

Gäller för: Verksamhet Neurologi och psykiatri barn  
 Innehållsansvar: Åsa Lidman, (asali13), Vårdenhetschef  
 Granskad av: Åsa Lidman, (asali13), Vårdenhetschef  
 Godkänd av: Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-09-17

Giltig till: 2028-09-17

# Rutin för screening och provtagning av alkohol och droger/substanser BUP SU

## Innehåll

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Rutin för screening och provtagning av alkohol och droger/substanser BUP SU..... | 1  |
| Bakgrund .....                                                                   | 1  |
| Syfte.....                                                                       | 2  |
| När ska frågor om alkohol- och narkotikaanvändning ställas? .....                | 2  |
| Hur screenar vi för alkohol och/eller substansbruk? .....                        | 3  |
| Hur undersöker/mäter vi alkoholkonsumtion och när? .....                         | 3  |
| Hur och när gör vi ett drogtest? .....                                           | 3  |
| Vid positivt utfall av substansanalys .....                                      | 4  |
| BILAGA 1 .....                                                                   | 6  |
| BILAGA 2 .....                                                                   | 8  |
| BILAGA 3 .....                                                                   | 13 |
| BILAGA 4 .....                                                                   | 18 |
| BILAGA 5 .....                                                                   | 20 |
| BILAGA 6 .....                                                                   | 20 |

## Bakgrund

Alkohol- och narkotikaanvändning hos barn och ungdomar kan påverka psykiskt mående, diagnostik och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. Därför behöver frågor om substansbruk och vid behov substansanalys ingå i bedömning och behandling inom BUP Göteborg.

## Syfte

Syftet med rutinen är att säkerställa ett enhetligt och patientsäkert arbetssätt för screening, analys och handläggning vid misstänkt och konstaterat substansbruk inom BUP Göteborg.

Screening av barn- och ungdomars substansbruk görs med hjälp av CRAFFT. [CRAFFT](#) Vid positiva svar används ASSIST-Y [ASSIST Y 10–14 ÅR](#) eller [ASSIST Y 15 - 18 ÅR](#) för fördjupad bedömning. Alla barn över 13 år ska tillfrågas, men screeningen ska göras innan dess vid misstanke.

(Utskriven version av skattningsinstrumenten finns som bilaga 1–3.)

När ska frågor om alkohol- och narkotikaanvändning ställas?

Vid nybesök; skattning kan ha skickats via Amni Care, följ upp denna. Om skattning inte skickats ut görs det, alternativt görs skattningen under besöket.

Om patient står på väntelista till utredning/behandling längre än 3 månader bör screening göras i direkt anslutning till start av insats.

Vid medicininsättning. Vid misstanke om substansbruk, bör patienten motiveras att lämna substansanalys, framför allt vid insättning av vissa farmaka vid ADHD. Om patienten ej samverkar till substansanalys ska insättning av läkemedel eventuellt avvaktas tills misstanken inte längre finns.

Inför neuropsykiatrisk utredning

När resultatet av behandling avviker från det förväntade, till exempel vid läkemedelsbehandling eller psykoterapi, och misstanke finns om substansbruk.

Inför remiss till VUP. Patienter fyllda 16,5 år som står på farmakologisk behandling med centralstimulantia ska i samband med läkemedelsuppföljning hos sjuksköterska ha samtal kring alkohol och droger kontinuerligt fram tills remiss skrivs till VUP. CRAFFT och ev. ASSIST Y ska göras och dokumenteras.

Att fråga om alkohol- och droganvändning är en del av den kontinuerliga uppföljningen vid farmakologisk respektive psykologisk behandling. Patienten och vårdnadshavaren ska vara informerad om detta.

Vid misstänkt påverkan vid kontakt med mottagningen/avdelningen tar behandlare kontakt med ansvarig läkare för ställningstagande till

provtagning. Vid positivt utslag alternativt uppenbar substanspåverkan skrivs remiss vid behov för somatisk kontroll till:

<16 år Akutmottagning Barn Östra sjukhuset Remissvägen 12

>16 år Akutmottagning Östra, Rondvägen 3, Östra sjukhuset

Akutmottagning Mölndal, Göteborgsvägen 33, Mölndals sjukhus

Akutmottagning Sahlgrenska; Gröna stråket 4, Sahlgrenska sjukhuset

Dessutom görs orosanmälan till socialförvaltningen där patienten är skriven. [Orosanmälan barn som far illa eller misstänks fara illa. - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)

## Hur screenar vi för alkohol och/eller substansbruk?

- Våga fråga!
- CRAFFT och ASSIST Y (i Amni Care om möjligt)

## Hur undersöker/mäter vi alkoholkonsumtion och när?

På enheter som har ”alkoblås” kan detta göras för att mäta alkoholnivå i utandningsluften. Beslut om detta kan fattas av ansvarig SSK.

Venös provtagning enligt läkarordination:

B-Peth (för att upptäcka långvarigt högt intag av alkohol)

Vid förhöjd B-Peth tar ansvarig läkare ställning till ev. vidare utredning med kompletterande prover eller annat.

## Hur och när gör vi ett drogtest?

Vid misstanke om substansbruk bör bedömning ske gällande behov av substansanalys. Drogtest är en läkarordination.

Om drogtest ordinerar ska detta göras på respektive enhet i form av salivtest. Alla enheter inom BUP Göteborg ska ha tillgång till material samt kunskap om att genomföra substansanalys via salivprov på enheten. Testningen görs av medicinsk personal.

**Så här gör du:** [Instruktion provtagning av saliv med extraktionsvätska](#)  
(bilaga 4)

Skicka provet med internposten till:

- Klinisk Kemi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg.
- Skicka med [Remiss 6 Klinisk Kemi Missbruksmedel](#) (bilaga 5)

Vid behov av övervakat urintest sker det på SU:s provtagningscentraler.

**Ordinera provet i Labbest-modulen i Melior: PSYK Drogtest urin.**

- Provtagningscentralen Sahlgrenska; måndag - fredag 7:15 - 15:30, Blå stråket 5
- Provtagningscentralen Östra; måndag - fredag 7:15 - 15:30, Diagnosvägen 11
- Övervakad urinprovtagning ungdom <21 år, behöver inte bokas utan kommer på akuttid.
- Bedömning, information, samtycke och eventuellt resultat av substansanalys dokumenteras i journal.

Vi remitterar inte provtagning till annan aktör än våra egna provtagningscentraler.

Bedömning, information, samtycke och eventuellt resultat av substansanalys dokumenteras i journal.

På **Jourmottagning resp. Akutavdelning** används urinsticka, i möjligaste mån ska urinprovet lämnas övervakat. Ett positivt drogtest skickas ALLTID för verifiering för samtliga substanser. Resultatet av urinstickas dokumenteras manuellt i Labbest, (se bilaga 6).

Vis psykos resp. maniutredning tas även salivtest. Då skickas endast verifiering av urinen för cannabis.

## Vid positivt utfall av substansanalys

- Framkommer det att patienten har ett substansbruk ska detta noteras i utvärdering av vårdplan.
- Substansbruk behandlas parallellt/samtidigt med annan psykiatrisk problematik.
- Uppmärksammas substansbruk föreligger anmälningsskyldighet enligt 14 kap 1 § Socialtjänstlagen. Vid upptäckt lämnas information till patient och vårdnadshavare om att anmälan till Socialtjänst kommer att göras.

- Då det framkommer att patient är positiv på substansanalysen ska MI samtal bokas in med kurator alternativt sjuksköterska med beroendekunskap. Finns denna kompetens inte på den egna enheten skrivs remiss till Mini-Maria.

# CRAFT

Användaranvisningar för svenska  
versionen av CRAFT

---

Screening av substansrelaterade  
syndrom hos barn, ungdom och unga  
vuxna mellan 12 och 21 år

David Öberg, Anders Tengström, Tobias Elgán,  
Anne Berman, Niklas Waitong, Helena Hansson  
och Ulla Zetterlind

# CRAFTT

CRAFTT © Children's Hospital Boston, 2009.

Anvisningarna bygger på information från olika källor, bland annat information från CeASAR, The Center for Adolescent Substance Abuse Research som även stått bakom utvecklingen av CRAFTT.

## Vad är CRAFTT?

CRAFTT står för Car, Relax, Alone, Forget, Friends och Trouble. Det färdigställdes 1999 för att vara ett brett screeninginstrument för att bedöma det som idag, i den svenska översättningen av DSM-5, kallas för substansrelaterade syndrom (Knight et al. 1999).

CRAFTT är utvecklat för barn och ungdom mellan 14 och 21 år men har prövats ut på barn ner till 12 års ålder (Levi et al. 2004, Knight et al. 2007).

CRAFTT är lämpligt att använda för screening av substansanvändning bland barn och ungdom i den allmänna populationen och har bland annat använts i större studier i Sverige, som en del av en större europeisk forskningsstudie (Arnaud et al. 2012, 2015), och i Norge, som en populationsstudie (Skogen et al. 2013). Det utvecklades för att identifiera barn och ungdom med risk för att utveckla missbruksproblem inom primärvården och har sedan använts inom missbruksvård, för populationsstudier etc.

CRAFTT baseras på frågor som bland annat kommer från följande formulär; Problem-Oriented Screening Test for Teenagers (POSIT), the Drug and Alcohol Problem (DAP) och Quickscreen. CRAFTT är en kortare version av det tidigare utvecklade formuläret RAFFT.

## Administrering av CRAFTT

CRAFTT kan administreras som intervju eller fyllas i av patienten på egen hand. En studie (Knight et al. 2007) visade dock att ungdomar föredrog att fylla i formuläret på papper eller på dator jämfört med en personlig intervju.

Introducera CRAFTT för patienten och be den svara så årligt som möjligt. Börja med att ställa de tre öppna initiala screeningfrågorna.

Har du under de senaste 12 månaderna:

1. druckit alkohol (mer än någon enstaka klunk)?
2. rökt marijuana eller hasch?
3. använt något annat för att bli "högt"? (I annat ingår bland annat illegala droger, mediciner [receptfria och receptbelagda] och snifning).

Om det är ett eller flera Ja på de initiala screeningfrågorna fortsätter ni med att ställa frågorna 1 till 6 i del B.

Då patienten själv fyller i formuläret krävs en utförligare presentation där intervjuaren nogt informerar om vilka frågor som fylls i och att detta baseras på det tre förskening-frågorna.

## Språkversioner

CRAFTT finns översatt till 31 olika språk. På The Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR) hemsida finns CRAFTT att ladda ner på följande språk: engelska, kinesiska, creol (Haiti), franska, hebreiska, japanska, khmer, laotiska, ryska, portugisiska, spanska, turkiska och vietnamesiska, <http://ceasar.org/CRAFTT/screenCRAFTT.php>.

## Kodning och tolkning:

Varje Ja-svar i B-delen ger 1 poäng. En grov tolkning av resultaten är följande:

1. Ingen aktuell användning (senaste 12 månaderna) av alkohol eller andra substanser samt Nej på bilfrågan (B1). Tala om att det är mycket bra och uppmuntra dem att fortsätta på samma sätt.
2. Om patienten rapporterar aktuell användning av alkohol eller andra substanser (under de senaste 12 månaderna) och har en poängssumma av 0 eller 1 ska den uppmuntras till att sluta och kan ges kort information om de hälsorisker som är förknippade med substansanvändning.
3. En poängssumma av 2 eller större anses som ett "positivt" screeningresultat och indikerar att patienten löper en hög risk för substansrelaterade syndrom (enligt DSM-5). Detta kräver i de flesta fall ytterligare utredning eller remittering till specialistvård.

## Psykometriska egenskaper

En poängssumma i CRAFTT på 2 eller högre visade sig i valideringsstudien (Knight 2002) vara optimalt för att identifiera förekomsten av problem (sensitivitet, 0,76; specificitet, 0,94; positivt prediktivt värde, 0,83; och negativt prediktivt värde, 0,91), för att identifiera missbruk (sensitivitet, 0,80; specificitet, 0,86; positivt prediktivt värde, 0,53; och negativt prediktivt värde, 0,96) och beroende (sensitivitet, 0,92; specificitet, 0,80; positivt prediktivt värde, 0,25; och negativt prediktivt värde 0,99).

Den svenska valideringsstudien av Källmén med flera (2019) visade för CRAFTT en sensitivitet på 0,61 och en specificitet på 0,79. Studien kom även den fram till en optimal cut-off på 2 poäng. Studiens konklusion var att CRAFTT och ASSIST-Y var att rekommendera framför tidigare använda instrument (AUDIT och DUDIT) vilka var utvecklade för vuxna.

## Referenser

- Arnaud, N., Bröning, S., Drechsel, M., Thomasius, R. & Baldus, C. (2012). Web-based screening and brief intervention for poly-drug use among teenagers: study protocol of a multicentre two-arm randomized controlled trial. BMC Public Health. 12:826.
- Arnaud, N., Baldus, C., Elgán, T.H., Tønnesen, H., De Paepe, N., Csémy, L. & Thomasius, R. (2015). Moderators of outcome in a web-based substance use intervention for adolescents. SUCHT, 61, 377-387.
- Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Laget, J., Stephan, P., et al. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFT and DEAP-ADO. Journal of Substance Use, 10(6), 385-95.
- Dhalla, S., Zumbo, B. D. & Poole, G. (2011). A review of the psychometric properties of the CRAFT instrument: 1999–2010. Current Drug Abuse Reviews, 4, 57-64.
- Källmén, H., Berman, A. H., Jayram-Lindström, N., Hammarberg, A. & Elgan, T. H. (2019) Psychometric Properties of the AUDIT, AUDIT-C, CRAFT and ASSIST-Y among Swedish Adolescents, Eur Addict Res, 25, 68–77.
- Knight J. R., Shrier L. A., Bravender T. D., Farrell M., Vander Bilt J. & Shaffer H. J. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. Arch Pediatr Adolesc Med. 153(6):591-6.
- Knight J. R., Sherritt L., Shrier L. A., Harris S. & K. Chang G. (2002). Validity of the CRAFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med. 156(6):607-14.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C. & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFT. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 27(1), 67-73.
- Knight J. R., Harris S. K., Sherritt L., et al. (2007). Adolescents preference for substance abuse screening in primary care practice. Subst Abus. 28(4): 107-17.
- Levy S., Sherritt L., Harris S. K., et al. (2004). Test-retest reliability of adolescents self-report of substance use. Alcohol Clin Exp Res. 28(8): 1236-41.
- Skogen, J. C., Boe, T., Knudsen, A. C. & Hysing, M. (2013). Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFT among Norwegian adolescents. Ung@hordaland, a population-based study. Addictive Behaviors, 38, 2500-5.

## BILAGA 2

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 10 och 14 år

1/5

Intervjuare:

Namn/ID:

Ålder:

Kön:

Datum:

Land:

Enhet/verksamhet:

*Sverige*

## Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret. Ovan fyller du i ditt Namn/ID, Enhetens namn, Den intervjuades Namn/ID, Ålder, Kön och Datum för intervjun.

Notera: Det kan finnas situationer där patienten använder en substans av medicinska skäl (t ex smärtstillande, ADHD-medicinering etc.). Om patienten använder substansen enligt ordination (rätt dos, frekvens och intagningssätt) så anges det inte i formuläret.

Undvik att vara för detaljerad när det gäller specifika substansnamn och -typer. Hänvisa istället till substansgrupp om inte patienten använder någon substans i gruppen.

Vid uppföljningsintervju, jämför respondentens svar med fråga 1 vid första intervjun. Fråga respondenten om eventuella skillnader.

Fråga 1 Vilka av följande substanser har du **någonsin** provat på under ditt liv?  
(GÅ IGENOM LISTAN MEN RÄKNA ENBART ICKEMEDICINSK ANVÄNDNING)

|                                                                    | Nej                      | Ja                       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Kokain (crack, etc)                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om all svar är negativa, undersök vidare genom att fråga "Jag förstår att en del av frågorna jag ställer kan vara lite obekväma eller konfrontativa men det är viktigt att du svarar ärligt så att vi kan hjälpa dig med de problem du kan ha."

Vid "Nej" på alla delfrågor, avsluta intervjun. Påminn klienten att den är välkommen tillbaka närsomhelst för att diskutera sin preparatanvändning eller andra frågor.

Vid "Ja" på någon av delfrågorna, ställ fråga 2 för samtliga preparat som klienten någonsin har använt.

OBS. För frågorna 2-6 kan ni behöva att utifrån klientens

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 10 och 14 år.  
Developed by Humenuk et al.  
Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
ASSIST-Y-10-14-v1.3-2020-04-23. Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/instrument](http://www.bup.se/instrument)

**Barn- och ungdomspsykiatri**  
REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 10 och 14 år

Namn/ID

Datum

2/5

| Fråga 2. Under de <b>3 senaste månaderna</b> , hur ofta har du använt de substanser som du nämnde. (FÖRSTA SUBSTANSEN, ANDRA SUBSTANSEN, ETC)? |                                                                  | Aldrig                 | Enstaka                | Månadsvis              | Veckovis               | Dagligen eller nästan varje dag |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
| a                                                                                                                                              | Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| b                                                                                                                                              | Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| c                                                                                                                                              | Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| d                                                                                                                                              | Kokain (crack, etc)                                              | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| e                                                                                                                                              | Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| f                                                                                                                                              | Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)               | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| g                                                                                                                                              | Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| h                                                                                                                                              | Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| i                                                                                                                                              | Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| j                                                                                                                                              | Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |

Om "Aldrig" på samtliga delfrågor i fråga 2, gå direkt vidare till fråga 6.

Om någon substans i fråga 2 har använts under de **3 senaste månaderna**, fortsätt med frågorna 3, 4 och 5 för **varje använd substans**.

| Fråga 3. Hur ofta har du kommit på dig själv använda (substans ...) när du inte har varit i din vanliga sociala miljö eller bland vänner (dvs kanske när du är ensam)? |                                                                  | Aldrig                 | Enstaka                | Månadsvis              | Veckovis               | Dagligen eller nästan varje dag |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
| a                                                                                                                                                                      | Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| b                                                                                                                                                                      | Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| c                                                                                                                                                                      | Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| d                                                                                                                                                                      | Kokain (crack, etc)                                              | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| e                                                                                                                                                                      | Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| f                                                                                                                                                                      | Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)               | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| g                                                                                                                                                                      | Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| h                                                                                                                                                                      | Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| i                                                                                                                                                                      | Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| j                                                                                                                                                                      | Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 10 och 14 år.  
 Developed by Humenik et al.  
 Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
 ASSIST-Y-10-14-v1.3-2020-04-23. Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/instrument](http://www.bup.se/instrument)

 **Barn- och ungdomspsykiatri**  
REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 10 och 14 år

Namn/ID

Datum

Fråga 4. Under de **3 senaste månaderna**, hur ofta har din användning av (substans ...) lett till hälsorelaterade, sociala, ekonomiska problem eller kontakt med socialtjänsten eller polisen?  
Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

|                                                                    | Aldrig | Enstaka | Månadsvis | Veckovis | Dagligen eller nästan varje dag |
|--------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|----------|---------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| d Kokain (crack, etc)                                              | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)               | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0      | 4       | 5         | 6        | 7                               |

Fråga 5. Har din användning av (substans ...) påverkat dina normala aktiviteter? (t ex skolarbete, fritidsaktiviteter eller sport, hushållssysslor, familjens förväntningar eller aktiviteter, läxor etc).  
Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

|                                                                    | Aldrig | Enstaka | Månadsvis | Veckovis | Dagligen eller nästan varje dag |
|--------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------|----------|---------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| d Kokain (crack, etc)                                              | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc.)              | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0      | 5       | 6         | 7        | 8                               |

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 10 och 14 år.  
Developed by Humeniuk et al.  
Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
ASSIST-Y-10-14-v1.3-2020-04-23. Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/instrument](http://www.bup.se/instrument)

 **Barn- och ungdomspsykiatri**  
REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 10 och 14 år

Namn/ID

Datum

4/5

Ställ fråga 6 för alla substanser som någonsin har använts (i.e. de markerade i fråga 1).

Fråga 6. Har en vän, släkting eller någon annan någonsin uttryckt oro över din användning av (substans ...)?  
Om JA, hur ofta hände det under de 3 senaste månaderna (substans ...)?

|                                                                     | Nej, aldrig            | Ja, under de 3 senaste månaderna | Ja, men inte under de 3 senaste mån. |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)   | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc.)                     | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc.)                           | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| d Kokain (crack, etc.)                                              | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc.) | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc.)               | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc.)                 | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc.)                          | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc.)                   | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                        | 0 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>           | 3 <input type="text"/>               |

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 10 och 14 år.  
Developed by Humeriuk et al.  
Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
ASSIST-Y-10-14-v1.3-2020-04-23. Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/instrument](http://www.bup.se/instrument)

 Barn- och ungdomspsykiatri  
REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 10 och 14 år

Namn/ID

Datum

5/5

**Hur man räknar ut poäng för varje substans.**  
 För varje substans (benämnt a till j), addera ihop värdena för frågorna 2 till 6. Exkludera fråga 1 i uträkningen. Till exempel, involveringspoängen för Cannabis räknas ut genom att addera värdena i underfrågorna: 2c + 3c + 4c + 5c + 6c.  
 Observera att fråga 5 inte kodas för tobak, därför blir uträkningen här istället: 2a + 3a + 4a + 6a.

**Rekommenderad insatstyp baserat på klientens involveringspoäng för respektive substans.**

|                                              | Poäng för respektive preparat | Risk                                   | Hög risk                                                                             |
|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |                               | Kort intervention och utökad bedömning | Kort intervention samt remiss till specialist för fördjupad utredning och behandling |
| a Tobak                                      | <input type="text"/>          | 2 - 5                                  | 6 +                                                                                  |
| b Alkohol                                    | <input type="text"/>          | 2 - 5                                  | 6 +                                                                                  |
| c Cannabis                                   | <input type="text"/>          | -                                      | 2 +                                                                                  |
| d Kokain                                     | <input type="text"/>          | -                                      | 2 +                                                                                  |
| e Amfetamin                                  | <input type="text"/>          | -                                      | 2 +                                                                                  |
| f Lösningssmedel                             | <input type="text"/>          | 2 - 5                                  | 6 +                                                                                  |
| g Lugnande                                   | <input type="text"/>          | -                                      | 2 +                                                                                  |
| h Hallucinogener                             | <input type="text"/>          | -                                      | 2 +                                                                                  |
| i Opiater                                    | <input type="text"/>          | -                                      | 2 +                                                                                  |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/> | <input type="text"/>          | -                                      | 2 +                                                                                  |

**Observera!**  
 Involveringspoäng på mindre än 2 (för tobak, alkohol och lösningssmedel) innebär att en kort intervention inte är aktuell.  
 Dock rekommenderas att man trots detta informerar om risker med användning av dessa substanser samt fortsätter att kontrollera framtida användning.

**Vid behov, avsluta med att, som en del i en kort intervention, använda ASSIST svarskort för att ge klienten feedback utifrån deras risk-/involveringspoäng.**

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 10 och 14 år.  
 Developed by Humenik et al.  
 Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
 ASSIST-Y-10-14-v1.3-2020-04-23. Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/instrument](http://www.bup.se/instrument)

 Barn- och ungdomspsykiatri  
 REGION STOCKHOLM

## BILAGA 3

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 15 och 18 år

1/5

|             |                  |       |                 |             |
|-------------|------------------|-------|-----------------|-------------|
| Intervjuare | Namn/ID          | Ålder | Kön             | Datum       |
|             |                  |       | Flicka<br>Pojke | A A M M D D |
| Land        | Enhet/verksamhet |       |                 |             |
| Sverige     |                  |       |                 |             |

## Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de **vita** fälten i formuläret. Ovan fyller du i ditt Namn/ID, Enhetens namn, Den intervjuades Namn/ID, Ålder, Kön och Datum för intervjun.

Notera: Det kan finnas situationer där patienten använder en substans av medicinska skäl (t ex smärtstillande, ADHD-medicinering etc.). Om patienten använder substansen enligt ordination (rätt dos, frekvens och intagningssätt) så anges det inte i formuläret.

Undvik att vara för detaljerad när det gäller specifika substansnamn och -typer. Hänvisa istället till substansgrupp om inte patienten använder någon substans i gruppen.

Vid uppföljningsintervju, jämför respondentens svar med fråga 1 vid första intervjun. Fråga respondenten om eventuella skillnader.

| Fråga 1 Vilka av följande substanser har du <b>någonsin</b> prövat på under ditt liv?<br>(GÅ IGENOM LISTAN MEN RÅKNA ENBART ICKEMEDICINSK ANVÄNDNING) | Nej                      | Ja                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d Kokain (crack, etc)                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om all svar är negativa, undersök vidare genom att fråga *"Jag förstår att en del av frågorna jag ställer kan vara lite obekväma eller konfrontativa men det är viktigt att du svarar ärligt så att vi kan hjälpa dig med de problem du kan ha."*

Vid "Nej" på alla delfrågor, avsluta intervjun. Påminn klienten att den är välkommen tillbaka närsomhelst för att diskutera sin preparatanvändning eller andra frågor.

Vid "Ja" på någon av delfrågorna, ställ fråga 2 för samtliga preparat som klienten någonsin har använt.

OBS. För frågorna 2-6 kan ni behöva att utifrån klientens svar fastställa rätt frekvenskod.

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 15 och 18 år.  
 Developed by Humeniuk et al.  
 Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
 ASSIST-Y-15-18-v1.4-1-2021-06-04 Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/bedomningsinstrument](http://www.bup.se/bedomningsinstrument)

 **Barn- och ungdomspsykiatri**  
 REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 15 och 18 år

Namn/ID

Datum

2/5

Fråga 2. Under de **3 senaste månaderna**, hur ofta har du använt de substanser som du nämnde. (FÖRSTA SUBSTANSEN, ANDRA SUBSTANSEN, ETC)?

|                                                                    | Aldrig                 | Enstaka                | Månadsvis              | Veckovis               | Dagligen eller nästan varje dag |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| d Kokain (crack, etc)                                              | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)               | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0 <input type="text"/> | 2 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |

Om "Aldrig" på samtliga delfrågor i fråga 2, gå direkt vidare till fråga 6.

Om något preparat i fråga 2 har använts under de **3 senaste månaderna**, fortsatt med frågorna 3, 4 och 5 för **varje använt preparat**.

Fråga 3. Hur ofta har du kommit på dig själv använda (substans ...) när du inte har varit i din vanliga sociala miljö eller bland vänner (dvs kanske när du är ensam)?

Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

|                                                                    | Aldrig                 | Enstaka                | Månadsvis              | Veckovis               | Dagligen eller nästan varje dag |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| d Kokain (crack, etc)                                              | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)               | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0 <input type="text"/> | 3 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/>          |

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 15 och 18 år.  
 Developed by Humenluk et al.  
 Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
 ASSIST-Y-15-18-v1.41-2021-06-04 Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/bedomningsinstrument](http://www.bup.se/bedomningsinstrument)

 **Barn- och ungdomspsykiatri**  
REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 15 och 18 år

Namn/ID

Datum

3/5

Fråga 4. Under de **3 senaste månaderna**, hur ofta har din användning av (substans ...) lett till hälsorelaterade, sociala, ekonomiska problem eller kontakt med socialtjänsten eller polisen?  
Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

|                                                                    | Aldrig                 | Enstaka                | Månadsvis              | Veckovis               | Dagligen eller nästan varje dag |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| d Kokain (crack, etc)                                              | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| f Lösningssmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)              | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0 <input type="text"/> | 4 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/>          |

Fråga 5. Har din användning av (substans ...) påverkat dina normala aktiviteter? (t ex skolarbete, fritidsaktiviteter eller sport, hushållssysslor, familjens förväntningar eller aktiviteter, läxor etc).  
Om JA, hur ofta hände det under de **3 senaste månaderna** (substans ...)?

|                                                                    | Aldrig                 | Enstaka                | Månadsvis              | Veckovis               | Dagligen eller nästan varje dag |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)  | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                     | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                           | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| d Kokain (crack, etc)                                              | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc) | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| f Lösningssmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)              | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                 | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                          | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                   | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                       | 0 <input type="text"/> | 5 <input type="text"/> | 6 <input type="text"/> | 7 <input type="text"/> | 8 <input type="text"/>          |

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 15 och 18 år.  
 Developed by Hultén et al.  
 Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
 ASSIST-Y-15-18-v1.41-2021-05-04 Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/bedomningsinstrument](http://www.bup.se/bedomningsinstrument)

 **Barn- och ungdomspsykiatri**  
REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 15 och 18 år

Namn/ID

Datum

4/5

Ställ frågorna 6 och 7 för alla substanser som någonsin har använts (i.e. de markerade i fråga 1).

| Fråga 6. Har en vän, släkting eller någon annan <b>någonsin</b> uttryckt oro över din användning av (substans ...)?<br>Om JA, hur ofta hände det under de <b>3 senaste månaderna</b> (substans ...)? | Nej, aldrig                | Ja, under de 3 senaste månaderna | Ja, men inte under de 3 senaste mån |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| a Tobaksprodukter (cigaretter, snus, cigarrer, E-cigaretter, etc)                                                                                                                                    | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| b Alkoholhaltiga drycker (öl, vin, sprit, etc)                                                                                                                                                       | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| c Cannabis (marijuana, gräs, hasch, etc)                                                                                                                                                             | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| d Kokain (crack, etc)                                                                                                                                                                                | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| e Stimulanter, av amfetamintyp (amfetamin, Ritalina, ecstasy, etc)                                                                                                                                   | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| f Lösningsmedel (poppers, lim, bensin, thinner, etc)                                                                                                                                                 | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| g Lugnande eller sömnmedel (Valium, Rohypnol, etc)                                                                                                                                                   | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| h Hallucinogener (LSD, svampar, PCP, etc)                                                                                                                                                            | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| i Opiater (heroin, morfin, metadon, kodein, etc)                                                                                                                                                     | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/>                                                                                                                                                         | 0 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/>       | 3 <input type="checkbox"/>          |

| Fråga 7. Har du <b>någonsin</b> injicerat någon substans?<br>(ENDAST ICKEMEDICINSK ANVÄNDNING) | Nej, aldrig              | Ja, under de 3 senaste månaderna | Ja, men inte under de 3 senaste mån |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>            |

**OBS VIKTIGT:**  
I klientens feedbackformulär ger injicering av någon substans en automatisk klassificering som "hög risk" och kräver därmed både kort intervention och remiss till specialist bedömning och behandling.

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 15 och 18 år.  
Developed by Humensik et al.  
Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
ASSIST-Y-15-18-v1.41 2021-06-04 Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/bedomningsinstrument](http://www.bup.se/bedomningsinstrument)

 **Barn- och ungdomspsykiatri**  
REGION STOCKHOLM

# ASSIST-Y

WHO:s ASSIST version 3.1 för unga mellan 15 och 18 år

Namn/ID

Datum

5/5

**Hur man räknar ut poäng för varje preparat.**  
 För varje preparat (benämnt a till j), addera ihop värdena för frågorna 2 till 6.  
 Exkludera frågorna 1 och 7 i uträkningen. Till exempel, involveringspoängen för Cannabis räknas ut genom att addera värdena i underfrågorna: 2c + 3c + 4c + 5c + 6c.  
 Observera att fråga 5 inte kodas för tobak, därför blir uträkningen här istället: 2a + 3a + 4a + 6a.

**Rekommenderad insatstyp baserat på klientens involveringspoäng för respektive preparat.**

|                                              | Poäng för respektive preparat | Risk                                   | Hög risk                                                                             |
|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |                               | Kort intervention och utökad bedömning | Kort intervention samt remiss till specialist för fördjupad utredning och behandling |
| a Tobak                                      | <input type="text"/>          | 2 - 11                                 | 12 +                                                                                 |
| b Alkohol                                    | <input type="text"/>          | 5 - 17                                 | 18 +                                                                                 |
| c Cannabis                                   | <input type="text"/>          | 2 - 11                                 | 12 +                                                                                 |
| d Kokain                                     | <input type="text"/>          | 2 - 6                                  | 7 +                                                                                  |
| e Amfetamin                                  | <input type="text"/>          | 2 - 8                                  | 9 +                                                                                  |
| f Lösningsmedel                              | <input type="text"/>          | 2 - 8                                  | 9 +                                                                                  |
| g Lugnande                                   | <input type="text"/>          | 2 - 6                                  | 7 +                                                                                  |
| h Hallucinogener                             | <input type="text"/>          | 2 - 8                                  | 9 +                                                                                  |
| i Opiater                                    | <input type="text"/>          | 2 - 6                                  | 7 +                                                                                  |
| j Övrigt - specificera: <input type="text"/> | <input type="text"/>          | 2 - 6                                  | 7 +                                                                                  |

**Observera!**  
 Injicering av någon substans ger en klassificering som "hög risk" och kräver därmed både kort intervention och remiss till specialist bedömning och behandling.

**Vid behov, avsluta med att, som en del i en kort intervention, använda ASSIST svarskort för att ge klienten feedback utifrån deras risk-/involveringspoäng.**

ASSIST-Y version 1. För ungdomar mellan 15 och 18 år.  
 Developed by Hultén et al.  
 Översättning: D. Öberg och A. H. Berman, Stockholm, Sverige, 2015.  
 ASSIST-Y-15-18-v1.4.1-2021-06-04 Nedladdning av instrumentet samt information: [www.bup.se/bedomningsinstrument](http://www.bup.se/bedomningsinstrument)

 **Barn- och ungdomspsykiatri**  
 REGION STOCKHOLM

## BILAGA 4



### Instruktion provtagning av saliv med extraktionsvätska

#### Produkter för provtagning

- Extraktionsvätska för salivprovtagning
- Ren engångsmugg och överföringsstrå (valfritt)
- Provuppsamlingsrör utan tillsats, 4 mL med vit kork

**Se nästa sida för information om beställning.**



#### Instruktion – korrekt provtagning är en förutsättning för tillförlitliga analysresultat

1. Kontrollera patientens identitet. Håll patienten under uppsikt under alla provtagningsmoment. Ta provet innan eventuell peroral medicinerings med substans som ingår i analysen (eller i andra hand minst en timme efter peroralt medicinintag).
2. Låt patienten skölja munnen med vatten innan provtagningen (helst 10 min innan, till exempel före patientsamtal). Var observant på att patienten därefter inte intar något eller har något i munnen.
3. Öppna röret med extraktionsvätska och låt patienten skölja munnen med den gula vätskan i två minuter.
4. Låt patienten spotta i en ren engångsmugg. Om provet är missfärgat, släng det och upprepa steg 2-3.
5. Håll ner provet i provuppsamlingsröret. Fyll ej ända upp! Minsta provvolym är 1,5 mL. Vid användning av överföringsstrå: Sätt strået i muggen med gula delen uppåt. Se till att stråets nedre ände är täckt av provet (håll gärna muggen snett). Tryck ner provuppsamlingsröret på nålen på överföringsstrået.
6. **Viktigt!** Märk röret nogga med personnummer, analys, provtagningsdatum och beställare.
7. Skicka provet till Klinisk Kemi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg. Skicka helst provet inom ett dygn, annars förvara kylt. Kyltransport till laboratoriet är inte nödvändigt men transporten bör inte ta mer än ett dygn. Emballaget ska vara märkt med biologiska prover kategori B (UN3373).
  - **VGR-provtagare:** Prover och ev. remiss skickas med ordinarie provtransport alternativt som internpost. Prover som skickas med internpost ska packas i transporthylsa och transportpåse/transportlåda (se förslag på nästa sida).
  - **Extern provtagare:** Skicka prov och remiss med post. Se Folkhälsomyndighetens anvisningar [Packa provet rätt \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se). Exempel på godkänd paketering för leverans med normal postgång är transporthylsa och vadderat kuvert, alternativt ytterlåda av kartong med prov i innerpåse med uppsugande material. Skicka provet tillsammans med ifyllt remiss ([Remiss 6 Missbruksmedel](#)).
8. Överföringsstrået och engångsmuggen sorteras som *Skärande, stickande och smittförande avfall*.

## Instruktion provtagning av saliv med extraktionsvätska

### Beställning av produkter för provtagning

#### Provtagare inom Västra Götalandsregionen

Beställ provtagningsprodukterna från Marknadsplatsen (Sisjödepån). Privata vårdgivare inom VGR når Marknadsplatsen härifrån: <https://www.vgregion.se/om-vgr/organisation-och-verksamhet/inkop/bestallare/>

| Produkt                                                                                         | Leverantör och leverantörens artikelnummer                                    | Marknadsplatsens artikelnummer |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Extraktionsvätska för salivprovtagning                                                          | Substrat, Klinisk Mikrobiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset art nr E731 | 200000971                      |
| Provuppsamlingsrör, vit kork, 4 mL (rör utan tillsats)                                          | Greiner Bio-One art nr 454001                                                 | 200015280                      |
| Överföringsstrå, 8 cm<br><i>Användning av överföringsstrå rekommenderas men är valfritt.</i>    | Greiner Bio-One art nr 450251                                                 | 200000978                      |
| Engångsmugg kartong 120 mL<br><i>Valfri ren engångsmugg kan användas. Detta är ett exempel.</i> | Pac-Production Sweden art nr 5701011                                          | 200009814                      |

#### Förslag på produkter för provtransport och hantering av avfall:

| Produkt                               | Marknadsplatsens artikelnummer |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Transporthylsa                        | 200000937                      |
| Transportlåda (kartong)               | 102796364                      |
| Transportpåse (vadderad)              | 102764396                      |
| Transportpåse (bubbelpåse)            | 200003759                      |
| Etikett UN3373 biologiskt ämne kat. B | 110994233 alt. VGR18854        |
| Avfallskärl (25L)                     | 110193901                      |
| Lock till avfallskärl                 | 110193935                      |

#### Externa provtagare

Beställ extraktionsvätskan från Substrat, Klinisk Mikrobiologi.

Övriga produkter beställs från extern återförsäljare (t ex Hettich Labinstrument AB). Se leverantör och artikelnummer i tabellen ovan.

Beställning av extraktionsvätskan mailas till: [substrat.su@vgregion.se](mailto:substrat.su@vgregion.se)

OBS! ange Ämne: *Beställning Extraktionsvätska för salivprovtagning, 4 mL, art nr E731.*

Artikeln beställs i förpackningar om 6 st eller 24 st. Pris: 16,10 kr/st. Fraktkostnad tillkommer.

#### Vid beställning till [substrat.su@vgregion.se](mailto:substrat.su@vgregion.se), ange:

Antal rör/förpackningar

Kund

Kontaktperson

Leveransadress (gatuadress, ej box-adress)

Fakturaadress

Telefonnummer

#### Kontaktuppgifter för mer information

Adress: Klinisk Kemi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Bruna stråket 16, 413 45 Göteborg  
Tel: Klinisk Kemi Helpdesk 031-342 13 25 alt. Diagnostisk masspektrometri och kromatografi 031-342 40 77.

## BILAGA 5

| Remiss 6 Klinisk Kemi                                                                                                                                                                                                                              |  | Missbruksmedel                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| Remitterande instans                                                                                                                                                                                                                               |  | Patient (namn och personnummer)                                               |  |
| Telefonnummer                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                               |  |
| Svarsmottagare (om annan än remitterande instans)                                                                                                                                                                                                  |  | VGR-ID (Remitterande läkare)                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Provtagare                                                                    |  |
| Telefonnummer                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                               |  |
| Debitering:                                                                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> Provtagningstid (Anges alltid vid egen provtagning.) |  |
| <input type="checkbox"/> Remitterande instans <input type="checkbox"/> Svarsmottagaren                                                                                                                                                             |  | år      mån      dag      klockan                                             |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Provtagningsintervall</b> (Alternativ till provtagningstid om provet ska tas på laboratoriets provtagningscentral. Endast ett prov per remiss! Remittenten meddelar patienten, och följer upp, exakt provtagningstid.) |  |                                                                               |  |
| Från: år      mån      dag      klockan                                                                                                                                                                                                            |  | Till: år      mån      dag      klockan                                       |  |
| Faktureringsadress (om annan än ovan)                                                                                                                                                                                                              |  | Anamnes, kliniska fynd, mediciner, frågeställning                             |  |

Observera att tilläggsinformation (fotnoter) finns på baksidan av remissen.  
För provtagningsanvisningar, sök efter respektive analys på [www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se).

|                                                                                  |                                                     |                                                                    |                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Saliv</b> (salivprovtagning utförs ej av Klinisk kemis provtagningscentraler) |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Drogpaket i saliv <sup>1</sup>                          |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Kiralt amfetamin <sup>2</sup>                           |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| <b>Urin</b>                                                                      |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Kiralt amfetamin <sup>2</sup>                           |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| Amfetaminer <sup>3</sup>                                                         | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Metylfenidat <sup>7</sup>                                                        | Screen finns ej.                                    |                                                                    | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5</sup>      |
| Efedrin <sup>7</sup>                                                             | Screen finns ej.                                    |                                                                    | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5</sup>      |
| Khat <sup>7,8</sup>                                                              | Screen finns ej.                                    |                                                                    | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5</sup>      |
| Bensodiazepiner <sup>9,10</sup>                                                  | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6,10</sup> |
| Pregabalin <sup>7</sup>                                                          | Screen finns ej.                                    |                                                                    | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5</sup>      |
| Zolpidem <sup>7</sup>                                                            | Screen finns ej.                                    |                                                                    | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5</sup>      |
| Zopiklon <sup>7</sup>                                                            | Screen finns ej.                                    |                                                                    | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5</sup>      |
| Cannabis                                                                         | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Kokain <sup>11</sup>                                                             | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Opiater <sup>12</sup>                                                            | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Buprenorfin                                                                      | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Metadon                                                                          | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Oxikodon                                                                         | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Tramadol                                                                         | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| Fentanyl <sup>7</sup>                                                            | Screen finns ej.                                    |                                                                    | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5</sup>      |
| GHB                                                                              | <input type="checkbox"/> enbart screen <sup>4</sup> | <input type="checkbox"/> screen, positiv verifieras <sup>4,5</sup> | <input type="checkbox"/> enbart verifieringsmetod <sup>5,6</sup>    |
| <b>Blod</b>                                                                      |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> PEth <sup>13</sup>                                      |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| <b>Serum</b>                                                                     |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> CDT <sup>14</sup>                                       |                                                     |                                                                    |                                                                     |
| Annat preparat (kontakta laboratoriet först):                                    |                                                     |                                                                    |                                                                     |

## BILAGA 6

Dokumentation av urinsticka – drogscreening. Under framställan och rör endast heldygnsvärden.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Neurologi och psykiatri barn

**Innehållsansvar:** Åsa Lidman, (asali13), Vårdenhetschef

**Granskad av:** Åsa Lidman, (asali13), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Marie Carlsson, (marca33), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9806-1988473940-370

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2026-09-17

**Giltig till:** 2028-09-17