Statens institutions styrelse SiS

Allmän SiS-rapport
2009:8

Uppföljning av LVM-klienter som bedömts ha ADHD

Av Berit Bihlar

ISSN 1404-2584

Förord

På Hornö LVM-hem har psykologutredningar genomförts ända sedan institutionen övergick i statlig regi 1994. Från slutet av 1990-talet har behovet och efterfrågan på neuropsykologiska utredningar ökat kontinuerligt allteftersom neuropsykiatriska störningar har blivit mer kända och uppmärksammade. Det har ofta gjorts tidigare försök att utreda klienterna vilket oftast omöjliggjorts på grund av missbruket. LVM-omhändertagandet har därför inneburit ett unikt tillfälle att få till stånd en utredning. Ofta har klienterna själva också varit angelägna om att få genomgå en utredning för de problem de har upplevt sig ha med uppmärksamhet, koncentration och hyperaktivitet.

Denna rapport är skriven av Berit Bihlar, leg psykolog och leg psykoterapeut, verksam som utredningspsykolog på Hornö LVM-hem sedan 1993. Rapporten avslutar ett utvecklingsprojekt med titeln *Uppföljningsstudie av klienter som genomgått neuropsykologisk utredning på Hornö mellan 2004–2007 och bedömts ha ADHD* (2007/0031) som hon bedrivit under år 2008. Uppföljningens syfte har varit att följa upp remisser och tidigare rekommendationer om såväl medicinsk som annan behandling.

Stockholm, oktober 2009

Nils Åkesson
Utvecklingsdirektör

Innehållsförteckning

Förord	1
Sammanfattning	3
Inledning	**4**
Bakgrund till studien	5
Syfte	6
Metod och material	6
Disposition	7
Resultat	**9**
Undersökningsgrupp	9
Åldersfördelning	9
Social bakgrund	9
Utbildning och arbetshistoria	10
Vårdhistoria	11
Familje- /social situation vid tidpunkt för LVM-vården	12
Missbruk	13
Diagnoser	13
Kognitiva funktioner	14
Skattningsskalor	17
Uppföljningen	**18**
Uppföljda	18
Boende-/vårdform och missbruk vid uppföljningen	18
Medicinering för ADHD	19
Medicinering och boende-/vårdform vid uppföljningen	20
ADHD-medicinering och missbruksstatus vid uppföljningen	21
Hög symptombelastning och aktuell situation	22
Klientintervjuer	22
Sammanfattning och diskussion	**25**
Referenser	**31**
Bilaga 1: DSM-kriterier för ADHD	33
Bilaga 2: Testinstrument	35
Bilaga 3: Klientintervju	38

Sammanfattning

En uppföljningsstudie har genomförts på 60 klienter som utretts på Hornö LVM-hem och som fått diagnosen ADHD/ADD. Av dessa har fem avlidit och sex har inte gått att nå. Klientgruppen beskrivs med avseende på missbrukshistoria, tidigare behandlingserfarenheter från barn- och/eller vuxenpsykiatrin och missbruksvård, samt psykosocialt fungerande under uppväxt och i vuxen ålder samt deras kognitiva fungerande. Resultaten visar på en hög psykosocial belastning under uppväxt, en i många fall lång vårdhistoria och en betydande samsjuklighet. Kognitivt framkommer låga resultat på arbetsminne och snabbhet, samt på test som mäter exekutiva funktioner. Av de 49 klienter det gått att följa upp hade drygt hälften påbörjat en läkemedelsbehandling för ADHD och nästan lika stor andel medicinerade vid uppföljningen.

Resultaten talar för att det gått sämst för de klienter som aldrig påbörjat någon läkemedelsbehandling. Nästan hälften av dessa klienter befinner sig i tvångsvård eller är bostadslösa vid uppföljningen. Av de 17 klienter som fortfarande medicinerar vid uppföljningen är 13 helt drogfria, medan fyra har haft ett eller flera återfall. 12 av de 17 klienterna befinner sig i någon form av behandling vid uppföljningstillfället. 21 klienter har av de utredande psykologerna bedömts ha en särskilt svår psykisk problematik och i den gruppen ingår tre av de fem som avlidit och två av de fem bostadslösa. En mindre andel i den gruppen är drogfria jämfört med de övriga klienter som följts upp (44 resp 57%).

Inledning

Hornö LVM-hem är en av 13 institutioner i Sverige som tar emot missbrukare inom ramen för lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Hornö har 38 vårdplatser och målgrupp är män som, förutom missbruk, även bedöms som våldsbenägna och män med svåra psykiska störningar. Sedan 1994 utförs psykologutredningar som ett led i behandlingsplaneringen. Från slutet av 1990-talet har behovet och efterfrågan på neuropsykologiska utredningar kontinuerligt ökat i och med att neuropsykiatriska störningar blivit mer kända och uppmärksammade. Framför allt har frågeställningar om ADHD ökat kontinuerligt**.** Det har ofta tidigare gjorts försök att få klienterna utredda, vilket omöjliggjorts pga. deras missbruk. LVM-omhändertagandet har därför setts som ett unikt tillfälle att få en utredning till stånd. I de flesta fall har klienterna också själva varit angelägna om att få genomgå en utredning för de problem de alltid upplevt sig ha med uppmärksamhet, koncentration och hyperaktivitet.

ADHD är en neuropsykiatrisk diagnos som dels avser symptom på uppmärksamhetsstörning och dels på hyperaktivitet och impulsivitet. I DSM-IV *(APA, 2001)* finns en indelning av störningen i tre undergrupper. En grupp omfattas av hyperaktivitet och uppmärksamhetsstörning i kombination, en grupp avser en dominans av uppmärksamhetsstörning och den tredje har hyperaktivitetssyndrom och impulsivitet som huvudsakliga symptom. Förutom att diagnoskriterierna enligt DSM-IV skall uppfyllas (se bilaga 1), skall också symptomen leda till en funktionsnedsättning inom minst två livsområden (i hemmet och skolan/arbetet).

Etiologiskt finns vetenskapliga belägg för att det föreligger en uttalad ärftlighet för ADHD (Socialstyrelsen, 2002; Duvner, 1997; Faraone & Doyle, 2001). Andra faktorer som kan bidra till uppkomsten av störningen kan vara ogynnsamma förhållanden under graviditet och förlossning, exempelvis prenatal exponering för alkohol och rökning. Även miljöfaktorer anses ha betydelse för uppkomst av störningen. En kombination av genetiska, biologiska och miljömässiga faktorer är också en trolig orsak. I Socialstyrelsens sammanfattning om ADHD hos barn och vuxna (2002) hävdas att ”forskare inom området och författare av översiktsarbeten är överens om att både arv och miljö är centrala för hur problemen vid ADHD kommer till uttryck, och att biologi och miljö är starkt sammankopplade”.

Prevalensen av ADHD har uppskattats till mellan 1 och 2 procent i den vuxna befolkningen. Bland skolbarn uppskattas siffran till mellan 3 och 5 procent (Socialstyrelsen, 2002). En något högre siffra, ca 4 till 5 procent, för prevalensen hos vuxna finns redovisad av Kessler et al (2006). För vissa grupper är prevalenssiffrorna betydligt högre. Bl.a. har man inom kriminalvården uppmärksammat att många av de intagna uppvisar symptom på ADHD. Flera undersökningar talar för att 25–30 procent av personer som är dömda till fängelse har ADHD (Levander, 1997; Rasmussen m.fl. 2001, Söderström m.fl. 2004). Man vet också att impulsivitet och hyperaktivitet ökar risken för utveckling mot antisocial personlighetsstörning, i synnerhet i kombination med trotssyndrom (Fischer et al, 2002; Modestin et al, 2001). Samsjuklighet vid ADHD är mycket vanligt. Inom psykiatrin har man uppmärksammat samsjuklighet mellan ADHD och psykiatriska diagnoser som ångeststörningar, depressioner, bipolär sjukdom och även personlighetsstörningar (Shekim et al, 1990; Horning, 1998; Keilp et al, 2001; Stahlberg m.fl., 2004; Biederman et al, 1993). ADHD-problematik ökar också risken för utvecklande av alkohol- och drogproblem. En uppskattning har varit att ca 20 procent av vuxna alkoholmissbrukare och ca 35 procent av narkotikamissbrukare har ADHD (Modigh m.fl. 1998).

Utredning av ADHD sker i allmänhet på neuropsykiatriska enheter. Utredningsgången kan variera men centrala utredningsmoment är en noggrann anamnes, i vilken kartläggning av tidig utveckling och uppväxtförhållanden utgör en viktig del. Kartläggning av aktuell symptombild, somatisk, psykiatrisk och neuropsykologisk bedömning bör också ingå. I rapporten Utredning och diagnostik av ADHD hos vuxna (Hirvikoski m.fl., 2006) ges en utförlig beskrivning av utredningsförfarandet.

Bakgrund till studien

På Hornö LVM-hem görs ca 50 psykologutredningar per år och andelen med frågeställningar om ADHD tycks öka för varje år. Antalet klienter som fick en ADHD-diagnos efter utredning fördubblades mellan åren 2005 och 2007 (13 resp. 25 klienter). Utredningarna är omfattande och tidskrävande med kognitiva testningar, skattningsskalor, anamnesupptagning och intervjuer med anhöriga. Den neuropsykologiska utredningen kompletteras också så gott som alltid med personlighetsdiagnostiska bedömningar/ tester. Bedömningarna upplevs ofta som komplicerade eftersom det parallellt med de indikationer som finns för ADHD också ofta finns symtom på andra typer av störningar (psykiatrisk eller annan neuropsykiatrisk problematik och/eller personlighetsstörningar). Det är vanligt att det framkommer synnerligen trassliga uppväxtförhållanden, tidig debut i missbruk, bristfällig skolgång och ett långvarigt utanförskap, vilket medför att det under utredningsprocessen kan uppstå frågor om ”vad som är vad” i symtombilden eller ”vad som är hönan och vad som är ägget”. Föreliggande studie är ett försök att skifta perspektiv från de enskilda klienterna med både likartade och skilda problem och levnadsöden till hur gruppen LVM-omhändertagna missbrukare med ADHD-diagnos ser ut med avseende på bakgrund, kognitivt fungerande, samsjuklighet och social situation.

Behandlingsbehovet för dessa klienter är ofta omfattande och uppgiften att arbeta fram en hållbar behandlingsplanering är i många enskilda fall utmanande för alla inblandade i planeringsprocessen, inklusive klienten vars behandlingsmotivation kan vara vacklande och vars åsikter om adekvat behandling inte alltid överensstämmer med vad utredningen indikerar. En relevant fråga är hur utfallet blir av arbetet med att utreda och diagnostisera denna grupp av klienter och av det omfattande arbete som görs av utredare, behandlingsassistenter och socialsekreterare för att få till stånd en hållbar behandlingsplanering.

Neuropsykologiska utredningar inom ramen för ett LVM-omhändertagande har också av administrativa skäl varit komplicerade. En övergripande svårighet är att det varit nödvändigt att remittera de klienter som fått en ADHD/ADD-diagnos till hemlandstingens neuropsykiatriska enheter för, i första hand, ställningstagande om medicinering och, i förlängningen, för uppföljning och eftervård. Ibland finns också i remisserna en förfrågan om en second-opinion- och/eller en kompletterande bedömning. Att ha uppdragsgivare från hela Sverige och klienter knutna till olika landsting har försvårat utvecklandet av rutiner för samarbete med landstingens neuropsykiatriska specialistenheter. Det har bl.a. framkommit att olika specialistenheter har olika rutiner för utredningsförfarandet. Olikheter har också funnits avseende vad som anses vara tillräckligt bedömningsunderlag.

Den största svårigheten har emellertid varit relaterad till de långa väntetiderna till specialistenheterna. Remitterade klienter har ofta inte hunnit få en tid innan LVM-tiden gått ut och i än mindre grad hunnit bli aktuella för medicinering för sin neuropsykiatriska störning. Utredning och behandling av ADHD av vuxna med missbruksproblem kräver nära samarbete i ett team där olika professioner finns representerade och som kan arbeta samstämmigt enligt fasta riktlinjer (Ersson, 2006). Dessa optimala förutsättningar har inte funnits för flertalet av de

klienter som utretts på Hornö. Långt ifrån alla har kunnat påbörja sin medicinering under vistelsen på Hornö. Många av de utredda klienterna har remitterats vidare och lämnat Hornö utan att det varit möjligt att få en uppfattning om deras öden med avseende på den fortsatta bedömningsprocessen på hemlandstingens specialistenheter, på eventuell behandling och dess effekter på missbruket, psykiska tillstånd och sociala anpassning etc.

Syfte

Studien har tre huvudsyften:

1. Att få ökad kunskap om och en samlad bild av en grupp klienter som, förutom ett tungt missbruk, också har en neuropsykiatrisk störning.
2. Att följa upp de klienter som efter genomförd neuropsykologisk utredning på Hornö fått en ADHD/ADD-diagnos. Uppföljningen skall rikta in sig på medicinering och annan behandling, drogmissbruk, samt psykosocial situation.
3. Att öka vår kunskap om vilka faktorer som bidragit till ett positivt (ex. drogfrihet, stabilitet i medicinering) resp. ett negativt (ex. återfall i missbruk) utfall.

Studien har en bred och explorativ ansats utan några specifika hypoteser. Ambitionen har dels varit att, utifrån alla tillgängliga data, beskriva gruppen så heltäckande som möjligt och dels att studera utfallet av den behandling som följt efter Hornö-vistelsen. Förutom remisser till läkare inom hemlandstinget och/eller insättning av medicin under LVM-tiden har behandlingsplaneringarna inte skilt sig från övriga klienters med vad det kan innebära av kompromisser mellan det önskvärda och det möjliga, till hänsynstagande av exempelvis utbud av behandlingsalternativ, till socialtjänsters ramavtal och klienters aktuella behandlingsmotivation. En fastställd ADHD-diagnos och eventuell medicinering för det är således endast en, om än en viktig, faktor som är avgörande för behandlingsutfallet. Förväntningarna på uppföljningsstudien har bl.a. av dessa skäl varit modesta. Det tycks emellertid vara en fördel att läkemedelsbehandlingen för ADHD blir insatt på Hornö istället för att klienterna lämnar institutionen utan att veta när de blir kallade till remitterad läkare. Även andra (Ersson, 2006) har gjort erfarenheten att medicinsk behandling för ADHD av missbrukare kräver en fast ram. Ett antagande utifrån dessa erfarenheter var att klienter som börjat sin medicinska behandling i en institutionell miljö skulle lyckas bättre än de klienter som påbörjat sin behandling i öppen vård. Ytterligare ett antagande var att de klienter som befann sig i någon form av psykosocial behandling vid uppföljningen skulle ha fullföljt den medicinska behandlingen i högre grad.

Metod och material

Undersökningsgruppen består av 60 klienter, som vistats på Hornö LVM-hem mellan 2004 till och med juni 2008 och som har fått en ADHD-diagnos. Samtliga är blandmissbrukare, dvs. förutom den huvuddrog klienterna uppgivit finns också missbruk av andra droger.

Klientgruppen beskrivs med avseende på missbrukshistoria, tidigare behandlingserfarenheter från barn- och/eller vuxenpsykiatrin och missbruksvård, samt psykosocialt fungerande under uppväxt och i vuxen ålder. Uppgifterna är inhämtade från de psykologutredningar klienterna genomgått på Hornö och av uppgifter från DOK-intervju.

Komorbiditet har fastställts av diagnoser som satts i samband med psykologutredning på Hornö. Diagnostiska bedömningar omfattas av personlighetsdiagnostiska instrument, vilka är väl utprovade och validerade, utredningssamtal och avdelningsobservationer. Vid tveksamheter har diagnoser även diskuterats med Hornös konsultläkare och/eller en specialist i neuropsykologi.

Val av personlighetstest sker utifrån frågeställning och en bedömning av vad som är relevant och möjligt för den enskilde klienten. För skattningar av aktuella symtom, diagnostik och personlighetsbedömningar används oftast BDI II, BAI, SCL 90, MMPI-2, TCI, Rorschach, ASQ, IIP, SSP och SCID II (se bilaga 2 för närmare beskrivning).

För skattningar av ADHD-symtom, retrospektivt och i vuxen ålder, har WURS och Brown ADD Scale använts. Resultaten av dessa presenteras under rubriken Skattningsskalor. Andra skattningsskalor som använts mindre frekvent, ex. DEX, Conners och AQ-testet, presenteras inte i studien.

Gruppens kognitiva fungerande beskrivs utifrån testprofil i WAIS III (Wechsler, 1997). Övriga ingående test, vars resultat redovisas, är Rey Complex Figure Test, Rey Auditory Verbal Learning Test, CPT II, TMT och FAS. Dessa kan i vissa fall kompletteras med andra testinstrument som ex. Bentons visuella retentionstest och Claesson Dahls inlärnings- och minnestest, men i de fall de använts redovisas inte resultaten (se bilaga 2).

Uppföljning har skett genom att telefonkontakt tagits med de socialsekreterare klienterna hade under LVM-placeringen på Hornö. I de fall klienterna fortfarande varit aktuella inom socialtjänsten har uppgifter inhämtats om boendesituation, behandlingsinsatser, eventuellt missbruk, och sysselsättning. Frågorna har varit semistrukturerade med syfte att täcka in ovan nämnda områden. Aktuella adressuppgifter har inhämtats endera via socialsekreterare eller från skattemyndighetens folkbokföringsregister.

Personliga intervjuer har gått att få till stånd med 22 klienter. Uppföljningsintervjuerna har i åtta fall skett vid ett personligt sammanträffande och resterande 15 har skett telefonledes. Två klienter som kontaktats och sagt sig vara villiga att bli intervjuade har därefter gjort sig otillgängliga, dvs. inte svarat vid försök att nå dem brevledes eller via telefon. En klient har varit drogpåverkad vid telefonintervjun. 21 klienter har skrivit under ett godkännande att ingå i uppföljningsstudien, vilket varit möjligt om klienten gått att nå via telefon och personligt sammanträffande. Frågorna vid de semistrukturerade intervjuerna ges i bilaga 3.

I de fall klienten, enligt socialsekreterare, varit i ett aktuellt missbruk eller vårdats enligt LVM eller annan tvångsvård har inga försök gjorts att kontakta klienten. Undantag har gjorts om klienten blivit insatt på medicin för sin ADHD och antagits ha fortsatt med det under den aktuella vårdperioden. Klienter som flyttat utomlands har inte spårats, ej heller klienter som av olika skäl aldrig varit i kontakt med hemlandstingens neuropsykiatriska enheter. Av de 60 klienter som ingått i studien har således 49 klienter kunnat följas upp.

Disposition

Resultatredovisningen omfattar, förutom en kort beskrivning av undersökningsgruppen, uppgifter om åldersfördelning, social bakgrund, utbildning, arbetslivserfarenheter och vårdhistoria. Därefter redovisas familje- och social situation, samt missbruksbild vid perioden som föregick LVM-omhändertagandet. I syfte att belysa i vilka avseenden undersökningsgruppen skiljer sig från LVM-klienter som helhet med avseende på ovanstående variabler har

jämförelser gjorts med uppgifter från Årsrapport DOK 06 (Allmän SiS-rapport 2007:4). Fortsättningsvis benämns referensen som DOK 06. Resultatredovisningen omfattar vidare neuropsykiatriska och psykiatriska diagnoser och testresultat avseende kognitiva funktioner. Under rubriken uppföljning redovisas vad som framkommit vid uppföljningstillfället om boende/vårdform, missbruk och läkemedelsbehandling för ADHD. Slutligen redovisas resultat av klientintervjuerna.

Resultat

Undersökningsgrupp
Under tidsperioden 1/1 2004 till och med 30/6 2008 genomgick sammanlagt 71 klienter utredning för ADHD. Det totala antalet psykologutredningar under tidsperioden uppgick till 214. Av de utredda klienterna med ADHD-frågeställning fick 47 klienter diagnosen. Ytterligare 13, som hade en ADHD-diagnos sedan tidigare, ingår också i undersöknings-gruppen av 60 klienter. Under tidsperioden vårdades 413 unika klienter (590 inskrivna) på institutionen.

Åldersfördelning
I tabell 1 redovisas både åldersfördelning för undersökningsgruppen och för manliga LVM-klienter som helhet (DOK 06).

Tabell 1. Åldersfördelning (n=60)

	Antal Hornö 2004–2008	%	DOK-06 N=704 %
18–29 år	44	73	35
30–44 år	15	25	23
>45 år	1	2	42

Som framgår av tabell 1 skiljer sig åldersfördelningen i undersökningsgruppen mycket från övriga manliga LVM-klienter (DOK 06). Den aktuella undersökningsgruppen domineras av yngre klienter, medan åldersfördelningen för manliga LVM-klienter som helhet är mer jämn, dock med en viss dominans av äldre klienter.

Social bakgrund
De variabler som redovisas i tabell 2 rör uppväxtsituation med avseende på i vilken utsträckning klientgruppen vuxit upp med båda sina föräldrar, negativa psykosociala omständigheter som missbruk och/eller psykisk störning hos någon av föräldrarna. Variabeln ”uppvuxen med ensamstående mor” finns inte i Årsrapport DOK 06, men redovisas i tabellen för att procentandelen var förhållandevis hög i undersökningsgruppen. Uppgifterna är hämtade från genomförda psykologutredningar.

Tabell 2. Uppväxt (n=60)

	Antal Hornö	%	% av 60	DOK 06 %
Vuxit upp med båda föräldrar	16	27		40
Föräldrar separerat <7 år	20	34		
Ensamstående mor	11	19		
Missbruk och/eller psykisk störning hos förälder/föräldrar	31	55		(24+5) 29
Komplikationer under graviditet / vid förlossning	19	52	31	

Tabell 2 visar att drygt en fjärdedel har vuxit upp med båda sina biologiska föräldrar, vilket är en betydligt lägre andel än vad det är för gruppen manliga intagna på LVM-institutioner under år 2006. Av DOK- rapporten framgår att 40 procent av LVM-klienterna som helhet har bott

hos båda sina föräldrar när de var 16–18 år. Knappt en femtedel av ADHD-gruppen har ända sedan födseln vuxit upp med ensamstående mor. Siffrorna kan också jämföras med svenska ungdomar i stort (Barns villkor, Statistiska Centralbyrån, 2005). Ca 60 procent av samtliga äldre svenska tonåringar har vuxit upp med båda sina föräldrar och ca 5 procent har aldrig bott med båda sina föräldrar.

I Årsrapport DOK 06 är andelen för variabeln förekomst av missbruk i uppväxtmiljö 24 procent för manliga LVM-klienter. Förekomst av psykiska problem i uppväxtmiljön uppgår till 5 procent. I aktuell studie är andelen av missbruk och/eller psykiska problem hos någon av eller hos båda föräldrar så hög som 55 procent.

Bortfallet för sociala bakgrundsdata är sammantaget drygt 4 procent. Med bortfall avses här att uppgifterna inte har funnits i psykologutredningarna. I den sammantagna beräkningen av bortfallet (4 procent) är inte uppgifter om komplikationer under graviditet/förlossning medräknade, där bortfallet är så högt som 40 procent. Den anhörigintervju (oftast med modern) om tidiga omständigheter och tidig utveckling, som ingår i utredningen, är inte alltid möjligt att få till stånd. Båda föräldrarna kan ex. vara avlidna, klienten vill inte att någon anhörig skall kontaktas eller så kan förälders uppgifter inte anses helt tillförlitliga. Någon anhörigintervju har heller inte gjorts om klienterna har haft en ADHD-diagnos sedan tidigare. Förutsatt att det inte funnits några komplikationer vid graviditet och/eller förlossning för någon i bortfallet, blir procentandelen ändå hög (31 %). Om andelen är lika hög i bortfallet som de 19 det finns uppgifter om blir procentandelen 52.

Utbildning och arbetshistoria

I samband med psykologutredningarna på Hornö framkommer ofta att klienterna gått i observationsklass eller annan specialundervisning under någon eller några perioder i grundskolan. Förutom observationsklass uppges ex. stödundervisning i speciella ämnen som svenska och matematik. Fullföljd grundskoleutbildning inom ramen för LVU ingår också i variabeln specialundervisning i tabell 3. I tabellen görs en åtskillnad mellan teoretisk och yrkesinriktad gymnasielinje eftersom det kan antas att en praktiskt inriktad utbildning är lättare än en teoretisk för en person med uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter.

Tabell 3. Utbildning och arbete (n=60)

	Antal	%	DOK 06
Någon form av specialundervisning i grundskola	35	65	
Slutbetyg från grundskola	46	81	44
Gymnasieutbildning, teoretisk linje	3	5	13*
Yrkesinriktad gymnasieutbildning	7	12	
Yrkesutbildning, ej gymnasium	6	11	
Arbetat mer än sex månader	33	65	
Arbetat mer än två år	21	41	

*Framgår inte av DOK om uppgiften avser både teoretisk och yrkesinriktad linje.

Drygt 3/4 av klienterna har uppgivit att de har slutbetyg från grundskola. Det kan jämföras med DOK-rapportens siffror (44 %). Slutbetyg behöver emellertid inte innebära en fullständig grundskolekompetens. Det kan ex. innebära streck i flera ämnen och/eller mycket låga betyg. Eftersom observationsklass, stödundervisning eller någon annan form av specialundervisning varit så vanligt förekommande i undersökningsgruppen, kan slutsatsen inte dras att 81 procent har en fullgod grundskoleutbildning.

Andelen klienter med teoretiskt inriktad gymnasieutbildning eller yrkesutbildning är låg. Andelen med någon form av yrkesutbildning i undersökningsgruppen är dock avsevärt högre än andelen med teoretiskt inriktad gymnasiekompetens. Mot bakgrund av de kognitiva svårigheter som ingår i ADHD är den låga andelen med fullföljd gymnasieutbildning inte överraskande. Eftersom det inte framgår av DOK 06 om de 13 procent som har gymnasieutbildning har gått på teoretisk eller yrkesinriktad linje är det svårt att göra en jämförelse mellan undersökningsgruppen och manliga LVM-klienter i stort.

Förutom ADHD-problematiken kan det också antas att tidig missbruksdebut och mångårigt missbruk bidragit till den låga utbildningsnivån i undersökningsgruppen.

Som framgår av tabellen har 64 procent uppgivit att de arbetat mer än sex månader och 41 procent har lämnat uppgifter om mer än två års arbetslivserfarenhet. Huruvida det rört sig om ströarbeten eller mer sammanhängande arbetsperioder finns inga uppgifter om. I DOK-rapporten är tidsindelningen annorlunda varför en jämförelse blir något skev. Av de DOK-intervjuade har 50 procent mer än fyra års arbetslivserfarenhet och en sådan relativt lång arbetshistoria är mindre vanlig i undersökningsgruppen, vilket också måste ses mot bakgrund av olikheter i åldersfördelning och komplexiteten i ADHD-gruppens problematik.

Bortfallet inom området utbildning och arbetshistoria varierar mellan 5 och 15 procent. Det största bortfallet gäller arbetshistoria, följt av ”någon form av specialundervisning” (10 %). För övriga variabler ligger bortfallet mellan 5 och 6.5 procent.

Vårdhistoria

Undersökningsgruppens vårderfarenheter har stor relevans i studien, i synnerhet om neuropsykiatriska och psykiatriska diagnoser också beaktas (se tabell 7 och 8).

Tabell 4. Vårderfarenheter (n= 60)

	Antal	%	DOK 06 %
Barnpsykiatrisk kontakt	29	57	
LVU	23	40	14
Har ADHD-diagnos sedan tidigare	13	22	
Dömda till fängelsestraff	35	61	54
Vuxenpsykiatrisk vård	34	60	53*
Frivilliga behandlingar	22	39	64**
Påbörjat, men ej fullföljt, frivillig behandling	4	7	

*Det framgår inte om siffran 53 % också avser barnpsykiatrisk vård.
** Gäller öppenvård. Andelen som vårdats i slutenvård/dygnsvård är 58 %

Som framgår av tabell 4 har en stor andel av klienterna i undersökningsgruppen blivit aktualiserade inom barnpsykiatrin, vilket talar för att deras problembeteende uppmärksammats tidigt. Huvuddelen av klienterna har dock inte blivit utredda för ADHD. 13 klienter i undersökningsgruppen har haft en ADHD-diagnos sedan tidigare och det kan antas att åtminstone några av de yngre klienterna har fått sina diagnoser vid barnpsykiatriska kontakter.

Drygt 40 procent har varit omhändertagna enligt LVU, vilket kan jämföras med 14 procent i DOK-materialet. Den höga andelen kan relateras till den stora andel som varit aktualiserade inom barnpsykiatrin. Problemen har uppstått och uppmärksammats tidigt.

En något högre andel i undersökningsgruppen har avtjänat fängelsestraff (ca 61 procent) jämfört med manliga LVM-klienter i stort (54 procent). Den högre andelen dömda till fängelse i ADHD-studien är inte oväntad mot bakgrund av att bristande impulskontroll är ett av huvudkriterierna i ADHD-diagnosenen. Det vore t.o.m. rimligt att förvänta sig en större skillnad både mot bakgrund av ADHD-gruppens problem med impulskontroll och med övriga exekutiva funktioner, vilket kan antas medföra en ökad risk för att brotten upptäcks lättare. Den höga förekomsten av diagnosen antisocial personlighetsstörning (se tabell 8) i undersökningsgruppen kan också relateras till att över 60 procent har dömts till fängelsestraff. Kriminellt beteende utgör ju ett av kriterierna för antisocial personlighetsstörning.

Nästan 60 procent har varit föremål för psykiatrisk vård, vilket kan jämföras med DOK-materialets 53 procent. Huruvida variabeln ”tidigare psykiatrisk vård, totalt i livet” i DOK 06 även omfattar barnpsykiatriska kontakter, framgår inte. De något högre siffrorna vad gäller vårdkonsumtion för ADHD-gruppen kan inte sägas vara anmärkningsvärda mot bakgrund av gruppens sammantagna psykosociala belastning och neuropsykiatriska problematik. Det kan också tilläggas att medelåldern i undersökningsgruppen är betydligt lägre, vilket också försvårar en jämförelse.

Undersökningsgruppen har i mindre grad än LVM-klienter i stort genomgått frivilliga behandlingar för missbruket (40 resp. 64 procent). Det kan inte uteslutas att olikheterna i åldersfördelning mellan DOK-intervjuade LVM-klienter och ADHD-gruppen har betydelse för skillnaden mellan grupperna. I undersökningsgruppen finns många unga personer som kanske ännu inte blivit motiverade till behandling.

Det största bortfallet återfinns för variabeln barnpsykiatrisk kontakt (15 %). För övriga variabler saknas uppgifter för 3 klienter (5 %).

Familje-/social situation vid tidpunkt för LVM-vården

Tabell 5. Nätverk (n=60)

	Antal	%	DOK 06 %
Egna barn	9	15	21
Fungerande nätverk	42	84	

En något lägre andel (15 %) har egna barn i undersökningsgruppen jämfört med gruppen DOK - intervjuade (21 %). I undersökningsgruppen finns dock betydligt fler unga män (< 30 år) än i DOK-materialet.

Många klienter har uppgett att de har ett fungerande nätverk, men det kan variera från ett nätverk i egentlig bemärkelse till en enda person, oftast modern. I DOK 06 har stödjande nätverk delats upp på maka/partner, f.d. maka/partner, nära vänner, arbetskamrater och grannar, vilket gör det svårt med en direkt jämförelse.

Uppgifter saknas för 1 respektive 10 klienter (2 resp. 17 %)

Missbruk
Uppgifter om missbruk är hämtade från DOK. Fokus ligger på huvuddrog även om den uppgiften inte avspeglar den totala missbruksbilden.

Tabell 6. Huvuddrog (n=60)

	Antal	%	DOK 06 n=663 %
Alkohol	4	7	65
Amfetamin	29	48	16*
Kokain	3	5	
Heroin	12	20	9**
Hasch	7	12	5
GHB	3	5	2
Bensodiazepiner	2	3	3***

* Siffran avser centralstimulerande medel. ** Siffran avser opiater.
*** Avser läkemedel

Även om det finns en angiven huvuddrog kan de allra flesta i undersökningsgruppen betecknas som blandmissbrukare. Drygt hälften har uppgivit någon form av centralstimulerande preparat som huvuddrog, vilket inte kan ses som en anmärkningsvärt stor andel mot bakgrund av att det är mycket vanligt att klienter med ADHD-diagnos uppger att de upplever ett större lugn och bättre koncentrationsförmåga när de tar centralstimulantia, åtminstone vid lägre doser. Endast drygt tre procent har uppgivit bensodiazepiner som huvuddrog, men det är mycket vanligt att den drogen ingår i missbruksbilden. Jämfört med DOK- rapportens siffror är skillnaderna stora. Alkohol dominerar starkt för LVM-klienter i stort (65 % av n=663). 16 procent har uppgivit centralstimulantia som huvuddrog, enligt DOK-rapporten.

Diagnoser
Den neuropsykiatriska störningen kan vara sammansatt och andra neuropsykiatriska syndrom kan förekomma tillsammans med ADHD/ADD. Tabell 7 visar att så är fallet även i undersökningsgruppen. I tabell 8 kan en omfattande grad av komorbitet utläsas.

Tabell 7. Neuropsykiatriska diagnoser (n=60)

	Antal	Procent
ADHD/ADD	60	100
DAMP	6	10
Autismspektrumstörning /Aspergers syndrom	9	15
Mental retardation	2	3
Förvärvad hjärnskada	1	2
Tourettes syndrom	3	5

Diagnosen DAMP finns inte i DSM-IV, men den används i Norden och avser dysfunktion vad gäller aktivitetsnivå och uppmärksamhet, motorisk kontroll och perception. Samtliga sex klienter med DAMP-diagnos har denna diagnos sedan tidigare. Aspergers syndrom är ett autismspektrumtillstånd som innebär funktionsnedsättningar vad gäller förmågan till ömsesidig

kommunikation och socialt samspel, och förmågan att flexibelt kunna variera och anpassa beteenden och intressen. Mental retardation innebär en begåvningsnivå under IK 70. Symptomen vid Tourettes syndrom är motoriska och/eller vokala tics (se DSM-IV).

Tabell 8. Psykiatriska diagnoser (n=60)

	Antal	%
Psykos	6	10
Drogrelaterad psykos	4	7
Depression/ångest	12	20
Minst en personlighetsstörning – alla typer	51	85
Personlighetsstörning UNS	9	15
Personlighetsstörning kluster A	1	2
Personlighetsstörning kluster B	38	63
Personlighetsstörning kluster C	3	5
Antisocialpersonlighetsstörning (Ingår i kluster B)	33	55.0

Tabellen visar på en hög grad av samsjuklighet i undersökningsgruppen. Av axel I-diagnoserna är depression/ångest den vanligaste. Axel I-diagnoserna avser det psykiska tillståndet under vistelsen på Hornö efter avgiftning. Andelen med personlighetsstörnings-diagnos uppgår till 85 procent. En majoritet har en kluster B-diagnos, i vilken ingår antisocial personlighetsstörning. 55 procent har fått den diagnosen. Endast fem personer har en annan kluster B-diagnos (borderline-, histrionisk- och narcissistisk personlighetsstörning). Diagnosen personlighetsstörning UNS kan omfatta framträdande drag av mer än en personlighetsstörning.

Flertalet av dem med axel-I diagnoser har också en axel-II diagnos. Endast tre klienter har enbart en axel-I diagnos (samtliga med en depressions- eller en ångestdiagnos).

Kognitiva funktioner

Samtliga klienter som fått en ADHD/ADD-diagnos på Hornö har genomgått kognitiva test-ningar. Även några klienter som haft diagnosen sedan tidigare har genomgått testningar. Huvudinstrumentet vid den neuropsykologiska utredningen har varit WAIS III NI (se tabell 9). Det är ett begåvnings- och funktionstest med 14 deltest, vilka dels ger en sammanfattande bild av klientens kognitiva funktionsnivå (HIK) och dels en bild av specifika funktioner. VIK avser verbal IK (intelligenskvot) och PIK performance IK. VFI är en förkortning av verbal förståelse och POI avser perceptuell organisation. AMI och SI är en förkortning av arbets-minne respektive snabbhet. Det finns ingen egentlig ADHD-profil, men av särskilt intresse är att studera hur funktionerna arbetsminne och snabbhet ligger i förhållande till andra funk-tioner. Även klientens testbeteende ingår i den sammantagna bedömningen.

Av särskilt intresse är också att bedöma klientens exekutiva funktioner, vilket kan göras dels med kognitiva test och dels genom att studera vardagsbeteende. Exekutiva funktioner kan sägas vara en sammanfattande benämning på alla funktioner som är relaterade till problem-lösning, i synnerhet i nya och okända situationer. Det finns inte någon absolut överensstäm-melse i litteraturen om vilka funktioner som skall betecknas som exekutiva, men planering, organisation, igångsättning, hämning av impulser, strategibyte, kontroll och självkorrigering är funktioner som är centrala för effektiv problemlösning. Även funktioner som uppmärksam-het, koncentration och arbetsminne behövs för att kunna planera och organisera sitt tänkande

och beteende. Redovisade resultat i tabellerna 10–13 avser exekutiva funktioner, men även deltest i WAIS III NI är exekutivt laddade.

Tabell 9. Kognitiva funktioner (WAIS III) (n= 51)

	Antal	Medel	SD	Svensk studie Medel n=23	Svensk studie SD n=23
HIK.	51	88.21	8.78	92.6	15.4
VIK.	51	87.20	9.19	93.7	14.7
PIK.	51	91.16	10.91	92.6	14.9
VFI.	51	90.20	9.41	98.2	14.4
POI.	51	94.16	16.54	95.6	17.3
AMI.	51	84.44	13.29	85.3	16.0
SI.	47	83.10	7.20	84.6	14.5

I tabell 9 redovisas också resultatet från en svensk studie av en grupp med ADHD-diagnos, som testats med WAIS III. Syftet är att få ett jämförelsematerial till aktuell undersöknings-grupp. Den svenska studien som redovisas i tabellen finns redovisad i WAIS III-manualen och omfattar 6 kvinnor och 17 män med ADHD-diagnos som är utredda på rättspsykiatriska enheter och rehabiliteringsavdelningar. Tabell 9 visar att Hornögruppen ligger några IK-enheter lägre än jämförelsegruppen förutom på Arbetsminne och Snabbhet. På dessa ligger grupperna på ungefär samma låga nivå, vilket är förväntat eftersom dessa funktioner oftast är nedsatta vid ADHD-problematik. Spridningen är vidare betydligt större i den svenska studien på de flesta kognitiva funktioner. Endast på funktionen perceptuell organisation (POI) är spridningen likartad. Hornögruppen är således mer homogen än ADHD-gruppen i den svenska studien. Hornö-gruppen består också bara av män.

Tabell 10. Visuospatialt minne och verbal inlärning

	Antal	Medelvärde T-värde	Standard-avvikelse	T<20 procent	T=20–40 procent	<nedre Cut-off
Rcft-omedelbar	46	32.17	15.10	28.2	41.3	
Rcft-fördröjd	46	31.48	15.37	32.6	41.3	
Rcft-rekognition	45	40.89	15.12	11.1	35.5	
R-Auditory omedelbar/ inlärning	39					64.1
R-auditory fördröjd	35					77.1

Rey Complex Figure Test (Rcft) är ett test som mäter visuospatial konstruktionsförmåga och minne. Undersökningsgruppen får anmärkningsvärt låga resultat på detta test. Förutom att testet kräver incidentiell minnesförmåga och psykomotorisk snabbhet, förutsätter det också en exekutiv förmåga i form av en fungerande lösningsstrategi.

Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) är ett verbalt inlärnings-/minnestest. Instrumentet saknar T-poäng, varför man vid bedömning av funktionsnivå måste utgå från erhållna poäng och standardavvikelser i varje åldersgrupp. Vid omedelbar återgivning ligger så stor andel som 64 procent under den nedre gränsen av en standardavvikelseenhet, dvs. under genomsnittet. På retention (efter 30 minuter) är andelen med under genomsnittligt resultat ännu högre (77 %). Även denna testuppgift underlättas om de uppräknade orden organiseras av testpersonen. Detta kräver dock ett visst mått av förmåga till uppmärksamhet och arbetsminne.

Tabell 11. Överblick och omställning, TMT (n=38)

	Antal	Medelvärde T-värde	Standard-avvikelse
TMT A	40	42.17	14.47
TMT B	40	26.8	15.76
TMT C	38	30.9	17.04

TMT B är uppenbart den deluppgift som klienterna har svårast för. Den ställer också mest krav på funktionen överblick och omställning. Medelvärdet i T-poäng är endast 26.8.

Tabell 12. Verbalt flöde, FAS (n=38)

	Antal	Medelvärde T-värde	Standard-avvikelse
FAS	38	48.42	18.24

Medelvärdet ligger på denna funktion i det närmaste i nivå med medelvärdet för normalpopulationen.

Tabell 13. Uppmärksamhet, CPT II (n=22)

	Antal	%
84–100 procent	10	45
67–83 procent	0	0
50–60 procent	9	41
<50	3	14

CPT II är ett uppmärksamhetstest som endast använts från och med 2006, därav det låga antal som det finns resultat att redovisa för. Resultatet redovisas bl.a. i ett sannolikhetsvärde (chance) för att ADHD föreligger. Liksom för samtliga ingående test kan några slutsatser inte dras från ett enskilt testresultat.

Skattningsskalor

WURS (Wender Utah Rating Scale) avser symptom på ADHD under uppväxt. Cut-off värdet är 36 poäng, dvs. värden över 36 anses indikera ADHD. Brown ADD Scale avser mäta ADHD-symptom i vuxen ålder och värden över 55 talar för att ADHD är mycket trolig.

Tabell 14. WURS

	Medelvärde	Standard-avvikelse
WURS-klient n=47	59.9	17.3
WURS-anhörig n=24	53.5	21.8
Brown ADD-Scaleklient n=40	73.4	24.5
Brown ADD-Scale-anhörig n=12	77.7	15.1

Som framgår av tabell 13 finns förhållandevis få skattningar från anhöriga. Orsakerna är flera. Dels används ibland andra skattningsformulär (ex. Connors), dels ingår inte ofullständigt besvarade skattningar (anhörig minns ex. inte) eller så har klienten inte godkänt att anhöriga kontaktas. 13 klienter har också diagnos sedan tidigare och i dessa fall har inga nya skattningar gjorts. I endast 12 fall har fullständiga skattningar kunnat fås av anhöriga på Brown ADD-Scale. Många anhöriga har upplevt det som svårt att bedöma klienters beteende retrospektivt i vuxen ålder, framför allt på grund av missbruk men också för att kontakten inte varit så tät. I de fall skattningar funnits att tillgå ligger dock medelvärdet klart över cut-off-gränsen. Kontakt med anhörig och intervju har alltid gjorts om det funnits möjlighet.

Uppföljningen

I detta avsnitt presenteras de uppföljda och deras situation vid tidpunkten för uppföljningen. Boende-/vårdform, aktuellt missbruk och medicinering redovisas. Ett särskilt avsnitt ägnas åt utfallet av behandlingsplaneringen dels för klienter med särskilt svår psykiatrisk problematik och dels för klienter som bedömts som särskilt vårdkrävande pga. aggressivt och våldsamt beteende. Slutligen redovisas klientintervjuerna i detta avsnitt.

Uppföljningarna påbörjades i februari 2008 och avslutades i februari 2009. Undersökningsgruppen omfattar 60 klienter som, från januari 2004 till och med juni 2008, endera fått en ADHD-diagnos efter utredning på Hornö LVM-hem eller fått diagnosen tidigare. Den tid som förflutit från tidpunkten för remiss till hemlandstingets neuropsykiatriska enhet och tidpunkt för uppföljning varierar således mycket. Den genomsnittliga tiden mellan remiss och uppföljning för de 30 klienter som påbörjat en medicinering för ADHD är drygt 15 månader med en spridning från 4 till 35 månader. För övriga har inte tiden beräknats.

Uppföljda
Av de 60 uppföljda är fem avlidna. Sex klienter har det inte varit möjligt att få någon information om. Orsaken kan ha varit att de flyttat utomlands eller flyttat till en annan kommun, där de inte varit aktuella inom socialtjänsten. De resultat som fortsättningsvis redovisas omfattar således 49 klienter. Uppföljningen omfattar läkemedelsbehandling för ADHD, annan behandling, drogstatus, samt psykosocial situation.

Boende-/vårdform och missbruk vid uppföljning
I tabell 15 har missbruksstatus vid uppföljning kombinerats med boende- och/eller vårdform.

Huvudsakligen har klienternas socialsekreterare varit uppgiftslämnare om missbruk. Ett eller flera återfall har slagits samman som en reservation för att uppgiften om ett enstaka återfall kan vara otillförlitlig. Socialsekreterare har ex. lämnat uppgifter om ”i princip drogfri, men åtminstone ett återfall”. Uppgifterna får dock betraktas som mycket osäkra och, i den mån de är tillförlitliga, gäller de för tidpunkten för uppföljning.

Tvångsvård (LVM, kriminal- eller rättspsykiatrisk vård) är ingen garanti för drogfrihet, men här antas att klienter, som vårdas på kriminalvårdsanstalt, rättspsykiatrisk avdelning eller på ett LVM-hem, är drogfria. En klient var exempelvis vid tidpunkten för uppföljningen nyligen omhändertagen för ett nytt LVM, men räknas här som drogfri även om det inte avspeglar klientens egentliga drogstatus.

Tabell 15. Boende-/vårdform och missbruk (n=49)

	Drogfri	Enstaka återfall	Aktivt missbruk	Summa
Tvångsvård	7	0	0	7
På behandlings-/familjehem	6	3	0	9
Stödboende	5	5	2	12
Eget boende	7	5	4	16
Bostadslös	0	0	5	5
Summa	24	13	12	49

Ungefär lika stor andel av klienterna befinner sig i någon form av tvångsvård och är drogfria (sju) respektive är bostadslösa och i aktivt missbruk (fem). För de bostadslösa kan det inte uteslutas att det har varit tidpunkten för uppföljningen som avgjort i vilken kategori de hamnat i. Kombinationen av ett aktivt missbruk, bostadslöshet, en neuropsykiatrisk diagnos och sannolikt även en psykiatrisk diagnos torde förr eller senare leda till ett nytt LVM-omhändertagande.

Andelen drogfria (49 %) är oväntat hög mot bakgrund av undersökningsgruppens samlade problematik, men i antalet drogfria ingår också sju klienter som befinner sig i tvångsvård vid tidpunkten för uppföljning.

Som framgår av tabellen är behandlingshem, familjevård och stödboende ingen garanti för drogfrihet. Uppgifterna om drogfrihet för klienter som har egen bostad är styrkta av social-sekreterare, men helt säkra kan uppgifterna inte sägas vara.

Av dem som är drogfria befinner sig, helt väntat, den största andelen i någon form av behandling.

Medicinering för ADHD

Rutinerna vid ADHD-utredningarna på Hornö är att klienten remitteras till hemlandstingets neuropsykiatriska enhet eller beroendemottagning efter att diagnos ställts och under förut-sättning att klienten själv önskar det. Förfrågan i remissen är i första hand ställningstagande om medicinering, men inte sällan efterfrågas också en second-opinion-bedömning. Har kli-enten tillräckligt lång tid kvar av sitt LVM försöker vi också få till stånd att klienten blir inställd på medicinen under vistelsen på Hornö. Är inte det möjligt, hoppas vi att klienten blir kallad för bedömning efter att han har lämnat Hornö och att klienten hörsammar kallelsen. I tabell 15 redovisas utfallet av remisserna.

Tabell 16. Medicinering (n= 49)

	Antal	%
Påbörjat medicinering för ADHD	30	61
Påbörjat men avslutat ADHD-medicinering	13	43
Medicinerar vid uppföljning	17	57
Aldrig påbörjat medicinering	19	39

Tabell 16 visar att 30 av 49 klienter har påbörjat en medicinsk behandling för sin ADHD. Concerta har i allmänhet varit förstahandsvalet vid ordination av ADHD-läkemedel, men i vissa fall har det tidigare prövats utan framgång och Ritalin eller Strattera har blivit aktuellt. Ett par klienter har provat alla tre preparat. En klient har provat samtliga nämnda preparat, men fått övergå till Modiodal i syfte att höja vakenhetsgraden. Preparatet betraktas därför i denna studie som medicin för ADHD.

Av de 19 klienter som aldrig har påbörjat någon medicinering, har tre avböjt remiss efter att utredningen avslutats. I tre fall har remiss avvisats därför att det endera saknats läkare eller för att klienten inte uppfyllt krav på längre tids (två år) drogfrihet. Tre klienter har, av okända skäl, inte blivit kallade. Fyra klienter har, efter att LVM:et avslutats, valt bort möjligheten till att medicinera för ADHD. I två fall har klienten blivit bedömd på neuropsykiatrisk enhet, men fått en annan diagnos än ADHD. I ytterligare ett fall har det inte skickats remiss pga. att

klienten var psykotisk. Tre klienter har kallats till hemlandstingets neuropsykiatriska enhet, men inte kommit, i samtliga fall p.g.a. aktivt missbruk.

Att det är närmare 40 procent av klienterna som fått en ADHD-diagnos, som inte lett till medicinsk behandling, behöver inte nödvändigtvis leda till slutsatsen att utredningarna och ADHD-diagnosen varit förgäves. För många klienter innebär diagnosen en lättnad över att äntligen få en förklaring till de svårigheter de haft. Utredningen och diagnosen kan också underlätta för klienter att få hjälp i framtiden i händelse av att livssituationen och/eller den egna motivationen förändras. Under den period då uppföljningarna pågått, har exempelvis två förnyade remisser skrivits efter önskemål från klienter som inte aktualiserats inom hemlandstingets neuropsykiatriska enhet. Några klienter har också tackat nej till medicinsk behandling och bland dem finns klienter som det gått bra för och ett antagande kan vara att det för dem har räckt med att ha fått en förklaring till sina svårigheter och kanske en förklaring till att de fastnat i ett missbruk.

Av de 30 klienter som påbörjat en medicinsk behandling för sin ADHD har närmare 59 procent medicinerat vid tidpunkten för uppföljning. Det får anses som en hög siffra mot bakgrund av den samlade problematik som finns i undersökningsgruppen.

Medicinering och boende-/vårdform vid uppföljning

Såväl erfarenheterna från Hornö som från annat håll talar för att både utredning och behandling av missbrukare med ADHD kräver en fast ram, inom vilken det råder ”samstämmighet och fasta riktlinjer”. Ett antagande utifrån dessa erfarenheter var att klienter som börjat sin medicinska behandling i en institutionell miljö skulle lyckas bättre än de klienter som påbörjat sin behandling i öppen vård. Ytterligare ett antagande var att de klienter som befann sig i någon form av psykosocial behandling vid uppföljningen skulle ha fullföljt den medicinska behandlingen i högre grad.

Tabell 17. Vård-/boendeform och medicinering (n=49)

	Medicinerar vid uppföljning	Påbörjat, men avslutat medicinering för ADHD	Aldrig påbörjat medicinering	Summa
Nytt LVM	0	0	3	3
Kriminal- eller rättspsyk. vård	1	0	3	4
Bostadslös	0	2	3	5
På behandlings- eller familjehem	6	1	2	9
Stödboende	6	4	2	12
Eget boende	4	6	6	16
Summa	17	13	19	49

Om tvångsvård och bostadslöshet betecknas som det långsiktigt sämsta utfallet av LVM-vården återfinns de flesta av dem som vårdas under tvång eller är bostadslösa bland gruppen som aldrig påbörjat någon medicinsk behandling. Nästan hälften (47 %) av dem som aldrig blivit aktuella för ADHD-medicinering befinner sig vid uppföljning i tvångsvård eller är bostadslösa. Motsvarande andel för dem som påbörjat, men avslutat medicinering är 2 av 13 och för dem som medicinerar vid uppföljning 1 av 17.

Som framgår av bakgrundsdata och diagnoser finns ett stort vårdbehov i undersöknings-gruppen, såväl psykiatriskt som psykosocialt. Hur det vårdbehovet tillgodoses framgår inte av tabellen. Ett antagande är emellertid att behandlingshem i högre grad kan erbjuda adekvat vård för den här gruppen än öppen vård. De öppenvårdsinsatser som ingår i stödboende kan variera från hög grad av stöd- och behandlingsinsatser till, i bästa fall, drogtester, viss tillsyn och tak över huvudet, vilket också kan vara det enda möjliga för vissa klienter. Huruvida det ingår några behandlingsinslag i eget boende framgår heller inte av tabellen. Emellertid, om det kan antas att klienter, som vårdas på behandlings-/familjehem eller befinner sig på ett stödboende, får mest av adekvata vårdinsatser, så är de klienter som fortfarande medicinerar vid uppföljning bäst tillgodosedda. Drygt 70 procent av dem ingår i en behandlingskontext. Siffran för dem som påbörjat, men avslutat sin ADHD-medicinering, är drygt 38 procent. För de klienter som aldrig påbörjat någon behandling är andelen 21 procent.

Eget boende vid uppföljning säger inte så mycket om klienternas status eftersom det kan vara med eller utan stödåtgärder och innebära varierande grad av nykterhet, från drogfri till aktivt missbruk.

Av de 20 klienter, som blivit inställda på ADHD-medicin på Hornö befann sig 12 fortfarande i någon form av behandlingskontext vid uppföljning. Motsvarande siffra för de åtta som blivit inställda i öppen vård är två. Två i den kategorin är också bostadslösa. Även om det är förhållandevis få som påbörjat sin medicinering i öppen vård (8) talar siffrorna för att utfallet blivit sämre för dessa klienter.

ADHD-medicinering och missbruksstatus vid uppföljningen

Eftersom medicineringen torde förutsätta drogtester borde 100 procent av de klienter som medicinerar för ADHD vara drogfria. Av tabell 18 framgår att så förhåller det sig inte riktigt. Medicinering för ADHD leder inte med automatik till drogfrihet. Av tabellen framgår också att det finns klienter, om än få, som avslutat sin medicinering och är drogfria (tre klienter).

Tabell 18. Medicinering och missbruk (n=49)

	Medicinerar vid uppföljning	Påbörjat, men avbrutit medicinering för ADHD	Aldrig påbörjat medicinering
I aktivt missbruk	0	3	8
Ett eller flera kända återfall	4	7	3
Drogfri vid uppföljning	13	3	8
Summa	17	13	19

Inte oväntat visar tabell 18 att den högsta andelen drogfria finns hos dem som medicinerar för ADHD. Siffran för dem som är drogfria och aldrig påbörjat någon behandling är också relativt hög. Noteras bör dock att av dessa åtta drogfria befinner sig sju i tvångsvård.

Uppgifterna från de socialsekreterare som besvarat frågan om drogstatus för de klienter som medicinerar talar för att det i första hand rör sig om återfall i användandet av bensodiazepiner och/eller cannabis. Ett par klienter har också vid intervjun uppgivit att de får bensodiazepiner utskrivet av läkare parallellt med ADHD-medicineringen. Det framkommer vidare vid intervjuerna att många klienter har omfattande medicinering, förutom de preparat de får för sin

ADHD (neuroleptika, metadon, antidepressiva, sömnmediciner, stämningsstabiliserande och ångestdämpande). Det säger något om vårdtyngden i undersökningsgruppen, men också att de befinner sig i en behandlande kontext, vilket är synnerligen viktigt för denna klientgrupp.

Drogstatus kan också relateras till var klienterna påbörjade sin ADHD-medicinering.
Av de klienter som har påbörjat sin medicinering på institution (Hornö eller annat behandlingshem) var 12 av 21 (drygt hälften) drogfria vid uppföljningen. Andelen drogfria vid uppföljning som påbörjat sin ADHD-medicinering i öppen vård är tre av åtta (ca 37 %).

Hög symptombelastning och aktuell situation
Samtliga klienter i undersökningsgruppen har ett stort vård- och hjälpbehov och många har svåra diagnoser. I ett försök att differentiera klienterna utifrån symptombelastning och grad av utagerande, har de tre utredande psykologerna fått skatta dels grad av psykiatrisk symptombelastning och dels grad av utagerande. Syftet har varit att se om dessa omständigheter påverkat utfallet av behandlingsplaneringen. Hög symptombelastning har definierats som 1/ hög allvarlighetsgrad av störning som djup depression med självmordstankar, svårbehandlad psykos, 2/ flera diagnoser som både Asperger och ADHD (och ev. ytterligare diagnos), eller både depressions- och psykosdiagnos i kombination med ADHD. Särskilt vårdkrävande pga. utagerande har definierats som aggressivt beteende (hot, våld riktad mot inventarier och/ eller person) under vistelsen på Hornö LVM-hem, vid andra institutionsvistelser eller ute i samhället.

Antal klienter som av utredningspsykologerna skattats ha en hög grad av psykiatrisk symptombelastning är 21. Av de fem avlidna i undersökningsgruppen är tre skattade som särskilt symptombelastade. Två av fem bostadslösa ingår också i den gruppen. Det är små siffror, men de understryker att missbrukare med svåra psykiska problem är en synnerligen utsatt grupp. Förutom dubbeldiagnosen missbruk och allvarlig psykisk problematik har dessa klienter dessutom en neuropsykiatrisk störning. Åtta i den gruppen har aldrig påbörjat någon medicinering. Det skulle kunna antas att det är de sex med psykosdiagnos som finns med bland dessa åtta, eftersom medicin för ADHD anses vara problematiskt för personer med psykossjukdomar. Tre klienter som har psykosdiagnos har emellertid medicinerats med Concerta och det har fungerat i kombination med annan medicinering. För personer med diagnosen psykos eller drogrelaterad psykos är det dock nödvändigt med en noggrann bedömning om riskerna med medicinering. Åtta av de 18 klienter (de tre avlidna ingår inte) med svår psykiatrisk problematik var drogfria vid uppföljningen (ca 44 %), vilket är en mindre andel än för de 31 övriga i undersökningsgruppen (57 %).

I gruppen som blivit skattade som särskilt vårdkrävande pga. utagerande beteende befann sig fem av sex i någon form av vård, fyra var drogfria vid uppföljning och tre medicinerade för sin ADHD. En klient av de sex som skattats som särskilt utagerande har också skattats som psykiatriskt särskilt symptombelastad. Den personen är dessutom en av de fem bostadslösa, vilket är illavarslande mot bakgrund av tyngden i hans problematik.

Klientintervjuer
I detta avsnitt redovisas vad som framkommit av klientintervjuerna, som varit semistrukturerade och lämnat utrymme för spontana beskrivningar från klienterna. De frågor som planerades att ingå i intervjun finns i sin helhet i bilaga 3.

Av de 49 klienter som följts upp har 22 intervjuats. Åtta intervjuer har skett vid personligt sammanträffande och resterande har varit telefonintervjuer. Flera av intervjufrågorna finns

tidigare redovisade i tabeller. Frågor som inte tidigare redovisats och som redovisas i detta avsnitt är förväntningar klienterna hade på medicinen, upplevda effekter, eventuella avbrott i medicinering och eventuella byten av preparat, samt tilläggsmedicinering.

Tre av de intervjuade klienterna hade genomgått en kompletterande utredning och alla tre hade fått diagnosen fastställd.

Concerta var det vanligaste preparatet för de 22 intervjuade klienterna. 20 av de 22 intervjuade hade fått detta preparat och en klient Strattera. Två klienter hade fått Concerta utbytt mot Ritalin och två klienter hade provat såväl Concerta, Ritalin som Strattera, men var vid intervjutillfället ordinerade andra preparat (Modiodal och Cozar). En klient hade avsagt sig möjligheten till medicinering. Denne klient bjöd för övrigt på uppföljningsstudiens största överraskning genom att berätta en, vad som brukar kallas, ”solskenshistoria”. Utan behandling och med egen beslutsamhet hade han tagit sig ur missbruket, trots både en ADHD- och en autismspektrum-diagnos. Vid intervjutillfället medicinerade således 20 klienter för sin ADHD (om Modiodal och Cozar medräknas).

De flesta (12) hade börjat medicineringen på institution, fem på stödboende, en på familjehem och tre i öppen vård (eget boende).

De flesta klienter, 16 av de 22 intervjuade, hade positiva förväntningar på ADHD-medicineringen. Två hade inga förväntningar och fyra kunde inte svara på frågan. Av subjektivt upplevda och spontant rapporterade effekter uppgav 10 ökat lugn, 10 ökad uppmärksamhet och förmåga till koncentration. Fem uppgav upplevda förbättringar av den exekutiva förmågan. Två uppgav ökat tålamod. Andra effekter som rapporterats var bättre koordination, bättre sömn, mindre överskottsenergi och bättre kontroll. Fem klienter uppgav ”inga effekter” och ingen av dessa fem hade bytt preparat. Erfarenheterna från Hornö är att det inte är ovanligt att klienter klagar på uteblivna effekter, samtidigt som det är uppenbart för omgivningen att beteendet förändrats i positiv riktning. Förväntningar på ”kickeffekt” av ADHD-medicinen är sannolikt vanligt bland personer med missbruksproblem och det är också ett av skälen till att en institutionell miljö är att föredra vid inställning av medicin. Med personal som kan ge positiv feed-back på beteendet och vara stödjande ökar chanserna för en framgångsrik medicinsk behandling. Finns det ett omhändertagande av klienten under inställningstiden ökar också möjligheten att mer noggrant utvärdera medicineffekter och att justera eller ändra medicinering.

På frågan vilka av de positiva effekterna som i första hand hjälpt de intervjuade, uppgav fyra att de kunnat tänka klarare och fått bättre kontroll, fyra uppgav symtomlindring (inte känt sig så aggressiv, torgskräcken har försvunnit, kan svara i telefon, minskad impulsivitet). En klient uppgav ”lite av varje; anhöriga, samtalskontakt och medicin”, en klient var gladast över att han fått tillbaka sina intressen och en uppger ”min bestämdhet, mitt slutgiltiga beslut att sluta med drogerna”.

Av negativa effekter rapporterade fem klienter affektiva symtom (depression eller ångest). Två uppgav ökat drogsug och två kroppsliga besvär (svettningar och magproblem). En klient (var drogpåverkad vid intervjun) uppgav att allt var negativt och han tillade att ”Concerta skulle bort från marknaden”. En klient uppgav att han blivit mer fientlig (utredningen talade dock för en hög grad av fientlighet även innan läkemedelsbehandlingen), en klient tyckte att han blivit mer tankspridd.

Mer än hälften av de intervjuade (13) har haft ett eller flera avbrott i sin medicinering, vilket talar för att det inte är komplikationsfritt att behandla personer med tung missbruksproblematik med ADHD-medicin. Liksom vägen till rehabilitering kan vara kantad med återfall kan den vara kantad med avbrott i både medicinsk och psykosocial behandling.

Den sammanlagda medeltiden för läkemedelsbehandlingen var vid intervjutillfället 14 månader.

Många klienter hade tilläggsmedicinering för sina psykiatriska problem, vilka också delvis kan vara överlappande med de neuropsykiatriska. Fyra av de intervjuade var ordinerade neuroleptika vid intervjutillfället, fem medicinerade för depressionssymptom, två åt stämningsstabiliserande medicin, nio åt ångestdämpande och/eller sömnmedicin. Andra mediciner som rapporterades var muskelavslappnande och antiepileptika.

Sammanfattning och diskussion

I en kohort av 413 personer[1] med substansberoende eller substansmissbruk vårdade på Hornö LVM-hem mellan den 1/1 2004 och 30/6 2008, utreddes 71 klienter med avseende på ADHD. Sammanfattningsvis diagnostiserades någon kombination av ADHD-problematik hos 60 av dem som utreddes. Av de 60 hade 13 personer en diagnos sedan tidigare. Av hela kohorten hade således 14.5 procent en ADHD-diagnos. Av dem som blivit utredda på Hornö bekräftades misstanken i 47 fall av 71 (66 %). Det kan emellertid inte uteslutas att betydligt fler av de inskrivna klienterna hade en ADHD-problematik. Under tidsperioden genomfördes sammantaget 214 psykologutredningar, dvs. 52 procent av kohorten. Undersökningsgruppen har beskrivits med avseende på psykosocial bakgrund, psykiatriska diagnoser och kognitivt fungerande. Ett viktigt syfte med undersökningen var också att studera i vilken utsträckning som ADHD-diagnosen hade lett till någon typ av fortsatt stöd med eller utan farmakologisk behandling och att se i vad mån fortsatt behandling påverkade utfallet gynnsamt.

Jämfört med manliga LVM-klienter i stort är medelåldern i undersökningsgruppen betydligt lägre. Den psykosociala belastningen är hög med avseende på familjeförhållanden under uppväxten. Missbruk och/eller psykisk störning hos någon av föräldrarna förekommer i över 50 procent i klientgruppen. Siffran för komplikationer under graviditet och vid förlossning är hög. Uppgifter finns inte om användning av alkohol och tobak under graviditet, varför det inte kan uteslutas att det finns mer negativa prenatala omständigheter än vad som framkommer av studien. Utbildningsnivån är låg i undersökningsgruppen och arbetslivserfarenheten liten. Förhållandevis många (ca 80 %) har dock uppgett att de har slutbetyg från grundskolan, vilket är en betydligt högre andel än för övriga manliga LVM-klienter (DOK 06). Frågan kan väckas om den stora skillnaden mellan siffrorna från DOK-rapporten och aktuell studie delvis kan förstås utifrån olikheterna i åldersfördelning. Har skolan, ex. genom stödundervisning och andra former av specialundervisning, blivit bättre på att hålla kvar störande och utagerande elever ända fram till och med nionde årskurs?

En stor del av klienterna har en lång vårdhistoria. Ca 57 procent har haft kontakt med barnpsykiatrin, drygt 40 procent har varit omhändertagna enligt LVU och knappt 60 procent har haft kontakt med vuxenpsykiatrin. 60 procent har varit dömda till fängelse.

Undersökningsgruppen har, förutom sin neuropsykiatriska störning, en betydande psykisk ohälsa. Samsjukligheten är stor. Personlighetsstörningar är mest vanligt, framför allt är siffran för antisocial personlighetsstörning hög (55 %). Axel I-diagnoser återfinns hos ca 37 procent. 15 procent har också bedömts ha ett autismspektrumtillstånd. Gruppen har närmast identisk belastningsprofil som den grupp tunga narkomaner som diagnostiserats ingående av Fridell (1990) och liknar tunga främst narkomaner och blandmissbrukande män med hög nivå av kriminellt beteende.

[1] 590 klienter skrevs in på Hornö under tidsperioden. Många hade dock skrivits in vid mer än ett tillfälle. Vid en genomgång av 2005 och 2006 års inskrivna klienter framkom att 33 resp. 30 % blev inskrivna mer än en gång. Det totala antalet som registrerats mer än en gång under tidsperioden har, utifrån dessa procentantal, uppskattats till 30 %. Kohorten har således beräknats som 590 personer subtraherat med 177 (30 % av 590).

Ca 40 procent har genomgått frivilliga behandlingar för sitt missbruk. Det är en betydligt lägre siffra än för manliga LVM-klienter i stort, men vid en jämförelse bör man ha den relativt sett låga medelåldern i undersökningsgruppen i åtanke.

Blandmissbruk är mycket vanligt i undersökningsgruppen, men ca 58 procent har rapporterat någon form av centralstimulantia som huvuddrog.

IK-medelvärdet (intelligenskvot) för gruppen är ca 88, närmare en standardavvikelse lägre än medelvärdet för normalpopulation. Medelvärdet kan inte sägas vara anmärkningsvärt lågt eftersom det i det sammanfattande IK-värdet också ingår testresultat för kognitiva funktioner som oftast är nedsatta för personer med ADHD. På gruppnivå är det också mer vanligt att vuxna med ADHD har några standardavvikelseenheter lägre begåvningsnivå än normalpopulationen (Frazier et al, 2004; Hirvikoski et al., 2006). I en svensk studie av 105 öppenvårdspatienter med ADHD-diagnos (Dige, 2008), uppgår estimerad IK till ca 105 (SD=11.9). I Diges studie ingår emellertid endast två deltest (Ordförråd och Block-provet) ur WAIS-R-batteriet. Arbetsminnes- och snabbhetstest, dvs. test som mäter funktioner som oftast är nedsatta för personer med ADHD-problematik ingår inte i estimerat IK. En annan omständighet som kan förklara skillnaden i IK-medelvärdet är att i Diges studie har alla med IK under 85 exkluderats.

En fråga som är relaterad till test och testdata är i vilken grad missbruket har betydelse för testresultaten vid tidpunkten för utredning. Vissa neuropsykiatriska enheter kräver en längre tids drogfrihet innan en neuropsykiatrisk utredning kan påbörjas. Längden av drogfriheten på de klienter som utreds på Hornö varierar, men i allmänhet är den ca två månader. I rapporten Utredning och diagnostik av ADHD hos vuxna rekommenderas tre till fyra veckors drogfrihet med ”rena” provsvar innan en utredning påbörjas. I rapporten sammanfattas också forsknings-resultat avseende de långsiktiga neuropsykologiska effekterna av drogmissbruk. Nedsättning av kognitiva funktioner har kunnat konstateras efter en längre tids drogfrihet efter missbruk av alkohol, cannabis och ecstasy. Knappt 7 procent av klienterna i aktuell studie har uppgett alkohol som huvuddrog och knappt 12 procent har uppgett hasch. Det går således inte att helt utesluta att det finns kognitiva nedsättningar som är relaterade till missbruket i gruppen. Frågan är om alla drogrelaterade förändringar vore möjliga att utesluta efter tre eller fyra månaders drogfrihet. Med alltför stränga krav på drogfrihet finns också en risk att personer med missbruk får svårt att kvalificera sig för en neuropsykiatrisk utredning. Det är vanligt att det gjorts försök att få en utredning till stånd i öppen vård för de klienter som aktualiserats för en ADHD-utredning på Hornö, men att det misslyckats på grund av missbruket.

Det mest anmärkningsvärda resultatet av studien av de kognitiva funktionerna är att under-sökningsgruppen presterar så lågt på ett specifikt test som mäter visuo-spatialt minne (Rey Complex Figure Test). I Diges studie (n=63, opublicerad) av öppenvårdspatienter med ADHD-diagnos ligger medelvärdet på detta test inom normalvariationen. I Hornö-gruppen har det förflutit kortare tid mellan missbruk och testning än i Diges studie. Över 50 procent i Diges studie har heller aldrig haft problem med missbruk. Den närmast liggande frågan är om missbruket har ett förklaringsvärde för förståelse av resultatet i detta specifika test. Ytterligare en fråga är om det i första hand är de exekutiva svårigheterna som varit en försvårande om-ständighet vid denna testuppgift och om de exekutiva bristerna också är mer avgörande för den allmänna funktionsnivån än hyperaktiviteteten och/eller uppmärksamhetsstörningen. En studie av klienter utan ADHD skall därför genomföras för att öka kunskapen om missbrukets betydelse för de kognitiva funktioner som testet mäter. På övriga test går resultaten i samma riktning som i Diges studie.

En potentiellt svag länk i psykologutredningarna berör frågan om tillförlitligheten i vad som framkommer av de självskattningsskalor som ingår. Den svaghet som finns i många självskattningsskalor, såväl i symptomskattningsskalor som i personlighetsinventorier, är att det kan vara fullt möjligt att identifiera vad skattningsskalan och/eller enskilda items skall mäta. Den testade kan därför, beroende av vilket utfall han/hon önskar, endera överrapportera eller underrapportera symptom. Mer omfattande självskattningsskalor, som också innehåller tillförlitlighetsskalor, har den nackdelen att den testade kan tröttna och därför delvis svarar slumpmässigt. Det gäller inte minst personer med ADHD-problematik. Tillförlitligheten i resultaten av skattningar i personlighetsinventorier är också avhängig en viss grad av självkännedom och förmåga att reflektera över sig själv. Läsförståelse och förmåga att förstå innebörden av begrepp har också betydelse, liksom förmåga att abstrahera/ generalisera, dvs. att inte svara utifrån en enstaka situation om inte frågan avser det. För att i möjligaste mån minimera invalida skattningar görs därför oftast fördjupade intervjuer om de resultat som framkommit. Vad gäller självskattningsskalor som används vid ADHD-utredningar rör dessa symptom som det i allmänhet är lätt att känna igen sig i även om det för vissa kan vara svårt att minnas eller att skatta omfattningen av. Den skattningsskala som huvudsakligen används vid Hornö är WURS, vilken är en mycket använd skala, inte minst i USA. Det har dock på sistone kommit ut kritiska forskningsrapporter om att WURS, och retrospektiva självskattningar om barndomssymptom i allmänhet, inte är specifika för ADHD, dvs. att de symptom som skall skattas också i hög grad finns hos barn som inte har ADHD (Suhr et al, 2009). En slutsats som dras i refererad studie är att självskattningar måste kompletteras med annan information, ex. dokumenterad dysfunktion i det verkliga livet. I aktuell studie kompletteras självskattningarna i möjligaste mån med anhörigskattningar, samt med intervju och kognitiva testningar. Dysfunktionen finns, som det framgår av bakgrundsdata, också dokumenterad. Det uppsatta cut-off-värdet på 36 har också ifrågasatts. Enligt Ward et al (1993) kan däremot ett gränsvärde på 46 identifiera 86 procent sanna positiva och 99 procent sanna negativa. Medelpoängen av WURS-skattningen i undersökningsgruppen överskrider dock med god marginal cut-off-värdet 46. Vad gäller anhörigas uppgifter kan dessa heller inte alltid anses valida och till syvende och sidst är det som alltid utredarens erfarenhet och kliniska omdöme som ligger till grund för tillförlitlighetsbedömningen.

Ytterligare en svårighet vid utredningarna är att ställa valida DSM-IV-diagnoser. Här skall endast beröras de svårigheter som är relaterade till att ställa Axel II-diagnos på missbrukare inom ramen för tvångsvård och särskilt om klienten bedömts ha en neuropsykiatrisk störning. De allmänna diagnostiska kriterierna för personlighetsstörning är att det skall gå att identifiera ”ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö”. Mönstret skall komma till uttryck i två av fyra uppräknade områden (kognition, affekter, mellanmänskligt samspel och impulskontroll). Mönstret skall vara oflexibelt, stabilt och varaktigt över tid. Det skall ha gett upphov till lidande och/eller en social och arbetsmässig nedsättning, och det skall inte kunna förklaras av fysiologiska effekter av någon substans eller av någon somatisk sjukdom/skada. Det är ganska uppenbart att det hos en person med ADHD också tämligen lätt går att identifiera en personlighetsstörning. Det är också välkänt att det ofta finns överlappande symptom mellan ADHD och ett flertal personlighetsstörningar, framför allt mellan ADHD och borderline-personlighetsstörning och mellan ADHD och antisocial personlighetsstörning. I Socialstyrelsens kunskapsöversikt angående ADHD (2002), kap. 4, förs ett resonemang om möjliga förklaringar till att det är så vanligt med komorbida tillstånd vid ADHD.

I aktuell undersökningsgrupp har 85 procent en Axel II-diagnos och 55 procent uppfyller kriterierna för antisocial personlighetsstörning. Den sistnämnda diagnosen utgör i allmänhet inga större svårigheter att ställa eftersom det rör sig om beteendevariabler/faktiskt beteende. Att värdera och gradera egna känslor, sinnesstämningar och kognitioner är däremot svårare, i synnerhet om klienten missbrukat under större delen av sitt vuxna liv. Erfarenheterna från Hornö är att det inte är ovanligt att klienterna, enligt SCID-II-skattningar, uppfyller kriterierna för ett flertal, och ibland samtliga, personlighetsstörningar. Vid de fördjupade intervjuerna framkommer inte sällan att fenomen/symptom som bejakats varit missbruksrelaterade. Det gäller inte minst paranoida symptom, som dels kan vara relaterade till drogen och dels till missbrukarens livsstil. Missuppfattningar och slarv vid genomläsning av frågorna är också vanligt**.** Därtill kommer svagheter i själva klassifikationssystemet. En som brukar nämnas är att det innehåller för många och för små kategorier och att överlappningar kan förklaras med övergripande och gemensamma sårbarhetsfaktorer. Mot bakgrund av nämnda osäkerhets-aspekter formuleras ofta Axel II-diagnoserna på Hornö som preliminära.

Den instabilitet som präglar undersökningsgruppen medför att försiktighet måste iakttas vid tolkandet av de uppgifter som framkommit vid uppföljningarna. Med relativt korta upp-följningstider kan inga säkra slutsatser dras om det långsiktiga utfallet.

Tiden som förflutit från att klienterna blivit aktuella för remiss och uppföljning varierar mycket och det har högst sannolikt påverkat utfallet. Klienter som blivit remitterade under senare del av 2007 och fram till juli 2008 är troligtvis oftare kvar i den behandling som planerats under deras LVM-vistelse på Hornö. Det finns också andra tidsaspekter som rör hela undersökningsgruppen. Vid uppföljningarna har det inte sällan framkommit att klienternas situation förändrats nyligen och i vissa fall kan utfallet ha sett helt annorlunda ut om upp-följningen skett veckan innan. Ett exempel är en klient som vistats på ett behandlingshem i över två år, men som vid tidpunkten för uppföljningen just hade flyttat till ett stödboende och där återfallit i missbruk och avslutat all sin medicinering. Med klientens tunga psykiatriska problematik finns dock anledning att anta att han tämligen snart åter blev föremål för vård-insatser. Det finns också klienter som vid tidpunkten för uppföljning väntade på ett nytt försök med att medicinera för ADHD. Två förnyade remisser till neuropsykiatriska enheter skickades också under uppföljningens gång och utfallet av dessa är okänt. Något mindre osäkerhet hade emellertid uppnåtts om alla klienter haft samma uppföljningstid, exempelvis 15 månader, men det hade inneburit att studien behövt senareläggas.

Med reservation för att undersökningsgruppens instabilitet manar till försiktighet i tolkningen av resultaten kan dock vissa tendenser utläsas. En tendens är att det på gruppnivå tycks ha gått sämst för de klienter som aldrig påbörjat någon läkemedelsbehandling för sin ADHD. I sju av de 19 fall där medicinering aldrig blivit aktuell har klienterna själva avböjt möjligheten till medicinsk behandling för sin ADHD. Tre klienter har inte hörsammat de kallelser de fått från hemlandstingets neuropsykiatriska enhet. Ett antagande som kan ligga nära till hands är att dessa klienter haft en bristande motivation för att sluta med missbruket. Dock inte nöd-vändigtvis, eftersom personer med ADHD utmärks av impulsstyrdhet och en, till störningen relaterad, oförmåga att agera utifrån långsiktigt tänkande. Den neuropsykiatriska störningen kan således, paradoxalt nog, bli ett hinder för behandling av densamma. Motivationen är vidare inget statiskt tillstånd utan den fluktuerar och påverkas av många faktorer. För några av de 19, som aldrig blivit aktuella för behandling, finns skäl att tala om administrativa hinder; det har inte funnits läkare, klienten har inte varit drogfri tillräckligt länge eller inte blivit kallad. Tre av de sju klienter, som tackat nej till medicinering, tillhör emellertid den kategori det gått riktigt bra för. Dessa tre var vid uppföljningen drogfria, hade eget boende och arbete,

varav två var på den öppna marknaden. En kanske självklar reflektion kring dessa positiva fynd är att det, förutom de gemensamma symptom som finns i undersökningsgruppen, också finns individuella variationer. De svårigheter som finns vid ADHD kan till viss grad kompenseras av exempelvis god begåvning och/ eller av emotionella och interpersonella förmågor.

Av de klienter som det gått oväntat bra för utkristalliserar sig också en annan liten grupp. Det är klienter som skattats som psykiatriskt särskilt symptombelastade och som, vid tidpunkten för uppföljning, haft en längre tids stabilitet i sin livssituation, inklusive ADHD-medicinering. En gemensam nämnare för denna lilla grupp av tre klienter är att de, efter LVM-vården på Hornö fått en § 27-placering på ett behandlingshem och därefter fått ett ordenligt stöd på hemmaplan; från socialtjänsten, från psykiatrin och, i två fall, från familj. I dessa tre fall finns det skäl att tala om en fungerande vårdkedja.

Andelen som bedömts vara psykiatriskt särskilt symptombelastad är betydligt större än andelen som bedömts vara särskilt vårdkrävande pga. utagerande. Utan att jämföra grupperna talar emellertid resultatet för att många bland de med svår psykiatrisk problematik inte fått adekvat hjälp. Tre av de fem avlidna och tre av de fem bostadslösa i undersökningsgruppen återfinns i gruppen särskilt psykiatriskt symptombelastade. En mindre andel av dem, jämfört med hela undersökningsgruppen, var också drogfria vid uppföljningen (44 resp. 57 %). Av de 19 klienter som aldrig påbörjat någon medicinering är det åtta som bedömts ha en tung psykiatrisk problematik (42 %).

Utfallet av den medicinska behandlingen måste ses mot bakgrund av att personer med ADHD i kombination med missbruk är svårare att behandla än personer med ADHD utan missbruksproblematik. Svårigheten består inte minst av risken för återfall. Risken ökar dock inte med de preparat med centralstimulerande effekt som ordineras vid ADHD (Mariani & Levin, 2007; Levin et al, 1998; Somoza, et al, 2004; Ersson, 2006). Läkemedelsbehandling kan istället ha en skyddande effekt, framför allt mot att utveckla ett missbruk. Läkemedelsbehandling för ADHD kan dock inte ersätta behandling för missbruket och för komorbida tillstånd. Samtliga tillstånd/problemområden måste behandlas parallellt. I aktuell undersökningsgrupp har huvudparten också andra psykiska och/eller personlighetsmässiga problem, som kräver mer eller mindre omfattande behandlingsinsatser och som klienterna kan vara mer eller mindre beredda att behandlas för. Alla med diagnosen antisocial personlighetsstörning i undersökningsgruppen är ex. inte beredda att ge upp sin kriminella livsstil och alla, oberoende av diagnos, är inte beredda att underkasta sig adekvat behandling för sina komorbida tillstånd. Oavsett svårighetsgrad av psykisk störning och klienternas inställning och aktuella motivation till behandling är det LVM-hemmens uppgift att medverka till en optimal behandlingsplanering. Finns det ADHD bör också behandlingsplaneringen omfatta denna för att bli optimal. Att i behandlingsplaneringen också ta fasta på ställd ADHD-diagnos ter sig som en särskilt angelägen uppgift för denna klientgrupp eftersom många inte fått adekvat hjälp tidigare. Trots att närmare 57 procent har varit aktuella inom barnpsykiatrin och över 40 procent har varit omhändertagna enligt LVU hade endast ett fåtal i aktuell undersökningsgrupp en neuropsykiatrisk diagnos sedan tidigare. Vid genomförda utredningar på Hornö framkommer vidare att klienterna haft omfattande skolproblem och beteendestörningar från tidig ålder. En trolig förklaring till att klienterna inte tidigare blivit utredda är att det både saknats kunskap och utredningsresurser. Det ”uppdämda” behov som nu finns av neuropsykiatriska utredningar och de långa köer som finns till neuropsykiatriska enheter talar för den slutsatsen.

Mot bakgrund av den komplexa problematik som finns i undersökningsgruppen var förväntningarna på behandlingsutfall modesta. Utmaningen låg i att se i vilken mån det är möjligt att hjälpa klienter med ADHD inom ramen för LVM-vård och utifrån rådande förutsättningar. Syftet var också att öka kunskapen om vilka omständigheter som kan bidra till ett positivt behandlingsutfall.

Av de syften som inledningsvis formuleras för aktuell studie, kan det första och, i viss mån, det andra sägas vara nöjaktigt uppnådd. Kunskapen om denna grupp klienter har ökat, men de kan inte generaliseras till personer med ADHD-problematik i allmänhet och inte heller till alla LVM-klienter. Svagheterna med uppföljningarna har ovan diskuterats, men en viss kunskap har uppnåtts om hur det gått för denna psykosocialt och symptomatologiskt belastade grupp. Det går också slutligen att skönja vissa faktorer som bidragit till såväl positiva som negativa behandlingsresultat.

Referenser

American Psychiatric Association APA (2001), *DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text revised) American Psychiatric Press.

Biederman J, Faraone S V & Spencer T et.al (1993), Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 150: 1792–1798.

Dige, N (2005), Memory test in subgroups of adult attention deficit hyperactivity disorder reveals simultaneous capacity deficit. *Intern. J. Neuroscience*, 118:569–591.

Dige N (2008), Adult attention deficit hyperactivity disorder identified by neuropsychological testing. *Intern. J. Neuroscience*, 115: 169–183.

Duvner, T (1997), *Impulsivitet överaktivitet koncentrationssvårigheter*. Stockholm: Liber.

Ersson, G (2006), Missbruk och beroendetillstånd vid ADHD. *Svensk Rehabiltering* 3:6–10.

Faraone S & Doyle A (2001), The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 10:299–316.

Fischer M, Barkeley R A, Smallish L & Fletscher K (2002), Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 463–475.

Fridell, M (1990), *Kvalitetsstyrning i psykiatrisk narkomanvård – effekter på personal och patienter*. Acta Psychologica et Paedagogica, Series Altera XCVII. Stockholm, Almqvist & Wiksell. Institutionen för Tillämpad Psykologi, Lunds Universitet, Akademisk avhandling.

Fridell, M (2004), Co-morbidity of drug abuse. In Annual Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: The Drug situation in Sweden 2002. National Institute of Public Health, SWEDEN & MCCDA, (pp. 87–112). ISBN 91-7257-283-3. Stockholm/ Lissabon.

Fridell, M, Hesse, M & Johnsson, E (2006c), High prognostic Specificity of Anti-social. Personality Disorder in Patients with Drug Dependence: Results from a five-year Follow-up. *The American Journal on Addictions 15:227–232*.

Fridell, M, Hesse, M, Jaeger-Mayer, M, & Kuhlhorn E, (2008), Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in drug abusers, *Addictive Behaviors* 2008:33, 799–811.

Hirvikoski, T & Waaler, E et al (2006), *Utredning och diagnostik av vuxna*, Psykologi-förlaget AB.

Hornig, M (1998), Addressing comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 69–75.

Keilp, Sackheim, Brodsky m.fl. (2001), Neurpsychological dysfunction in suicide attempters. *Am J Psychiatry*; 158: 735–741.

Kessler, R et al (2006), The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States. Results from the national comorbidity survey replication. Am.J Psychiatry; 163, 716–723.

Lind, L & Sjöberg, A (2008), Diskrepansen mellan WAIS-III respective WAIS-III NI för kognitivt friska individer. Y-uppsats. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Levander S, Svalenius H & Jensen J (1997), Alarmerande siffror om intagna på svenska fängelser. Psykiatriska skador vanliga bland interner. *Läkartidningen*, nr 1:1–2.

Modestin J, Matutat B &Wurmle O (2001), Antecedent of opoid dependents and personality disorder: ADHD and conduct disorder. *Journal of Attention Disorder*; 5: 233–237.

Modigh K, Berggren U & Sehlin S. (1998), Stor risk för DAMP/ADHD-barn att bli missbrukare senare i livet. *Läkartidningen*, 95: 1726–1734.

Rasmussen K, Almvik R, Levander S (2001), Attention deficit hyperactivity disorder, reading disability and personality disorder in a prison population. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 29(2): 186–193.

Shekim W O, Aarnow R F, Hess, E, et al (1990), A clinical and demographic profiles of a sample of adults with attention-deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 416–425.

Socialstyrelsen. Kunskapsöversikt. ADHD hos barn och vuxna, 2002.

Socialstyrelsen (2007), Så här kan man göra…Vägledningsdokument. ADHD hos vuxna.

Stahlberg, Söderström, Råstam & Gillberg, (2004). Bipolar disorder, schizofrenia, and other psychotic disorders in adult with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, 11(7), 891–902.

Statens institutionsstyrelse. *Årsrapport DOK 06. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2006,* Allmän SiS-rapport 4/07. Stockholm.

Statistiska Centralbyrån. *Barns villkor*, 2005. Stockholm.

Suhr J, Zimak E, Buelow M, Fox L (2009), Self-reported childhood attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms are not specific to the disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 269–275.

Söderström H, Sjödin AK, Carlstedt A, Forsman A, (2004). Adult psychopatic personality with childhood-onset hyperactivity and coduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Res.;* 121(3)271–280.

Ward M F et al (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150 (8), 885–890.

Wechsler D (1997), *Wechler Intelligens Scale Third edition -WAIS -III* .Harcourt assessment Inc., U.S.A. Svensk version Manual. Psykologiförlaget AB 2003.

Wechsler D (1999), Wechsler *Abbreviated Scale of Intelligence*. Pearsson Education Ltd.

Bilaga 1

DSM-IV kriterier för ADHD

A. Antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symptom på ouppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Ouppmärksamhet

(a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter

(b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar

(c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal

(d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstått instruktionerna

(e) har ofta svårt att organisera sina arbetsuppgifter och aktiviteter

(f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t ex skolarbete eller läxor)

(g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t ex leksaker, läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg)

(h) är ofta lättdistraherad av yttre stimuli

(i) är ofta glömsk i det dagliga livet

(2) minst sex av följande symptom på hyperaktivitet-impulsivitet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån:

Hyperaktivitet

(a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still

(b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund

(c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för

situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)

(d) har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla

(e) verkar ofta vara ”på språng” eller ”gå på högvarv”

(f) pratar överdrivet mycket

Impulsivitet

(g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt

(h) har svårt att vänta på sin tur

(i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t ex kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshindrande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet förelåg före sju års ålder

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen föreligger inom minst två områden (t ex i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

E. Symptomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning (t ex förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom eller personlighetsstörning.

Bilaga 2

Testinstrument som används vid psykologutredningar på Hornö*

Skattningsskalor och intervjuformulär för identifiering av neuropsykiatriska problem

Wender Utah Rating Scale (WURS) används för retrospektiv identifiering av ADHD-problem under uppväxten.

Brown Attention-Deficit Disorder Scale avser att fånga upp funktionsnedsättningar i de exekutiva funktionerna som är bristfälliga vid ADHD.

Conners är ett föräldrarformulär för skattning av ADHD-symptom under barndomen.

ASSQ är ett screeningformulär för högfungerande autismspektrumstörning

CAPSI-Retrospect 1 är ett frågeformulär om barns och ungdomars utveckling

AQ-test är ett screeninginstrument för autistiska drag

DEX är ett frågeformulär om exekutiva svårigheter

5-15 (Nordiskt formulär för utredning av barns utveckling och beteende).

Kognitiva testinstrument

WAIS III består av 14 deltest och är ett psykologiskt mätinstrument för mätning av kognitiva funktioner hos vuxna personer. Instrumentet ger dels ett sammanfattande mått på en persons intellektuella kapacitet och dels ett mått på separata kognitiva förmågor resp. svårigheter.
WAIS III-NI används för att identifiera neuropsykologiska funktionsstörningar

För mätning av neuropsykologiska funktioner som kan vara nedsatta p g a förvärvade skador eller utvecklingsrelaterade/exekutiva störningar:

Rey Complex Figure Test
Rey Auditory Verbal Learning Test
Claesson Dahls inlärnings- och minnestest

Wisconsin Card Sorting Test
FAS
TMT
CWT
D2 test of attention
CPT II

Personlighetsdiagnostiska testinstrument

MMPI-2 är ett bredspektrumtest som är utformat för att mäta ett antal viktiga personlighetsmönster och emotionella störningar. Testet innehåller sex tillförlitlighetsskalor, tio kliniska skalor, samt ett stort antal tilläggsskalor. Instrumentet har hög reliabilitet och validitet, det har stor spridning i många länder, samt en empiriskt uppbyggd databas.

RORSCHACH enligt the Comprehensive System (RCS) är en ateoretisk, perceptuell/kognitiv metod för att bedöma problemlösningsstrategier, personlighetsstruktur, samt samspelet mellan psykologiska karaktäristika och yttre influenser. RCS grundar sig på empiriska data och har hög reliabilitet och validitet. Metoden ger information om stresstolerans/kontrollresurser, perceptionsprocesser (ex benägenhet att ta in och bearbeta information), verklighetsuppfattning, tänkande/begreppsbildning, affekter, interpersonella aspekter och självbild.

TCI är ett testinstrument som baserar sig på en psykobiologisk modell av grundläggande temperament och karaktärsdrag. Instrumentet administreras via ett omfattande självskattningsformulär

SCID II omfattar dels en självskattningsskala och en strukturerad intervju. Den avser att fånga in personlighetsstörningar enligt DSM-IV och ICD 10. Här riktas diagnostiken mot DSM och dess tio personlighetsstörningskategorier. Varje kategori har en brytpunkt, d v s ett visst antal kriterier måste vara uppfyllda för att diagnos kan övervägas. Även ett antal generella kriterier måste vara uppfyllda för fastställande av diagnos. Generalkriterierna omfattar aspekter av ex varaktighet och omfattning av avvikelse, grad av rigiditet och konsekvenser för socialt och yrkesmässigt fungerande. Andra omständigheter än personlighetsfaktorer, ex skalltrauma, medicineffekter och psykotiska tillstånd måste också kunna uteslutas för fastställande av personlighetsstörningsdiagnos.

IIP (Inventory of Interpersonal Problems) är ett självrapporteringsinstrument som identifierar en persons mest framträdande interpersonella problem. Inventoriet ger dels en bild av en persons övergripande interpersonella problem och dels en bild av vilket funktionsområde en person upplever sig ha störst svårigheter. Kombinationer av de åtta ingående skalorna har samband med vissa typer av personlighetsstörningar.

SSP innehåller 15 delskalor, som mäter olika psykologiska funktionsområden. Tre skalor mäter olika dimensioner av ångest, övriga avspeglar mer konstanta personlighetsdrag.

ASQ är ett psykometriskt instrument för mätning av interpersonellt anknytningsmönster. En viktig teoretisk grund för instrumentet är Bowlby's anknytningsteori.

BDI-II är ett självskattningsformulär avseende depressionssymptom.

BAI är ett självskattningsformulär som avser ångestsymptom.

SCL 90 är en självskattningsskala för mätning av aktuellt psykiskt och fysiskt hälsotillstånd.

KASAM/Livsfrågor är en självskattningsskala för beskrivning av upplevd livskvalitet.

***** Samtliga test används inte vid alla utredningar, utan väljs utifrån frågeställning och vad som
bedöms vara tillämpligt vid den enskilda utredningen.
.

Bilaga 3

Klientintervju

Namn:_____Personnr:_____

Årtal för ADHD-utredning:_____

Kompletterande bedömning/utredning på neuropsykiatrisk enhet:

Om ja,
utfallet:_____

Påbörjad medicinering, om ja: Vilken
medicin:_____

Bytt medicin, om ja vilken/vilka mediciner har han
provat:_____

Avbrutit medicinering; om ja, antal
gånger:_____

Sammanlagd tid av medicinering:
_____

Medicinerar nu; om ja, vilket
preparat:_____

Boende/vårdform under inställning: 1/ eget boende 2/Stödboende 3/Institution

Förväntningar på ADHD-medicin: 0/ Inga 1/ Låga 2/Höga

Fri
text:_____

Positiva effekter av
medicinering:_____

_____

Negativa effekter av
medicinering:_____

_____

Om positiv effekt; vad har hjälpt:_____

Om negativ effekt; varför har det inte fungerat:_____

Återfall i missbruk under inställning; Om ja vilken drog:_____

Missbruk nu; Om ja, vilken drog:_____