetsdokument – Psykologisk eller psykosocial  
behandling för ungdomar**

# Innehåll

Inledning .....	3
Litteratursökning.....	4
Tillstånd och åtgärder.....	11
<b>Rad: G01 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Kort intervention eller motivationshöjande behandling (MET) .....	12
<b>Rad: G02 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Motivationshöjande behandling (MET) och kognitiv beteendeterapi (KBT) .....	28
<b>Rad: G03 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Brief strategic family treatment (BSFT) .....	41
<b>Rad: G04 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Functional family therapy (FFT) .....	48
<b>Rad: G05 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Multidimensional family therapy (MDFT) .....	63
<b>Rad: G06 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Multisystemisk terapi (MST) .....	80
<b>Rad: G07 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC) .....	97
<b>Rad: G08 Tillstånd:</b> Användning, missbruk eller beroende av cannabis hos ungdomar under 18 år <b>Åtgärd:</b> Cannabisprogram för ungdomar	110

# Inledning

För varje åtgärd finns ett arbetsdokument med information om litteratursökningen och värderingen av det vetenskapliga underlaget. Dokumentet har använts som underlag vid prioriteringen av det specifika tillståndet vid den aktuella åtgärden. (Läs mer om nationella riktlinjer och prioriteringar på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)). Litteraturen till det vetenskapliga underlaget identifierades via systematisk informationssökning i minst två vetenskapliga databaser, manuell genomgång av referenslistor till relevanta studier och översikter, och genom kontakt med experter inom området. Det vetenskapliga underlaget har värderats utifrån GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Arbetsdokumentet har inte blivit korrekturläst varför det kan finnas vissa språkliga och andra formmässiga fel.

Socialstyrelsen genomförde 2019 en översyn och en ny litteratursökning utfördes för de sju rekommendationerna C37, C38, C39 (som fått nytt namn C39a), C41, C42, C43 och C44. Ny litteratur identifierades för samtliga rekommendationer förutom C42. Två nya rekommendationer, C39b och C45, har tillkommit 2019.

# Litteratursökning

**Databas:** PubMed **Databasleverantör:** NLM **Datum:** 2012-04-02, 2012-04-10, 2013-06-11, 2014-05-05

**Ämne:** Riktlinjer för missbruk

**Sökning gjord av:** Ann Kristine Jonsson, Christian Linders **Uppdaterad av:** Edith Orem

**På uppdrag av:** Anders Tengström och Thomas Lundqvist

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MeSH/FT	((("Alcoholism"[Mesh]) OR (alcohol dependence[ti] OR alcohol dependent[ti] OR alcohol dependency[ti] OR alcohol addiction[ti] OR alcoholism[ti] OR chronic alcohol misuse[tiab] OR chronic excessive alcohol[tiab] OR alcohol abuse[ti] OR chronic alcoholic[ti] OR chronic alcoholic intoxication[tiab] OR chronic excessive alcohol consumption[tiab] OR alcoholics[ti])) OR ((harmful[ti] OR hazardous[ti]) AND (consumption[ti] OR drinking[ti]))) OR (drinking habits[ti] AND alcohol*[tiab])) OR (alcohol*[ti] AND (abuse[ti] OR abuser[ti] OR consum*[ti] OR problem*[ti] OR habits[ti] OR drinking[ti] OR hazardous[ti] OR harmful[ti] OR misuse[ti] OR screening[ti] OR brief intervention[ti]))	77162
2.	MeSH	"Amphetamine-Related Disorders"[Mesh] OR "Cocaine-Related Disorders"[Mesh] OR "Marijuana Abuse"[Mesh] OR "Opioid-Related Disorders"[Mesh] OR "Substance Abuse, Intravenous"[Mesh] OR "Substance Withdrawal Syndrome"[Mesh] OR "Street Drugs"[Mesh]	62853
3.	FT	substance abuse*[tiab] OR substance use[tiab] OR substance addiction[tiab] OR drug use*[tiab] OR drug usage[tiab] OR drug abuse*[tiab] OR drug addict*[tiab] OR addiction*[ti] OR drug depend*[ti]	98617
4.		1. OR 2. OR 3.	204941
<b>Brief Intervention</b>			
5.	FT	brief intervention*[tiab]	2148
6.		4. AND 5.	1058
7.	MeSH	"Adolescent"[Mesh] OR "Young Adult"[Mesh]	1727229
8.	FT	adolescent*[ti] OR teenager*[ti] OR youth*[ti]	19560
9.		7. OR 8.	1731794
10.		6. AND 9.	329
11.		10. AND Filters: Systematic Reviews, Publication date from 2012/01/01	<b>10</b>
12.		10. AND Filters: Randomized Controlled Trial, Publication date from 2012/01/01	<b>29</b>
<b>Motiverande samtal</b>			
13.	FT	motivational[ti] AND (interview*[ti] OR intervention*[ti] OR enhancement[ti])	983
14.	FT	motivational interview*[tiab]	1868
15.		13. OR 14.	2062

16.		15. AND 9.	512
17.		16. AND Filters: Systematic Reviews, Publication date from 2012/01/01	12
18.		16. AND Filters: Randomized Controlled Trial, Publication date from 2012/01/01	78
<b>Återfallsprevention</b>			
19.	MeSH	"Recurrence/prevention and control"[Mesh]	12440
20.	FT	relapse prevention[tiab]	2053
21.		19. OR 20.	13935
22.		21. AND 9.	2331
23.		22. AND 4.	223
24.		23. AND Filters: Systematic Reviews, Publication date from 2012/01/01	2
25.		23. AND Filters: Randomized Controlled Trial, Publication date from 2012/01/01	18
<b>ART</b>			
26.	FT	aggression replacement training[tiab] OR aggression replacement therapy[tiab] OR aggression replacement treatment[tiab]	4
27.	FT	aggression control therapy[tiab]	2
28.		26. OR 27. AND Filters: Publication date from 2012/01/01	2
<b>MET/CBT12 och MET/CBT5</b>			
29.	FT	cbt12[tiab] OR cbt5[tiab] AND Filters: Publication date from 2012/01/01	1
<b>FBT</b>			
30.	FT	family-based therapy[tiab] AND Filters: Publication date from 2012/01/01	9
<b>MST</b>			
31.	FT	multi-systemic therapy[tiab] OR "multisystemic family therapy" OR "multisystemic family treatment" OR "multisystemic therapy" OR "multisystemic treatment"	204
32.		31. AND Filters: Publication date from 2013/01/01	27
<b>Family-based interventions</b>			
33.	FT	family-based[ti]	1095
34.		33. AND 9. AND 4. AND Filters: Publication date from 2012/01/01	7
<b>BSFT, brief strategic family treatment</b>			
35.	FT	BSFT[tiab]	23
36.	FT	brief strategic family treatment OR "brief strategic family treatment" OR "brief strategic family therapy"	48
37.		35. OR 36.	52
38.		37. AND Filters: Publication date from 2013/01/01	7
<b>AUDIT</b>			
39.	FT	AUDIT[tiab]	22786
40.		39. AND 9. AND 4.	406
41.		40. AND Filters: Systematic Reviews, Publication date from 2012/01/01	1

42.		40. AND Filters: Randomized Controlled Trial, Publication date from 2012/01/01	6
<b>DUDIT</b>			
43.	FT	Dudit[tiab] AND Filters: Publication date from 2012/01/01	12
<b>K-SADS</b>			
44.	FT	K-SADS[tiab] OR kiddie-sads[tiab]	427
45.		44. AND Filters: Publication date from 2012/01/01	93
<b>ADDIS</b>			
46.	FT	Substance Use Disorder Diagnostic Schedule[tiab] OR suds[tiab] AND Filters: Publication date from 2012/01/01	4
<b>DUSI-R</b>			
47.	FT	Drug Use Screening Inventory[tiab]	49
48.	FT	DUSI-R[tiab]	13
49.		47. OR 48. AND Filters: Publication date from 2012/01/01	8
<b>ADAD - Adolescent Drug Abuse Diagnosis</b>			
50.	FT	Adolescent Drug Abuse Diagnosis[tiab]	12
51.	FT	Adad[ti]	20
52.		50. OR 51. AND Filters: Publication date from 2012/01/01	12
<b>Becks ungdomsskalor</b>			
53.	FT	Beck Youth Inventories[tiab] OR BYI[tiab] AND Filters: Publication date from 2012/01/01	3
<b>SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire</b>			
54.	FT	difficulties questionnaire[ti] AND strengths[ti]	111
55.		SDQ[ti]	64
56.		54. OR 55.	140
57.		56. AND 4.	0
<b>YOQ - Youth Outcome Questionnaire</b>			
58.	FT	Youth Outcome Questionnaire[tiab] AND Filters: Publication date from 2012/01/01	3
<b>FFT och Functional Family Treatment</b>			
59.	FT	functional family therapy[tiab] OR functional family treatment[tiab]	28
60.		59. AND Filters: Publication date from 2013/01/01	6
<b>MDFT och Multidimensional family treatment</b>			
61.	FT	(Multidimensional therapy[tiab] AND family[tiab]) OR (Multidimensional treatment[tiab] AND family[tiab]) OR Multidimensional family treatment[tiab] OR Multidimensional family therapy[tiab]	56
62.		61. AND 4. AND Filters: Publication date from 2013/01/01	7
<b>ACRA eller A-CRA och adolescent Community reinforcement approach</b>			
63.	FT	"Adolescent community reinforcement approach" AND Filters: Publication date from 2013/01/01	7
<b>ACT och Assertive Community treatment</b>			

64.	FT	Assertive community treatment[tiab] OR Assertive community therapy[tiab]	553
65.		64. AND 4. AND Filters: Publication date from 2013/01/01	10
<b>ACC och Assertative continuing care</b>			
66.	FT	"Assertive continuing care" AND Filters: Publication date from 2013/01/01	2

\*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i titel- och abstractfälten

ti = sökning i titelfältet

\*\*)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

**Databas:** PsycINFO **Databasleverantör:** Ebsco  
**Datum:** 2013-02-05, 2013-02-07, 2013-02-21, 2013-06-11, 2014-05-06  
**Ämne:** Riktlinjer för missbruk  
**Sökning gjord av:** Ann Kristine Jonsson, Christian Linders **Uppdaterad av:** Edith Orem  
**På uppdrag av:** Anders Tengström och Thomas Lundqvist

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE	DE "Drug Abuse" OR DE "Alcohol Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Inhalant Abuse" OR DE "Polydrug Abuse" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Withdrawal" OR DE "Alcoholism"	86,839
2.	FT/TI, AB	TI ( "substance use" OR "substance addiction" OR "drug use*" OR "drug usage" OR "drug abuse*" OR "drug addict*" OR addiction* OR "drug depend*" ) OR AB ( "substance us" OR "substance addiction" OR "drug use*" OR "drug usage" OR "drug abuse*" OR "drug addict*" )	137,795
3.	FT/TI	TI (harmful OR hazardous) AND (alcohol* OR drink*)	319
4.	FT/TI, AB	TI ( "hazardous drinkers" OR "hazardous drinking" ) OR AB ( "hazardous drinkers" OR "hazardous drinking" )	504
5.	FT/TI	TI alcohol* AND (abuse OR abuser OR addiction OR consum* OR depende* OR problem* OR habits OR hazardous OR harmful OR misuse)	13,408
6.	FT/TI, AB	TI ( "alcohol dependence" OR "alcohol dependent" OR "alcohol dependency" OR "alcohol addiction" OR alcoholism OR "chronic alcohol misuse" OR "chronic excessive alcohol" OR "chronic alcoholic" OR alcoholics ) OR AB ( "alcohol dependence" OR "alcohol dependent" OR "alcohol dependency" OR "alcohol addiction" OR "chronic alcohol misuse" OR "chronic excessive alcohol" OR "chronic alcoholic" )	22,432
7.		1. OR 2. OR 3. OR 4. OR 5. OR 6.	158,063
<b>Rad 2 Brief Intervention</b>			
8.	FT/KW, TI, AB	KW "brief intervention" OR TI "brief intervention" OR AB "brief intervention"	1,431
9.		8. AND 7.	769
10.	ZG	(ZG "adolescence (13-17 yrs)" ) or (ZG "school age (6-12 yrs)" ) or (ZG "young adulthood (18-29 yrs)" )	678,261
11.		TI adolescent* OR teenager* OR youth*	23,804

12.		10. OR 11.	685,185
13.		9. AND 12.	258
14.		13. AND Limiters - Publication Year: 2013-; Methodology: -Systematic Review	2
15.		KW systematic review*	358
16.		15. AND 13.	0
17.	FT/KW, TI, AB	TI ( random assignment OR random allocation OR randomi?ed ) OR AB ( random assignment OR random allocation OR randomi?ed control* OR randomi?ed trial OR randomi?ed design OR randomi?ed method OR randomi?ed evaluation OR randomi?ed test OR randomi?ed assessment ) OR KW ( random assignment OR random allocation OR randomi?ed control* OR randomi?ed trial OR randomi?ed design OR randomi?ed method OR randomi?ed evaluation OR randomi?ed test OR randomi?ed assessment )	38,932
18.		17. AND 13. AND Limiters - Publication Year: 2013-	11
<b>Motiverande samtal</b>			
19.	DE	DE "Motivation Training" OR DE "Motivational Interviewing"	1,457
20.	FT/TI	TI motivational AND (interview OR interviewing OR intervention OR interventions OR enhancement)	1,179
21.	FT/KW	KW "motivational interview*"	1,179
22.		19. OR 20. OR 21.	1,816
23.		22. AND 7. AND 12.	230
24.		23. AND Limiters - Publication Year: 2013-; Methodology: -Systematic Review	0
25.		23. AND 17.	16
<b>Återfallsprevention</b>			
26.	DE	DE "Relapse Prevention"	1,933
27.	FT	Relapse prevention	4,228
28.		26. OR 27.	4,228
29.		28. AND 7. AND 12.	259
30.		29. AND Limiters - Publication Year: 2013-; Methodology: -Systematic Review	0
31.		29. AND 17. AND Limiters - Publication Year: 2013-	6
<b>ART</b>			
32.	FT/KW, TI, AB	KW "aggression replacement" OR TI "aggression replacement" OR AB "aggression replacement"	68
33.	TX	TX "Aggression control therapy"	6
34.		32. OR 33.	73
35.		34. AND 7. AND 12. AND Limiters - Publication Year: 2013-	0
<b>MET/CBT12 och MET/CBT5</b>			
36.	FT/TI, KW, AB	TI ( "Met CBT12" OR "Met CBT5" ) OR KW ( "Met CBT12" OR "Met CBT5" ) OR AB ( "Met CBT12" OR "Met CBT5" ) AND Limiters - Publication Year: 2013-	0



**FBT**

37.	FT/TI, AB, KW	TI "family-based therapy" OR AB "family-based therapy" OR KW "family-based therapy" OR TI "family-based intervention*" OR AB "family-based intervention*" OR KW "family-based intervention*"	496
38.	DE	DE "Family Intervention"	1,904
39.		37. OR 38.	2,271
40.		39. AND 7. AND 12.	162
41.		40. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>18</b>

**MST**

42.	FT/TI, SU, AB	TI ( MST OR multisystemic family therapy OR multisystemic family treatment OR multisystemic therapy ) OR SU Multisystemic Therapy OR AB ( multisystemic family therapy OR multisystemic family treatment OR multisystemic therapy )	451
43.		42. AND 7. AND 12. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>5</b>

**BSFT, brief strategic family treatment**

44.	FT/TI, AB, KW	TI ( "brief strategic family" OR BSFT ) OR AB ( "brief strategic family" OR BSFT ) OR KW ( "brief strategic family" OR BSFT )	69
45.		46. AND 7.	34
46.		45. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>5</b>

**AUDIT**

47.	FT/TI, AB	TI audit OR AB audit	4,591
48.		47. AND 7. AND 12.	407
49.		48. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>49</b>

**DUDIT**

50.	FT/TI, AB	TI dudit OR AB dudit	22
51.		50. AND 7. AND 12. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>2</b>

**K-SADS**

52.	FT/TI, AB	TI ( K-SADS OR kiddie-sads ) OR AB ( K-SADS OR kiddie-sads )	405
53.		52. AND 7. AND 12. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>3</b>

**ADDIS**

54.	FT/TI, AB	TI ( Substance Use Disorder Diagnostic Schedule OR suds ) OR AB ( Substance Use Disorder Diagnostic Schedule OR suds ) AND Limiters - Publication Year: 2013-	0
-----	-----------	---	---

**DUSI-R**

55.	FT/TI, AB	TI ( "Drug Use Screening Inventory" OR DUSI-R ) OR AB ( "Drug Use Screening Inventory" OR DUSI-R ) AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>4</b>
-----	-----------	---	----------

**ADAD - Adolescent Drug Abuse Diagnosis**

56.	FT/TI, AB	TI ( "Adolescent Drug Abuse Diagnosis" OR adad ) OR AB "Adolescent Drug Abuse Diagnosis" AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>1</b>
-----	-----------	---	----------

**Becks ungdomsskalor**

57.		TI ( "Beck Youth Inventories" OR BYI ) OR AB "Beck Youth Inventories" AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>3</b>
<b>SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire</b>			
58.	FT/TI, AB	TI ( "Strengths and Difficulties Questionnaire" OR SDQ ) OR AB ( "Strengths and Difficulties Questionnaire" )	797
59.		58. AND 7. AND 12. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>6</b>
<b>YOQ - Youth Outcome Questionnaire</b>			
60.	FT/TI, AB	TI ( YOQ OR "Youth Outcome Questionnaire" ) OR AB "Youth Outcome Questionnaire"	55
61.		60. AND 7. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>1</b>
<b>FFT och Functional Family Treatment</b>			
62.	FT/TI, AB	TI ( functional family therapy OR functional family treatment ) OR AB ( functional family therapy OR functional family treatment )	189
63.		62. AND 7. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>1</b>
<b>MDFT och Multidimensional family treatment</b>			
64.	FT/TI, AB	TI ( (Multidimensional therapy AND family) OR (Multidimensional treatment AND family) OR Multidimensional family treatment OR Multidimensional family therapy ) OR AB ( (Multidimensional therapy AND family) OR (Multidimensional treatment AND family) OR Multidimensional family treatment OR Multidimensional family therapy )	213
65.		64. AND 7. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>7</b>
<b>ACRA eller A-CRA och adolescent Community reinforcement approach</b>			
66.	FT	"Adolescent community reinforcement approach" AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>5</b>
<b>ACT och Assertive Community treatment</b>			
67.	FT	"Assertive community treatment" OR "Assertive community therapy"	758
68.		67. AND 7. AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>6</b>
<b>ACC och Assertive continuing care</b>			
69.	FT	"Assertive continuing care" AND Limiters - Publication Year: 2013-	<b>2</b>

\*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/TI = fritextsökning i fältet för titel

FT/AB = fritextsökning i fältet för abstract

FT/KW = fritextsökning i fältet för Keywords

ZG = Age group

TX = sökning i alla sökbara fält

SU = ämnesord

\*\*)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

# Tillstånd och åtgärder

## Rad: G01

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Kort intervention eller motivationshöjande behandling (MET)

Granskare: Thomas Lundqvist

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Patientpopulation	Beskrivning av behandling i kontroll- & interventionsgrupp/erna	Effektmått A – Antal dagar med alkohol/cannabisanvändning	Effektmått B – Kvantitet	Effektmått C – Antal missbruks/beroende symptom alkohol/cannabis	Effektmått D – Avsaknad av missbruks/beroende symptom	Effektmått E – Andel nyktra/cannabisfria i 90 dagar
1	Denise D. Walker, Robert Stephens, Roger Roffman, Josephine DeMarce, Brian Lozano, and Sheri Towe & Belinda Berg, 2011	RCT, 310 patienter  Tre grupper: MET (4 individuella sessioner), EFC (Educational Feedback Control, 4 individuella sessioner) och DEC (Delayed Feedback Control). De två första grupperna följdes upp efter 3 och 12 månader. Data från kontrollgruppen finns endast vid	310 individer som kom på egen remiss och som var regelbundna cannabisanvändare 14-19 år gamla med genomsnitt 16 år (SD 1,24). 60,6 % män 39,4 % kvinnor 65,5 % vita 39 % i precontemplation stadiet 30 % i contemplation stadiet Och 31 % var i preparation, action eller maintenance stadiet	MET och EFC interventionerna bestod i två 45-50 minuter långa sessioner? en till två veckor efter bedömnings-samtalet. Baseline, 3 och 12 månaders uppföljning K: Fördröjd feedback kontroll och bedömda vid 3 månaders-kontrollen I1: MET I2: EFC?	Antal dagar cannabisanvändning de senaste 60 dagarna (mätt med GAIN-I) Baseline K: - I1: 40,23 SD 14,23 I2: 37,69 SD 16,06 3 månader (93 %) K: 37,46 SD 18,99 I1: 31,80 SD 19,67 (p< ,001) I2: 34,53 SD 19,78 (p< ,05) Ingen skillnad mellan I1 och I2  12 månader (91		Antal missbruks-symtom (GAIN-I) Baseline K: - I1: 1,38 SD 1,16 I2: 1,59 SD 1,11  3 månader K: 1,52 SD 1,07 I1: 1,05 SD 1,04 I2: 1,30 SD 1,04  12 månader K: - I1: 1,10 SD 0,95 I2: 1,14 SD 1,05  Effekt av båda interventionerna jämfört med K		

		3 mån			%) K: - I1: 33,71 SD 22,27 I2: 34,24 SD 21,08 Reduktion i dagar kvarstår jämfört med K men ingen skillnad mellan grupperna  ES ej angivet		och ingen skillnad mellan dem efter 12 mån  Antal beroende symtom (GAIN-I) Baseline K: - I1: 3,37 SD 2,07 I2: 3,45 SD 2,09  3 månader K: 3,77 SD 1,95 I1: 2,70 SD 2,01 I2: 3,02 SD 2,00  12 månader K:- I1: 2,74 SD 1,99 I2: 2,92 SD 2,11  Effekt av båda interventionerna jämfört med K och ingen skillnad mellan dem efter 12 mån  ES ej angivet		
2	Anthony Spirito, Peter Monti, Nancy P. Barnett, Suzanne M Colby,	RCT Om en Brief motivational Interview (30-40 min) reducerar alkoholrelaterade konsekvenser och substans-	N=152, 13-17 år, genomsnitt 15,6 år (SD=1,2) 97 pojkar (63,8%) 55 flickor (36,2%) Baseline samt 3, 6 och 12 månaders uppföljning	K: Info 5 min I1: Brief motivational interview MI 35-45 min	Frekvens (dagar/mån mätt med ADQ)  Baseline K:4,18 I1: 3,53 12 månader	Kvantitet vid tillfället (mätt med ADQ)  Baseline K: 4,77 (2,32)			

	Holly Sindelar, Damaris J. Rohsenow, William Lewander and Mark Myers, 2004	bruk jämfört med standard-behandling (5 min) som behandlas på akutmottagningen.			K:5,01 I: 2,88  MI ger signifikant lägre antal dryckesdagar/mån jämfört med standard-behandling  ES ej angivet	II: 4,53 (2,04) 12 mån K:3,67 (2,77) I:3,56 (2,54)  Kvantiteten var lägre vid uppföljningstillfällena jämfört med baseline för båda interventionerna, dvs det var inga signifikanta skillnader mellan grupperna.  ES ej angivet			
3	Greg Martin & Jan Copeland, 2008	RCT Syftet var att evaluera effektiviteten hos Brief Motivational Enhancement terapi i att reducera cannabisbruk och cannabisrelate-	N=40, 14-19 år genomsnitt 16,6 (SD=1,3) 67% män 33% kvinnor	K:3 månaders delayed-treatment control I: Två sessioner brief intervention	Antal dagars cannabisbruk de tre senaste månaderna Baseline K:55,4 (SD31,4) I: 74;1 (SD 24,6) 3 månaders uppföljning	Genomsnittligt antal jointar per vecka Baseline K: 73,4 (94;0) I: 104,1 (SD	Beroende symptom DSMIV Baseline K: 4,8 (SD 2,1) I: 5,8 (1,2) 3 månader K: 4,2 (SD 2,0) I:3,8 (SD 2,8)		

		raterade problem i en population ungdomar som inte söker behandling.			K:54,5 (SD31,6) I: 54,3 (SD36,1)  Skillnad K:0,9 (SD23,3) I:19,8 p=.032  Signifikant större effekt av I jämfört med K  ES: d=0,71	96,7) 3 månader K:59,4 (SD 62,2) I:75,1 (SD 89,7)  Skillnad K : -14 (SD80,9) I:-29 (SD50,9) p=.021  Signifikant större effekt av I jämfört med K  ES: d=0,22	Skillnad K:-0,6 (SD1,7) I:-2,1 (SD2,5) p=.040  Signifikant större effekt av I jämfört med K  ES: d=0,70		
4	Winters & Leitten, 2007	RCT Randomisering till 2 olika Brief Interventions varav den ena inkluderade samtal med förälder. Kontrollgruppen fick enbart utredning. Uppföljning efter 6 mån	79 skolungdomar 14-17 år i en urban offentlig skola i Minnesota som av skolan identifierats ha drogproblem. 62% män, medelålder 15,6 år	Brief Intervention-1 (BI-A): 2 sessioner med ungdomen. Brief Intervention 2. (BI-AP): 2 sessioner med ungdomen och 1 med en förälder. CON: kontroll som bestod av enbart utredning. Uppföljning efter 6 mån	Dagar med användning av alkohol de senaste 6 mån  I: 4,5 K: 5,7  Skillnad: 1,2  ES: d=0.29-0.60  Dagar med användning av				

					droger de senaste 6 mån  I:11,9 K: 13,4  Skillnad 1,5  ES: d=0.29-0.60				
5	D'Amico et al, 2008	RCT I: MI Kontroll: Sedvanlig behandling. Upföljning efter 6 mån	42 skolungdomar 12-18 år i Kalifornien i öppenvård för utsatta grupper. Män 48%, 86% hispanic eller latino, 10% african american.	I: MI, 15-20 min samt telefonsamtal 1 mån senare, 5-10 min. K: Sedvanlig behandling	Dagar med användning av alkohol den senaste månaden  I:1,73 K:1,95  Skillnad: 0,22  ES: d= 0.43  Dagar med användning av droger den senaste månaden  I: 1,54 K: 2,01 Skillnad: 0,47  ES: d= 0.45				
6	Winters et al (2012)	RCT Randomisering till 2 olika Brief	315 skolungdomar 12-18 år i en urban offentlig	Brief Intervention-1 (BI-A): 2 sessioner med	Dagar med användning av alkohol senaste		Antal alkoholmissbrukssymptom senaste 90	Inga alkoholmissbrukssymptom på	% alkoholfria i 90 dagar



		Interventions varav den ena inkluderade samtal med förälder. Kontrollgruppen fick enbart utredning. Uppföljning efter 6 mån	skola i USA som av skolan identifierats ha drogproblem. 52% män, 68% vita, medelålder 16,3 år	ungdomen. 2. Brief Intervention (BI-AP): 2 sessioner med ungdomen och 1 med en förälder. CON: kontroll som bestod av enbart utredning. Uppföljning efter 6 mån	90 dagarna. Vid 6 mån: BI-A:3,9 BI-AP:2,8 CON:10,5  Dagar med användning av cannabis senaste 90 dagarna. Vid 6 mån:  BI-A:11,5 BI-AP:8,3 CON:14,9  ES ej angivet		dagarna Vid 6 mån:  BI-A:0,7 BI-AP:0,4 CON:1,3  Antal alkoholberoendesymptom senaste 90 dagarna. Vid 6 mån:  BI-A:1,0 BI-AP:0,7 CON:2,6  Antal cannabismissbrugsymptom senaste 90 dagarna. Vid 6 mån:  BI-A:1,1 BI-AP:0,8 CON:1,8  Antal cannabisberoendesymptom senaste 90 dagarna. Vid 6 mån:  BI-A:1,5	6 mån  BI-A:72,9 BI-AP:85 CON:60,9  ES: d=2.0  Inga alkoholberoendesymptom på 6 mån  BI-A:71,8 BI-AP:76,3 CON:50  ES: d=2.1  Inga cannabismissbrugsymptom på 6 mån  BI-A:61,4 BI-AP:77,5 CON:56,5  ES: d=1.8  Inga cannabisberoendesymptom på 6 mån  BI-A:62,2 BI-AP:75	BI-A:53,5 BI-AP:47,3 CON:26,1  ES: d=2.1  % cannabisfria i 90 dagar  BI-A:51 BI-AP:62,5 CON:37  ES: d=1.8
--	--	---	---	--	---	--	---	--	---

							BI-AP:1,0 CON:2,2  ES ej angivet	CON:58,7  Ej signifikanta skillnader (p=.06)	
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

## Summering av utfall från inkluderade studier

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), samt referens #	Utfall/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/risk (K – I)	Relativ effekt/riskreduktion ((K – I) / K)	Evidensstyrka	Kommentarer
A- Antal dagar alkohol/cannabisanvändning de senaste 1-6 månaderna, 3-12 månaders uppföljning	912 deltagare (6 studier) #1 #2 #3 #4 #5 #6	#1 37,46  #2 5,01  #3 54,5  #4 #5: 5: 6 mån: 3,82 7,75  #6: 10,5 14,9	#1 11:37,46-31,80= 5,66  #2 12:37,46-34,53= 2,93  #2 5,01-2,88=2,13  #3 Signifikant skillnad mellan grupperna, d =0,71  #4 #5: 0,67 lägre p = 0,002 0,29 lägre p = 0,17  #6 BI-A: 6,6 BI-AP:7,7 Båda interventionerna signifikant bättre än CON  BI-A: 3,4 BI-AP: 6,6 Båda intervention-	#1 5,66/37,46= 0,151  2,93/37,46= 0,078  #2 2,13/5,01=0,425  #3 0,2/54,5=0,003	+++	Rapporterade effektstorlekar mellan 0.29 och 0.71, dvs små till måttliga effekter.  Avs #4 & #5 D'Amico et al, 2008; Winters & Leitten, 2007 se Motiverande samtal för unga som använder alkohol, droger och tobak – en systematisk översikt av behandlingseffekter. Socialstyrelsen.

			erna signifikant bättre än CON och BI-AP signifikant bättre än BI-A			
B-Kvantitet	192 deltagare (2 studier) #2 #3	#2 Mängd alkohol vid varje dryckestillfälle: 12 mån:3,67	#2 Mängd alkohol vid varje dryckestillfälle: 3,67-3,56=0,11  ES ej angivet  #3 Genomsnittligt antal jointar/vecka Signifikant skillnad mellan grupperna,  ES d=0,22	0,11/3,67=0,029	+	Endast en angiven effektstorlek, d=0,22, dvs en liten effekt
C-Antal beroende-/missbrukssymtom av alkohol/cannabis, 3-6 månaders uppföljning	665 deltagare (3 studier) #1 #3 #6	#1 Beroende cannabis: 3,77 Missbruk cannabis: 1,52  #6 Alkoholmissbruk: 1,3 Alkoholberoende: 2,6 Cannabismissbruk: 1,8 Cannabisberoende: 2,2	#1 Beroende cannabis: 11: 3,77-2,70=1,07 12: 3,77-3,02= 0,75  Missbruk cannabis: 11: 1,52-1,05= 0,47 12:1,52-1,30= 0,22  #3 Signifikant skillnad mellan grupperna, ES d=0,7	#1 Beroende cannabis: 1,07/3,77= 0,283 0,75/3,77= 0,198  Missbruk cannabis: 0,47/1,52= 0,309 0,22/1,52= 0,144	++	Effektstorlek rapporterad endast i en studie (#3), d=0,7, dvs en måttlig effekt

			<p>#6 Alkoholmissbruks-Symptom BI-A: 0,6 BI-AP: 0,9 Båda intervention-erna signifikant bättre än CON</p> <p>Alkoholberoende-Symptom: BI-A: 1,6 BI-AP: 1,9 Båda intervention-erna signifikant bättre än CON</p> <p>Cannabissmissbruks-Symptom BI-A: 0,7 BI-AP: 1 BI-AP signifikant bättre än BI-A och CON Cannabis-beroendesymtom: BI-A: 0,7 BI-AP: 1,2 BI-AP signifikant bättre än BI-A och CON</p>			
D-Andel utan symptom på missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika på 6 mån	315 deltagare (1 studie) #6	Alkoholmissbruk: 60,9 Alkoholberoende:	Alkoholmissbruk: BI-A:-12 BI-AP:-24,1		++	Effektstorlekar d=1.8-2.1, dvs stora effekter

		<p>50 Cannabissmissbruk: 56,5 Cannabisbero- ende: 58,7</p>	<p>d = 2.0 (stor effekt)</p> <p>Alkoholberoende: BI-A:-21,8 BI-AP:-26,3 d = 2.1 (stor effekt)</p> <p>Cannabissmissbruk: BI-A:-4,9 BI-AP:-21 d = 1.8 (stor effekt)</p> <p>Cannabisbero- ende: BI-A:-3,5 BI-AP:-16,3 Ej signifikant skillnad (p=0.06)</p>			(studiepopulationen består till stor del av vita medelklassungdomar i förortsområden i USA med mild till måttligt svår problematik)
E-Andel nyktra/cannabisfria i 90 dagar	315 deltagare (1 studie) #6	<p>Nyktra: 26,1 Cannabisfria: 37</p>	<p>Nyktra: BI-A:-27,4 BI-AP:-20,6 d =2,1 (stor effekt)</p> <p>Cannabisfria: BI-A:-14 BI-AP:-25,5 d =1.8 (stor effekt)</p>		++	<p>Effektstorlekar 1.8-2.1, dvs stora effekter</p> <p>(studiepopulationen består till stor del av vita medelklassungdomar i förortsområden i USA med mild till måttligt svår problematik)</p>

## Evidensgradering enligt GRADE

Effektmåttet: A	Antal dagar alkohol/cannabisanvändning de senaste 1-6 månaderna, 3-12 månaders uppföljning		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	6		
Antal personer	912		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign #	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)	X	
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Ingen svensk studie
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av Evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++)	+++	

	Begränsat (++) Otillräckligt (+)		
--	-------------------------------------	--	--

Effektmåttet: B	Kvantitet (Mängd alkohol vid varje dryckestillfälle/Genomsnittligt antal jointar/vecka)		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	2		
Antal personer	192		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Brister i rapporterade utfallsmått
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Hur överförbart till svenska förhållanden?
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)		Den ena studien visar på effekt av MI/MET och den andra inte.
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)	X	
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)		Få deltagare
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)	X	
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		
	Ja (-1)	X	
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR< 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR< 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	+	



Effektmåttet: C	Antal beroende-/missbrukssymtom avs alkohol/cannabis, 3-6 månaders uppföljning		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	3		
Antal personer	665		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Effektstorlekar rapporterade endast i 1 studie
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)	X	
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Hur överförbart till svenska förhållanden?
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av Evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	++	

Effektmaßtet: D	Andel utan symptom på missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika på 6 mån		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	1		
Antal personer	315		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)	X	
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Studiepopulation som består ffa av vita medelklassamerikaner, osäkert hur överförbart till berörd svensk population. Endast 1 studie.
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)		Betydligt större effektstorlekar än vad som rapporteras i liknande studier (d= 1.8-2.1)
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)	X	
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR< 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR< 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Ofillräckligt (+)	++	
Effektmaßtet: E	Andel nyktra/cannabisfria i 90 dagar		

	Antal	Kommentarer	
Antal studier	1		
Antal personer	315		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)	X	
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Studiepopulation som består ffa av vita medelklassamerikaner, osäkert hur överförbart till berörd svensk population. Endast en studie.
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)		Betydligt större effektstorlekar än vad som rapporteras i liknande studier med andra utfall (1.8-2.1)
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)	X	
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR< 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR< 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (++++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	++	

## Rad: G02

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Motivationshöjande behandling (MET) och kognitiv beteendeterapi (KBT)

Granskare: Yasmina Molero

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Patientpopulation	Effektmått A: Andel/antal nyktra dagar de senaste 90 dagarna/12 månaderna	Effektmått B: Andel (%) i återhämtning	Effektmått C: Substansproblem
1	Dennis, Godley, Diamond, Tims, Babor, Donaldson et al., 2004	<p>Randomiserad kontrollerad studie på två platser (A resp. B)</p> <p>Intervention 1A: MET/KBT5 = 2 sessioner av MET följt av 3 sessioner av KBT</p> <p>Intervention 2A: MET/KBT12 = 2 sessioner av Motivational Enhancement Therapy (MET) följt av 3 sessioner av Cognitive Behavioural Therapy (KBT5) följt av 7 sessioner av KBT (KBT7) ges under 12-14 veckor.</p> <p>Kontroll 1A: FSN = Family Support</p>	<p>Inklusionskriterier: Uppgivit minst ett kriterium för cannabissmissbruks- eller beroendediagnos enligt DSM-IV och har brukat cannabis under de senaste 90 dagarna samt anses lämplig för öppenvårdsbehandling. Exklusionskriterier: Har använt alkohol 45 dagar eller mer under de senaste 90 dagarna, har använt narkotika 13 dagar eller mer under de senaste 90 dagarna, har en eller flera akuta medicinska eller psykologiska problem, otillräcklig mental kapacitet för att genomgå behandlingen, bor utanför upptagningsområdet, upprepat och allvarlig våldsbrottslighet eller uppförandestörning, otillräck-</p>	<p>Antal nyktra dagar under uppföljningsperioden (12 månader).</p> <p>MET/KBT5: 269 dagar i genomsnitt.</p> <p>MET/KBT12: 256 dagar i genomsnitt.</p> <p>FSN: 260 dagar i genomsnitt.</p> <p>Slutsats: Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan MET/KBT5 och MET/KBT12 samt FSN gällande antal nyktra dagar under uppföljningsperioden.</p> <p>Antal nyktra dagar un-</p>	<p>Andel (%) ungdomar i återhämtning vid studiens slut (ej uppgivit substansbruks-, missbruks- eller beroendeproblem och är ej institutionaliserad)</p> <p>MET/KBT5: 28% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>MET/KBT12: 17% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>FSN: 22% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>Slutsats: Statistiskt signifikanta skillnader (Cohen's <math>f = 0.12</math>, <math>p &lt; .05</math>) mellan</p>	

		<p>Network. Innehåller MET/KBT12 samt 6 sessioner av föräldraträning, 4 hembesök, remittering till stödgrupp och case management.</p> <p>Intervention B: MET/KBT5 = 2 sessioner av MET följt av 3 sessioner av KBT ges under 12-14 veckor.</p> <p>Kontroll 1B: ACRA = Adolescent Community Reinforcement Approach. Innehåller 10 sessioner med ungdomen, 4 sessioner med föräldrarna och begränsad case management under 12-14 veckor.</p> <p>Kontroll 2B: MDFT = Multidimensional Family Therapy. Innehåller 12 till 15 sessioner (6 med ungdomen, 3 med föräldrarna samt 6 med hela familjen).</p> <p>Uppföljning efter 3, 6, 9 samt 12 månader.</p>	<p>liga engelskkunskaper.</p> <p>Intervention 1A (MET/KBT5): 102 ungdomar (81% killar)</p> <p>Intervention 2A (MET/KBT12): 96 ungdomar (86% killar).</p> <p>Kontrollgrupp 1A (FSN): 102 ungdomar (84% killar)</p> <p>Intervention B (MET/KBT5): 100 ungdomar (79% killar)</p> <p>Kontrollgrupp 1B (ACRA): 100 ungdomar (80% killar).</p> <p>Kontrollgrupp 2B (MDFT): 100 ungdomar (85% killar)</p>	<p>der uppföljningsperioden (12 månader).</p> <p>MET/KBT5: 251 dagar i genomsnitt.</p> <p>ACRA: 265 dagar i genomsnitt.</p> <p>MDFT: 257 dagar i genomsnitt.</p> <p>Slutsats: Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan MET/KBT5 och ACRA samt MDFT gällande antal nyktra dagar under uppföljningsperioden</p>	<p>MET/KBT5 och MET/KBT12 samt FSN, där MET/KBT5 visade på störst effekt gällande återhämtning. Dock inga statistiskt signifikanta skillnader i parvisa jämförelser med Tukey multiple range test.</p> <p>MET/KBT5: 23% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>ACRA: 34% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>MDFT: 19% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>Slutsats: ACRA visade på en något högre andel ungdomar i återhämtning (Cohen's <math>f = 0.16</math>), men inga statistiskt signifikanta skillnader påvisades mellan grupperna.</p>	
2	Ramchand, Griffin, Suttorp,	Intervention: 2 sessioner av Motivational Enhancement	Inklusionskriterier: Uppgivit minst ett kriterium för cannabismissbruks- eller be-		Återhämtning (har ej använt narkotika under de tre senaste månaderna	Substansproblem (enligt The Past Month Substance

	Harris, & Morral, 2011	<p>Therapy (MET) följt av 3 sessioner av Cognitive Behavioural Therapy (KBT5) ges under 6-7 veckor = MET/KBT5</p> <p>Kontroll: Tre väletablerade öppenvårdsprogram, Adolescent Treatment Model (ATM), som representerar standardbehandling inom öppenvården.</p> <p>Uppföljning efter 12 månader, intention to treat.</p> <p>Grupperna matchas på 108 "pre-treatment" variabler med propensity score weighting för att jämföra effektiviteten hos MET/KBT5 mot ATM i sex utfallsområden.</p>	<p>roendediagnos enligt DSM-IV och har brukat cannabis under de senaste 90 dagarna samt anses lämplig för öppenvårdsbehandling.</p> <p>Exklusionskriterier: har använt alkohol 45 dagar eller mer under de senaste 90 dagarna, har använt narkotika 13 dagar eller mer under de senaste 90 dagarna, har en eller flera akuta medicinska eller psykologiska problem, otillräcklig mental kapacitet för att genomgå behandlingen, bor utanför upptagningsområdet, upprepat och allvarlig våldsbrottlighet eller uppförandestörning, otillräckliga engelskkunskaper.</p> <p>Interventionsgrupp (MET/KBT5): 174 ungdomar med uppföljningsdata efter 12 månader (95% av urvalet)</p> <p>Kontrollgrupp (ATM): 115 ungdomar med uppföljningsdata efter 12 månader som matchade interventionsgruppen (24,8% av urvalet)</p>		<p>och är ej institutionaliserad)</p> <p>MET/KBT5: 35% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>ATM: 25% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>Slutsats: Inga signifikanta skillnader mellan MET/KBT5 och ATM gällande återhämtning.</p>	<p>Problem Scale).</p> <p>MET/KBT5 change [<math>\Delta</math>] = -1.79, ATM <math>\Delta</math> = -0.64, difference = -1.15, 95% CI [-2.21, -0.09].</p> <p>Slutsats: Statistiskt signifikanta skillnader mellan MET/KBT5 och ATM gällande substansproblem.</p>
3	Hunter, Ramchand, Griffin, Suttorp, McCaffrey & Morral, 2012.	<p>Intervention: MET/KBT5</p> <p>Kontroll: Adolescent Treatment Model (ATM) = standard</p>	<p>Deltagarna interventionsgruppen valdes ut från the Effective Adolescent Treatment initiative, ett "community-based program". Deltagarna i kontrollgruppen valdes ut ur tre öp-</p>		<p>Återhämtning (har ej använt narkotika under de tre senaste månaderna och är ej institutionaliserad)</p> <p>MET/KBT5: 50% i återhämt-</p>	<p>Substansproblem (enligt The Past Month Substance Problem Scale).</p> <p>MET/KBT5: 0.09</p>

		<p>dardbehandling i öpenvården</p> <p>Uppföljning efter 12 månader</p> <p>Grupperna matchas på med propensity score weighting för att vara jämförbara.</p>	<p>penvårds-behandlingsprogram.</p> <p>Intervention: 2293 ungdomar med uppföljningsdata efter 12 månader (54% av urvalet).</p> <p>Kontroll: 431 ungdomar med uppföljningsdata efter 12 månader (93% av urvalet). Efter matchning med propensity score weighting = 47 ungdomar.</p>		<p>ning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>ATM: 27% i återhämtning vid 12 månaders uppföljning.</p> <p>Slutsats: Statistiskt signifikant högre andel i återhämtning bland de ungdomar som fick MET/KBT5 jämfört med dem som fick ATM. Medelskillnad = 23.2% (95% KI 11.7%-34.7%).</p>	<p>ATM: 0.17</p> <p>Slutsats: Statistiskt signifikant mindre substansproblem hos de ungdomar som behandlats med MET/KBT5 jämfört med de ungdomar som behandlats med ATM. Medelskillnad: -0.08 (95% KI -0.13- -0.02)</p>
4	Godley, Garner, Passetti, Funk, Dennis, & Godley (2010).	<p>Randomiserad studie.</p> <p>Fyra interventioner jämfördes med varandra:</p> <p>CBOP: Chestnut Bloomington Outpatient (CBOP) är en manualbaserad intervention med sessioner i grupp, familj samt individuellt (n=80)</p> <p>CBOP + ACC: CBOP samt Assertive Continuing Care (ACC) som är en kombination av Adolescent Community Reinforcement Approach och case management</p>	<p>320 ungdomar (81% av det valbara urvalet) i åldern 12-18 år. Medelålder 15.9 år (SD=1.2). 76% pojkar.</p> <p>Remitterade främst genom ungdomsrätten, familjen eller myndighet.</p> <p>Inklusionskriterier: 12-18 år, Uppfyllt kriterierna för ASAM's (2001) Patient Placement Criteria for Level 1 outpatient treatment baserat på substansmissbruks /beroendediagnos samt sex ytterligare kriterier. Var närvarande vid ett antagningsstillfälle.</p> <p>Exklusionskriterier:</p>	<p>Uppföljning efter 3, 6, 9 och 12 månader.</p> <p>Andel (%) nyktra dagar för alkohol och narkotika under de senaste 90 dagarna.</p> <p>CBOP: Vid intag=69.6% 12 mån=78%</p> <p>CBOP+ACC: Vid intag=74.4% 12 mån=81.8%</p> <p>MET/KBT7: Vid intag=78.1% 12 mån=85%</p>		<p>Uppföljning efter 3, 6, 9 och 12 månader.</p> <p>Substansproblem enligt GAIN's Substance Problem Scale (SPS) under den senaste månaden.</p> <p>CBOP: Vid intag=3.69 12 mån=1.68</p> <p>CBOP+ACC: Vid intag=2.55 12 mån=1.20</p> <p>MET/KBT7:</p>

	<p>services (n=80)</p> <p>MET/KBT7: 2 sessioner av Motivational Enhancement Therapy (MET) följt av 3 sessioner av Cognitive Behavioural Therapy (KBT5) samt 2 familjesessioner (n=79)</p> <p>MET/KBT7 + ACC: MET/KBT7 samt ACC (n=81)</p>	<p>Flyttats från öppenvårdsbehandling, blivit rekommenderade att genomgå endast individuell behandling, var placerade, vårdnadshavare ej närvarande vid antagningsstillfället, otillräcklig mental kapacitet, otillräckliga språkkunskaper.</p>	<p>MET/KBT7+ ACC: Vid intag=75.6% 12 mån=79.3%</p> <p>Slutsats: andelen nyktra dagar efter 12 månader ökade för alla fyra interventioner.</p>		<p>Vid intag=3.05 12 mån=1.20</p> <p>MET/KBT7+ ACC: Vid intag=2.85 12 mån=1.20</p> <p>Slutsats: substansproblem efter 12 månader minskade för alla fyra interventioner</p>
--	---	---	---	--	--

### Summering av utfall från inkluderade studier

Effektått	Antal deltagare (antal studier), samt referens #	Utfall/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/risk (K - I)	Relativ effekt/riskreduktion ((K - I) / K)	Evidensstyrka	Kommentarer
Antal/andel nyktra dagar under de senaste 12 månaderna/ 90 dagarna	920 (2 studier) #1 # 4	<p>#1 Kontrollgrupp 1A (MET/KBT12): 256 dagar i genomsnitt.</p> <p>Kontrollgrupp 1B (ACRA): 265 dagar i genomsnitt.</p> <p>Kontrollgrupp</p>	<p>#1 256-269 = -13 dagar 260-269 = -9 dagar</p> <p>Slutsats: Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan MET/KBT5 och MET/KBT12 samt FSN gällande antal nyktra dagar under uppföljningsperioden.</p> <p>265-251= 14 dagar</p>		++	Ingen till liten effekt (Cohen's d eller effect size f-index ca 0.1) av behandlingarna generellt



		<p>2B (MDFT): 257 dagar i genomsnitt.</p> <p>#4 CBOP (Chestnut Blomington Outpatient): Vid intag=69.6% 12 mån=78%</p> <p>CBOP+ACC (Assertive Continuing Care): Vid intag=74.4% 12 mån=81.8%</p> <p>MET/KBT7+ ACC: Vid intag=75.6% 12 mån=79.3%</p>	<p>257-251 = 6 dagar</p> <p>Slutsats: Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan MET/KBT5 och ACRA samt MDFT gällande antal nyktra dagar under uppföljningsperioden</p> <p>#4 CBOP: 12 mån=78-85= -7%</p> <p>CBOP+ACC: 12 mån=81.8-85= -3.2%</p> <p>MET/KBT7+ ACC: 12 mån:79.3-85= -5.7%</p> <p>Slutsats: andelen nyktra dagar efter 12 månader ökade för alla fyra interventioner. Det var inga signifikanta skillnader mellan grupperna.</p>		
Återhämtning (har ej använt narkotika under de tre senaste månaderna och är ej institutionaliserad)	3229 (3 studier) #1 #2 #3	<p>#1</p> <p>1A (FSN): 22%</p> <p>1B (ACRA): 34%</p>	<p>MET/KBT5: 22%-28% = 6% fler i återhämtning i interventionsgruppen jämfört med FSN.</p> <p>MET/KBT12: 22%-17% =</p>		<p>++</p> <p>#1 rapporterar ingen till liten effektstorlek av behandlingarna generellt (cohen's</p>

		<p>2B (MDFT): 19%</p> <p>#2 (Adolescent Treatment Model [ATM]): 25%</p> <p>#3: (Adolescent Treatment Model [ATM]): 27%</p>	<p>5% färre i återhämtning i interventionsgruppen jämfört med FSN.</p> <p>Slutsats: Statistiskt signifikanta skillnader (Cohen's <math>f = 0.12</math>, <math>p &lt; .05</math>) mellan MET/KBT5 och MET/KBT12 samt FSN, där MET/KBT5 visade på störst effekt gällande återhämtning</p> <p>#1B: 34%-23%= 9% färre i återhämtning i interventionsgruppen jämfört med ACRA.</p> <p>#2B: 19%-23% = 4% fler i återhämtning i interventionsgruppen jämfört med MDFT</p> <p>Slutsats: ACRA visade på en något högre andel ungdomar i återhämtning (Cohen's <math>f = 0.16</math>), men inga statistiskt signifikanta skillnader påvisades mellan grupperna.</p> <p>#2: 25% -35% = 10% ökning i återhämtning hos interventionsgruppen.</p>			<p><math>f=0.12</math>)</p> <p>#2 ej angivet</p> <p>#3 stor skillnad i effekt (0.98) mellan MET/KBT5 och ATM (studiepopulation med mindre allvarlig problematik)</p>
--	--	--	---	--	--	--

			#3: 27%-50%. Medelskillnad = 23.2% (95% KI 11.7%-34.7%).			
Substansproblem (enligt The Past Month Substance Problem Scale eller GAIN's Substance Problem Scale (SPS) den senaste månaden).	2949 (3 studier) #2 #3 #4	#2 (Adolescent Treatment Model [ATM]): 0.64  #3 (Adolescent Treatment Model [ATM]): 0.17 #4 CBOP: Vid intag=3.69 12 mån=1.68  CBOP+ACC: Vid intag=2.55 12 mån=1.20  MET/KBT7+ ACC: Vid intag=2.85 12 mån=1.20	#2: 0.64 – 1.79 = -1.15 större reduktion av substansproblem i interventionsgruppen  #3: 0.17-0.09 Medelskillnad: -0.08 (95% KI -0.13- -0.02)  #4 CBOP: 12 mån:1.68-1.20 =0.48  CBOP+ACC: 12 mån:1.20-1.20 =0  MET/KBT7+ ACC: 12 mån:1.20-1.20 =0  Slutsats: substansproblem efter 12 månader minskade för alla fyra interventioner. Största skillnaden i substansproblem efter 12 månader fanns mellan CBOP och MET/KBT7. Det fanns dock inga signifikanta skillnader i substansproblem mellan MET/KBT7 och öv-		++	#2 effektstorlek ej angiven #3 måttlig (0.73) skillnad i effekt mellan MET/KBT5 och ATM (studiepopulation med mindre allvarlig problematik) #4 Liten effektstorlek (0.29) av behandlingarna generellt

			riga interventioner efter 12 månader.			
--	--	--	--	--	--	--

## Evidensgradering enligt GRADE

Effektåtgärd:	Antal nyktra dagar		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	2		
Antal personer	920		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	2 RCT (#1 #4).
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Självrapporterade data Ingen kontrollgrupp som inte får behandling I en studie görs uppföljningar av samma personer som ger behandlingen
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)	X	
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Två amerikanska studier från samma forskargrupp i USA. Oklart hur överförbart till svenska förhållanden och andra studiepopulationer
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++)	++	

	Begränsat (++) Otillräckligt (+)		
--	-------------------------------------	--	--

Effektåtgärd:	Återhämtning		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	3		
Antal personer	3229		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	1 RCT (#1). 2 studier (#2+#3) ej RCT men matchning med propensity score weighting
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Två av studierna är inte RCT. Stort bortfall i en av studierna.
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)	X	
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Tre amerikanska studier. Oklart om behandling i standardbehandlingen i kontrollgruppen motsvarar standardbehandling i Sverige. Standardbehandling i kontrollgruppen kan även vara mindre eller mer effektiv än standardbehandling inom andra behandlingsprogram, vilken kan öka eller minska skillnaderna mellan interventions- och kontrollgrupp.
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)		Stor skillnad i rapporterade effektstorlekar mellan studierna
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)	X	
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		

	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	++	

Effektmåttet:	Substansproblem (enligt the past month substance problem scale eller GAIN)		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	3		
Antal personer	2949		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	1 RCT (#4).
	Observationsstudie (++)		2 studier (#2+#3) ej RCT men matchning med propensity score weighting
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Två av studierna är inte RCT. Stort bortfall i en av studierna.
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)	X	
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Fyra amerikanska studier. Oklart om behandling i standardbehandlingen i
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	

	Påtaglig osäkerhet (-2)		kontrollgruppen motsvarar standardbehandling i Sverige. Standardbehandling i kontrollgruppen kan även vara mindre eller mer effektiv än standardbehandling inom andra behandlingsprogram, vilken kan öka eller minska skillnaderna mellan interventions- och kontrollgrupp.
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Ofillräckligt (+)	++	



## Rad: G03

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Brief strategic family treatment (BSFT)

Granskare: Anders Tengström

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Patient-population	Effektmått A Reduktion av användande av cannabis, efter behandling och upp till 12 månader efter behandling	Effektmått Antal antisociala beteenden	Effektmått:	Kommentar
1	Robins et al, 2011	RCT, 480 patienter  Inklusion: Självrapporterat droganvändande senaste 30 dagarna eller remitterad från institution för missbruksbehandling Bo med familj  Exklusion: Dömd till grova brott som skulle omöjliggjort uppföljning  Ålder 13-17 år M=15.4, SD = 1.3	I1: BSFT, familjeintervention, 12-16 sessioner, under 4 månader Drop-out 30% under behandling I2: Sedvanlig behandling i öppenvårdsformat – inkluderade individuallterapi och/eller familjeterapi, föräldraträning och case manage-	Droganvändande (definierat som narkotikaanvändande) antal dagar senaste 28 dagarna  Inga skillnader mellan behandlingar avseende droganvändning  BSFT visar dock i sista 28 dagars uppföljningsintervallet ett signifikant lägre droganvändande mätt med medianvärde			Ingen analys av pre-post mätning av droganvändande pga att många ungdomar vid inklusion inte använt narkotika då de varit inlåsta – detta omöjliggör analys av övergripande effektivitet oavsett behandlingsform  Alla analyser gjorda på de som fanns kvar i respektive sample under uppföljningarna – inga ITT-analyser

		<p>Rekrytering via lokala behandlingscentra</p> <p>Majoritet icke-vita</p> <p>Uppföljning 12 månader – uppdelat i 12 – 28 dagars intervaller</p> <p>(USA)</p>	<p>ment</p> <p>Ingen av behandlingarna fick dock vara manualstyrd familjeterapi</p> <p>Deltagare i tau erhöll dosekvivalent behandling dvs 12-16 ggr över fyra månader</p> <p>Terapeuter randomiserades till betingelse</p>				
2	Santisteban et al, 2003	<p>RCT, 126 patienter</p> <p>Inklusion: externaliserade problembeteenden såsom droganvändning, våld, normbrytande beteende etc.</p> <p>Ålder 13-18 år, M=15,6</p> <p>87% män 100% hispanics</p> <p>Ingen uppföljningstid – endast mätning mellan behandlingsstart och behandlingsavslut.</p> <p>(USA)</p>	<p>I1: BSFT, 4-20 veckovisa sessioner M = 11 sessioner,</p> <p>I2: Gruppintervention (placebo-kontroll) då man inte anser att gruppintervention påverkar familjefunktion som i I1. 6-16 veckovisa sessioner M = 8.8</p>	<p>Antalet dagar som cannabis använts de senaste 30 dagarna Mätt med ASI</p> <p>I1: (M) baslinje 2.24, behandlingsslut 1.10</p> <p>I2: (M) baslinje 0.64, behandlingsslut 0.73</p> <p>BSFT minskade signifikant antalet dagar som ungdomarna använde cannabis i jämförelse med gruppinterventionen</p>	<p>Antalet antisociala beteenden mät med The Conduct Disorder Subscale från RBPC</p> <p>I1: (M) baslinje 23.06, behandlingsslut 19.0</p> <p>I2: (M) baslinje 20.8, behandlingsslut 21.80</p> <p>BSFT minskade signifikant antalet antisociala beteenden jämfört med gruppinter-</p>	<p>Studie med enbart hispanics i studiegruppen. Välgjord men dålig beskrivning runt vad tau är. Inga ITT-analyser eller annan kontroll av bortfall – oprecist utfallsmått som bara innehåller konsumtion och inga konsekvenser</p>	

					ventionen		
--	--	--	--	--	-----------	--	--

## Summering av utfall från inkluderade studier

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), samt referens #	Utfall/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/risk (K - I)	Relativ effekt-/riskreduktion ( (K - I) / K )	Evidensstyrka	Kommentarer
Effektmått A  Reduktion av användande av cannabis, efter behandling och upp till 12 månader efter behandling	480 – 1 studie #1	Inga skillnader mellan behandlingar avseende drog-användning  BSFT visar dock i sista 28 dagars uppföljningsintervallet ett signifikant lägre drog-användande mått med medicinanvärde			++	
	126 – 1 studie #2	I1: (M) baslinje 2.24, behandlingsslut 1.10 I2: (M) baslinje 0.64, behandlingsslut 0.73  BSFT minskade signifikant antalet dagar som ungdomarna använde cannabis i jämförelse med gruppinterventionen				
Effektmått B  Antalet antisociala	126 – 1 studie #2	I1: (M) baslinje 23.06, behandlingsslut 19.0			+	

beteenden mät med The Conduct Disorder Subscale från RBPC		I2: (M) baslinje 20.8 behandlingslut 21.80  BSFT minskade signifikant antalet antisociala beteenden jämfört med gruppinterventionen				
---	--	--	--	--	--	--

## Evidensgradering enligt GRADE

Effektmåttet: A	Reduktion av användande av cannabis, efter behandling och upp till 12 månader efter behandling		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	2		
Antal personer	606		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Överlag välgjorda studier – viss osäkerhet runt vad TAU i praktiken innebär
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Amerikanska studier med som delvis har kriminalvårdsdömda ungdomar från underprivilegierade grupper. Stor övervikt för hispanics i studiepopulationerna. Överförbarheten i dessa avseende är oklar. I övrigt anses överförbarheten vara god då programmet redan finns i Sverige och i sin behandlingsfilosofi mycket påminner om den familjeterapi som normalt lärs ut i landet dvs - Systemisk/strukturell familjeterapi
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)		Det finns inget Pre-post utfallsmått för om BSFT förmår minska cannabisanvändande i den största studien vilket är ett minus då det kommer till att bedöma metodens
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)	X	

			effektivitet Detta pga av att så många var inlåsta när de påbörjade behandling och därför inte använde droger
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		Amerikanska studier med brister i utfallsmåtten – vissa frågetecken kring överförbarhet
	Ja (-1)	X	
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	++	

Effektmåttet: B	Antalet antisociala beteenden		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	1		
Antal personer	126		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Ingen ITT-analys = riskerar övervärdera effekter Ingen uppföljning. Endast självrapporterad data.
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)	X	
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)	X	
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Endast en studie. Enbart hispanics i studiepopulationen
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	

	Påtaglig osäkerhet (-2)		– amerikansk studie. Överförbarheten i dessa avseende är oklar. I övrigt anses överförbarheten vara god då programmet redan finns i Sverige och i sin behandlingsfilosofi mycket påminner om den familjeterapi som normalt lärs ut i landet dvs - Systemisk/strukturell familjeterapi
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)		Liten studie.
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)	X	
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR< 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR< 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Ofillräckligt (+)	+	

## Rad: G04

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Functional family therapy (FFT)

Granskare: Anders Tengström

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Patient-population	Effektmått A	Effektmått A	Effektmått: B Antisocialt beteende	Kommentar
1	Waldron 2001	RCT – 120 patienter  96 pojkar, 24 flickor  Ålder 13-17 år  Diagnostiserade ffa cannabismissbruk/beroende  Inklusionskriterier: Uppfyller diagnos av primary SUD enligt DSM-IV (missbruk, beroende av någon substans). Minst en förälder villig att delta  Exklusion: ungdomar som primärt använde alkohol/och el-	11: FFT, familjeintervention, 12 timmar (hour),  12: Individuell KBT 12 timmar (hour)  13: FFT och KBT i kombination 24 timmar (hour)  14: psykoedukativ gruppintervention – 12 timmar (hour)	Procent av dagar utan användande av cannabis  Baslinje 54.58 4 mån 24.95 7 mån 40.10  Baslinje 52.19 4 mån 52.09 7 mån 51.13  Baslinje 56.73 4 mån 38.08 7 mån 36.44  Baslinje 66.21 4 mån 55.73 7 mån 41.88	Tungt användande av cannabis (%)  86.6 55.2 62.1  96.8 72.4 82.8  89.7 55.6 55.6  96.7 87.8 69.0		En välgjord studie som mycket sannolikt är underpowered med 4 betingelser på 120 deltagare = sannolikhet att upptäcka skillnader är låg.



		<p>ler/tobak</p> <p>Om familj eller patient behövde mer slutna vårdformer än öppen-vård.</p> <p>Om de var psykotiska eller om ett syskon deltog i behandling-en/studien</p> <p>Inklusion från kriminal-vård 43%, skola 31%, föräldrar 21%, annat 5%</p> <p>Uppföljning 4 och 7 månader efter be-handling - endast 6 ungdomar som gått i behandling deltog inte vid någon av uppfölj-ningarna</p> <p>(USA)</p>		<p>Vid 4 månaders uppföljningen hade FFT statistiskt säker-ställd effekt att minska antalet da-gar som cannabis användes jämfört med KBT och psykoedukativ gruppintervention – dock inte i jämfö-relse med den kombinerade be-handlingen</p> <p>Vid 7-månaders uppföljningen var ingen av behand-lingarna skilda från varandra avseende andel cannabisfria dagar</p>	<p>Andelen med tungt använ-dande var signifi-kant lägre vid 4 månaders upp-följning i FFT, CBT och komb. beh dock ej i grupp-behand.</p> <p>Vid 7 månaders-uppfölj var andelen signi-fikant lägre i FFT, kombinerade och gruppbe-handlingen men ej i KBT</p>		
2	Slesnick et al 2009	<p>RCT, 119 patienter</p> <p>Inklusion: från 2 ung-domshärbärgen (run away shelters)</p> <p>Inklusionskriterier bo-ende på härbärget – minst en förälder som</p>	<p>11: FFT, 16 veck-ovisa sessioner</p>	<p>Dagar med alkohol eller droganvän-dande i %</p> <p>Baslinje 43 3 mån 15 9 mån 18</p>		<p>Poäng på NYSDS National Youth Survey Delin-quency Scale</p> <p>Baslinje 175 3 mån 24 9 mån 19 15 mån 16</p>	<p>Studie med stor andel hispanics i studiegrup-pen. Vägjord men då-lig beskrivning runt vad tau är. ITT-analyser görs för kontroll av bortfall Ett antal utfallsmått för substansanvändande och konsekvenser varav alla visar samma mönster som det som</p>

		<p>vill delta,</p> <p>Exklusionskriterier: om man inte har någon familj, familjen bor för långt bort, psykos,</p> <p>Ålder 12-17 år,</p> <p>89% mötte DSM-diagnos för alkoholmissbruk eller beroende. 29% mötte diagnos för cannabissmissbruk och 37% för cannabisberoende medan ytterligare 5% mötte kriterier för annat substansmissbruk och 17% för annat substansberoende.</p> <p>Uppföljning 3, 6 och 15 månader efter inklusion. 62% genomförde alla uppföljningar</p> <p>(USA)</p>	<p>I2:EBFT (ecologically based family therapy - 16 veckovisa sessioner</p> <p>I3: TAU Case-management och terapi genomfört av eller arrangerat av härbärgespersonalen.</p>	<p>15 mån 13</p> <p>Baslinje 43 3 mån 33 9 mån 21 15 mån 12</p> <p>Baslinje 38 3 mån 25 9 mån 32 15 mån 33</p> <p>FFT och EBFT visade på en signifikant minskning av antal dagar som man använde substanser, jämfört med TAU.</p>		<p>Baslinje 190 3 mån 36 9 mån 40 15 mån 36</p> <p>Baslinje 934 3 mån 92 9 mån 58 15 mån 22</p> <p>Alla tre interventionerna minskar antisociala beteenden över tid – då det föreligger signifikant skillnad vid baslinjen för Tau är analysen mellan grupperna inte meningsfull</p>	<p>presenterats här</p>
3	Sexton et al 2011	<p>RCT – 917 klienter och deras familjer</p> <p>Ålder 13-17 år 79% pojkar 78% vita (white) 85% var involverade i droger och 80% i alkoholanvändning</p>	<p>I1: FFT i genomsnitt 12 sessioner i hemmet under en 3-6 månadsperiod</p> <p>Omfattande adherence skattningar</p>			<p>Olika brott som registrerats i officiell statistik</p> <p>FFT och kontrollgrupp återföll i nya brott i samma utsträckning un-</p>	<p>Stor studie med en hel delstat som undersökningsområde. Risken för olika slags bias bedöms som låg. Populationen är sannolikt mer lik en svensk population än vad är gängse i amerikanska studier</p>

		<p>dande/missbruk</p> <p>Inklusion: samtliga ungdomar hade begått brott och dömts till övervakning (probation)</p> <p>12 månaders uppföljning</p>	<p>gjordes (dvs hur väl terapeuterna följde behandlingsmanualen</p> <p>K1 Sedvanlig övervakning inom rättssystemet – innebär veckovisa kontrollträffar – viss utbildning förekommer också</p>			<p>der uppföljning 22%</p> <p>Det var dock skillnad i återfall beroende på hur väl terapeuten följde behandlingsmanualen (adherence)</p> <p>För terapeuter med låg adherence återföll 10.4% i våldsbrott – för terapeuter med hög adherence var återfallsfrekvensen 4.1% och för kontrollgruppen 5.9%</p> <p>Terapeuter med låg adherence hade statistiskt sämre utfall är de med hög adherence och kontrollgruppen. Hög adherencegruppen hade ett signifikant lägre andel</p>	<p>(Washington State). God kontroll över terapeuternas förmåga att följa manualen.</p>
--	--	---	---	--	--	--	--

						<p>som återföll i våldsbrott jämfört med kontrollgruppen</p> <p>För ickevåldsbrott låg adherence 49.9% Hög adherence 35.1% Kontrollgrupp 41.7% Här skilde sig låg adherence gruppen signifikant från de två andra grupperna. Hög adherencegruppen var inte signifikant skild från kontrollgruppen.</p>
4	Hansson et al 2000	<p>RCT 89 ungdomar rekryterade pga av att de begått brott</p> <p>10-18 år</p> <p>inklusionskriterier utöver att de skulle vara bosatta i Lund och ha begått brott som blev föremål för socialtjänstens intresse</p>	<p>I1: FFT i genomsnitt 10 sessioner (Range 3-32)</p> <p>K1: Tau – sedvanlig socialtjänstinsatser</p>			<p>Registeruppföljning via kriminalregister samt inkomna rapporter från polis till socialtjänst avseende brottslighet</p> <p>I1: 1 år 33% 2 år 41%</p>

		<p>Exklusionskriterier: Ingen pågående behandling – inte möjlighet att pga språkokunskap besvara formulär gäller både ungdomar och föräldrar.</p> <p>Uppföljning via kriminalregister och rapport från socialtjänst 1 resp 2 år efter behandlingsstart.</p> <p>Svensk studie</p>				<p>K1: 1 år 66% 2 år 82%</p> <p>Signifikant färre hade rapporterad brottslighet i FFT jämfört med kontrollgrupp både vid 1 resp 2 års uppföljningarna</p>	
5	Baglivio et al 2014	<p>Kvasiexperimentell design totalt matchat sample – 1256 klienter och deras familjer</p> <p>Ålder 12-18 år</p> <p>Inklusion: samtliga ungdomar hade begått brott och dömts till övervakning (probation) och har av sin probation officer ansetts vara i behov av behandling</p> <p>Ingen kontrollgrupp föreligger utan de aktiva behandlingarna jämförs efter att matchning gjorts med så kallade propensity scores som säkerställer</p>	<p>I1: FFT i hemmet i genomsnitt 119 dagar. 76.5% fullföljde behandlingen</p> <p>I2: MST i hemmet i genomsnitt 95 dagar 71.9% fullföljde behandlingen</p>			<p>Ingen signifikant skillnad mellan FFT och MST avseende återfall i nya brott inom 12 månader eller förseelser under övervakningstiden då hela samplet togs med i analysen</p> <p>I subgruppsanalys fann man att tjejer som fått FFT hade en signifikant lägre andel som återfallit i nya brott under behandlingstiden</p>	<p>Stor studie som inte har kontrollgrupp och som är en effectiveness studie då den följer klienter genom reguljära vårdkedjor</p> <p>Likhet mellan jämförelsegrupperna har uppnåtts genom användande av så kallad propensity score som genom att använda en stor mängd bakgrundsinformation statistiskt kan säkerställa att grupperna är lika från start då de inte skiljer sig på de som man vet viktiga kännetecken, ålder. Kön, tidigare brottslighet och många fler variabler</p>

		<p>att grupperna inte skiljer sig på avgörande karaktäristika</p> <p>12 månaders uppföljning</p>				<p>FFT: 26,1% MST: 38,3%</p> <p>Samt att tjejer som fått FFT och som bedömts ha låg risk att begå fortsatt brottslighet hade en signifikant lägre andel som återfallit i nya brott under behandlingstiden</p> <p>FFT: 20,9% MST: 32%</p> <p>För flera andra utfallsmått var det signifikanta skillnader mellan FFT och MST på signifikansnivå .05 men efter post-test korrektion (bonferroni) förelåg inte längre skillnaderna</p> <p>Alla skillnader som upptäckts mellan behandlingarna i studien talade till FFT:s fördel oavsett om de var signifikanta</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						eller ej	
--	--	--	--	--	--	----------	--

## Summering av utfall från inkluderade studier

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), samt referens	Utfall/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/risk (K - I)	Relativ effekt/-riskreduktion ( (K - I) / K )	Evidensstyrka	Kommentarer
<p>Effektmått A</p> <p>Reduktion av användande av cannabis och alkohol, efter behandling och upp till ca 10 månader efter behandling</p>	120 #1	<p>Dagar utan cannabis</p> <p>KBT: 4 mån -0,10 7 mån -0,94</p> <p>KBT+FFT: 4 mån -18,68 7 mån -20,29</p> <p>Psykeduc: 4 mån -10,48 7 mån -24,33</p> <p>Tungt användande av cannabis</p> <p>KBT: 4 mån -24,4 7 mån -14</p> <p>KBT+FFT: 4 mån -34,1 7 mån -34,1</p> <p>Psykoeduc: 4 mån -8,9 7 mån -27,7</p>	<p>-19,63 -13,36</p> <p>-10,95 +7,03</p> <p>-9,15 +10,97</p> <p>-7 -10,5</p> <p>+2,7 +2,7</p> <p>-22,5 +3,2</p>		+++	Fördel FFT jämfört med KBT och psykoeduc vid 4 mån
	119 #2	<p>Dagar med alkohol eller droger</p> <p>EBFT: 3 mån -10</p>	-18		+++	Fördel FFT jämfört TAU



		9 mån -22 15 mån -31	-3 +1			
		TAU: 3 mån -13 9 mån -6 15 mån -5	-15 -19 -25			
Effektmått B  Antal antisociala beteenden/kriminella handlingar	119 #2	Skala för antisocialt beteende			+++	Inga signifikanta skillnader mellan grupperna
		EBFT 3 mån 36 9 mån 40 15 mån 36	-12 -21 -20			
		TAU 3 mån 92 9 mån 58 15 mån 22	-68 -39 -6			
	917 #3	Brottslighet 22 %	0,0		+++	Ingen signifikant skillnad mellan grupperna.  Hög adherence hos terapeuter är associerat med statistiskt säkraställt bättre utfall jämfört med kontrollgrupp.
	89 #4	Brottslighet 1 år 66%	33 procentenheter		+++	Fördel FFT

		2 år 82%	färre 41 procentenheter färre			
	1256 #5	<p>Brottslighet</p> <p>I subgruppsanalys fann man att tjejer som fått FFT hade en signifikant lägre andel som återfallit i nya brott under behandlingstiden</p> <p>FFT: 26.1%</p> <p>MST: 38.3%</p> <p>Samt att tjejer som fått FFT och som bedömds ha låg risk att begå fortsatt brottslighet hade en signifikant lägre andel som återfallit i nya brott under behandlingstiden</p> <p>FFT: 20.9%</p> <p>MST: 32%</p>			+++	Ingen signifikant skillnad mellan FFT och MST avseende återfall i nya brott inom 12 månader eller förseelser under övervakningstiden då hela samplet togs med i analysen

## Evidensgradering enligt GRADE

Effektmaßtet: A	Reduktion av användande av cannabis och alkohol, efter behandling och upp till ca 10 månader efter behandling		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	2		
Antal personer	239		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Överlag valgjorda studier – osäkerhet runt vad TAU i praktiken innebär – sannolikt underpowered – många interventioner med relativt få studiedeltagare.
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)	X	
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Amerikanska studier med delvis kriminalvårdsdömda ungdomar från underprivilegierade grupper. Stor övervikt för hispanics i studiepopulationerna. Överförbareten i dessa avseende är oklar. I övrigt anses överförbarheten vara god då programmet
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtäglig osäkerhet (-2)		

			redan finns i Sverige.
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)		Relevanta utfallsmått – begränsning finns för hur det ser ut för alkohol
	Vissa problem (eventuellt avdrag)	X	
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	+++	

Effektmåttet: B	Antal antisociala beteenden/kriminella handlingar	
	Antal	Kommentarer

Antal studier	4		
Antal personer	2381		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	En studie använder propensityscores som hanterar det faktum att ingen randomisering skett
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Blandat från mycket bra kvalitet till sämre
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)	X	Sannolikt god överförbarhet då det amerikanska stora samplet sannolikt är relativt likt ett svenskt motsvarande. Svensk studie finns med. I övrigt anses överförbarheten vara god då programmet redan finns i Sverige och har testats under svenska förutsättningar.
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)		Går från att visa

	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)	X	nollresultat till positiva resultat – jämfört med andra metoder dock aldrig sämre resultat jämfört med andra metoder
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)		Olika sätt som utfallsmåttet mäts på – relativt oprecisa då huvudstudiernas mått är nya arresteringar/åttal som sannolikt kraftigt underskattar den sanna prevalensen
	Vissa problem (eventuellt avdrag)	X	
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		Brister i utfallsmåtten samt blandad kvalitet i studierna
	Ja (-1)	X	
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++)	+++	

Otillräckligt (+)		
-------------------	--	--

## Rad: G05

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Multidimensional family therapy (MDFT)

Granskare: Yasmina Molero Samuelson

Tabellering av inkluderade studier

Författare, år	Studiedesign	Patientpopulation	Effektmått A Reduktion av användande av cannabis, alkohol eller andra droger inom 12 månader efter behandling	Effektmått B Andel i Recovery	Effektmått: C Minskning av antisocialt eller externaliserat beteende	Kommentar
Liddle et al, 2001	RCT, 182 patienter Inklusion: Missbruk/beroendediagnos Användande av illegal substans minst 3 ggr/vecka + alkoholkonsumtion i varierande grad Ålder 13-18 år	I1: MDFT, familj, 16 sessioner, under 5 månader Drop-out 30% under behandling I2: Kognitiv beteendeterapi, grupp, 16 sessioner, under 5 månader Drop-out 35% under behandling I3: Familjebaserad psykoedukation, grupp, 16 sessioner, under 5	Substansanvändande (definierat som alkohol och cannabis användande) medelvärde på användskala  I1: Substansanvändande (M) baslinje 9,89, behandlingslut 4,79, 6 mån 5,04, 12 mån 4,25			Välgjord studie. Relevanta data insamlade. Hög drop-out dock och värdet begränsas av att populationen kommer från kriminalvårdssystemet Inga ITT analyser vilket sannolikt gör att effekter överskattas pga av det höga bortfallet

	<p>M=15.9, SD = 1.4  Rekrytering via kriminalvårdssystemet (juvenial system)  Exklusion: Fick ej ha deltagit i annan missbruksbehandling (terapi/AA etc)  50% vita – icke hispanics  6 och 12 månaders uppföljning  16% non-starters (USA)</p>	<p>månader  Drop-out 47% under behandling</p>	<p>I2: Substansanvändande (M) baslinje 8,83, behandlingslut 7,33, 6 mån 6,21, 12 mån 5,08  I3: Substansanvändande (M) baslinje 10,03, behandlingslut 7,26, 6 mån 6,87, 12 mån 7,26</p> <p>Samtliga interventioner visade på signifikanta förbättringar i effektmåttet över tid</p> <p>I1 – MDFT visade i medel de största förbättringarna från baslinje till behandlingslut  Samma slutsats gäller då man tar hänsyn till mätvärdena i uppföljningarna</p>			
<p>Liddle et al, 2008</p>	<p>RCT, 224 patienter  Inklusion: Missbruk/beroendediagnos  Cannabismissbruk/beroende 13/75%  Alkoholmissbruk/beroende 4/20%  Annan substans-Missbruk/beroende</p>	<p>I1: MDFT, 16 sessioner, under 5 månader  6 terapeuter  Drop-out under behandling okänt  Medeltal 8 sessioner  I2: Kognitiv beteendeterapi, individuell, 16 sessioner, under 5 månader  medeltal 8 sessioner  6 terapeuter  Drop-out under behandling - okänt</p>	<p>Antalet dagar som cannabis använts de senaste 30 dagarna</p> <p>I1: (M) baslinje 10,41, behandlingslut 5,12, 6 mån 5,77, 12 mån 4,30</p> <p>I2: (M) baslinje 11,89, behandlingslut 9,83, 6 mån 6,74 12 mån 6,41</p>			<p>Stor studie med ffa cannabismissbrukare – nästan ¼ svarta ungdomar  Mycket hög andel som inte kunde nås för uppföljningar dock återkom individer efter att ha missat tidigare tillfällen. ITT analyser ger konservativa effekter givet det höga bortfallet  Båda behandlingarna är effektiva för att reducera antalet dagar ffa vad gäller cannabisanvändande – ingen av beh är bättre än</p>



	<p>2/13%</p> <p>Ålder 13-18 år, M=15,4</p> <p>81% män</p> <p>72% afro-amerikaner</p> <p>Andel under kriminalvårdsövervakning (probation) 61%.</p> <p>6 och 12-månaders uppföljning (USA)</p>	<p>Hög drop-out vid mät- tillfällena behandlings- slut och uppföljningarna – runt 40-46% deltog inte vid respektive till- fälle</p>	<p>Båda behandlingarna visade en signifikant förmåga att öka anta- let dagar utan can- nabisanvändning. Inga signifikanta skill- nader mellan behand- lingarna</p>			den andra.
<p>Liddle et al, 2009</p>	<p>RCT, 83 patienter</p> <p>Inklusion: Icke specificerat användande eller problemnivå 47% mötte kriterier för missbruk och 16% för beroende</p> <p>Remitterade till öppenvårdsbe- handling vid spe- cialistklinik via kriminalvården (45%), skolan (41%), familj och andra (14%).</p> <p>Ålder 11-15 år M = 14, SD 1.1.</p> <p>Exklusion: Får inte använda ngn substans mer än 3ggr/vecka, bo</p>	<p>11: 11: MDFT, ca 24 tim- mar, 12-16 veckor</p> <p>Drop-out 3%</p> <p>12: Manualbaserad gruppintervention upp- byggd på social inlär- ning och KBT, grupp, ca 24 timmar, 12-16 veckor</p> <p>Drop-out 28%</p> <p>7% som icke påbörjade behandling</p>	<p>Effektmått C</p> <p>1. Substansproblem – (antal) cohen's d.</p> <p>Båda beh var statist- iskt säkerställda i att reducera substansan- vändande men där MDFT var associerat med att ge en snabb- bare minskning av användande under uppföljningsperioden. Effektstorlek d= 1,37 för det kontinuerliga måt- tet som användes</p> <p>Användande av sub- stans antal dagar de senaste 30 dagarna</p>		<p>Ingen redukt- ion av antiso- cialt beteende kunde ses i hela samplet. MDFT inter- ventionen hade dock en förbättrande effekt jämfört med grupp- behandling Effektstorlek = 0,31</p>	

	<p>med minst en föräldrafigur, inte vara suicidala, psykotiska eller begåvningshandikappade. Inte ha mer än 3 tidigare arresteringar</p> <p>73% män 90% tillhör minoritetsbefolkningen 6 och 12-månaders uppföljning (USA)</p>		<p>MDFT reducerade signifikant antalet dagar som substanser användes jämfört med gruppbehandlingen Effektstrolek Cohen's d = .77</p>			
<p>Dennis et al, 2004</p>	<p>RCT 600 deltagare – multicenterstudie (2)</p> <p>Inklusion: Cannabisrelaterade problem – minst ett kriterium för cannabismissbruks- eller beroendediagnos enligt DSM-IV. Brukat cannabis minst en gång under de senaste 90 dagarna. Bedöms lämplig för intensiv öppenvårdsbehandling Exklusion: Har använt alkohol minst 45</p>	<p>I1: MDFT 12 till 15 sessioner, oftast 6 med ungdomen 6 med hela familjen och 3 med föräldrarna</p> <p>I2: MET/CBT5 - Motivational Enhancement Therapy (MET) Cognitive Behavioural Therapy (KBT) 2 sessioner MET samt 3 sessioner av KBT under 6-7 veckor</p> <p>I3: MET/CBT12 2 sessioner av MET samt 7 sessioner av KBT under 12-14 veckor</p> <p>I4: FSN -Family Support</p>	<p>Antal dagar utan drog användande under uppföljningsperioden (12 månader)</p> <p>Samtliga behandlingar uppvisade signifikanta ökningsar (pre-post mätning) av antalet dagar som droger inte användes.</p> <p>Inga signifikanta skillnader förelåg dock mellan programmen</p>	<p>Andel "på väg tillbaka" (recovery) vid studiens slut (inget bruk sista månaden/bor i samhället är ej slutenvårdad)</p> <p>Samtliga behandlingar uppvisade signifikanta ökningsar (pre-post mätning) av antalet dagar som man var i recovery</p> <p>Inga signifikanta skillnader förelåg dock mellan</p>		

	<p> dagar under de senaste 90 dagarna, har använt andra substanser minst 13 dagar under de senaste 90 dagarna</p> <p>Har akuta medicinska eller psykologiska problem som omöjliggör deltagande – har bristande mental kapacitet för att klara av behandlingen, bor utanför upptagningsområdet, har begått upprepade och allvarliga våldshandlingar som äventyrar andras deltagande eller har uppförandestörning, otillräckliga engelskakunskaper.</p> <p>Ålder 13-18 – hälften av deltagarna var 15-16 år</p> <p>Pojkar 83% Vita 60%, Svarta – 30% Enrollerade i kri-</p>	<p>Network. Innehåller MET/CBT samt 6 sessioner av föräldraträning, hembesök, möjlighet till stödgrupp samt case management</p> <p>15: ACRA - Adolescent Community Reinforcement Approach. Ungdom får 10 sessioner, föräldrar 4 sessioner samt viss case management under 12-14 veckor</p>		programmen		
--	---	--	--	------------	--	--

	<p>minalvårdsåtgärder 62%</p> <p>Uppföljning efter 3, 6, 9 och 12 månader USA</p>					
<p>Rigter et al 2013, Schaub et al 2014</p>	<p>RCT, 450 patienter i öppenvård – multi-site och multi-nationell studie</p> <p>Inklusion: Cannabismissbruk eller beroende ungdomar 13-18 år</p> <p>Exklusion: om de led av psykos, svår ätstörning, suicidala föreställningar, behov av slutenvård, eller beroende som kräver substitutionsbehandling eller inte kunde kommunicera på det lokala språket 85% män 40% invandrarstatus 3,6, 9, och 12 månaders uppföljning (Europa)</p>	<p>I1: MDFT, 2 sessioner i veckan under 6 månader Drop-out under 2%</p> <p>I2: Individuell terapi TAU som varierar mellan siter allt från KBT till psykodynamisk terapi Ca 1 session i veckan under 6 månader</p> <p>Drop-out 7%</p>	<p>Andel med cannabisberoendediagnos var signifikant lägre i MDFT jämfört med Tau 12 månaders uppföljning</p> <p>MDFT: Baslinje 82% Uppfölj 38%</p> <p>TAU: Baslinje 82% Uppfölj 52%</p> <p>Båda behandlingarna ökade antalet drog-fira dagar – ingen signifikant skillnad mellan behandlingarna efter 12 månader. Dock en tydlig trend att MDFT var den mer effektiva behandlingen</p> <p>MDFT pre 59,8 (25,3) post 34,0 (32,6)</p> <p>TAU Pre 61,5 (25,4)</p>		<p>Graden av externaliserat självrapporterat beteende (YSR) var signifikant lägre i MDFT gruppen jämfört med TAU P = 0,01 d = 0,26</p> <p>MDFT Baslinje 21,57 (9,22) 12 mån 15,38 (9,07)</p> <p>IP Baslinje 19,73 (8,32) 12 mån 15,86 (8,80)</p>	<p>Mkt välgjord studie – följer CONSORT kriterier för RCTstudie. Multi-site multi-nationell studie – låg drop-out ITT analyser gjorda olika kliniska populationer gjord i Europa.</p>

			<p>Post 42,3 (33,8) P = 0,07 d = 0,25).</p> <p>Bland ungdomar med svåra missbruksproblem var MDFT signifikant bättre att minska antalet dagar då cannabis användes p = 0,002; d = 0,60).</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Antal deltagare (antal studier), samt referens #	Utfall/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/risk (K - I)	Relativ effekt/-riskreduktion ((K - I) / K)	Evidensstyrka	Kommentarer
182 – 1 studie #3	<p>Substansanvändande KBT: behandlingsslut 7,33 6 mån 6,21 12 mån 5,08</p> <p>Familjebaserad psykoeduc behandlingsslut 7,26 6 mån 6,87 12 mån 7,26</p>	<p>2,49 enheter lägre 1,17 enheter lägre 0,83 enheter lägre</p> <p>2,42 enheter lägre 1,82 enheter lägre 3,01 enheter lägre</p>		+++	Samtliga interventioner visade på signifikanta förbättringar i effektmåttet över tid. Dock inga tydliga skillnader mellan behandlingarna. MDFT visade dock i medeltal de största förbättringarna över tid.
224 – 1 studie #4	<p>Antalet dagar som cannabis använts de senaste 30 dagarna</p> <p>KBT</p>	4,69 enheter lägre		+++	Båda behandlingarna visade en signifikant förmåga att öka antalet dagar utan cannabisanvändning. Inga signifikanta skillna-

	behandlingslut 9,83 6 mån 6,74 12 mån 6,41	0,97 enheter lägre 2,11 enheter lägre			der mellan behandlingarna dock.
83 – 1 studie #5			Cohens's d = 1,37	+++	Båda behandlingarna var statistiskt säkerställda i att reducera substansproblem men där MDT var associerat med att ge en snabbare minskning av användande under uppföljningsperioden
83 – 1 studie #5			Effektstrolek - Cohen's d = 0,77	+++	MDFT reducerade signifikant antalet dagar som substanser användes jämfört med gruppbehandlingen
600 1 studie (2 trials) #6				+++	Samtliga behandlingar uppvisade signifikanta ökningsar (pre-post mätning) av antalet dagar som droger inte användes.  Inga signifikanta skillnader förelåg dock mellan programmen
450 1 studie # 8	52%	14 procentenheter lägre	Effektstorlek d = 0,60	+++	Andel med cannabisberoendedia-

					gnos var signifikant lägre i MDFT jämfört med Tau 12 månaders uppfölning  Bland ungdomar med svåra missbruksproblem var MDFT signifikant bättre att minska antalet dagar då cannabis användes $p = 0,002$ ;
600 1 studie (2 trials) #6				++	Samtliga behandlingar uppvisade signifikanta ökningsar (pre-post mätning) av antalet dagar som man var i recovery  Inga signifikanta skillnader förelåg dock mellan programmen.
83 1 studie #5			Effektstorlek Cohen's $d = 0,31$	++	Ingen reduktion av antisocialt beteende kunde ses i hela samplet. MDFT interventionen hade dock en förbättrande effekt jämfört med gruppbehandling

450 1 studie #8			Effektmaß d = 0,26	+++	Graden av externaliserat självrapporterat beteende (YSR) var signifikant lägre i MDFT gruppen jämfört med TAU, P =0,01
-----------------	--	--	-----------------------	-----	--



## Evidensgradering enligt GRADE

Effektmåttet: A	Reduktion av användande av cannabis, alkohol eller andra droger inom 12 månader efter behandling		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	5		
Antal personer	1539		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Vissa av studierna har höga bortfall i ffa uppföljningarna vilket gör resultaten mer osäkra
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Amerikanska studier med ffa kriminalvård dömda ungdomar från underprivilegierade grupper. Överförbarheten i detta avseende är oklar MDFT jämförs i alla utom en studie med kompetenta state of the art behandlingar som i allt väsentligt inte finns i Sverige vilket försvårar direkta jämförelser av resultaten i studierna med svenska förhållanden. En stor studie är dock på europeiska ungdomar och jämförs med TAU som liknar den behandling som kan tänkas få i Sverige
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rappor-	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		

teringsbias	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		I huvudsak amerikanska studier med oklar överförbarhet, vissa brister i genomförande ffa uppföljningarna
	Ja (-1)	X	
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	+++	

Effektmåttet: B	Andel "på väg tillbaka" (recovery) vid studiens slut (inget bruk sista månaden/bor i samhället är ej slutenvårdad)		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	1		
Antal personer	600		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		höga bortfall i ffa uppföljningarna vilket gör resultaten mer osäkra
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)		
	Allvarliga begränsningar (-1)	X	
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Amerikanska studier med ffa kriminalvårdsdömda ungdomar från underprivilegierade grupper. Överförbarheten i detta avseende är oklar MDFT jämförs i alla studier med kompetenta state of the art behandlingar
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)		
	Osäkerhet (-1)	X	
	Påtaglig osäkerhet (-2)		

			som i allt väsentligt inte finns i Sverige vilket försvårar direkta jämförelser av resultaten i studierna med svenska förhållanden
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) eller Otillräckligt (+) vetenskapligt underlag	++	

Effektmåttet:C	Antisocialt eller externaliserande beteende		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	2		
Antal personer	533		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		höga bortfall i ffa uppföljningarna i en studie vilket gör
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	

	Allvarliga begränsningar (-1)		resultaten mer osäkra
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Den stora studien gjord på europeiska ungdomar där insatssystemen är relativt lika de i Sverige
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		Amerikanska studier med oklar överförbarhet, vissa brister i design och genomförande
	Ja (-1)	X	
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otillräckligt (+)	+++	

# Litteratursökning

**Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2012-04-02, 2017-03-09**

**Ämne: Riktlinjer för missbruk – Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år: Multidimensional family therapy (MDFT)**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
67.	Mesh	Alcoholism[Mesh]	70 215
68.	FT/ti	(alcohol abuse[ti] OR alcohol addiction[ti] OR alcohol dependence[ti] OR alcohol dependency[ti] OR alcohol dependent[ti] OR alcoholics[ti] OR alcoholism[ti] OR chronic alcoholic[ti])	25 315
69.	FT/tiab	(chronic alcohol misuse[tiab] OR chronic alcoholic intoxication[tiab] OR chronic excessive alcohol[tiab])	310
70.	FT/ti	(harmful[ti] OR hazardous[ti]) AND (consumption[ti] OR drinking[ti])	298
71.	FT	drinking habits[ti] AND alcohol*[tiab]	166
72.	FT/ti	alcohol*[ti] AND (abuse[ti] OR abuser[ti] OR brief intervention[ti] OR consum*[ti] OR habits[ti] OR drinking[ti] OR harmful[ti] OR hazardous[ti] OR misuse[ti] OR problem*[ti] OR screening[ti])	20 466
73.		1-6 OR	83 900
74.	Mesh	Amphetamine-Related Disorders[Mesh] OR Cocaine-Related Disorders[Mesh] OR Marijuana Abuse[Mesh] OR Opioid-Related Disorders[Mesh] OR Street Drugs[Mesh] OR Substance Abuse, Intravenous[Mesh] OR Substance Withdrawal Syndrome[Mesh]	71 685
75.	FT/ti	addiction*[ti] OR drug depend*[ti]	14 042
76.	FT/tiab	drug abuse*[tiab] OR drug addict*[tiab] OR drug usage[tiab] OR drug use*[tiab] OR substance abuse*[tiab] OR substance addiction[tiab] OR substance use[tiab]	111 482
77.		8 OR 9 OR 10	167 412
78.		7 OR 11	237 720
79.	FT/tiab	(Multidimensional therapy[tiab] AND family[tiab]) OR (Multidimensional treatment[tiab] AND family[tiab]) OR Multidimensional family treatment[tiab] OR Multidimensional family therapy[tiab]	72
80.		12 AND 13	46
81.		Filters activated: Randomized Controlled Trial, Publication date from 2014/04/01, English, Swedish.	<b>3</b>
82.		Filters activated: Systematic Reviews, Publication date from 2014/04/01, English, Swedish.	<b>3</b>

\*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts

FT = Fritextterm/er

tiab= sökning i title- och abstractfälten

\*\*) )

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

**Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley Datum: 2012-04-02, 2017-03-15**

**Ämne: Riktlinjer för missbruk – Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år, Multidimensional family therapy (MDFT)**

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh	MeSH descriptor: [Cannabinoids] explode all trees	2 739
2.	Mesh	"alcohol abuse" or "alcohol addiction" or "alcohol dependence" or "alcohol dependency" or "alcohol dependent" or alcoholics or alcoholism or "chronic alcoholic":ti (Word variations have been searched)	3 240

3.	FT/ti,ab,kw	"chronic alcohol misuse" or "chronic alcoholic intoxication" or "chronic excessive alcohol":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	5
4.	FT/ti	(harmful or hazardous):ti and (consumtion or drinking):ti	48
5.	FT	(drinking habits):ti and alcohol*:ti,ab,kw	7
6.	FT/ti	alcohol*:ti and (abuse or abuser or "brief intervention" or consum* or habits or drinking or harmful or hazardous or misuse or problem* or screening):ti	1 621
7.		1-6 OR	5 808
8.	Mesh	MeSH descriptor: [Amphetamine-Related Disorders] explode all trees	209
9.	Mesh	MeSH descriptor: [Cocaine-Related Disorders] explode all trees	725
10.	Mesh	MeSH descriptor: [Marijuana Abuse] explode all trees	308
11.	Mesh	MeSH descriptor: [Opioid-Related Disorders] explode all trees	1 464
12.	Mesh	MeSH descriptor: [Street Drugs] explode all trees	262
13.	Mesh	MeSH descriptor: [Substance Abuse, Intravenous] explode all trees	421
14.	Mesh	MeSH descriptor: [Substance Withdrawal Syndrome] explode all trees	1 905
15.	FT/ti	(addiction* or "drug depend*"):ti (Word variations have been searched)	550
16.	FT/ti,ab,kw	"drug abuse*" or "drug addict*" or "drug usage" or "drug use*" or "substance abuse*" or "substance addiction" or "substance use":ti,ab,kw (Word variations have been searched)	11 055
17.		8-16 OR	14 264
18.		7 OR 17	19 146
19.	FT/ti,ab,kw	("multidimensional therapy" and family):ti,ab,kw	0
20.	FT/ti,ab,kw	("multidimensional treatment" and family):ti,ab,kw	6
21.	FT/ti,ab,kw	("multidimensional family treatment"):ti,ab,kw	0
22.	FT/ti,ab,kw	("multidimensional family therapy"):ti,ab,kw	34
23.		19-22 OR	40
24.		18 AND 23	26
25.		24 AND Publication Year from 2014	<b>5:</b> CDSR: 0 DARE: 0 <b>CENTRAL: 5</b> HTA: 0

Cochrane library:

\*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library)

Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utsluts

Qualifier = aspekt av ämnet

FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords

\*\*)

CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews

DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects

HTA = Health Technology Assessment Database

EED = NHS Economic Evaluation Database

Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials

\*\*)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

**Databas: PsycINFO Databasleverantör: Ebsco Datum: 2012-05-16, 2017-03-10**

**Ämne: Riktlinjer för missbruk – Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika**

## hos ungdomar under 18 år: Multidimensional family therapy (MDFT)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE	DE "Drug Abuse" OR DE "Alcohol Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Inhalant Abuse" OR DE "Polydrug Abuse" OR DE "Drug Addiction" OR DE "Drug Withdrawal" OR DE "Alcoholism"	106 990
2.	FT/TI	TI ( "substance use" OR "substance addiction" OR "drug use*" OR "drug usage" OR "drug abuse*" OR "drug addict*" OR addiction* OR "drug depend*" ) OR AB ( "substance use" OR "substance addiction" OR "drug use*" OR "drug usage" OR "drug abuse*" OR "drug addict*" )	77 289
3.	FT/TI	TI (harmful OR hazardous) AND (alcohol* OR drink*)	502
4.	FT	TI ( "hazardous drinkers" OR "hazardous drinking" ) OR AB ( "hazardous drinkers" OR "hazardous drinking" )	702
5.	FT/TI	TI alcohol* AND (abuse OR abuser OR addiction OR consum* OR depende* OR problem* OR habits OR hazardous OR harmful OR misuse)	43 728
6.	DE/TI	TI ( "alcohol dependence" OR "alcohol dependent" OR "alcohol dependency" OR "alcohol addiction" OR alcoholism OR "chronic alcohol misuse" OR "chronic excessive alcohol" OR "chronic alcoholic" OR alcoholics ) OR AB ( "alcohol dependence" OR "alcohol dependent" OR "alcohol dependency" OR "alcohol addiction" OR "chronic alcohol misuse" OR "chronic excessive alcohol" OR "chronic alcoholic" )	24 444
7.		OR 1-6	160 539
8.	FT	TI ( (Multidimensional therapy AND family) OR (Multidimensional treatment AND family) OR Multidimensional family treatment OR Multidimensional family therapy ) OR AB ( (Multidimensional therapy AND family) OR (Multidimensional treatment AND family) OR Multidimensional family treatment OR Multidimensional family therapy )	248
9.		7 AND 8	102
10.		Limiters - Published Date: 20140401-	<b>10</b>

\*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/TI, AB, KW = fritextsökning i fälten för titel, abstract, keywords

\*\*)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

## Rad: G06

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Multisystemisk terapi (MST)

Granskare: Anders Tengström

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Patientpopulation	Effektmått A Antisocialt beteende	Effektmått B Substansanvändande	Kommentarer
1	Littell et al 2005	Meta-analys Campbell Systematic Reviews – Multisystemic Therapy for Social, Emotional, and Behavioral Problems in Youth Aged 10-17  8 Studier granskades och låg till grund för ett antal olika utfallsmått.	MST-behandling jämförs med olika andra behandlingar inklusive TAU – ingen kontrollgrupp innebär ingen behandling	Andel som arresterats eller åtalats för kriminella handlingar  I denna analys ingår 5 studier N= 851  Uppföljningstiden är 3 i genomsnitt med spridning från 1-5 år.  Resultat: OR 0,39 Konfidensintervall (95% KI 0,14-1,05). Estimatet är inte signifikant skiljt från 0 vilket innebär att MST inte kan påvisas vara bättre för att minska andel som arresteras eller åtalas för brott jämfört med annan		Stor heterogenitet i studierna vilket i praktiken ger att MST inte är effektivare än annan behandling.



				<p>behandling. Trenden är dock tydlig i de flesta studierna att MST är lite bättre och om man bortser från heterogenitetskorrektionen visar modellen på en signifikant förmåga för MST att minska brottslighet mätt i antal arresteringar eller åtal OR 0,62, 95% KI 0,47-0,81)</p>			
2	Curtis et al 2004	<p>Meta-analys för MST behandling</p> <p>Totalt 11 studier 7 primärstudier och 4 studier för sekundäranalyser.</p> <p>Ålder 8-17 år 70% pojkar</p> <p>Alla studier genomförda i USA.</p>	<p>MST-behandling jämförs med olika andra behandlingar inklusive TAU – ingen kontrollgrupp innebär ingen behandling</p>	<p>Antal arresteringar för något brott</p> <p>4 studier N=293</p> <p>ES (d) = 0,55</p> <p>MST behandling minskar antalet arresteringar under uppföljningsperiod</p> <p>Självrapporterad antisociala handlingar</p> <p>2 studier N=234</p> <p>ES (d) =0,07</p> <p>Ingen skillnad mellan MST och andra behandlingar</p>	<p>Självrapporterat substansanvändande</p> <p>1 studie N=176</p> <p>ES (d) = 0,64</p> <p>MST är i denna studie effektivare att minska substansanvändande än kontrollgruppens intervention.</p>		<p>Denna studie visar medelhöga effekter för MST jämfört med andra behandlingar vad gäller antisocialt beteende och substansanvändande. Detta till skillnad mot den andra metaanalysen från Littell. Littell hävdar att Curtis et al har räknat fel och att det finns olika slags bias i deras metaanalys som man inte tagit hänsyn till. Helt klart är att Littell et al har räknat på ett mer konservativt sätt. De olika resultaten från i allt väsentligt samma studier har orsakat en mångårig vetenskaplig debatt</p>

							om hur resultaten från metaanalyserna skall tolkas etc.
3	Sundell 2008	<p>RCT – 156 klienter aktuella inom socialtjänsten i tre svenska städer</p> <p>Ålder 12-17 år</p> <p>Inklusionskriterier: Uppfyllede diagnostiska kriterier för uppförandestörning Föräldrar beredda att delta i behandling</p> <p>Exklusionskriterier: Pågående behandling hos annan behandlingsorganisation, missbruk utan antisociala beteenden, sexualbrott, autism, akuta psykoser eller överhängande risk för självmord, ungdomen risk för självmord och andra om den bor hemma</p> <p>Uppföljning 7 månader efter behandlingsstart</p> <p>Bortfall 4% vid uppföljning</p> <p>Svensk studie</p>	<p>I1: MST i hemmet i genomsnitt i 146 dagar (SD 52 dagar)</p> <p>K1 Sedvanlig behandling och interventioner inom socialtjänsten inte närmare specificerat.</p>	<p>Självrapporterat antisocialt beteende (SRD-skalan)</p> <p>ES (d) = -0,24. Skillnaden är dock inte signifikant mellan interventioner men är en negativ trend mot MST.</p>	<p>Alkoholkonsumtion (AUDIT)</p> <p>ES (d) = -0,14 Skillnaden inte signifikant mellan interventioner men är en negativ trend mot MST.</p> <p>Alkoholberoende (AUDIT)</p> <p>ES (d) = 0,10 Skillnaden inte signifikant mellan interventioner</p> <p>Drogberoende (DUDIT)</p> <p>ES (d) = -0,13 Skillnaden inte signifikant mellan interventioner men är en negativ trend mot MST</p>		
4	Schaffer et al 2005, Sawyer et al 2011	<p>RCT 176 klienter</p> <p>12-17 år</p>	<p>I1: MST i hemmet i genomsnitt 20.7 timmar</p> <p>K1: Individuell be-</p>	<p>Andel av återfall i brott under uppföljningsperioden (brott som man dömts för)</p>			Viktig studie då den ger data för långtidsutfall. Eftersom det är en registerstudie kan alla som

	<p>Rekryterade från kriminalvårdssystemet På 1980-talet</p> <p>Inklusionskriterier: Minst 2 tidigare arresteringar, bor med minst en vårdnadshavare, uppvisar inga tecken på psykos eller demens.</p> <p>Långtidsuppföljning avseende kriminalitet 13,7 och 21,9 år i genomsnittlig uppföljningstid.</p>	<p>handling. (IT). Representerar sedvanlig behandling inom den jurisdiktion där studien ägt rum. Genomsnittligt antal timmar 22.0</p>	<p>Något brott 13,7 år: MST 50% IT 81%</p> <p>21,9 år MST 34,8% IT 54,8% OR 2,27 (sign)</p> <p>Något våldsbrott 13,7 år: MST 14,1% IT 29,8%</p> <p>21,9 år: MST 4,3% IT 15,5% OR 4,08 (sign)</p> <p>Något icke-våldsbrott 13,7 år: MST 35,9 IT 59,5</p> <p>21,9 år: MST 34,8 IT 51,2 OR 1,97 (sign)</p> <p>Något drogrelaterat brott 13,7 år: MST 13% IT 33,3%</p>			<p>bott kvar i delstaten följas upp.</p> <p>Ytterligare en långtidsuppföljning (21,9 år) av en tidigare studie. Denna studie har något högre kvalitet då den genomför ITT-analyser som minskar risken för överskattning av effekter. Osäkerhet råder för de som inte finns i delstaten då deras kriminalitet inte har registrerats</p>
--	--	---	--	--	--	--

5	Henggeler et al 2002	<p>RCT – 118 klienter</p> <p>Ålder M= 15.7 år</p> <p>Inklusionskriterier: identifierad som ungdomsbrottsling, möter kriterier för substansmissbruk/beroende enligt DSM, vårdnadshavare medger deltagande.</p> <p>Inga exklusionskriterier tillämpades</p> <p>79% var män</p> <p>50% var svarta 47% vita och 3% av annan etnicitet</p> <p>Långtidsuppföljning 4 år – 68% av sample deltar i uppföljningen</p>	<p>I1: MST i hemmet med familj i genomsnitt i 130 dagar under genomsnitt 46 timmar</p> <p>K1: TAU Missbruksbehandling enligt 12-steg i lokal öppenvård på veckobasis samt andra insatser som ansågs nödvändiga inklusive institutionsvård.</p>	<p>Självrapporterad våldsbrottslighet under uppföljningsperiod mätt med SRD (Antal brott)</p> <p>MST: 0,61 TAU: 1,36</p> <p>Signifikant skillnad till MSTs fördel</p> <p>Icke våldsbrott (Antal)</p> <p>MST 0,89 TAU 1,26</p> <p>Ingen signifikant skillnad mellan grupperna</p>	<p>Självrapporterat cannabisanvändande under uppföljningsperiod</p> <p>MST 4,93 TAU 5,14</p> <p>Ingen signifikant skillnad</p> <p>Självrapporterat kokainanvändande under uppföljningsperiod</p> <p>MST 0,37 TAU 0,40</p> <p>Ingen signifikant skillnad</p> <p>Testning av cannabisanvändande i urin andel negativa(%).</p> <p>MST 55% TAU 28%</p> <p>Andel som inte använt cannabis enligt urinprov var signifikant lägre i MST gruppen.</p>		Ingår i Stouwe et al 2014 (#9)
---	----------------------	--	--	--	---	--	--------------------------------

					<p>Testning av kokain i urin och hår – andel negativa (%)</p> <p>MST 53% TAU 40%</p> <p>Ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende andel som använt kokain enligt hår och urinprov.</p>	
6	Timmons-Mitchell et al 2006	<p>RCT 89 ungdomar</p> <p>Alla hade begått brott och hade eller hade nyligen haft övervakning</p> <p>Inklusionskriterier Begått allvarligt brott (felony), avbrutit behandling? a suspended commitment to the Department of Youth Services incarcerating facility föräldrarna medgav deltagande i studien</p> <p>Medelålder 15,1 år</p> <p>78% män</p> <p>15,5% svarta 77,5 vita</p>	<p>I1: MST i hemmet i genomsnitt 145 dagar (SD 60 dagar)</p> <p>K1: TAU. Behandling given via frivården – tex missbruksbehandling, ilskekontrollträning, individuell och familjeterapi. Graden av vårdutnyttjande var dock låg i TAU-gruppen.</p>	<p>Återfall i något brott under uppföljningsperiod (%)</p> <p>MST 66,7% TAU 86,7%</p> <p>MST gruppen återfaller signifikant mindre.</p>	<p>Substansanvändande mätt med CAFAS = Child and Adolescent Functional Assessment Scale</p> <p>MST Baslinje 10,63 6m 3,96 18m 6,46</p> <p>TAU Baslinje 12 6m 10,67 18m 13,11</p> <p>Både vid 6 och 18 månader har deltagare i MST-gruppen signifikant lägre poäng på</p>	<p>Ingår i Stouwe et al 2014 (#9). Första oberoende studie i USA där programutvecklarna inte varit inblandade i studien</p>

		4,3% hispanics 2,8% flerrasig (bi-racial)			CAFAS-skalan jämfört med TAU		
		Uppföljning 6 och 18 månader efter behandling					
7	Henggeler et al 2006.	<p>RCT 161 klienter</p> <p>12-17 år gamla Rekryterade från kriminalvårdssystemet</p> <p>Samtliga mötte kriterier för missbruk/beroendediagnos av alkohol eller droger.</p> <p>Inklusionskriterier: Missbruk/beroendediagnos, 12-17 år, under övervakning (probation), boende med minst en förälder och bostätt i Charston county.</p> <p>Exklusionskriterier: Om ungdomen redan deltog i missbruksbehandling, eller om någon familjemedlem redan erhållit MST-behandling.</p> <p>79% män</p> <p>67% svarta, 31% vita, 2% biracial</p> <p>Uppföljning 4 och 12 månader efter behandling 84% genomförde alla be-</p>	<p>K1: FC – Family court – ungdomen fick via sin frivårdsinspektör till följande behandlingspaket Missbruksbehandling i öppenvård 1.5 timme, 4 dagar i veckan i 12 veckor. Ungdomen fick sedan 6 veckor av gruppintervention som handlade om drogförsäljning? Samt 12 veckor av individuell terapi samt familjeterapi 1.5 timme, 2 dagar i veckan i 12 veckor</p> <p>II: DC Samma interventioner som i K1 med tillägget att var under jurisdiktion från Drug Court – vilket innebar veckovisa till månatliga möten med rätten där urinprov lämnades och ungdomens beteende rapporterades. Vid brott mot regler kunde sanktioner utdömas såsom samhällstjänst eller</p>	<p>Självrapporterat antisocialt beteende (delinquency scale)</p> <p>II-3 jämförs med K1 uttrycks i ES För uppföljningsperioden</p> <p>Statusbrott</p> <p>T1-T3 I1 2,11 I2 1,98 I3 1,88</p> <p>Stöld</p> <p>T1-T3 I1 – 0,13 I2 0,08 I3 0,03</p> <p>Brott mot person</p> <p>T1-T3 I1 0,62 I2 0,43 I3 0,43</p>	<p>Alkohol anv senaste 90 dagarna – självrapport (FORM 90)</p> <p>II-3 jämförs med K1 uttrycks i ES För uppföljningsperioden</p> <p>T1-T3 I1 1,07 I2 1,19 I3 1,73</p> <p>Tungt alkoholanvändande senaste 90 dagarna – självrapport (FORM 90) Samma som ovan</p> <p>T1-T3 I1 0,69 I2 1,61 I3 1,74</p> <p>Cannabisanvänd. senaste 90 dagarna – självrapport (FORM 90) Samma som ovan</p>	<p>Välgjord studie som studerar effekter av Drug Courts och lägger till MST mm för och se eventuella adderande effekter ITT- analyser</p>	

		handlingar	<p>inlåsning Vid goda beteenden kunde belöningar utdelas – tex biljetter till sportevenemang</p> <p>I2: DC/MST MST gavs inom ramen för Drug Court jurisdiktionen vilket innebar ovan beskrivna procedurer i DC med undantaget för interventioner beskrivna i K1.</p> <p>I3: DC/MST/CM Samma som i I2 med tillägget av komponenter från CM (Contingency management) Vilket innebar funktionell analys av drog beteende, belöningssystem för rena urinprov samt self-management?</p>		<p>T1-T3 I1 0,17 I2 0,59 I3 0,43</p>		
8	Butler et al, 2011	<p>RCT 108 klienter</p> <p>13-17 år</p> <p>Alla dömda till vård pga brottslighet</p> <p>Inklusionskriterier: Bo i hemmet med minst en vårdnadshavare</p>	<p>I1: MST under 6 månader – hembesök minst 3 ggr i veckan</p> <p>K1:TAU – Youth offending treatment (YOT). Evidensbaserad behandling som skräddarsys utifrån ungdomens individuella</p>	<p>Återfall i något brott (register) andel av grupp</p> <p>6 mån I1 32% K1 36%</p> <p>12 mån</p>			<p>Ingår i Stouwe et al 2014 (#9). Oberoende studie från Storbritannien där MST ställs mot en sofistikerad TAU-intervention som bara innehåller bevisat effektiva komponenter och där</p>

		<p>Exklusionskriterier: sexbrottslingar, bara missbruksproblem, psykosjukdom, samt ytterligare ett som inte går att förstå.</p> <p>50% vita – resten andra etniska grupper</p> <p>Uppföljning 18 månader efter behandling i 6 månaders intervall. Uppföljning i kriminalregister – 99% av samplet kunde följas upp.</p> <p>Storbritannien</p>	<p>behov och kan innehålla behandlingar inom följande områden – att återgå till skolarbete, missbruksbehandling, ilskekontrollträning, problemlösningsförmåga, anti-brottsprogram etc – alla rekommenderade av best practice paneler</p> <p>Medelantal sessioner 21 st med olika professionella under 6 månader</p> <p>TAU erhöll signifikant mer behandling mätt i antal sessioner/tid</p>	<p>I1 21% K1 29%</p> <p>18 mån I1 8% K1 36%</p> <p>Inga sig skillnader i 6 och 12 månaders uppföljningarna. I Sista 6 månaders intervallet återföll en signifikant lägre andel i MST-gruppen.</p>		<p>interventioner skraddarsys mot behov. MST-gruppen får signifikant mindre interventioner – mätt i tid. Skillnaderna mellan interventionerna är att TAU saknar de övergripande principer som finns i MST.</p>
9	Stouwe et al 2014	<p>Meta-analys för MST behandling</p> <p>Totalt 22 studier</p> <p>N = 4066 ungdomar</p> <p>Medelålder i studierna varierar från 11.9 år till 16 år</p> <p>Andel pojkar i studierna varierar från 47% till 100%</p> <p>Varierande uppföljningstider från några månader upp till 21 år. De flesta studier gjorda i USA men flera</p>	<p>MST-behandling jämförs med olika andra behandlingar inklusive TAU – ingen kontrollgrupp innebär ingen behandling</p>	<p>Den genomsnittliga effektstorleken för alla ingående studier (20 st) på utfallsmåttet Delinquency är <math>d = 0,201</math></p>	<p>Den genomsnittliga effektstorleken för alla ingående studier (5 st) på utfallsmåttet substance use är <math>d = 0,223</math></p>	<p>Fördel jämfört med tidigare meta-analyser då både icke-publicerade studier har tagits med samt även studier med kvasi-exp design. Publikations bias har därför minskat och resultaten är mer trovärdiga</p>



		från norden och övriga europa finns också med.					
10	Weiss et al 2013	RCT 164 klienter  11-18 år gamla  Inklusionskriterier: Skolelever med utåtagerande problem som placerats i särskilda resursklasser.  Exklusionskriterier: Om ungdomen inte hade någon förälder.  79% män  67% svarta, 31% vita, 2% biracial  Uppföljning 18 månader efter baseline 84% genomförde alla behandlingar	II – MST i hemmet  K1: TAU – beteendeoriktade interventioner i klassrummet inom ramen för det program som fanns i resursklassen  MST	Ungdomens självrapporterade externaliserade beteende mätt med YSR. MST behandlingen minskade det externaliserade beteendet d = 0,26  MST Baslinje 17,63 (9,03) Uppfölj 13,87 (8,53)  TAU Baslinje 17,00 (7,97) Uppfölj 14,22 (7,72)	Ungdomens självrapporterade "drug use" mätt med delskala i SRD. Inga skillnader mellan MST och TAU  MST Baslinje 0,33 (0,65) Uppfölj 0,31 (0,63)  TAU Baslinje 0,43 (0,73) Uppfölj 0,15 (0,44)		Oberoende studie – metodens upphovsmän är inte inblandade

### Summering av utfall från inkluderade studier

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), samt referens #	Effekt i kontrollgruppen	Absolut effekt/risk (K – I)	Relativ effekt	Evidensstyrka	Kommentarer
Effektmått A  Antisociala och kriminella beteenden	#1 n = 851 5 studier			Andel som arresterats eller åtalats för kriminella handlingar	+++	

den med uppföljning upp till 21 år efter behandling				OR 0,39 Konfidensintervall (95% KI 0,14-1,05).		
	#2 n =293 4 studier			Antal arresteringar för något brott  ES (d) = 0,55	+++	Fördel MST
	#2 n = 234 2 studier			Självrapporterad antiso- ciala handlingar  ES (d) = 0,07	+++	
	#3 n = 156 1 studie			Självrapporterat antiso- cialt beteende  ES (d) = -0,24.	+++	
	#4 n = 176 1 studie	Andel återfall i brott  Något brott 13,7 år: 81% 21,9 år 55%  Något våldsbrott 13,7 år 30% 21,9 år 16%  Något icke-våldsbrott 13,7 år 60%	31 %-enheter färre  20 %-enheter färre  16 %-enheter färre  11 %-enheter färre		+++	Fördel MST

		21,9 år 51%	16 %-enheter färre			
		Något drogrelaterat brott 33%	20 %-enheter färre			
	#7 n = 161 1 studie			Effekt (ES) Statusbrott DC: 2,11 MST 1,98 MST+CM 1,88  Stöld DC -0,13 MST 0,08 MST+CM 0,03  Brott mot person DC 0,62 MST 0,43 MST+CM 0,43	+++	Fördel MST för statusbrott och brott mot person
	#9 n= 4066 20 studier (studie #5,6 och 8 ingår)	Delinquency		ES (d) = 0,20	+++	Fördel MST
	#10 n= 164 1 studie	Ungdomens självrapporterade externaliserade beteende -2,78	-0,98	ES (d) = 0,26	+++	Fördel MST
Effektmått B Substansanvändande ffa alkohol	#2 n = 176 1 studie			Självrapporterat substansanvändande	++	Fördel MST

eller cannabis med uppföljning upp till 4 år				ES (d) = 0,64		
	#3 n = 156 1 studie			Alkoholkonsumtion ES (d) = -0,14  Alkoholberoende ES (d) = 0,10  Drogberoende ES (d) = -0,13	++	
	#7 n = 161 1 studie			Effekt (ES) Alkoholanvändning senaste 90 dagarna DC: 1,07 MST 1,19 MST+CM 1,73  Tungt alkoholanvändande senaste 90 dagarna DC: 0,69 MST 1,61 MST+CM 1,74  Cannabisanvänd. senaste 90 dagarna DC: 0,17 MST 0,59 MST+CM 0,43	++	Fördel MST
	#9 n= 4066 5 studier (studie #5 och 6 ingår)			Substansmissbruk ES (d) = 0,22	++	Fördel MST
	#10 n= 164 1 studie	Ungdomens självrapporterade "drug use"			++	

		-0,28	0,30 enheter högre			
--	--	-------	--------------------	--	--	--

## Evidensgradering enligt GRADE

Effektmåttet: A	Antisociala och kriminella beteenden med uppföljning upp till 21 år efter behandling		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier			
Antal personer			
Är studierna sammanfattade i SÖ	Ja delvis	3 metaanalyser och 4 primärstudier.	
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Majoriteten är registerstudier vilket minimerar bortfall och ökar precision. Registerdata som ofta underskattar kriminalitet – dessutom inga nationella register
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Svensk studie visar inga effekter – leder till osäkerhet i överförbarhet. Amerikanska studier med brister i utfallsmåtten.
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)		Meta-analyserna visar att det finns heterogenitetsproblem.
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)	X	
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)		Variation i effektstorlek mellan studierna, men de flesta pekar i samma riktning.
	Vissa problem (eventuellt avdrag)	X	
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		
	Ja (-1)	X	
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			

Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) eller Otillräckligt (+) vetenskapligt underlag	+++	
----------------------------	--	-----	--

Effektmaßtet: B	Substansanvändande ffa alkohol eller cannabis med uppföljning upp till 4 år		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	5		
Antal personer			
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		Vissa av studierna har höga bortfall och vissa räknar inte ITT-analyser vilket riskerar att överskatta effekten. Oftast självrapporterat få objektiva mått
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Svensk studie visar inga effekter samt amerikanska studier med brister i utfallsmåtten – vissa frågetecken kring överförbarhet.
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)		Stor heterogenitet i studierna – ökar ytterligare osäkerheten.
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)	X	
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)		Stor variation i effektstorlek.
	Vissa problem (eventuellt avdrag)	X	
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		
	Ja (-1)	X	
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	

	Stor effekt (RR< 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR< 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) eller Ofillräckligt (+) vetenskapligt underlag	++	



**Rad:** G07

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Adolescent community reinforcement approach (ACRA) eller assertive continuing care (ACC)

Granskare: Anders Tengström

Tabellering av inkluderade studier

#	Författare, år	Studiedesign	Patientpopulation	Effektmått A Reduktion av användande av cannabis, alkohol eller andra droger inom 12 månader efter behandling	Effektmått B Andel i återhämtning (Recovery)	Kommentar
1	Godley et al 2010	RCT 320 deltagare – öppenvårdsbehandling  Inklusion: 12-18 år – M= 15,9 år, SD 1,2  76% pojkar 73% vita 13% afro-amerikaner  uppfyller en missbruks eller beroendediagnos varav 75% en cannabisdiagnos, 49% en alkoholdiagnos och	I:1 Chestnut Bloomington Outpatient (CBOP) – manualbaserad intervention med ett flertal teoretiska utgångspunkter – ges i syfte att skapa förändring och bygger på att skapa en stark terapeutisk allians med patient.  I:2 I:1 + ACC (=ACRA + Case management) – hembaserade interventioner ungdom och	Andel dagar utan användande av alkohol eller droger anges i %  I:1 Intag 69.6 3 mån 76.4 6 mån 84.5 9 mån 79 12 mån 78  I:2 Intag 74.4 3 mån 86.3 6 mån 88.9 9 mån 89.2	Andel i återhämtning (recovery) vid studiens slut (inget bruk sista månaden/bor i samhället är ej slutenvårdad)  I:1 29%  I:2 38%  I:3 44%  I:4 30%	ITT-analys –minskar risken för överskattning av behandlingseffekt.  I studien genomförs en cost-benefit analys som visar på att den mest kostnadseffektiva behandlingen är MET/CBT7 utan tillägg av ACC dvs. intervention 3

		<p>35% en cannabis och en alkoholdiagnos.</p> <p>Över hälften (56%) rapporterade samtida psykiatrisk sjuklighet</p> <p>73% av samplet var enrullerat i kriminalvårdssystemet och en majoritet av ungdomarna remitterades till behandlingen från kriminalvårdssystemet (56%) övriga remitterades via familj, andra vårdinstanser, försäkringsbolag etc.</p> <p>Uppföljningstid 12 mån 3,6,9,12</p> <p>Gjord i USA</p>	<p>föräldrar blandat samt case management för ungdomen 12-14 veckor. Syftet med ACC är att vidmakthålla tidigare given vård och dess effekter.</p> <p>I:3: MET/CBT7 Blandning av individuella och gruppssessioner där MET och KBT ges. Totalt 7 sessioner under 12 veckor</p> <p>I:4 MET/CBT7 + ACC</p>	<p>12 mån 81,8</p> <p>I:3 Intag 78.1 3 mån 85.4 6 mån 80 9 mån 83.5 12 mån 85</p> <p>I:4 Intag 75.6 3 mån 87.9 6 mån 81.6 9 mån 78.6 12 mån 79.3</p> <p>CBOP hade en signifikant högre andel pat som avstod användande över de fyra uppföljningstillfällena jämfört med MET/CBT7.</p> <p>ACC som tillägg gav en något högre andel som avstod – men denna skillnad är inte signifikant.</p>	Inga signifikanta skillnader förelåg mellan de olika behandlingarna	
2	Godley et al 2007	<p>RCT 183 deltagare – placerade – residential treatment</p> <p>Inklusion: 12-17 år M 16.2 SD 1.2</p> <p>Möter kriterier för alkohol eller cannabisberoende eller båda.</p>	<p>Efter genomförd behandling testas två eftervårdsinterventioner</p> <p>I:1 TAU + ACC hembaserade interventioner ungdom och föräldrar blandat samt case management för ungdomen 12-14 veckor.</p>	<p>I:1</p> <p>Alkohol 3 mån 50% 9 mån 31%</p> <p>Cannabis 3 mån 52% 9 mån 41%</p>		Studien är underpowered

		<p>Uppyller kriterierna för American Society for Addiction Medicine (ASAM) placering för icke-medicinsk behandling i professionella boendemiljöer</p> <p>71% pojkar 74% vita 17% afro-amerikaner Hispanics 3% Övriga 6%</p> <p>Uppföljningstid 3 och 9 mån</p> <p>Gjord i USA</p>	<p>Syftet med ACC är att vidmakthålla tidigare given vård och dess effekter.</p> <p>1:2 TAU = UCC (Usual Continuing Care)</p> <p>Olika former av insatser individuellt eller i grupp i samhället där ungdomen bor – stor variation från möten/insatser någon gång per vecka till intensiva program med träffar och verksamhet flera gånger i veckan.</p>	<p>1:2</p> <p>Alkohol 3 mån 44% 9 mån 26%</p> <p>Cannabis 3mån 39% 9mån 26%</p> <p>Vid jämförelse fann man att skillnaderna mellan grupperna gav effektstorlekar på .13 för alkohol vid 3 månaders uppf till ACC fördel. Samt .10 vid 9 mån. ingen av skillnaderna är signifikanta</p> <p>För cannabis var ES vid 3 mån .29 till ACC fördel och .32 vid 9 månader. Den senare siffran statistiskt signifikant</p>		
3	Dennis et al, 2004	<p>RCT 600 deltagare – multicenterstudie (2)</p> <p>Inklusion: Cannabisrelaterade problem- minst ett kriterium för cannabismissbruks- eller beroendediagnos enligt DSM-IV. Brukat cannabis minst en gång under de senaste 90 da-</p>	<p>11: MDFT 12 till 15 sessioner, oftast 6 med ungdomen 6 med hela familjen och 3 med föräldrarna</p> <p>12: MET/CBT5 - Motivational Enhancement Therapy (MET) Cognitive Behavioural Therapy (KBT) 2 sessioner MET samt 3</p>	<p>Antal dagar utan drog-användande under uppföljningsperioden (12 månader)</p> <p>Samtliga behandlingar uppvisade signifikanta ökning (pre-post mätning) av antalet dagar som droger inte användes.</p>	<p>Andel i återhämtning (recovery) vid studiens slut (inget bruk sista månaden/bor i samhället är ej slutenvårdad)</p> <p>Samtliga behandlingar uppvisade signifikanta ökning (pre-post mätning) av an-</p>	

		<p>garna. Bedöms lämplig för intensiv öppen-vårdsbehandling Exclusion: Har använt alkohol minst 45 dagar under de senaste 90 dagarna, har använt andra substanser minst 13 dagar under de senaste 90 dagarna</p> <p>Har akuta medicinska eller psykologiska problem som omöjliggör deltagande – har bristande mental kapacitet för att klara av behandlingen, bor utanför upptagningsområdet, har begått upprepade och allvarliga våldshandlingar som äventyrar andras deltagande eller har uppförandestörning, otillräckliga engelska-kunskaper.</p> <p>Ålder 13-18 – hälften av deltagarna var 15-16 år</p> <p>Pojkar 83% Vita 60%, Svarta – 30% Enrollerade i kriminalvårdsåtgärder 62%</p> <p>Uppföljning efter 3, 6, 9 och 12 månader USA</p>	<p>sessioner av KBT under 6-7 veckor</p> <p>I:3 MET/CBT12 2 sessioner av MET samt 7 sessioner av KBT under 12-14 veckor</p> <p>I:4 FSN -Family Support Network. Innehåller MET/CBT samt 6 sessioner av föräldraträning, hembesök, möjlighet till stödgrupp samt case management</p> <p>I5: ACRA - Adolescent Community Reinforcement Approach. Ungdom får 10 sessioner, föräldrar 4 sessioner samt viss case management under 12-14 veckor</p>	<p>Inga signifikanta skillnader förelåg dock mellan programmen</p>	<p>talet dagar som man var i recovery</p> <p>Inga signifikanta skillnader förelåg dock mellan programmen</p>	
--	--	--	--	--	--	--

4	Godley et al, 2014	<p>RCT 337 deltagare – placerade – residential treatment</p> <p>Inklusion: 12-18 år</p> <p>Möter kriterier för alkohol eller cannabis missbruk/beroende eller båda.</p> <p>Exklusion: lämnar residential treatment före dag 7 – inte återvänder till något av 10 counties efter utskrivning. Allvarliga kognitiva funktionsnedsättningar, en fara för sig själv eller andra, spelberoende, inte deltar i annan behandlingsstudie mm.</p> <p>Uppföljningstid 12 månader</p> <p>Gjord i USA</p>	<p>I1: UCC + CM-contingency management; 12 hembesök</p> <p>I2: UCC + ACC-assertive continuing care;12 hembesök på 12 veckor</p> <p>I3: UCC + CM + ACC 12 hembesök på 12 veckor</p> <p>I4; usual continuing care - öppenvårdskliniker med ett stort utbud av varierande individuella insatser – gavs efter residential placeringen</p>	<p>Antal dagar utan drog eller alkohol användande under uppföljningsperioden (12 månader)</p> <p>UCC + CM signifikant fler drog och alkoholfria dagar än UCC d= .41</p> <p>Samt fler dagar fria från tungt alkoholanvändande d= .34</p> <p>Något alkoholanvändande d= .36</p> <p>Cannabisanvändande d= .38</p> <p>UCC + ACC signifikant fler drog och alkoholfria dagar än UCC d= .30</p> <p>Samt fler dagar fria från tungt alkoholanvändande d= .31</p> <p>Något alkoholanvändande d= .30</p> <p>Cannabisanvändande</p>	<p>Andel i återhämtning (remission) vid studiens slut (inget bruk sista månaden/bor i samhället är ej slutenvårdad)</p> <p>UCC + CM signifikant fler i remission jämfört med UCC d= .54</p> <p>UCC+ACC signifikant fler i remission jämfört med UCC d= .51</p> <p>UCC+CM+ACC Inga signifikanta effekter jämfört med UCC</p>	<p>Stor studie med god power – och rimlig design. UCC är många saker i studien och omfånget kan skilja sig åt Ingen ITT analys – kan över-skatta effekter dock bara 10% bortfall i studien som minskar denna risk.</p>
---	--------------------	---	---	---	---	--

				d= .28 UCC+CM+ACC Inga signifikanta effekter jämfört med UCC		
--	--	--	--	---	--	--

## Summering av utfall från inkluderade studier

Effektmått	Antal deltagare (antal studier), samt referens #	Utfall/risk i kontrollgruppen	Absolut effekt/risk (K - I)	Relativ effekt/-riskreduktion ( (K - I) / K )	Evidensstyrka	Kommentarer
<p>Effektmått A</p> <p>Reduktion av användande av cannabis, alkohol eller andra droger inom 12 månader efter behandling</p>	320 – 1 studie #1	<p>I:1 Intag 69.6 3mån 76.4 6mån 84.5 9mån 79 12mån 78</p> <p>I:2 Intag 74.4 3mån 86.3 6mån 88.9 9mån 89.2 12mån 81,8</p> <p>I:3 Intag 78.1 3mån 85.4 6mån 80 9mån 83.5 12mån 85</p> <p>I:4 Intag 75.6 3mån 87.9 6mån 81.6 9mån 78.6 12mån 79.3</p>	<p>CBOP hade en signifikant högre andel pat som avstod användande över de fyra uppföljningstillfällena jämfört med MET/CBT7.</p> <p>ACC som tillägg gav en något högre andel som avstod – men denna skillnad är inte signifikant.</p>		+++	
			Vid jämförelse fann man att skillnaderna			





	337 1 studie #4		<p>d= .34</p> <p>Något alkoholanvändande d= .36</p> <p>Cannabisanvändande d= .38</p> <p>UCC + ACC signifikant fler drog och alkoholfria dagar än UCC d= .30</p> <p>Samt fler dagar fria från tungt alkoholanvändande d= .31</p> <p>Något alkoholanvändande d= .30</p> <p>Cannabisanvändande d= .28</p> <p>UCC+CM+ACC Inga signifikanta effekter jämfört med UCC</p>		
Effektmått B	600 1 studie (2 trials) #3	1:1 29%	Samtliga behandlingar uppvisade sig-		+++

<p>Andel i återhämtning (recovery/remission) vid studiens slut (inget bruk sista månaden/bor i samhället är ej slutenvårdad)</p>	<p>320 1 studie #1</p> <p>337 1 studie #4</p>	<p>I:2 38%</p> <p>I:3 44%</p> <p>I:4 30%</p>	<p>nifikanta öknningar (pre-post mätning) av antalet dagar som man var i recovery</p> <p>Inga signifikanta skillnader förelåg dock mellan programmen</p> <p>Inga signifikanta skillnader förelåg mellan de olika behandlingarna</p> <p>UCC + CM signifikant fler i remission jämfört med UCC d= .54</p> <p>UCC+ACC signifikant fler i remission jämfört med UCC d= .51</p> <p>UCC+CM+ACC Inga signifikanta effekter jämfört med UCC</p>			
--	---	--	---	--	--	--

## Evidensgradering enligt GRADE

Effektmåttet: A	Reduktion av användande av cannabis, alkohol eller andra droger inom 12 månader efter behandling		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	4		
Antal personer	1440		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		En av studiena är underpowered
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Amerikanska studier med ffa kriminalvårdsdömda ungdomar från underprivilegierade grupper. Överförbarheten i detta avseende är oklar ACRA/ACC jämförs i flera studier med kompetenta state of the art behandlingar som i allt väsentligt inte finns i Sverige vilket försvårar direkta jämförelser av resultaten i studierna med svenska förhållanden
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)		Amerikanska studier med oklar överförbarhet, vissa brister i kvalitet
	Ja (-1)	X	

Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR< 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR< 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) eller Otillräckligt (+) vetenskapligt underlag	+++	

Effektmåttet: B	Andel i återhämtning (recovery) vid studiens slut (inget bruk sista månaden/bor i samhället är ej slutenvårdad)		
	Antal	Kommentarer	
Antal studier	2		
Antal personer	1257		
Är studierna sammanfattade i SÖ	Nej		
		Utgångsvärde	Kommentarer
Studiedesign	RCT (++++)	++++	
	Observationsstudie (++)		
		Ange ev. avdrag	Kommentarer
Studiekvalitet	Inga begränsningar (ej avdrag)		höga bortfall i en av studierna gör resultaten mer osäkra i denna studier
	Vissa begränsningar (eventuellt avdrag)	X	
	Allvarliga begränsningar (-1)		
	Mycket allvarliga begränsningar (-2)		
Överförbarhet	Ingen osäkerhet (ej avdrag)		Amerikanska studier med ffa kriminalvårdsdömda ungdomar från underprivilegierade grupper. Överförbarheten i detta avseende är oklar ACRA/ACC jämförs i en av studierna med kompetenta state of the art behandlingar som i allt väsentligt inte finns i Sverige vilket försvårar direkta jämförelser av resultaten i
	Viss osäkerhet (eventuellt avdrag)	X	
	Osäkerhet (-1)		
	Påtaglig osäkerhet (-2)		

			studierna med svenska förhållanden
Överensstämmelse	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Viss heterogenitet (eventuellt avdrag)		
	Bekymmersam heterogenitet (-1)		
Oprecisa data	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Oprecisa data (-1)		
Publikations- och/eller rapporteringsbias	Inga problem (ej avdrag)	X	
	Vissa problem (eventuellt avdrag)		
	Klar risk för publikationsbias (-1)		
Räcker summan av smärre brister till nedgradering?	Nej (inget avdrag)	X	
	Ja (-1)		
Övriga kommentarer			
		Ange ev. uppgradering	Kommentarer
Effektstorlek	Ej relevant	X	
	Stor effekt (RR < 0,5 > 2)		
	Mycket stor effekt (RR < 0,2 > 5)		
Övriga kommentarer			
Summering av evidensstyrka	Starkt (++++) Måttligt starkt (+++) Begränsat (++) Otilräckligt (+)	+++	

**Rad:** G08

**Tillstånd:** Användning, missbruk eller beroende av cannabis hos ungdomar under 18 år

**Åtgärd:** Cannabisprogram för ungdomar

Granskare: Anders Tengström

# Konsensuspanel Cannabisprogram för ungdomar och HAP

## Deltagare:

6 män
19 kvinnor

## Regioner deltagarna representerade:

Gävleborgs län
Jönköpings län
Kalmar län
Skåne län
Stockholms län
Södermanlands län
Uppsala län
Värmlands län
Västerbottens län
Västernorrlands län
Västmanlands län
Västra Götalands län
Östergötlands län

## Konsensusenkät

Utifrån din samlade erfarenhet inom området, bedömer du att Cannabisprogrammet för ungdomar kan bidra till minskat bruk, missbruk eller beroende av cannabis för ungdomar under 18 år?

	Procent	Antal
För de flesta	94	17
För ett fåtal	6	1
Svarande		18

### Ev. kommentarer:

Beroende på hur mycket de har rökt. Tryggt att föräldrarna också går i behandlingen

Cannabisprogrammet för ungdomar förenar de två faktorer som behövs för att kunna nå framgång med behandling för unga personer. Cannabiskunskapen och familjearbetet, Cannabiskunskapen och det individuella arbetet. Programmet har alla de delmoment utifrån utsöndringen av cannabis i kroppen, samt kunskaper om den kognitiva påverkan på individen cannabis kan ge. Då en ung person använder cannabis påverkas hela det system som är runt individen. Vilket det självklart också gör för vuxna individer. Men då en person är under 18 är det fortfarande föräldrarna som är vårdnadshavare och de personer som skall vara förebilder och uppfostrare för den unge. I det läge där den unge har börjat använda cannabis så väljer den en egen väg i livet och i samhället. Många gånger har föräldrar Utan framgång försökt själva att nå ungdomen och försökt bryta de mönster som börjat uppstå. Då det uppmärksammas att ens barn använder droger, blir många föräldrar rädda, det uppstår både en kris i familjen men även hos den enskilde föräldern. Många gånger kommer tankar

om droger och död upp.

Cannabis program för unga kan med hjälp av upplägget. Ge föräldrar information om vad Cannabis är, vilka effekter ger preparatet vilka konsekvenser kan preparatet frambringa. Behandlaren kan ge krisstöd i situationen att vara förälder till ett barn som drogat. Hjälpa familjen att hitta strategier att möta den unge i vikten av att sluta med missbruket. Då med styrka av kunskapen om cannabis och dess verkan på individen.

För den enskilde ungdomen. Att också få kunskap om Vad cannabis gör med individen och hur preparatet kan hindra utvecklingen mot en vuxen individ.

Många av de ungdomar som genomgår cannabisprogram för ungdomar har inte själva tagit beslut om att de skall sluta med cannabis. De är i behandling för att de blivit tvingade av ex föräldrar skola mfl De uppger att de tar ett "uppehåll" tills cannabis blir lagligt etc.

Då även detta program följer faserna gällande utsöndring, så finns kopplingen i abstinensen, och att individen kan må psykiskt då cannabisen går ur kroppen. I de återfallspreventiva inslaget kan saker som hur ex ungdomen klär sig mm, påverkar hur omgivningen ser på personen.

Det individuella arbetet med ungdomen samt föräldrarbetet gör att ungdomen får en bra möjlighet att återupprätta sitt liv. Det blir även ett skydd i ett ev återfall då föräldrarna blivit medvetna om mönster som kan uppstå då ungdomen använder cannabis.

Familjearbete i kombination med drogkunskapen är styrkan

I kombination med psykosocialt stöd/familjearbete - fungerar det

Igenkänning, anpassat till ungdomars erfarenheter, ungdomssamtal, föräldramedverkan och familjesamtal.

Om hänsyn tages till övriga risk- och skyddsfaktorer

Viktigt med kombinationen enskilda samtal, föräldrasamtal och familjesamtal. Att föräldrarna är engagerade och deltar ser jag som en förutsättning för att ungdom under 18 ska lyckas sluta röka cannabis att arbeta två behandlare där en inriktar sig på ungdomen gör att hen blir sedd. att en inriktar sig på föräldrarna och att båda deltar i familjesamtalen borgar för god kvalitet. "Grundinventering" och "Guiden" bra som arbetsmaterial. KASAM ska ingå. Urinprov som analyseras av farm. lab. och verifieras bör ingå.

Utifrån din samlade erfarenhet inom området bedömer du att Cannabisprogrammet för ungdomar kan ha negativa effekter?

	Procent	Antal
Ja	0	0
Nej	100	16
Svarande		16

**Om ja, beskriv kort de negativa effekterna:**

Det skulle vara om övriga risk- och skyddsfaktorer glöms bort och fokus blir utslutande på cannabisrökningen.

Ej lämpligt för ungdomar med kriminalitet som livsstil. Ej heller om föräldrar har bristande omsorgsförmåga eller om det finns stora konflikter inom familjen. Viktigt med tillgång till barn- och ungdomspsykiatrisk konsultation vid t.ex. lågt totalvärde på KASAM.

Funderar på unga som provat enstaka gång och ifall Cannabisprgr för unga då är för stor insats. Stämplingsteorier???

Utifrån din samlade erfarenhet inom området, har du några övriga kommentarer angående för- och nackdelar med Cannabisprogram för ungdomar? Om ja, beskriv kortfattat nedan.

**Svar**



<p>Det individuella arbetet med ungdomen Samt föräldrarbetet gör att ungdomen får en bra möjlighet att återupprätta sitt liv. Det blir även ett skydd i ett ev återfall då föräldrarna blivit medvetna om mönster som kan uppstå då ungdomen använder cannabis.</p> <p>En ev nackdel i programmet kan vara att det är resurskrävande då två behandlar krävs för att köra programmet. Små enheter kan få svårt att hantera detta.</p>
<p>Det är en tydlig manual, tydlig struktur, Hela familjen blir sedd. Alla får komma till tals. Svårt om det inte finns en familj, då får man göra på ngt annat sätt.</p>
<p>En del ungdomar under 18 år har inte riktigt använt cannabis så pass många gånger/lång tid så de kan ha svårt att känna igen sig i frågor och påstående. Men det brukar gå bra att plocka vissa delar av programmet och använda i samtalen. HAP är ett bra stöd i behandling även om man inte använder hela programmet.</p>
<p>Familjesamtalen hjälper ungdomen att sortera sina känslor och kunna jobba med sitt missbruk tillsammans med sin familj. KASAM och SCL-90 har ett språkbruk som kan vara svårt att ta till sig. Ungdomar som på egen hand gjort ett uppehåll veckan innan programmet startar (ex från aktualiseringen) passar inte in i programmet. Ungdomar som inte har fått yttre negativa konsekvenser (försämrade skolresultat, negativa reaktioner från kompisar eller sociala problem) kan vara svåra att motivera till en så intensiv kontakt som programmet inledningsvis kräver.</p>
<p>Fördel: Konkret, tydlig, manualbaserad modell</p> <p>Nackdel: Ungdomar med mer avancerad psykosocial problematik och missbruk av flera preparat behövs en bredare insats.</p>
<p>Fördelar: Föräldramedverkan. Två behandlare. Manual som ger struktur och lika behandling.</p> <p>Viktigt att kunna möta upp familjer som själva söker hjälp utan att de fastnar i socialtjänstens utredningsmaskineri.</p>
<p>Gemensam insats för hela familjen. Ger ett engagemang.</p>
<p>Jag tycker att det är en stor vinst att arbeta 2 behandlare där den ena arbetar med den unge och den andra med föräldern och att man sedan har gemensamma möten tillsammans.</p>
<p>Även cannabisprogrammet är pedagogiskt och innehåller viktiga moment.</p>