

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Vägledning för socialtjänstens och hälso- och
sjukvårdens verksamhet för personer med
missbruksproblem

REMISSVERSION
11 APRIL 2006

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är *Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg*. De baseras på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet och innehåller rekommendationer för vård- och behandling och omsorg samt förslag på mätbara kvalitetsindikatorer. Kunskapsunderlaget har klassificerats och graderats för att ge information om hur väl dokumenterade de olika rekommendationerna är.

Innehållet hålls aktuellt genom återkommande revideringar. Socialstyrelsen svarar för slutsatser och rekommendationer.

ISBN 91-85482-24-2
Artikelnr 2006-102-4

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2006

Förord

Under senare år har Socialstyrelsen konstaterat att antalet personer med missbruksproblem ökat, att missbruks- och beroendevårdens struktur snabbt ändrats samt att det i vården finns stora regionala skillnader över landet. Därför tar Socialstyrelsen nu fram nationella riktlinjer för området. Syftet är att utveckla en större tydlighet och enhetlighet i vården samt att ge huvudmännen underlag att rationellt använda missbruks- och beroendevårdens resurser.

Den version av nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård som nu presenteras är *preliminär*. Avsikten är att förslaget till riktlinjer skall diskuteras i en bred och öppen remissprocess innan de fastställs under andra halvåret 2006. Slutversionen kommer även att innehålla en del kompletteringar, t.ex. kvalitetsindikatorer för vården.

Detta är första gången som Socialstyrelsen ger ut riktlinjer som riktar sig till både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Missbruksfrågorna spänner över breda medicinska, psykologiska och sociala områden. De rör två delvis lagstyrda verksamhetsområden inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Många insatser sker dessutom inom många andra huvudmäns verksamheter. Det gäller bl.a. kriminalvård, frivilliga organisationer och privata eller stiftelsedrivna verksamheter. Brukarnas intressen väger tungt.

De många intressenterna innebär att det finns stora skillnader i traditioner, kompetenser och synsätt. Det är därför särskilt angeläget att etablera en gemensam grund till stöd för huvudmännens insatser.

I flera avseenden skiljer sig dessa riktlinjer från de riktlinjer som Socialstyrelsen publicerar för hälso- och sjukvården, detta inte minst därför att socialtjänstens lagstiftning är av annan karaktär än hälso- och sjukvårdens.

- De aktuella riktlinjerna innehåller förslag till gemensamma termer och begrepp för missbruksvården att användas inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården.
- Riktlinjerna innehåller ett särskilt avsnitt om implementering, som främst rör missbruks- och beroendevårdens organisation och kompetensutveckling. Med nödvändighet baseras detta avsnitt på beprövad erfarenhet snarare än på resultat av vetenskapliga studier.
- De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård innehåller inget graderat beslutsstöd för prioriteringar, däremot en förteckning över åtgärder och insatser som inte bör utföras.
- Eftersom det inom området missbruks- och beroendevård i stort sett saknas kostnadseffektivitetsanalyser redovisas i stället uppmätta eller uppskattade kostnader och ekonomiska bedömningar.

Det faktaunderlag som riktlinjerna vilar på har tagits fram av ett stort antal experter. Det har bearbetats och slutligen utformats av en projektgrupp inom Socialstyrelsen. Under arbetets gång har en referensgrupp bistått med synpunkter på såväl projektets genomförande som de texter som riktlinjedoku-

mentet innehåller. Namn på alla medverkande redovisas i början av rapporten. Socialstyrelsen vill framföra ett varmt tack till samtliga medverkande experter och medlemmar i referensgruppen som i hög grad bidragit till detta arbete.

Kjell Asplund
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Kapitel 1. Inledning</i>	9
Arbetets uppläggning och genomförande	9
Experternas kunskapsunderlag	12
Gemensamma termer underlättar arbetet	14
<i>Kapitel 2. Vägledning</i>	25
Inledning	25
Rekommendationer	28
<i>Implementering</i>	48
Organisation	48
Kompetensutveckling	51
Ekonomi och kostnadseffektivitet	52
<i>Kapitel 3. Upptäckt och förebyggande verksamhet</i>	54
Sträva efter tidig upptäckt	55
Identifiering och bedömning av problemet	58
Åtgärder mot problemet – kort rådgivning	64
Etiska aspekter på uppsökande och uppspårande verksamhet	70
<i>Kapitel 4. Bedömningsinstrument och dokumentation</i>	72
Inledning	72
Problemidentifiering	77
Att bedöma problemets svårighetsgrad	86
Utredning av hjälpbehov och dokumentation	88
Uppföljning av behandling av alkohol- och narkotikamissbruk	92
Etiska aspekter vid användning av test	95
<i>Kapitel 5. Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling</i>	96
Begränsade kunskaper om narkotikamissbrukets omfattning	96
Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och -beroende	99
Behandling vid cannabisberoende	102
Hallucinogener och andra droger som kan ge hallucinogena effekter	105
Läkemedelsbehandling av missbruk av centralstimulantia	108
Behandling av opiatmissbruk	110
Långtidsförlopp vid narkotikamissbruk	113

Sociala stödåtgärder	116
<i>Kapitel 6. Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling</i>	<i>121</i>
Inledning	121
Alkoholabstinens	122
Läkemedelsbehandling alkoholmissbruk- och beroende	126
Psykosocial behandling av alkoholmissbruk och -beroende	129
Rehabilitering utanför vårdsystemet	132
Långtidsuppföljningar vid behandling av alkoholmissbruk	134
<i>Kapitel 7. Gravida kvinnor</i>	<i>136</i>
Inledning	136
Skador på fostret och barnet	137
Att upptäcka och bedöma missbruket	141
Utredning och bedömning av hjälpbehov	146
Etiska aspekter	149
<i>Kapitel 8. Samsjuklighet mellan missbruk och psykiatriska eller somatiska sjukdomar</i>	<i>150</i>
Inledning	150
Identifikation och bedömning av samsjuklighet	152
System för att upptäcka samsjuklighet	152
Behandling av samsjuklighet	153
<i>Referenser</i>	<i>159</i>
<i>Bilagor</i>	<i>163</i>
Bilaga 1. Arbetets organisation	163
Bilaga 2. Metodik	167
Bilaga 3. Kommentarer om behandlingsforskningen	173
Bilaga 4. Koordinatorernas kommentarer till de rekommendationer som framförs i kapitlet ”Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk” av Fridell och Hesse.	176

Projektorganisation

Projektgrupp (inom Socialstyrelsen)

Ordförande: Ulf Malmström

Projektledare (riktlinjer): Ola Arvidsson.

Projektledare (kvalitet): Maria Bergström (t.o.m. 2004), Daniel Svensson (fr.o.m. 2005)

Utredare från S-avd: Annika Remaeus, Ann-Britt Thulin, Monica Norrman

Utredare från H/S-avd: Abit Dundar, Bengt Wennermark

Ekonomi: Matilda Hansson, Karin Mossler

Informationsavd: Maria Bratt, Ann Kristine Jonsson

Juridik: Karin Noltorp

+ adj. ordf. i referensgruppen Jan Balldin

Referensgrupp

Ordförande: Jan Balldin

Sekreterare: Ola Arvidsson

Bengt Andersson, Svenska Narkomanvårdsförbundet

Ulf Berggren, Psykiatriska kliniken Kungälv

Mats Berglund, UMAS, Malmö

Stefan Borg, Beroendecentrum Stockholm

Per-Olof Forsblom, Uppsala kommun

Birgitta Göransson, Kriminalvården, Göteborg

Gigi Isacsson, Sveriges Kommuner och Landsting

Christer Karlsson, Riks KRIS

Sven-Åke Larsson, Sveriges Kommuner och Landsting (t.o.m. 2003)

Åsa Magnusson, Riksföreningen för Alkoholmottagningar

Gunilla Olofsson, Stockholm socialtjänstförvaltning

Vera Segraeus, Statens institutionsstyrelse

Berit Sunnerö, länsstyrelserepresentant

Karin Tengvald, IMS, Socialstyrelsen.

+ adjungerade medlemmar av projektgruppen

Expertgrupp 1

Koordinatorer. Anders Bergmark, Inst. för socialt arbete, Stockholm

Göran Nordström, Beroendeenheten UMAS, Malmö

Övriga. Jan Blomqvist, FoU-enheten, Stockholm Mats Fridell, Psykologiska institutionen, Lund Claudia Fahlke, Psykologiska institutionen, Göteborg

Thomas Lundqvist, Rådgivningsbyrån, Lund Kerstin Stenius, SORAD, Stockholm

Expertgrupp 2

Koordinatorer. Johan Franck, Inst. för klinisk neurovetenskap, KS Stockholm, Lars Oscarsson, Institutionen för samhällsvetenskap, Örebro

Övriga. Bengt Åke Armelius, Psykologiska institutionen, Umeå Preben Berndtsen, IHS Linköping, Jan Blomqvist, FoU-enheten, Stockholm, Jörgen Engel, Avd för farmakologi, Göteborg, Agneta Öjehagen, Inst. för klinisk neurovetenskap, Lund (som även bidragit till texten i kapitel 8)

Expertgrupp 3

Koordinatorer. Tommy Andersson, Inst. för socialt arbete, Umeå Hans Kristenson, Skillinge (t.o.m okt 2003)

Övriga. Sven Andreasson, STAD, FHI, Stockholm, Tom Leissner, Inst. för socialt arbete, Göteborg

Expertgrupp 4

Koordinatorer. Christer Alling, Institutionen för laboratoriemedicin, Lund, Hans Bergman, Magnus Huss-kliniken, KS, Stockholm

Övriga. Olof Beck, Klin.farm. lab. KS, Stockholm, Anders Helander, Alkohol lab. KS, Stockholm Håkan Jenner, Växjö Universitet, Siv Nyström, IMS, Socialstyrelsen Peter Wennberg, Magnus Huss-kliniken, KS, Stockholm

Expertgrupp 5

Koordinatorer. Fredrik Spak, Avd. för Socialmedicin, Göteborg, Viveka Sundelin-Wahlsten, Inst. för neurovetenskap, Uppsala

Övriga. Marita Aronson, Riksdagen, Ulf Rydberg, Neurotec-institutionen, Huddinge sjukhus, Agneta Österling, Avd. för klinisk alkoholforskning, UMAS, Malmö

Kapitel 1. Inledning

Arbetets uppläggning och genomförande

Syfte och förutsättningar

Syftet med nationella riktlinjer och de specifika rekommendationer som ges är att utveckla och förbättra missbrukarvården. Med nationella riktlinjer som är förankrade hos huvudmännen och andra aktörer ökar möjligheten till en förutsägbar tillsyn. Det innebär att tillsynen över verksamheterna kan bedrivas med stöd av kunskap om vilka metoder och tekniker som är mest effektiva.

För att riktlinjerna ska vinna acceptans fordras att de framhållna metoderna grundas på evidensbaserad kunskap. Om en behandlingseffekt inte anses vara helt bevisad, men klara indicier för dess effekt finns, kan man istället nöja sig med att ge svagare rekommendationer. Under alla omständigheter ska riktlinjerna grunda sig på ett gediget kunskapsunderlag som tas fram av särskilt utsedda experter.

Socialstyrelsen bedömer att missbrukarvården generellt sett genomgått sådana förändringar under 1990-talet som motiverar en ökad uppmärksamhet och aktivitet från lokalt, regionalt och statligt håll. Från huvudmännens och även statens sida finns ett starkt intresse att åstadkomma bättre resursutnyttjande, starkare inslag av systematiskt kunskapsökande för att nå högre kvalitet och effektivitet, ökat brukarinflytande och större jämlikhet i den vård och behandling som erbjuds missbrukare.

För att undersöka behovet av riktlinjer för behandling av alkohol- och narkotikamissbruk och -beroende anordnades under hösten 2000 och våren 2001 ett antal seminarier. Till dessa bjöds experter, företrädare för professionerna inom området, myndigheter och klient- och patientorganisationer in. Seminarierna visade på ett stort och positivt intresse för riktlinjerna.

Förutsättningarna för att Socialstyrelsen ska utarbeta riktlinjer är att det finns ett behov, att området nått en viss kunskapsnivå och utvecklat en särskild profession. Inom missbruksområdet finns ett relativt omfattande kunskapsunderlag.

Ett huvuddokument i detta sammanhang är SBU:s kunskapsöversikt (1). Vidare har CUS¹ publicerat en kunskapsöversikt om behandling av alkoholproblem (2). Till en del har därför arbetet inneburit en komplettering av detta kunskapsunderlag som ska täcka både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser inom området.

En återkommande fråga har varit varför Socialstyrelsen inte enbart använder sig av SBU:s kunskapssammanställning vid utarbetandet av riktlinjer utan går omvägen via nya sammanställningar.

Ett av skälen är att riktlinjerna ska rikta sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, medan SBU-rapporten har en tydlig medicinsk orientering. Vidare saknas vissa områden i rapporten. Vissa perspektiv som betonats

¹ Centrum för Utvärdering av Socialt Arbete (CUS) har sedan 1/1 2004 övergått till en ny organisation Institutet för utveckling av metoder för socialt arbete (IMS).

i instruktionerna till expertgrupperna, t.ex. genus, ålder och samsjuklighet utgör viktiga komplement. Inom området pågår också en omfattande nyproduktion av forskningsrapporter, varför en ständig uppdatering² är nödvändig (3). I sammansättningen av expertgrupperna har hänsyn också tagits till att SBU-rapporten utsatts för en del kritik.

Det har funnits en stark medvetenhet i riktlinjearbetet att området inbegriper många aktörer vid sidan av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En av de viktigare är kriminalvården som under ett år möter ca 10 000 narkotikamissbrukare, varav en stor andel är s.k. injektionsmissbrukare. Särskilda satsningar för denna grupp har skett under senare år, bl.a. i form av uppsökande verksamhet på häkten, kartläggning av deras problematik och behandling. Dessa satsningar präglas i hög grad av ambitionen att vilja förankra dem i vetenskap och beprövad erfarenhet.

I detta sammanhang behandlas dock inte närmare verksamheter och insatser som ligger utanför Socialstyrelsens uppdrag och ansvar.

Riktlinjearbetets organisation

Under år 2002 organiserades Socialstyrelsens arbete med att ta fram riktlinjerna. En intern projektgrupp, referensgrupp och fem stycken externa expertgrupper skapades. Närmare information om denna organisation ges i bilaga 1.

Vid sidan om riktlinjearbetet har också ett kvalitetsprojekt pågått som syftar till att ta fram kvalitetskriterier och kvalitetsindikatorer för en god beroendevård. Projektet, som har en direkt koppling till riktlinjerna, beräknas komma med ett förslag under år 2006.

Projektgruppens uppgift har varit att organisera arbetet, bearbeta faktaunderlag och utforma texter samt skriva förslag till riktlinjer med rekommendationer, som Socialstyrelsens ledning slutligen tar ställning till.

Referensgruppens uppgift har varit att fungera som stödfunktion och bistå projektgruppen kring frågor som aktualiseras under arbetet med riktlinjerna. Referensgruppen ska representera verksamheten såväl på operativ som beslutande nivå.

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram kunskapsunderlag så att riktlinjer för missbrukar- och beroendevård kan utarbetas. Varje expertgrupp har haft två koordinators: en från det sociala och en från det medicinska forskningsområdet. Vidare skulle, om möjligt, minst en forskare från det nämnda SBU-projektet vara med i varje grupp.

Följande expertgrupper har arbetat:

Expertgrupp 1. Psykosocial och läkemedelsassisterad behandling av narkotikamissbruk- och beroende inklusive omvårdnad

Expertgrupp 2. Psykosocial och läkemedelsassisterad behandling av alkoholmissbruk och -beroende inklusive omvårdnad

² I arbetet utnyttjas den engelska upplagan av SBU (referens) som är ett par år yngre än den svenska och därför innehåller ett stort antal nytillkomna referenser

Expertgrupp 3. Uppspårande, uppsökande och förebyggande verksamhet

Expertgrupp 4. Markörer, diagnostiska instrument och systematisk patient- och klientdokumentation och -information.

Expertgrupp 5. Gravida kvinnor

Arbetets utförande

Arbetet kan schematiskt beskrivas i fyra åtskilda delar:

1. *Organisation av arbetsprocessen*, bl.a. utse deltagare i referensgrupp och expertgrupper, skapa instruktioner för dessa och utformningen av riktlinjearbetet i sin helhet.

2. *Utarbeta kunskapsunderlag*. Expertgrupperna har granskat det kunskapsunderlag som finns i form av kunskapsöversikter eller andra sammanställningar inom området. Där det inte funnits tillräckligt kunskapsunderlag i form av systematiska kunskapsöversikter eller om underlaget behövt kompletteras, har expertgrupperna fått bedöma om det finns tillräckligt underlag för sådan komplettering. Några ytterligare beställningar har dock inte varit aktuella, förutom en begränsad komplettering av SBU:s grundmaterial.

Expertgruppernas redovisning av hur organisatoriska aspekter kan knytas till resultatet av behandlingarna visar på ett mycket bristfälligt kunskapsunderlag. Riktlinjer kring organisatoriska frågor kan därmed inte ges med stöd av ett evidensbaserat underlag. Av detta skäl har ett flertal seminarier anordnats där expertgruppernas slutsatser diskuterats utifrån organisatoriska perspektiv. Här har t.ex. kompetens- och utbildningsfrågor ägnats ett eget seminarium.

Andra underlag för de resonemang och riktlinjer kring organisatoriska aspekter som förs fram i kapitel 2 är de studier som Socialstyrelsen, på uppdrag av Mobilisering mot Narkotika, genomfört om organiseringen av narkomanvården.

Även om dessa studier i första hand berör narkotikaområdet är de organisatoriska problemen generella. Information om brister och förtjänster i existerande organisationer har också inhämtats genom ett stort antal fokusgrupper inom ramen för det kvalitetsprojekt som bedrivits parallellt.

3. *Riktlinjer*. Med stöd av nämnda underlag har Socialstyrelsen utarbetat riktlinjer – rekommendationer och förslag - med hänsyn till bl.a. ekonomi, organisation och genomförbarhet samt gjort en bedömning av angelägenheten i de enskilda rekommendationer.

4. *Implementering*. Under projekttiden har viss förankring skett genom diskussioner och seminarier om riktlinjerna. Den viktigaste implementeringsfasen kommer dock att äga rum efter det att riktlinjerna har beslutats, bl.a. med stöd av ett antal regionala konferenser riktade till både profession och beslutsfattare. För att informera målgrupperna om hur riktlinjerna har tagits fram och kan användas har en särskild sida reserverats på Socialstyrelsens webbplats. Där kommer att finnas dels en generell information om projektet, dels information om förslagen till rekommendationer.

Två områden som uteslutits från riktlinjearbetet

En viktig uppgift för referensgruppen har varit att diskutera avgränsningar av arbetet. Två områden har uteslutits ur riktlinjearbetet. Det första gäller personer med *läkemedelsberoende* där bedömningen gjorts att det vetenskapliga kunskapsunderlaget är otillräckligt för att kunna utarbeta riktlinjer. Det andra gäller *läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare* där Socialstyrelsen redan under våren 2004 publicerade en kunskapsöversikt och därefter föreskrifter som gäller från och med 1 januari 2005.

Instruktioner till expertgrupperna

Varje expertgrupp har fått dels gemensamma, generella instruktioner, dels instruktioner om att särskilt uppmärksamma vissa för sitt område intressanta specifika aspekter. De specifika aspekterna redovisas i korthet i faktarutan. I bilaga 1 ges mer utförlig information om instruktionerna. I en särskild kommentar diskuteras resultaten av experternas arbete.

Utfallsmått	Etik
Genus	Möjligheterna att generalisera resultaten
Ålder	Blandmissbruk
Etnicitet	Vårdformens betydelse
Psykisk sjukdom	Ekonomi
Andra somatiska diagnoser	Implementering

Experternas kunskapsunderlag

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram ett underlag³ som kan användas för att utarbeta riktlinjerna. Detta har inneburit att utifrån givna uppdrag, granska det kunskapsunderlag som finns i form av kunskapsöversikter eller andra sammanställningar. I bilaga 2 ges en mer utförlig redovisning om vilka krav som har gällt för expertgruppernas kunskapsöversikter, evidensgradering och andra aspekter av betydelse för deras arbete.

Hur ska kunskapsunderlaget bedömas?

Riktlinjerna bygger på en överenskommelse mellan Socialstyrelsen, SBU och Läke-medelsverket om hur det kunskapsunderlag som riktlinjerna bygger på ska bedömas. I bilaga 2 redovisas denna överenskommelse.

Inom medicinsk praktik har begreppen *evidens* och *evidensbaserad medicin* fått en alltmer framträdande roll. Även inom socialtjänsten har en diskussion förts om evidensbegreppets innebörd och möjligheterna att utveckla en evidensbaserad praktik. *Evidensbaserad medicin* innebär bl.a. en stark koppling mellan forskningsresultat och klinisk verksamhet.

I praktiken handlar det om en sammanvägning av tre informations- eller kunskapskällor: personalens egen kliniska erfarenhet, tillgängliga forsk-

³ Faktaunderlaget som föreliggande riktlinjedokument bygger på kommer publiceras på Socialstyrelsens hemsida i anknytning till publikationen av riktlinjer.

ningsresultat och patientens åsikter. Det två förstnämnda är synonymt med begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet.

I en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten handlar det också om att väga ihop information från de tre kunskapskällorna; den bästa tillgängliga vetenskapliga informationen, den egna och professionens expertkunskap och brukarens värderingar och önskemål.

I kapitel 2 – i anslutning till riktlinjerna – ges information om de bedömningskriterier som tillämpas dels vid systematiska kunskapsöversikter, dels för andra typer av kunskapsunderlag.

Studiernas vetenskapliga värde

En viktig uppgift för expertgrupperna har varit att värdera det vetenskapliga underlagets bevisvärde (en närmare diskussion om detta förs i bilaga 3). En rad olika typer av studier förekommer: randomiserade kontrollerade studier (RCT), tvillingstudier, kvasiexperimentella studier. Dessa bedöms ha olika värde vid bedömningen av en slutsats eller rekommendations bevisvärde.

Vid utvärdering av effekter inom medicinsk forskning och praktik har randomiserade kontrollerade studier (RCT) kommit att bli bästa tänkbara standard. Inom behandlingsforskningen är sådana studier i många avseenden att rekommendera, då man vill mäta effekterna av olika behandlingar.

Inom den beteende- och samhällsvetenskapliga forskningen är det vanligt med studier där kontroll- och experimentgrupper tagits fram genom andra metoder än slumpmässigt urval, t.ex. genom matchning av experiment och kontrollgrupper på väsentliga variabler.

Man kan inte utan vidare säga att RCT alltid är överlägset andra metoder med kontrollgrupper. Det är viktigt att tydligt redovisa hur bedömningen av bevisvärdet för de rekommendationer som ges har gått till (se vidare bilaga 3).

Frågor som inte kunde besvaras

En fråga som behandlas mer utförligt i bilaga 3 är vilka slutsatser man kan dra från behandlingsforskningen. I ett av faktaunderlagen förs en sådan diskussion som delvis är av teknisk natur, men som också får vidare följder.

Behandling är en viktig faktor, men den måste alltid sättas in i ett sammanhang. Det handlar t.ex. om var och hur behandlingen praktiseras. Vårdorganisationen spelar här en betydande roll liksom en rad andra faktorer utanför behandlingssammanhanget.

En annan fråga gäller de resultatmått som förekommer i behandlingsforskningen. Det är uppenbart att de flesta studierna endast utgår från missbruks- och beroendeproblematiken i sig och att det är minskad eller helt upphört bruk av alkohol och narkotika som är resultatvariabeln som studerats. Det ger naturligtvis goda möjligheter till jämförbarhet mellan studierna, samtidigt som det är en brist att måtten inte bättre återspeglar komplexiteten vad gäller behandlingens effekter.

En annan fråga som aktualiserar svårigheterna i det uppdrag experterna haft gäller t.ex. genusperspektivet. Vissa data, särskilt i kunskapsunderlaget, ger ett visst underlag för att peka på skillnader mellan könen. Systematiska analyser om likheter och skillnader både mellan och inom könen saknas dock som regel. Undersökningsresultaten i de enskilda studierna är alltså

mer sällan genomlysta från ett genusperspektiv och det finns därför starka skäl att betona denna fråga i den framtida forskningen om behandling av alkohol- och narkotikamissbruk.

Detta gäller också åldersvariabeln där det förmodligen finns skillnader i olika behandlingsmetoders och sekundärpreventiva metoders lämplighet för olika åldersgrupper.

Sammantaget ger underlagen med undantag för samsjuklighet relativt lite information om de specifika frågor som experterna ombetts att särskilt studera.

Ekonomiska perspektiv

Vid bedömningen av insatsernas och behandlingarnas kostnadseffektivitet har även annat underlag utarbetats. Detta material kommer efterhand att finnas tillgängligt på en särskild webbsida på Socialstyrelsens webbplats. I ett arbete med arbetstiteln *Samhällsekonomiska kostnader för alkohol och narkotika* görs ett försök att skatta samhällets totala kostnader. I ett annat arbete, *Effektmått för insatser inom socialtjänsten*, diskuteras tänkbara effektmått som kostnader för olika insatser kan ställas mot. En genomgång av några studier som innehåller ekonomiska utvärderingar av insatser inom socialtjänstens område, med arbetsnamnet *Ekonomisk utvärdering av missbrukarvård*, har genomförts. I den kunskapsöversikten granskas studier där analyser av kostnadseffektivitet görs. Slutligen har en undersökning, *Kostnader för psykosocial behandling av missbruk*, av fem psykosociala behandlingar vid ett urval av svenska behandlingshem gjorts och kostnader för dessa behandlingar har beräknats.

Gemensamma termer underlättar arbetet

Inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården används en rad termer för att bland annat av administrativa skäl närmare precisera vad för slags åtgärder eller insatser som är aktuella för den enskilde klienten eller patienten. Det gäller i synnerhet missbrukarvården och beroendevården.

De termer som används är också i hög grad influerade av lagstiftning, men också av tradition, vetenskapssyn och ideologi. Terminologin inom socialtjänstens missbrukarvård respektive hälso- och sjukvårdens beroendevård skiljer sig åt på vissa avgörande punkter.

Även om det vore önskvärt är en gemensam terminologi i dag inte möjlig med de administrativa, lagmässiga och innehållsliga skillnader som föreligger. På sikt anser vi dock att det är viktigt att utveckla en gemensam terminologi, där så är möjligt.

Socialstyrelsen vill därför i detta avsnitt ta ett första steg för att utveckla en gemensam terminologi och med remissvaren som grund formulera mer definitiva förslag.

I detta avsnitt behandlas följande termer:

- *Beroendevård* som avser den verksamhet som bistår eller ger insatser i form av vård och behandling till klienter och patienter inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården med *missbruks-* eller beroendeproblem.

- *Missbruk* respektive *beroende* av alkohol eller droger betecknar tillstånd enligt de kriterier som anges i DSM IV eller ICD 10 (klassifikationssystem som används inom hälso- och sjukvården).
- *Beroende* som är ett psykobiologiskt tillstånd – syndrom – med starka kulturella och sociala inslag, ofta med en multifaktoriell bakgrund.
- *Behandling* som är en oklar term och behovet av en entydig definition är stort. Här föreslås att behandling definieras med stöd av fyra kriterier: evidens, intention, kompetens och terapeutisk kontext.
- *Psykosocial behandling* som inom detta område bör förbehållas sådan behandling som nämns ovan i kombination med kraven på att sådan intervention är inriktad främst på den enskildes psykologiska situation och därtill hörande sociala förhållanden samt missbruket. *Psykosocialt stöd* uppfyller inte behandlingskraven och bör därför avse sådana insatser som främst är ägnade åt den enskildes sociala situation.

Termer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Inom socialtjänsten används termer som till exempel upplysningar, utredande samtal, motiverande samtal, stödsamtal, rådgivning, boendestöd, kontaktperson m.fl. (4).

Kärnbegreppen är *insatser*⁴ och *bistånd*, som i princip täcker alla de åtgärder som kan komma i fråga inom socialtjänstlagens ram (5). Det gäller även åtgärder som vidtas för personer med missbruksproblem, dvs. inom missbrukarvård. De viktigaste termerna inom detta område är avgiftning, motiverande samtal, vård och behandling (i form av öppenvård eller institutionsvård).

Inom hälso- och sjukvårdens beroendevård är inte terminologin på samma sätt knuten till lagstiftningen, med undantag för det allmänna begreppet *vård*.

De vanligaste termerna är här abstinensbehandling (akutbehandling eller medicinskt övervakad abstinensbehandling), läkemedelsassisterad behandling (långsiktig behandling som innefattar psykosocial behandling och läkemedel som Subutex, Metadon, Revia, Campral och Antabus), brief intervention (kort rådgivning företrädesvis inom primärvården) och motiverande samtal ("Motivational Interviewing"). Av naturliga skäl är terminologin medicinskt orienterad och kopplad till både klinisk och forskningsmässig praktik.

Termer i riktlinjerna – beroendevård och abstinensbehandling

Oavsett om det gäller missbruk eller beroende kommer vi fortsättningsvis att benämna behandling av dessa tillstånd som beroendevård. Termen av-

⁴ I Socialstyrelsens författningssamling 2006:6 om föreskrifter och allmänna råd om handläggning och dokumentation under genomförande av beslut som rör enskilda inom socialtjänsten definieras *insats* som "individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatser enligt socialtjänstlagen, vård och andra åtgärder enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen om vård av missbrukare i vissa fall samt insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade"

giftning ersätts fortsättningsvis i denna text med termen abstinensbehandling. Med abstinensbehandling menar vi här avgiftning, nedtrappning och behandling av abstinenssymtom.

Termen missbrukarvård bör ändras för att den har en utpekande innebörd när den betecknar målgruppen som missbrukare (se vidare avsnitt 5.2.4). Med beroendevård avses istället verksamhet som riktar sig till en bred målgrupp, som söker hjälp eller stöd för sitt eller annans problem med alkohol eller narkotika.

Den andra termen, avgiftning, används inte i internationell litteratur eller i medicinska sammanhang. Abstinensbehandling anses vara en mer korrekt term som bättre motsvarar det faktiska innehållet (se vidare avsnitt om ”Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och -beroende – organisatoriskt stöd”, kap. 5).

Vad ingår i termen behandling?

Vad som ingår i termen behandling är en återkommande fråga i litteraturen. Bland annat diskuteras termen i Socialstyrelsens kunskapsöversikt *Behandling av alkoholproblem* (2). Det finns en mångfald och en spännvidd i behandlingsutbudet och frågan som man ställer sig är om vad som helst kan vara behandling.

I riktlinjerna definierar vi termen behandling så här:

Behandling är systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från sitt missbruk och förhindra återfall. Som behandling räknas även medicinskt övervakad abstinensbehandling.

För att kunna bedriva behandling och i praktiken tillämpa de metoder och tekniker som här avses, menar vi att utövarna måste ha adekvat kompetens och utbildning i att använda behandlingsteknikerna och utöva denna praktik inom en terapeutisk verksamhet. Dessutom menar vi att de tekniker och metoder som nyttjas ska ha stöd i forskning, dvs. behandlingsforskningen ska visa att metoden har säkerställda, evidensgrundade effekter. Termen behandling kommer därför att innefatta följande kriterier:

- Evidenskriteriet (avser systematiska, teoretiska metoder med stöd i forskning)
- Intensionskriteriet (avsikten att initiera att enskilda individer kommer från sitt missbruk och inte återvänder till det)
- Kompetenskriteriet (utövare av behandling ska besitta adekvat kompetens)
- Kriteriet om terapeutisk kontext (praktik som utövas inom en för terapeutiska och behandlande aktiviteter anpassad verksamhet)

Psykosocial behandling och psykosocialt stöd

I arbetet med riktlinjerna har frågan om hur termen *psykosocial behandling* ska definieras återkommande behandlats. Den oklarhet som finns, vilken även gäller termen *psykosocialt stöd*, motiverar ett försök till klarläggande.

Socialstyrelsen menar att begreppet psykosocial behandling inom beroendevården bör uppfylla dels evidens, intention, kompetens och terapeutisk kontext (som redan diskuterats), dels följande kriterier:

- Interventionen riktar sig mot den enskildes psykologiska och sociala (psykosociala) livssituation med uttalat fokus på missbruket eller beroendet.
- Interventionen syftar främst till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med uttalat fokus på den enskildes missbruk eller beroende.

Det betyder att sådana metoder som är och benämns edukativa (omlärande), kognitiva beteendeorienterade, motivationsinriktade och återfallsinriktade räknas hit under förutsättning att en inriktning mot missbruks- eller beroendeproblematiken är ett tydligt inslag i behandlingen.

Psykoanalys eller psykoterapi där det terapeutiska intresset är inriktat på att aktivera den enskildes självreflektion och öka dennes insikt kan däremot inte inordnas i definitionen av psykosocial behandling. Sådan psykoterapi som uppfyller kraven ovan bör dock inräknas.

Inte heller psykosocialt stöd uppfyller de kriterier som avser behandling, men kan naturligtvis ha inslag av behandling. Termen bör därför istället reserveras för sådana insatser som främst är ägnade åt att förbättra den enskildes sociala situation.

I SBU-rapporten (volym 1) definieras inte termen psykosocial behandling, däremot görs ett försök att kategorisera den i fem grupper⁵:

1. metoder för att motivera till förändring
2. metoder för att ändra själva missbruksbeteendet
3. metoder som fokuserar förmodade bakomliggande faktorer till missbruket
4. allmänt stödjande metoder
5. behandling som är inriktad på partner och anhöriga.

Det handlar således om syftet och i viss mån om målgruppen för behandlingen, men dock inget begreppsligt klagörande. En sådan mer allmän diskussion om behandlingsbegreppet förs dock i rapporten *Behandling av alkoholproblem* (2).

En annan avgränsning som berörs i ett av våra faktaunderlag ("Psykosocial behandling av alkoholberoende och alkoholmissbruk") är att psykosocial behandling skulle kunna avse själva behandlingsmetoden, dvs. den specifika teknik som terapeuten använder.

En svårighet är termen *psykosocial* som med de nämnda kategoriseringarna i praktiken kan innefatta alla interventioner, såväl behandlingsmetoder

⁵ I volym II används en annan kategorisering

som olika former av stödinsatser, riktade mot missbruket. Men det ligger närmare till hands att uppfatta psykosocial som en avgränsning. Här kan man tänka sig flera infallsvinklar för att avgränsa termen psykosocial. Det kan t.ex. vara behandlingens intention, dvs. att behandlingen är inriktad mot den enskildes psykosociala situation och att termen psykosocial refererar till vilka aspekter hos den enskilde som är föremål för behandling. Psykosocial ska då förstås som att behandlingen syftar till att behandla både den enskildes psykologiska och sociala situation (13, 14).

Behandlingstekniken i sig utgör ytterligare en möjlig avgränsning, dvs. att psykosocial behandling i sig är en form av intervention eller teknik. Det betyder att vissa tekniker eller metoder accepteras inom ramen för begreppet psykosocial behandling, andra inte. En sådan skiljelinje, för att nämna några exempel, kan gå mellan farmakologisk respektive icke-farmakologisk behandling eller psykoanalytisk och psykodynamisk metod respektive övriga terapiorienterade metoder. En annan tänkbar avgränsning som i viss mån knyter an till föregående har att göra med utövarens kompetens, dvs. att denne besitter en dokumenterad förmåga att utöva en accepterad (evidensgrundad) metod.

Psykosocialt stöd brukar vanligtvis avse stödjande insatser både med avseende på den enskildes sociala situation (arbete, bostad m.m.) och livssituation i övrigt (relationer, självkänsla m.m.). Den senare aspekten kan alltså anses höra till den enskildes psykologiska situation. I litteraturen brukar dessa insatser betecknas som ospecifik behandling eller ospecifika stödjande insatser (se ovan allmänt stödjande metoder). Därmed förstås att insatserna inte baseras på en specifik eller systematisk metod eller teknik. Det handlar således om att stödja den enskilde i dennes livssituation med t.ex. enstaka eller regelbundna samtal, kontakter med andra myndigheter, budgetrådgivning och ekonomiskt bistånd. Psykosocialt stöd kan även ses som en förutsättning för behandlingsinsatser.

Skillnaden mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd är att den förra baseras på en specifik, ofta evidensbaserad metod eller teknik, medan den andra inte gör det. Det behöver nödvändigtvis inte betyda att psykosocialt stöd bedrivs systematiskt eller ostrukturerat.

En annan skillnad är måhända att psykosocial behandling främst tar sikte på den enskildes psykologiska situation (upplevelser, känslor och beteende) möjligen under antagandet att denna påverkar den sociala situationen. Psykosocialt stöd skulle i så fall, i analogi med det föregående, snarare fokusera den enskildes sociala situation, under antagandet att det leder till förbättringar av den psykologiska situationen.

Sjukdomsbegreppet och ett förslag till alternativt synsätt

I brist på ett säkert kunskapsunderlag och med de uppenbara svårigheterna att utveckla en teoretisk grund med generell räckvidd, menar vi att det enda rimliga förhållningssättet till missbruk och beroende är att de är multifaktoriella fenomen. Med det menas att många faktorer, ibland i samverkan, har betydelse vid utvecklingen av missbruk.

Vården och behandlingen bör präglas av dels den öppna, kritiska hållningen till förenklade synsätt eller endimensionella förklaringsmodeller, dels accepterandet av den enskildes unika bakgrund och förutsättningar. Att

man accepterar olikheterna hos enskilda klienter och patienter och så långt som möjligt främjar individuella lösningar är också ett argument för pluralism.

Men i olika sammanhang framhålls att missbruk eller beroende av droger är en *sjukdom*. Sjukdomsbegreppet används emellanåt för att beskriva det tvångsmässiga beteende som beroende och missbruk är. Många andra hävdar att missbruk i sig inte är en sjukdom, men att missbruk leder till sjukdomar eller sjukdomsliknande tillstånd (det senare har visats i en omfattande litteratur).

Man kan emellertid konstatera att litteraturen på området i dag inte ger stöd för en bestämd uppfattning i denna fråga. Den etiologiska forskningen spänner över ett brett register och ett flertal förklaringsmodeller om alkohol- och narkotikamissbrukets bakomliggande orsak har framförts, alltifrån drogens tillgänglighet, psykologiska faktorer till fysiologisk sårbarhet eller ärftlighet.

Dessa modeller kan naturligtvis ha relevans i det enskilda fallet, men är i sig inte tillräckliga för att förklara missbruk eller beroende på befolkningsnivå.

En viktig fråga som sjukdomsmodellen och för övrigt även andra förklaringsmodeller aktualiserar är de moraliserande attityder till missbrukare som funnits, men även finns bland allmänheten och inom professionerna. Förespråkare för sjukdomsmodellen menar att denna är en garant för en icke-moraliserande hållning och ett erkännande av den enskilde som ”offer för en sjukdom”. Genom att acceptera denna modell jämföras den enskilde missbrukarens tillstånd med andra sjukdomsgrupper och kan naturligtvis på goda grunder göra anspråk på ersättning från t.ex. försäkringskassa eller göra anspråk på arbetsskada m.m.

Socialstyrelsen menar att varje försök att avdramatisera missbruk eller att verka för att personer med missbruksproblem blir mindre moraliskt belastade naturligtvis gagnar samhällets möjligheter att bistå den enskilde. Samtidigt är detta problematiskt då vi varken är beredda att stödja den ena eller andra förklaringsmodellen. Att utmönstra moraliserande aspekter på missbruk är självklart, men inte till priset av acceptandet av en förklaringsmodell som inte har ett vetenskapligt stöd. Vi menar också att legitimeringen av en förklaringsmodell inte ensamt avlägsnar fördomar eller moraliserande attityder. Frågan är mer komplex än så och kräver insatser på flera plan, bland annat när det gäller information och utbildningsinsatser.

Den modell som vi vill plädera för i detta sammanhang utgår från de diskussioner som WHO fört om alkoholrelaterade problem (5) Den förefaller genomsyra hållningen hos den internationella expertisen (6) och är mer pragmatisk till sin natur.

En viktig term är *alkoholberoendesyndromet* (alcohol dependence syndrom). Begreppet syndrom är ett samlingsnamn för flera kännetecken och symtom som tillsammans pekar på ett underliggande tillstånd eller sjukdom (7). WHO tänkte sig en samling av fenomen (”cluster”) som uppträder med ”sufficient frequency to constitute a recognizable occurrence”, men där inte alla dessa fenomen behöver uppträda samtidigt och med samma styrka. Här refererar termen alltså till ett beroende av alkohol, men det bör enligt vår uppfattning även vara överförbart till andra beroendetillstånd, till exempel narkotika.

Det som talar för WHO:s synsätt är dess empiriskt och fenomenologiskt orienterade begrepp och inriktning, där fokus i försöken att klargöra beroendets kärna förflyttats från dess natur och etiologi till de yttringar de regelmässigt framkallar. Enligt den ståndpunkt som WHO formulerade och som byggde på starkt stöd i såväl klinisk verksamhet som forskning bör beroende i första hand förstås som ett *psykobiologiskt tillstånd*, men med kulturella och sociala implikationer. Enligt denna ståndpunkt utesluter inte beteckningen syndrom att sjukdomsbegreppet kan utnyttjas av dem som ser fördelar med detta begrepp inom t.ex. utbildning och hälsoinriktade verksamheter.

Missbruk och beroende

Vad innebär termerna *alkoholmissbruk och -beroende* samt *beroende av droger*? Som framhållits tidigare används flera olika termer för att definiera ett ”problematiskt förhållande till alkohol eller droger”. Termerna har också olika betydelser beroende på den verksamhet eller profession som uttalar dessa.

I riktlinjearbetet har framförts önskemål om att socialtjänst och hälso- och sjukvård tillämpar samma definitioner av termerna. Det överensstämmer med vår uppfattning, samtidigt som vi kan konstatera att detta inte är helt problemfritt.

På det medicinska området är begreppen huvudsakligen kopplade till de diagnosklassifikationer (ICD 10 eller DSM IV) som används. För att *missbruk* ska föreligga eller kunna diagnostiseras enligt DSM IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månadersperiod. För *beroende* krävs att tre av sammanlagt sju kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månadersperiod. I rutorna nedan presenteras kriterierna för såväl DSM IV som ICD 10.

Missbruk och beroende enligt DSM IV

<p>Missbruk</p> <ol style="list-style-type: none">1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket4. Fortsatt användning trots återkommande problem	<p>Beroende</p> <ol style="list-style-type: none">1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt2. Abstinensbesvär när bruket upphör3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador
---	--

Missbruk betecknas enligt ICD-10 med *skadligt bruk*, dvs. bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion).

Beroende enligt ICD 10 (WHO)

<ol style="list-style-type: none">1. Stark längtan efter drogen2. Svårighet att kontrollera intaget3. Fortsatt användning trots skadliga effekter4. Prioritering av substansanvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser5. Ökad tolerans6. Fysiska abstinenssymptom
--

I Sverige används främst ICD 10 vid diagnostik av sjukdomar m.m. inom hälso- och sjukvården. Inom psykiatrin används även DSM IV. De båda diagnostiska systemen är till vissa delar överensstämmande.

Observera att dessa definitioner utgår från sociala eller medicinska aspekter och inte ett juridiskt synsätt. Enligt ett juridiskt perspektiv är allt icke-medicinskt bruk av narkotika att betrakta som ett missbruk p.g.a. av att det är kriminaliserat.

Socialtjänsten saknar gemensamma definitioner

Inom socialtjänsten däremot är diagnostiska överväganden i praktiken obefintliga, såvida inte ett regelrätt samarbete sker med sjukvården. I socialtjänstlagen saknas helt och hållet definitioner av termerna missbruk och

missbrukare. De uttrycks mer som allmänt hållna formuleringar (se bl.a. 1 kap. § 3). Samma förhållande gäller även för den del av socialtjänstens verksamhet som aktualiserar frågan om tvångsvård.

Problemet har också uppmärksammat i en avhandling (8). I den konstateras att det inte finns någon definition av termen missbruk, varken i LVM (9), SoL (4) eller LVU (10) och att det inom socialtjänsten inte används någon särskild etablerad metod för alla socialarbetare för att utifrån objektiva kriterier bedöma om ett missbruk föreligger eller inte (sid. 306 ff.).

Missbrukstermens vaghet kan ge upphov till olikheter i rättstillämpningen. Det är ett allvarligt hot mot rättssäkerheten att man inom socialtjänsten inte bedömer om ett missbruk föreligger efter ett enhetligt vedertaget system (sid. 314). Likformiga bedömningsgrunder är betydelsefulla ur såväl förutsebarhets- som likhetssynpunkt⁶.

Även om socialtjänsten gör grannliga utredningar finns ett mått av rättsosäkerhet och godtycke som motiverar större tydlighet. Det finns även en risk att den enskilde missbrukaren, särskilt när det saknas mer objektiva kriterier i form av standardiserade bedömningsinstrument, mer svepande redovisar sin situation och att socialtjänstens beslut fattas på vaga grunder.

Dokumentation är nödvändigt

Frågan om diagnoser och klargörandet av den enskildes faktiska situation i förhållande till alkohol och narkotika har dock en vidare innebörd. I takt med kommunernas försämrade ekonomi ställs allt strängare krav på att skattemedlen används så effektivt som möjligt. Beslutsfattare kräver därför information om verksamhetens resultat. En aspekt av detta är möjligheterna att kunna följa upp och utvärdera de insatser som görs. Det förutsätter en form av systematisk dokumentation av data.

Inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beroendevård sker detta ibland. Det är framför allt två system som används: ASI och DOK. Vi menar att ett av de föreslagna bedömningsinstrumenten (AUDIT) i praktiken bör kunna jämföras med sjukvårdens diagnosverktyg. Instrumentet bör i princip kunna avgöra om missbruk eller beroende föreligger. En utförlig diskussion om bland annat s.k. klientdokumentationssystem förs i faktadokumentet (se kapitel 3) och refereras i kapitel 4 i dessa riktlinjer.

Hur benämns personer med missbruksproblem?

I samhället och inte minst inom beroendevården finns många olika termer och beteckningar för att benämna personer som har alkohol- eller narkotika-problem. Några av dessa speglar mer missbrukets omfattning och konsekvenser, t.ex. hög- och riskkonsumenter som är en beteckning som företrädesvis används inom hälso- och sjukvård för personer som ännu inte utvecklat allvarliga problem till följd av sin alkoholkonsumtion. Andra beteckningar har otvivelaktigt en mer moraliserande karaktär, t.ex. narkoman, alkoholist eller periodare, som alla skapar intryck av en sammanhållen personlighetskaraktär och en sjukdomsdefinition.

⁶ För en utförligare diskussion om subjektiviteten i de bedömningar som görs i LVM-ärenden hänvisas läsaren till sid. 335 ff. i samma avhandling

Varken problematiken i sig, livsförloppet (naturalförloppet) eller t.ex. karaktären på missbruket kan fångas i enkla kategorier. Vi ser snarare en mångfald av mindre till mer allvarliga problem.

Allvarligare är dock den stigmatisering som dessa beteckningar ofrånkomligen innebär. Kritiken av dessa beteckningar pekar också på den distansering och objektifiering som de ger upphov till. Detta uppmärksammades även i LVM-utredningen, där man önskade utmönstra termen *missbrukare* och ersätta det med *personer med missbruksproblem* (11). Vi ser tydliga fördelar med denna mer neutrala språkliga konstruktion och vill rekommendera socialtjänst och hälso- och sjukvård att konsekvent använda denna term.

Termen bör, i enlighet med vad som här sagts om behandling, reserveras endast för dem som är aktuella för eller är i behandling. Det betyder att personer som är aktuella för andra interventioner, men som ännu inte bedömts missbruka eller vara beroende av alkohol eller droger, utelämnas. Det mest näraliggande exemplet är personer (riskgrupper) för vilka preventiva insatser planeras eller genomförs.

Vad är narkotika?

Narkotika är ett samlingsbegrepp för ett stort antal preparat med avsevärda skillnader när det gäller t.ex. ”farmakologisk profil”, missbrukspotential och droggkultur. Den gängse klassificeringen delar in narkotika i fem huvudgrupper:

- Cannabis (haschish, marijuana, cannabisextrakt m.fl.)
- Centralstimulerande medel (amfetamin, kokain m.fl.)
- Opiater och opioider (opium, morfin, heroin)
- Hallucinogener (LSD, meskalin, psilocybin m.fl.)
- Lugnande medel och sömnmedel (bensodiazepiner, bensodiazepin-analoger, barbiturater m.fl.).

I Läke-medelsverkets föreskrifter definieras narkotika i första hand som de ämnen och droger som är upptagna i narkotikaförteckningarna I–V (12). I förteckning I finns den narkotika som normalt inte har medicinsk användning. I övriga förteckningar (II–V) behandlas narkotiska läkemedel, dvs. de läkemedel som är upptagna som narkotikaklassade humanläkemedel och regelmässigt kommer till användning i medicinsk verksamhet.

För en närmare beskrivning av utbredningen – epidemiologin – hänvisas till de undersökningar som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) regelbundet gör.

Hur beskrivs missbruk och beroende av narkotika?

För att kunna beskriva missbruk bör man å ena sidan se till preparatet och å andra sidan till intagningsättet och intensiteten. Dessutom bör man ta hänsyn till den sociala kontexten.

I allmänna beskrivningar av narkotikamissbruk förekommer olika termer för att karaktärisera preparatval, intagningsätt och intensiteten i missbruket.

Dessa termer är ibland glidande, vilket skapar problem bland annat vid jämförelser mellan grupper av missbrukare.

Intensivt missbruk av rökheroin eller cannabis kan till exempel i ett enskilt fall väl jämföras med intravenöst missbruk av heroin eller amfetamin. Den skillnad som brukar anföras om lätt respektive tung narkotika framstår därför som oväsentlig, även om man på gruppnivå kan se betydande skillnader när det gäller missbrukets art.

Skillnaderna mellan dessa former av missbruk är mer kopplade till kulturella bestämmingar kring preparatet och i regel mindre till missbrukets eller beroendets styrka.

Det synes istället mer angeläget att nyansera beskrivningen av missbruket. Det gäller bl.a. det huvudsakliga intagningsättet, missbrukets frekvens och intensitet, det dominerande preparatet (t.ex. dagligt intravenöst amfetaminmissbruk, sporadiskt intravenöst heroinmissbruk, missbruk av rökheroin vid enstaka tillfällen eller kombinationer där alkohol och psykofarmaka ingår).

För att närmare beskriva missbrukets tyngd eller allvarlighetsgrad kan de etablerade diagnostiska kriterierna användas.

I juridisk mening är all icke-medicinsk användning av narkotika ett missbruk och straffbar enligt narkotikalagstiftningen.

Kapitel 2. Vägledning

Inledning

I det följande kapitlet redovisas vår vägledning för beroendevården, dvs. både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi har här valt benämningen *rekommendationer* för de förslag till specifika interventioner och åtgärder som redovisas i tabell 1–7 nedan. Dokumentet i sin helhet benämns dock Nationella riktlinjer.

Kapitlet är uppdelat i två delar: en del om metoder (del 1) som behandlar specifika interventioner – t.ex. behandlingsmetoder och tekniker – och en del om implementering (del 2). Del 2 syftar till att närmare precisera vilka krav av organisatorisk, ekonomisk och kompetensmässig natur som är väsentliga eller avgörande för att de rekommendationer som Socialstyrelsen ger inom området ska få genomslagskraft. Kapitlet inleds med en läsansvisning.

Principer för redovisningen av rekommendationerna

Principerna för redovisningen av riktlinjerna, som i första hand gäller del 1, är att de för det första följer våra huvudområden:

1. bedömningsinstrument och dokumentation
2. upptäckt och rådgivning
3. behandling vid missbruk av narkotika
4. behandling vid missbruk av alkohol
5. missbruk under graviditet
6. samsjuklighet.

För det andra ska varje rekommendation redovisa *effekt, evidens* och *ekonomisk bedömning*. Till varje rekommendation har också fogats en kolumn, *kommentar* med en hänvisning till det avsnitt eller kapitel där området behandlas samt en samlad bedömning av angelägenheten i att åtgärden eller interventionen blir ett inslag i verksamheterna. När det gäller redovisningen av bedömningsinstrument och dokumentation presenteras rekommendationen på ett annat sätt, nämligen i termer av *kvalitet, kostnad* och *tillgänglighet*. Det främsta skälet är att värderingen av till exempel ett bedömningsinstrument i hög grad handlar om dess tillförlitlighet och kvalitet (t.ex. validitet och reliabilitet), men även om den faktiska kostnaden för att utföra testet. För de åtgärder eller insatser som vi *inte* anser ska utföras och som placerats sist i tabllån har ingen ekonomisk bedömning gjorts.

Som grund för den bedömning som gjorts av angelägenheten i eller betydelsen av att interventionen genomförs i verksamheterna, vilket redovisas i kommentaren, har i första hand *evidensgrad* och den *ekonomiska bedömningen* vägts in. Här kan naturligtvis även andra förhållanden påverka vår bedömning. Det kan till exempel handla om organisatoriska möjligheter

eller hinder att tillämpa riktlinjen. Det betyder att evidens eller den ekonomiska bedömningen inte ensamma styr våra rekommendationer. En intervention som å ena sidan är ekonomiskt försvarbar och som står på en solid vetenskaplig grund kan å andra sidan vara mycket problematisk från organisatorisk, lagstiftningsmässig eller etisk synvinkel. I kommentaren motsvarar alltså vår bedömning en sammanvägning av dessa faktorer. Det stora flertalet av de rekommendationer som ges har hög angelägenhet. Det är utgångspunkten, vilket inte närmare anges i matrisen (tabellerna fr.o.m. sidan 28). I de fall vi gjort en annan bedömning redovisas denna särskilt med uttrycken *måttlig respektive låg angelägenhet*.

Den ekonomiska bedömningen bygger på analyser som Socialstyrelsen genomfört av tillgänglig forskningslitteratur, d.v.s. ekonomiska utvärderingar av specifika interventioner eller insatser inom missbruksområdet och annan kunskap som finns idag. Denna kunskap är dock inte tillräcklig för att kunna bedöma rekommendationernas kostnadseffektivitet, då detta bl.a. kräver ett gemensamt mått på de effekter som insatserna resulterar i. Inom socialtjänstens område finns idag inget sådant mått som beskriver alla effekter på ett tillfredsställande sätt. Rekommendationerna har bedömts utifrån om de är ekonomiskt försvarbara att genomföra. Med ekonomiskt försvarbar menas att kostnaden för insatsen är lägre än de kostnadsbesparingar som uppnås genom insatsen. En bedömning av vilka kostnader som förväntas minska vid genomförandet av rekommendationen anges i tabellen, liksom om bedömningen är baserad på *vetenskapligt underlag* eller *Socialstyrelsens bedömning* av den kunskap som idag är tillgänglig.

En fråga som inte behandlas explicit i riktlinjerna nedan är vem eller vilka som är målgrupp och var rekommendationen ska gälla. I princip gäller rekommendationerna hela missbrukar- och beroendevården, dvs. för både socialtjänsten och hälso- och sjukvården (även för sådan verksamhet som bedrivs av andra huvudmän, t.ex. kriminalvård), om inte annat anges. Mer detaljerad information om detta framgår i respektive kapitel (3–8). I dessa kapitel sammanfattas inledningsvis de slutsatser som experterna kommit fram till med stöd av sina faktaunderlag. I princip är det experterna som står för dessa, såvida inte annat sägs. Experternas slutsatser behöver nödvändigtvis inte utmynna i en rekommendation som redovisas i tablån. Även här har en bedömning gjorts av t.ex. genomförbarheten och möjligheten att realisera en rekommendation. Somliga slutsatser har också bearbetats, omformulerats eller fogats ihop med andra slutsatser för att skapa en mer sammanhållen och tydlig rekommendation.

I den del i detta kapitel (Implementering), där våra förslag om organisation, kompetens och ekonomi presenteras, vill vi peka på några nödvändiga förutsättningar för att rekommendationerna ska få genomslag i verksamheten. Förslagen bygger i regel inte på evidensbaserad kunskap – generellt sett saknas forskningsunderlag – varför vi valt att redovisa förslagen i löpande text och inte i tablån. Underlaget för våra förslag är diskussioner vid specifika seminarier, bl.a. med de experter som ingår i expertgrupperna och särskilt inbjudna experter. Utgångspunkten för dessa seminarier har varit de slutsatser som dragits i kapitel 3–8 och möjligheterna att realisera dessa i praktisk verksamhet.

Kunskapsöversikter

Här följer en redovisning av vad som motiverar evidensgraderingarnas olika nivåer i rekommendationerna. De bygger på den tidigare nämnda överenskommelsen mellan Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket.

Systematiska kunskapsöversikter

Evidensgrad 1

Minst två oberoende studier med högt bevisvärde eller en systematisk översikt av högt bevisvärde. Följande undantag från huvudregeln kan också motivera Grad 1: Enstaka mycket stor randomiserad kontrollerad studie (med smalt konfidensintervall) utförd på ett stort antal centra. ”Allt eller inget”-studier som visar en dramatisk och odiskutabel effekt, t.ex. penicillin vid stora pneumonier, eller insulin vid typ 1 diabetes.

Evidensgrad 2

En studie med högt bevisvärde plus minst två med medelhögt bevisvärde och entydiga resultat (huvudregel). Följande undantag kan förekomma: Väl upplagda kohortstudier eller fall-kontrollstudier med entydiga resultat. Ett flertal randomiserade kontrollerade studier med medelhögt och lågt bevisvärde med entydigt resultat.

Evidensgrad 3

Minst två studier med medelhögt bevisvärde och entydigt resultat. Följande undantag kan förekomma: Väl upplagda kohortstudier eller fall-kontrollstudier med divergerande resultat. Ett flertal randomiserade kontrollerade studier med medelhögt eller lågt bevisvärde.

Evidensgrad 4

Enbart studier av lågt bevisvärde eller avsaknad av studier. Expertutlåtanden eller konsensusutlåtande utan explicit systematisk genomgång.

Andra kunskapsunderlag

Den vetenskapliga bakgrundsdokumentationen uttrycks på följande sätt för slutsatser som baseras på annat underlag än systematiska kunskapsöversikter

Gott vetenskapligt underlag (slutsatsen bygger på två eller flera RCT-studier av högt bevisvärde som pekar i samma riktning)

Visst vetenskapligt underlag (svagare underlag än ovan).

När det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt eller saknas helt kan detta redovisas genom formuleringar som exempelvis: ”för detta finns inga eller få vetenskapliga studier, ”enligt beprövad erfarenhet”, ”konsensus råder kring” eller ”enligt internationella guidelines”.

Rekommendationer

Tabell 1 Rekommendationer för bedömningsinstrument och dokumentation

Målgrupper och intervention/åtgärd	Kvalitet	Kostnad 2005	Tillgänglighet	Kommentar
<p><i>Identifiering av pågående eller just avslutat alkoholintag.</i></p> <p>Mätning i utandningsluft</p>	Hög kvalitet om kvalitetssäkrad utrustning används. Känsligheten (sensitiviteten) är hög endast under en kortare tidsperiod.	Kostnad för instrument och kalibreringar.	Kan göras vid de flesta verksamheter där kunskapen finns.	Se kapitel 4
<p><i>Identifiering av pågående eller just avslutat alkoholintag.</i></p> <p>Mätning i blod</p>	Hög kvalitet om kvalitetssäkrad utrustning används. Känsligheten (sensitiviteten) är hög endast under en kortare tidsperiod.	Analys av alkohol i blod kostar ca 50 kr.	Kan göras vid de flesta laboratorier.	Se kapitel 4 Måttlig angelägenhet. Gäller endast hälso- och sjukvård.
<p><i>Identifiering av riskkonsumtion och långvarigt alkoholbruk.</i></p> <p>GT (laboratorietest) i kombination med CDT (laboratorietest).</p>	CDT har en hög specificitet och sensitiviteten är likvärdig eller högre än dagens rutinmetoder. GT har en betydligt lägre specificitet.	CDT: ca 100–200 kr. GT: ca 10 kr.	Analys av CDT utförs vid de flesta större laboratorier och GT vid rutinlaboratorier.	Se kapitel 4 Gäller endast hälso- och sjukvård. Kan användas för identifiering av dold hög alkoholkonsumtion.
<p><i>Identifiering av riskkonsumtion av alkohol.</i></p> <p>ASAT, ALAT och MCV (laboratorietester).</p>	Relativt låg specificitet. För korrekt bedömning måste hänsyn tas till andra diagnoser som t.ex. leversjukdomar eller läkemedelsbehandling (ASAT och ALAT) samt blod- och näringsbrist (MCV).	ca 10 kr/prov.	Analyser utförs vid rutinlaboratorier.	Se kapitel 4 Måttlig angelägenhet. Gäller endast hälso- och sjukvård. Kan användas för identifiering av dold hög alkoholkonsumtion.

Forts. Tabell 1 Rekommendationer för bedömningsinstrument och dokumentation

Målgrupper och intervention/åtgärd	Kvalitet	Kostnad 2005	Tillgänglighet	Kommentar
<p><i>Uppföljning av enskilda patienter med redan diagnostiserade alkoholproblem.</i></p> <p>GT</p>	GT har en relativt låg specificitet.	ca 10 kr.	Analys av GT utförs vid rutinlaboratorier.	Se kapitel 4 Gäller endast hälso- och sjukvård. GT kan användas för att följa förändringar i alkoholkonsumtion. Valet av GT som analysmetod motiveras av lägre kostnad.
<p><i>Identifiering av narkotikaintag.</i></p> <p>Urinprov enligt rutiner i Socialstyrelsens meddelandeblad januari 2004.</p>	Vid laboratorieanalys som följer rutinerna uppnås hög kvalitet. Vid positivt utfall ska ytterligare analys (verifikation) göras.	Första provet 30–50 kr per substansgrupp. Andra provet (verifikationen) 200–400 kr per substansgrupp.	Analys av urinprov kan utföras vid de flesta laboratorier.	Se kapitel 4 Gäller endast hälso- och sjukvård. Analys av testresultat kan utföras av ackrediterade läkare Medical Review Officers (MRO).
<p><i>Uppföljning av enskilda patienter med redan diagnostiserade narkotikaproblem.</i></p> <p>Snabbtest med remsa i urin enligt Socialstyrelsens meddelandeblad januari 2004</p>	Otillfredsställande specificitet.	Låg kostnad.	Snabbtest kan utföras vid de flesta verksamheter där kunskapen finns.	Se kapitel 4 Får inte användas som beslutsunderlag utan bekräftelse av klienten eller patienten eller via verifikation genom laboratorieanalys.
<p><i>Identifiering av alkoholproblem (riskkonsumtion, skadlig konsumtion och beroende).</i></p> <p>AUDIT (frågeformulär).</p>	För identifiering är AUDIT väl utprovat och kvalitetssäkrat. Svensk manual finns.	Kostnadsfritt.	Elektronisk version tillgänglig på Internet.	Se kapitel 4

Forts. Tabell 1 Rekommendationer för bedömningsinstrument och dokumentation

Målgrupper och intervention/åtgärd	Kvalitet	Kostnad 2005	Tillgänglighet	Kommentar
<p>Bedömning av problemtyngd (riskkonsumtion, skadlig konsumtion och beroende) för klienter eller patienter med alkoholproblem.</p> <p>AUDIT.</p>	För bedömning av problemtyngd uppfyller AUDIT inte alla kvalitetskriterier.	Kostnadsfritt.	Elektronisk version tillgänglig på Internet.	Se kapitel 4 Måttlig angelägenhet.
<p>Identifiering av narkotikaproblem (riskkonsumtion, skadlig konsumtion och beroende).</p> <p>DUDIT (frågeformulär).</p>	Instrumentet är väl utprovat och kvalitetssäkrat dock inte lika väl utprovat som AUDIT. Svensk manual finns.	Kostnadsfritt.	Elektronisk version tillgänglig på Internet.	Se diskussion om gränsvärden i kapitel 4.
<p>Bedömning av problemtyngd (riskkonsumtion, skadlig konsumtion eller beroende) för klienter och patienter med narkotikaproblem.</p> <p>DUDIT (modul E).</p>	Bedöms ha tillfredsställande kvalitet.	Kostnadsfritt.	Elektronisk version tillgänglig på Internet.	Se kapitel 4 Måttlig angelägenhet. Skälet för en svagare rekommendation är att Socialstyrelsen bedömer att DUDIT:s frågeformulär bör kunna användas även för detta syfte.
<p>Bedömning av problemtyngd och hjälpbehov samt uppföljning av insatser resp. klienter och patienter med alkohol- och narkotikaproblem.</p> <p>ASI eller DOK (bedömningsinstrument).</p>	ASI-intervjuns validitet och reliabilitet är tillfredsställande. Motsvarande validitets- och reliabilitetstest har inte utförts betr. DOK.	Utbildnings- och systemkostnader.	Båda instrumenten är lätt tillgängliga.	Se kapitel 4

Forts. Tabell 1 Rekommendationer för bedömningsinstrument och dokumentation

Målgrupper och intervention/åtgärd	Kvalitet	Kostnad 2005	Tillgänglighet	Kommentar
<p><i>Bedömning av behov, problemtyngd samt uppföljning av insatser för ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem.</i></p> <p>ADAD (bedömningsinstrument).</p>	<p>Kvaliteten är god för ungdomar generellt, men sämre för dem i behandling</p> <p>Svensk manual finns.</p>	<p>Utbildningskostnad.</p>	<p>Information om intervjuformulär och manualer kan fås genom Statens institutionsstyrelse.</p>	<p>Se kapitel 4</p>

Tabell 2 Rekommendationer för upptäckt och rådgivning

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Uppsökande verksamhet bland grupper med risk för utveckling av alkohol- och narkotikaproblem.</i></p> <p>Fältarbete ska bedrivas i riskmiljöer och i samverkan mellan socialtjänst och berörda aktörer</p>	Personer kan få tillgång till hjälp i ett tidigt skede.	Beprövad erfarenhet.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 3
<p><i>Upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem bland hälso- och sjukvårdens patienter.</i></p> <p>Vid kontakt med hälso- och sjukvården för sådana diagnoser och tillstånd som kan vara relaterade till alkohol och narkotika ska detta förhållande närmare belysas.</p>	Personer kan få tillgång till hjälp i ett tidigt skede.	Beprövad erfarenhet.	Ej bedömbart	Se kapitel 3 T.ex. skador vid olycksfall, lever-sjukdomar, hjärtarytmi, bukspotts-körtelinflammation
<p><i>Upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem bland socialtjänstens klienter.</i></p> <p>Vid kontakt med socialtjänsten för problem vid t.ex. brist i omsorg om barn, familjerelaterade problem och våld, kriminalitet, långvariga eller upprepade ekonomiska problem, ska förhållandet till alkohol och narkotika närmare belysas.</p>	Personer kan få tillgång till hjälp i ett tidigt skede.	Beprövad erfarenhet.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 3

Forts. Tabell 2 Rekommendationer för upptäckt och rådgivning

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Patienter i primärvård och akutsjukvård som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i></p> <p>Kort rådgivning.</p>	Minskad alkoholkonsumtion.	Evidensgrad 1.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Vetenskapligt underlag.	Se kapitel 3
<p><i>Patienter inom psykiatrin som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i></p> <p>Kort rådgivning.</p>	Minskad alkoholkonsumtion.	Evidensgrad 2–3.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 3
<p><i>Klienter inom socialtjänsten som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i></p> <p>Kort rådgivning.</p>	Minskad alkoholkonsumtion.	Hög evidens inom primärvård och akutsjukvård. Har dock inte studerats systematiskt inom socialtjänsten.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 3
<p><i>Patienter inom hälso- och sjukvård som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i></p> <p>Uppföljning med GT i kombination med kort rådgivning.</p>	Minskad alkoholkonsumtion.	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömbart	Se kapitel 3 Kan även användas av socialtjänsten i samarbete med hälso- och sjukvård.

Forts. Tabell 2 Rekommendationer för upptäckt och rådgivning

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Klienter och patienter som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i></p> <p>Uppföljning med AUDIT i kombination med kort rådgivning.</p>	Minskad alkoholkonsumtion.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	Se kapitel 4

Tabell 3 Rekommendationer för behandling av personer med narkotikaproblem

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Patienter med akuta medicinska risktillstånd orsakade av narkotikaintag.</i></p> <p>Abstinensbehandling ska ges.</p>	Reducerar abstinenssymtom.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	Se kapitel 5 Efter genomförd akut abstinensbehandling ska patienten erbjudas fortsatt behandling enligt nedan.
<p><i>Klienter och patienter i behov av planerad abstinensbehandling.</i></p> <p>Abstinensbehandling ska erbjudas tillsammans med uppföljande behandling.</p>	Reducerar abstinenssymtom. Förbättrade förutsättningar för långsiktig rehabilitering.	Beprovad erfarenhet.	Minskade kostnader för bl.a. behandling, hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 5
<p><i>Klienter och patienter med missbruk eller beroende av narkotika.</i></p> <p>Psykosocial behandling i form av: 12-stegsprogram. Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk. Motivationshöjande behandling. Självkontrollträning. Kort intervention. Interaktionell strukturerad dynamisk terapi. Famijeterapi med fokus på missbruk och beroende.</p>	Minskad narkotikaanvändning, förbättrad social situation. Stannar längre i behandling.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	Se kapitel 5 För alkoholmissbruk föreligger hög evidens. Socialstyrelsens bedömning är, trots att det saknas specifika studier inom narkotikaområdet, att metoderna är tillämpliga även för denna målgrupp. Gemensamt för de metoder som visar effekt är att behandlingen utmärks av: – klar struktur – väldefinierade åtgärder – detaljerade riktlinjer (manual).

Tabell 3 Rekommendationer för behandling av personer med narkotikaproblem

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Klienter och patienter med missbruk eller beroende av cannabis.</i></p> <p>Behandlingen ska inriktas på: – omedelbar avhållsamhet med regelbundna övervakade urinprov. – störningar i kognitiva funktioner.</p>	<p>Ökad drogfrihet. Förbättrad kognitiv förmåga.</p>	Evidensgrad 2.	<p>Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.</p>	<p>Se kapitel 5</p> <p>Behandlingens längd ska avgöras efter en ingående bedömning av problembilden.</p>
<p><i>Klienter och patienter med långvarigt missbruk och beroende av opiater.</i></p> <p>Läkemedlen metadon och subutex i kombination med psykosocial behandling enligt föreskrifter SOSFS 2004:8.</p>	<p>Minskad narkotikaanvändning, reducerad dödlighet, förbättrad social situation. Patient och klient stannar längre i behandling (retention).</p>	Evidensgrad 1.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 5</p> <p>Information kan hämtas i Socialstyrelsens särskilda föreskrifter SOSFS 2004:8 och kunskapsöversikten "Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk".</p>
<p><i>Klienter och patienter med missbruk och beroende av kokain.</i></p> <p>Läkemedlet disulfiram (antabus).</p>	<p>Minskad användning av kokain.</p>	Evidensgrad 1–2.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 5</p> <p>Låg angelägenhet. Passar behandlingen även för amfetaminmissbruk eller annat narkotikamissbruk. Delvis motstridigt faktaunderlag.</p>

Forts. Tabell 3 Rekommendationer för behandling av personer med narkotikaproblem

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Klienter och patienter med missbruk eller beroende av narkotika.</i></p> <p>Identifiera och ge stöd åt de personer i den enskildes nätverk som kan understödja behandling och rehabilitering.</p>	<p>Minskad risk för återfall. Förbättrad behandlingskontinuitet.</p>	<p>Visst vetenskapligt underlag.</p>	<p>Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.</p>	<p>Se kapitel 5 Barn till föräldrar med missbruk eller beroende bör särskilt uppmärksammas.</p>

Tabell 4 Rekommendationer för behandling av personer med alkoholproblem

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Patienter med allvarlig abstinens.</i></p> <p>Abstinensbehandling.</p>	Reducerar abstinenssymtom.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 6</p> <p>Efter genomförd akut abstinensbehandling ska patienten föreslås fortsatt behandling enligt nedan.</p>
<p><i>Patienter i abstinensbehandling.</i></p> <p>Läkemedelsbehandling med bensodiazepiner.</p>	Motverkar ospecifika och specifika abstinenssymtom (t.ex. delirium tremens).	Evidensgrad 1.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 6</p> <p>Beroendutveckling vid behandling med bensodiazepiner ska beaktas.</p>
<p><i>Patienter i abstinensbehandling eller de som befinner sig i riskzonen till allvarliga abstinensstillstånd</i></p> <p>Läkemedlet Klometiazol (heminevrin).</p>	Motverkar ospecifika och specifika abstinenssymtom (t.ex. delirium tremens).	Visst vetenskapligt underlag och beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 6</p> <p>På grund av biverkningar och risk för beroendutveckling ska Klometiazol endast användas i slutenvård.</p>

Tabell 4 Rekommendationer för behandling av personer med alkoholproblem forts.

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i></p> <p>Psykosocial behandling i form av: 12-stegsprogram. Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk. Motivationshöjande behandling. Självkontrollträning. CRA-behandling. Kort intervention. Interaktionell strukturerad dynamisk terapi. Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende.</p>	<p>Nykterhet. Minskad konsumtion och färre dagar med missbruk. Förbättrad livskvalitet.</p>	<p>Evidensgrad 1.</p>	<p>Ej bedömbär</p>	<p>Se kapitel 6</p> <p>Gemensamt för de metoder som visar effekt är att behandlingen utmärks av:</p> <ul style="list-style-type: none"> – klar struktur – väldefinierade åtgärder – detaljerade riktlinjer (manual).
<p><i>Patienter med långvarig och kraftig alkoholkonsumtion.</i></p> <p>Tiamin (vitamin B1).</p>	<p>Förhindrar utveckling av Wernicke Korsakoffs syndrom.</p>	<p>Visst vetenskapligt underlag och beprövad erfarenhet.</p>	<p>Ej bedömbär</p>	<p>Se kapitel 6</p> <p>Behandlingen ska påbörjas innan patienten ges dropp eller mat och dryck.</p>
<p><i>Patienter med alkoholberoende.</i></p> <p>Läkemedelsbehandling med akamprosats (Campral) i kombination med psykosocial behandling.</p>	<p>Minskad risk för återfall. Minskat alkoholsug. Fler helnyktra dagar.</p>	<p>Evidensgrad 1–2.</p>	<p>Ej bedömbär</p>	<p>Se kapitel 6</p>

Forts. Tabell 4 Rekommendationer för behandling av personer med alkoholproblem

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Patienter med alkoholberoende.</i> Läkemedelsbehandling med naltrexon (Revia) i kombination med psykosocial behandling.	Minskad risk för återfall. Minskad alkoholsug. Fler helnyktra dagar.	Evidensgrad 1–2.	Ej bedömbär	Se kapitel 6
<i>Patienter med alkoholberoende.</i> Läkemedelsbehandling med en kombination av akamprosat (Campral) och naltrexon (Revia) tillsammans med psykosocial behandling.	Minskad risk för återfall. Minskad alkoholsug. Fler helnyktra dagar.	Evidensgrad 1–2.	Ej bedömbär	Se kapitel 6 Enligt en studie ger en kombination av läkemedlen bättre effekt.

Forts. Tabell 4 Rekommendationer för behandling av personer med alkoholproblem

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i></p> <p>Läkemedlet disulfiram (antabus) ska intas under uppsikt.</p>	<p>Nykterhet. Färre missbruksdagar. Konsumtion utan problem.</p>	Evidensgrad 3	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 6</p> <p>Intag ska ske i närvaro av t.ex. personal eller arbetskamrat.</p> <p>Regelbunden kontroll av leverfunktion (ref Läkemedelsverket).</p>
<p><i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i></p> <p>Behandlingens intensitet anpassas eller matchas mot missbrukets eller beroendets svårighetsgrad.</p>	<p>Ökad nykterhet. Minskat missbruk.</p>	Evidensgrad 2.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 6</p> <p>Med behandlingens intensitet menas i första hand dess längd och omfattning. En fråga som även bör ställas är om vården ska ske i öppen eller sluten form.</p>
<p><i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende med svår social problematik, t.ex. hemlöshet.</i></p> <p>Behandling med beteendeterapeutiska tekniker i kombination med strukturerat, samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser.</p>	<p>Förbättrad social situation och minskad risk för återfall.</p>	Evidensgrad 2.	<p>Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.</p> <p>Socialstyrelsens bedömning.</p>	<p>Se kapitel 6</p> <p>Med individuellt anpassade insatser avses t.ex. boendestöd och arbetsträning.</p>

Tabell 5 Åtgärder och insatser som **inte** ska utföras som behandling av personer med missbruk och beroende

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Kommentar
<p><i>Klienter och patienter med missbruk/-beroende av alkohol eller narkotika</i></p> <p>Ospecifik stödbehandling.</p>	Inga effekter.	Evidensgrad 1.	I SBU-rapporten framhålls att s.k. ospecifik stödbehandling eller rådgivning saknar vetenskapligt dokumenterad effekt på vare sig missbruk eller kvarstannande (retention) i behandling. Detta utesluter inte generella eller specifika effekter inom andra områden. All behandling som riktas mot missbruksproblem ska dock baseras på strukturerade evidensbaserade tekniker eller metoder.
<p><i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i></p> <p>Öronakupunktur ska inte användas i behandling av alkoholmissbruk och -beroende.</p>	Inga effekter på alkoholkonsumtion.	Gott vetenskapligt underlag.	Se kapitel 6 Inga studier som har prövat öronakupunktur med ospecifik eller specifik teknik visar effekt på alkoholkonsumtionen. Det utesluter inte att metoden kan ha positiva effekter på andra problemområden.
<p><i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i></p> <p>Disulfiram (antabus) utan uppsikt ska inte användas i behandling.</p>	Svaga eller obefintliga effekter.	Gott vetenskapligt underlag.	Se kapitel 6 Användning av disulfiram ska ske under uppsikt av behandlare eller motsvarande.
<p><i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i></p> <p>Implantat av disulfiram (antabus) ska inte användas i behandling.</p>	Inga effekter.	Evidensgrad 1.	Se kapitel 6 I dag sker implantat (inoperation) på dispens från Läkemedelsverket.

Tabell 6 Rekommendationer för missbruk eller beroende under graviditet

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Gravida kvinnor.</i></p> <p>Information lämnas om att helt avstå från alkohol under graviditet.</p>	Minskad risk för fosterskador.	Gott vetenskapligt underlag .	Minskade kostnader för bl.a. neonatal vård. Socialstyrelsens bedömning.	<p>Se kapitel 7</p> <p>Rekommendationen vilar på det oklara kunskapsläget om när skador uppträder (mängd, frekvens och tidpunkt för alkoholkonsumtion).</p> <p>Om kvinnan använder alkohol under graviditet bör hon erbjudas kontakt med specialistbarnmorska för rådgivning.</p>
<p><i>Gravida kvinnor med alkohol- eller narkotika-diagnos.</i></p> <p>Verksamheter som kommer i kontakt med målgruppen kontaktar socialtjänsten.</p>	Adekvat hjälp för missbruks- och beroendeproblem och därmed minskad risk för fosterskador.	Beprövad erfarenhet.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 7</p> <p>I första hand ska kontakten tas i samråd med kvinnan.</p>
<p><i>Gravida kvinnor med alkohol- och narkotika-problem i behov av behandling.</i></p> <p>Behandlingen utformas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – med hänsyn till fostrets hälsa – så att partner involveras om kvinnan önskar det – för att utreda och åtgärda behov av socialt stöd. 	<p>Nykterhet och drogfrihet.</p> <p>Minskade missbruks- och beroendeproblem och därmed minskad risk för fosterskador.</p>	Beprövad erfarenhet.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 7</p> <p>Olika behandlingsalternativ med hög evidens finns (se tidigare rekommendationer)</p>

Forts. Tabell 6 Rekommendationer för missbruk och beroende under graviditet

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Gravida kvinnor med opiatmissbruk eller -beroende.</i></p> <p>Läkemedelsassisterad behandling, se SOSFS 2004:8.</p>	<p>Kvarstannande i behandling, förbättrad hälsa och social situation för kvinnan.</p>	<p>Evidensgrad 3.</p>	<p>Ej bedömbär</p>	<p>Se kap 7</p> <p>Beprövad erfarenhet visar att buprenorfin (subutex) ger färre komplikationer hos det nyfödda barnet jämfört med metadon, kunskap om långtidseffekter saknas.</p>

Tabell 7 Rekommendationer för samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykisk och somatisk sjukdom

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Klienter och patienter med alkohol- eller narkotikaproblem och misstanke om psykisk eller somatisk sjukdom som söker hjälp hos socialtjänsten.</i></p> <p>Omgående kontakt tas med verksamhet inom hälso- och sjukvård med kompetens att bedöma psykisk eller somatisk sjukdom.</p>	Förbättrad psykisk eller somatisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	Se kapitel 8
<p><i>Klienter och patienter med alkohol- och narkotikaproblem och misstanke om psykisk sjukdom.</i></p> <p>Primärvård eller psykiatrisk vård har ansvar för att bedöma och behandla det psykiatriska tillståndet.</p> <p>Bedömning av samsjuklighet ska ske snarast möjligt.</p>	Förbättrad psykisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	Se kapitel 8 Bedömningen måste ibland ske akut, och ska följas upp.
<p><i>Patienter som söker för psykisk sjukdom.</i></p> <p>Identifiering av missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika.</p>	Förbättrad psykisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.	Visst vetenskapligt underlag och beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	Se kapitel 8 Se kapitel 3 och kapitel 4 för identifiering. Samverkan bör om missbruk föreligger ske med socialtjänst eller beroendevård.

Forts. Tabell 7 Rekommendationer för samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p>Patienter som söker för somatisk sjukdom relaterad till alkohol eller narkotika, t.ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> – skador vid olycksfall – leversjukdomar – hjärtarytmi – bukspottskörtelinflammation. <p>Identifiering av missbruk och beroende av alkohol eller narkotika.</p>	Förbättrad somatisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömbär	<p>Se kapitel 8</p> <p>Se kapitel 3 och kapitel 4 för identifiering.</p> <p>Rekommendationen baseras bl.a. på riktlinjer som utarbetats i Skottland (Scottish Intercollegiate Guidelines network (15).</p> <p>Samverkan bör om missbruk föreligger ske med socialtjänst eller beroendevård.</p>
<p><i>Klienter och patienter med psykisk sjukdom och missbruk eller beroende.</i></p> <p>Efter akuta insatser samordnas behandlingen.</p> <p>Behandlingen av ett av tillstånden får inte fördröjas i avvaktan på att det andra tillståndet förbättrats.</p>	Förbättrad psykisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.	Evidensgrad 2.	<p>Minskade kostnader för behandling, hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.</p> <p>Vetenskapligt underlag.</p>	Se kapitel 8

Forts. Tabell 7 Rekommendationer för samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<p><i>Klienter och patienter med psykisk sjukdom och missbruk eller beroende.</i></p> <p>Behandling av missbruk eller beroende ska ske enligt rekommendationer i tabell 3 resp. 4.</p> <p>Behandling av psykisk sjukdom sker enligt sedvanlig behandling.</p>	<p>Förbättrad psykisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.</p>	<p>Beprövad erfarenhet.</p>	<p>Minskade kostnader bl.a. för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.</p> <p>Socialstyrelsens bedömning</p>	<p>Se kapitel 8</p> <p>Specifika behandlingsmetoder för samsjuklighet saknas. I avvaktan på forskningsresultat används rekommenderad och sedvanlig behandling för respektive tillstånd. Så kallad case-management-metodik (samordning av vårdinsatser, kontakter etc.) kan vara lämplig.</p>

Implementering

Här följer ett antal förslag på hur kommuner och landsting kan gå till väga för att implementera riktlinjerna i sina respektive verksamheter. Förslagen har delats in i tre grupper: organisation, kompetensutveckling och ekonomi.

Avsnittet bygger på ett antal seminarier där både de egna experterna och särskilt inbjudna experter deltagit. Utgångspunkten för dessa seminarier har varit expertgruppernas kunskapsöversikter och de slutsatser dessa utmynnar i. De frågor som avhandlats har i allt väsentligt handlat om kunskapsöversikterna ger stöd för slutsatser om organisation och andra frågor av relevans för implementeringen av riktlinjer. Eftersom det vetenskapliga stödet i hög grad saknas för att kunna dra sådana slutsatser har seminarierna mer fått karaktär av konsensus-diskussioner. Argument till stöd för eller emot olika förslag har alltså kunnat prövas och utmynnat i en slags enighet mellan de deltagande experterna. Det har alltså handlat om några av de förutsättningar som måste vara för handen för att riktlinjerna ska få genomslag i verksamheterna.

Organisation

- Socialtjänst och hälso- och sjukvård bör sträva efter att specialisera insatserna för personer med missbruks- eller beroendeproblem, och på så sätt öka effektiviteten i de insatser som ges enskilda.
- Kommuner med små personella resurser för verksamhet riktade till personer med missbruks- eller beroendeproblem bör överväga möjligheten att samordna vård och behandling med varandra eller med större kommuner.
- Kommuner och landsting bör om möjligt sammanföra resurser i gemensamma verksamheter under en gemensam eller delad ledning.
- Vårdgivarna – kommun och landsting – bör alltid samverka, då missbruk/beroende förekommer samtidigt med andra (sjukdomstillstånd) såväl av somatisk som av psykiatrisk karaktär. Sådan samverkan bör alltid regleras i avtal eller motsvarande.
- Mottagningsverksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård bör utveckla sitt system och sin organisation för regelmässig identifiering av missbruksproblem hos klienten eller patienten och som även kan bistå med en inledande rådgivande eller stödande kontakt.
- Vårdgivarna bör initiera samarbete med självhjälpsorganisationer för erfarenhetsutbyte och bistå med kontakt med dessa om den enskilde önskar det.

Kort rådgivning rutinåtgärd

Inom socialtjänsten är det ett känt faktum att en del av de personer som kommer i kontakt med den till följd av t.ex. ekonomiska problem antingen har ett begynnande eller ett utvecklat missbruk. Det är en grupp som aldrig eller mer sällan identifieras som just personer med missbruksproblem. I princip gäller även detta hälso- och sjukvård. Vi menar att denna ”defensiva” hållning som utmärker delar av välfärdssektorn sannolikt konserverar och kanske t.o.m. förvärrar den enskildes livssituation. Det är också högst troligt att denna passivitet på sikt generar högre kostnader för dessa verksamheter. Socialstyrelsen föreslår att kort rådgivning utvecklas som rutin för de personer som identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion inom socialtjänst, hälso- och sjukvård samt psykiatri.

System för att identifiera missbruksproblem

Det är därför angeläget att verksamheter – t.ex. socialtjänst, primärvård och akutsjukvård – utvecklar ett system eller en organisation som rutinmässigt använder instrument (AUDIT eller annat jämförbart instrument) för att identifiera missbruksproblem. I dag prövas bl.a. inom akutsjukvård i Östergötland (Motala lasarett) en datorunderstödd modell, där patienten i väntrummet kan besvara några frågor, bl.a. om alkoholvanor. Resultatet – svarsbilderna – är sedan omedelbart tillgängligt för mottagande läkare. Liknande system med eller utan datorstöd bör vara möjligt att etablera inom mottagningsfunktioner i socialtjänsten eller i hälso- och sjukvård. En förutsättning är att den enskilde, om missbruksproblem konstaterats, ges stöd att förändra sin situation, antingen via kvalificerad personal inom verksamheten eller genom hänvisning till annan vårdgivare. Det är dock en fördel om kort rådgivning eller motiverande samtal kan ske i direkt anslutning till detta.

Specialisera insatserna

De diskussioner som förts om de organisatoriska förutsättningarna (se kapitel I) för att riktlinjer ska få genomslag i verksamheterna har kommit att handla om några olika aspekter. En är *specialisering* inom verksamheten. Med det menas här de resurser som finns på olika håll inom en verksamhet och som kan anses vara ämnade för insatser för enskilda personer med missbruksproblem. Vi menar att sådana resurser om möjligt bör samlas i en organisatorisk enhet. Det är vår bedömning att sådan resurssamordning i regel medför ökad effektivitet under förutsättning att den helhetssyn som eftersträvas inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård inte går förlorad.

Den ökade effektiviteten är i dessa sammanhang ofta resultatet av flera samverkande faktorer. Den allra viktigaste är sannolikt att de resurser (personella, utrustning, lokaler m.m.) som sammanförs i sig genererar möjligheter att utnyttja och utveckla kompetensen inom området. Det ger en ”kritisk massa”, dvs. det faktum att fler samarbetar och strävar mot samma mål ger en ökad stimulans. I det avseendet får en sådan åtgärd även inverkan på arbetsmiljön och tillfredsställelsen i arbetet och sannolikt en indirekt effekt på resultatet. Vi menar också att en sådan åtgärd ger bättre förutsättningar att leda och styra de resurser som faktiskt är tillgängliga.

Mindre kommuner bör samverka

Inom mindre kommuner, kanske särskilt glesbygdskommuner, saknas i regel tillräckliga personella resurser för att specialisera verksamheten. Det framgår bl.a. av den studie Socialstyrelsen genomförde 2003 (16). Av det skälet bör geografiskt närliggande kommuner överväga möjligheten att organisera gemensamma enheter. Detta måste naturligtvis vägas mot ökade resavstånd för både enskilda och den personal som inte bor på den ort dit verksamheten lokaliseras. Detta aktualiserar behovet av en analys av missbrukssituationen i de kommuner där samordning kan vara aktuell, men även en diskussion av hur detta ska finansieras.

Kommuner och landsting bör ha gemensam ledning

I en region eller ett geografiskt avgränsat område finns i regel resurser inom både den kommun- och landstingsbaserade vården. Ibland bör det rimligen ligga närmare till hands att diskutera ett utvecklat samarbete mellan de båda vårdgivarna. Vi menar här i första hand att lokal- och personalmässigt föra samman dessa resurser i en och samma verksamhet för att kunna samarbeta med de enskilda klienterna eller patienterna. En sådan integration gäller kanske i första hand de mindre kommunerna, då dessa var för sig saknar tillräckliga resurser, men är naturligtvis en strategi även för större kommuner.

Ett viktigt motiv, utöver det som har nämnts ovan, för ett organisatoriskt samgående mellan socialtjänst och landsting är de vinster som kan förutses genom att närma skilda kompetenser till varandra och utnyttja erfarenheter från både de medicinska och psykosociala områdena. Det skapar också förutsättningar för en helhetssyn både i verksamheten och i förhållande till den enskilde. Ett annat motiv är att missbruk ibland är komplext och då kräver kompetenser från olika områden. Bland annat bedöms cirka hälften av de som söker kontakt med missbruks- eller beroendevård ha allvarliga psykiska problem. Det är vår bedömning att nära eller omedelbar tillgång till skilda kompetenser ökar effektiviteten.

Samsjuklighet kräver samarbete mellan vårdgivarna

En särskild grupp som ställer höga krav på omhändertagande och vårdgivaransvar är personer med s.k. *samsjuklighet*; ofta missbruk och svår psykisk störning. Det är allmänt omvittnat att dessa personer far illa, bl.a. som en följd av att de hamnar mellan olika ansvarsområden och behöver behandling och stöd för såväl missbruket som den psykiska sjukdomen. Det har också framgått att vården eller behandlingen är ineffektiv i de former som tillämpas i dag med t.ex. delat ansvar och kompetensen spridd hos olika vårdgivare. Gruppen har regelmässigt mycket stora vårdbehov och behovet av ett allsidigt och kompetent bemötande är centralt. Över huvud taget där olika eller många tillstånd eller behov aktualiseras finns skäl för ett samordnat bemötande. Det är också vår uppfattning att arbetet med denna grupp alltid ska ske inom ramen för ett formaliserat samarbete mellan kommun och landsting, helst uttryckt i avtal eller motsvarande. Hur samarbetet ska utformas är naturligtvis upp till vårdgivarna, men som framgår av faktaunder-

laget ska där finnas tillgång till psykiatrisk kompetens som kan ansvara för psykiatriska bedömningar och behandling.

Samarbete med självhjälsorganisationer

I kapitel 5 konstateras att missbruk av alkohol är ett komplext problem som medger många lösningar med som utan olika former av professionell hjälp. Vid långtidsuppföljningar har det till exempel kommit fram att deltagande i självhjälsgrupper är en betydelsefull faktor för den långsiktiga rehabiliteringen. Forskningen inom området aktualiserar bl.a. två aspekter:

- Självhjälsgrupper har en betydande erfarenhet.
- Självhjälsgrupper kan vara viktiga instanser för ett direkt stöd till personer med missbruksproblem.

Den erfarenhet som självhjälsgrupper representerar bör, menar vi, nyttjas inom den professionella vården och behandlingen. Vårdgivarna bör även hjälpa till med eller uppmuntra kontakt med självhjälsgrupper eller andra stödjande nätverk, om den enskilde önskar det. Det bör betraktas som en självklar kvalitetsaspekt.

Huvudansvaret för vård och behandling ligger dock hos vårdgivarna – inom missbrukar- eller beroendevård – varför självhjälsgrupper i första hand ska ses som ett kompletterande stöd. Hur erfarenheterna från självhjälsgrupper kan tillvaratas och kontakter förmedlas är en fråga för vårdgivarna, men det är en fördel om samarbetet kan formaliseras. Från ett brukarperspektiv bör information om att ett sådant samarbete förekommer finnas tillgänglig.

Kompetensutveckling

- De stora förändringar som skett inom alkohol- och drogområdet under senare tid ställer helt nya krav på den profession som ska möta personer med missbruksproblem. Det är mycket angeläget att grundutbildningen för de yrkesgrupper som i sin framtida yrkesverksamhet direkt eller indirekt kommer i kontakt med personer med missbruksproblem förbättras. Särskilt bör grundutbildningens omfattning och innehåll uppmärksammas, men även behovet av att åstadkomma en likvärdig gemensam bas, oavsett utbildningsort och inriktning.

Kompetensutveckla personal som arbetar med missbruk och beroende

En fråga som bedöms vara central för implementeringen av riktlinjer är professionens kompetens. Flera aspekter har här uppmärksammas som Socialstyrelsen bedömer har hög relevans. Det gäller grundutbildningen för de yrkesgrupper som kommer i kontakt med klienter eller patienter samt fördjupad utbildning för de som professionellt ska arbeta med stöd och behand-

ling av alkohol- och narkotikaproblem. Det gäller *fortbildning* av redan verksamma och slutligen *specifika utbildningsinsatser* som knyter an till sådan evidensbaserad praktik som lyfts fram i faktaunderlaget eller i våra rekommendationer.

De olika grundutbildningarna har generellt stora brister. Det förefaller vara en allmän uppfattning. Kritiken riktar bland annat in sig på stora skillnader mellan olika universitet och lärosäten vad gäller grundutbildningens längd. En annan kritik skjuter in sig på innehållet. En ytterligare kritik handlar om att grundutbildningen inte matchar praktikens krav, dvs. att utbildningen inte i tillräcklig grad förbereder studenten för de krav som arbetet med personer med missbruksproblem ställer.

Behovet av en förbättrad grundutbildning är, enligt de diskussioner som förts, inte enbart en fråga för professionen eller de som i framtiden kommer att ägna sig åt vård och behandling av personer med missbruksproblem. Det gäller i hög grad även sådana yrkesgrupper som i sitt arbete kommer att möta dessa personer, men inte specifikt ägna sig åt interventioner riktade mot missbruket. Det kan till exempel handla om socionomer som arbetar med barnfrågor eller ekonomiskt bistånd eller om läkare och sjuksköterskor utanför psykiatri och beroendevården. Det gemensamma är dock behovet av ökad medvetenhet och kunskap och att detta i sig skapar bättre förutsättningar både vad gäller det uppsökande och förebyggande arbetet.

För en fördjupad utbildning inom hälso- och sjukvårdens område bör rimligen specificerade krav i beroendelära ställas för legitimation som psykiatriker, allmänläkare och sjuksköterska (här avses även barnmorskor och distriktssköterskor). För socionomer skulle en speciell magisterutbildning kunna ge motsvarande kunskaper.

För närvarande pågår en utredning inom Socialstyrelsen om vilka krav – utformade som allmänna råd eller föreskrifter – som bör riktas mot den personal som ska arbeta inom socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvårdens område, där legitimationskrav finns, kan framför allt krav ställas på innehållet i t.ex. AT-tjänstgöring och specialistutbildning. Varken på det ena eller andra området ges dock möjligheter att utöva inflytande över själva grundutbildningen. Det är en sak främst för de enskilda lärosätena.

Ekonomi och kostnadseffektivitet

- Om inte behandlingsenheten kan påvisa några positiva resultat av behandlingen kan behandlingen inte rekommenderas.
- Vårdgivarna bör specificera och klargöra
 1. målet med behandlingen (t.ex. nykterhet, minskat missbruk eller konsumtion)
 2. vilka behandlingen riktar sig till (målgrupp)
 3. behandlingens varaktighet
 4. behandlingsfrekvens
 5. behandlingens innehåll
 6. personalens antal och utbildning
 7. vilka kostnader som ingår i priset eller som uppstår

8. vad behandlingen kostar
9. vilka kostnadsbesparingar som behandlingen ger på kort och lång sikt

Utvärdera behandlingen

Kostnaderna för missbruk och beroende av alkohol och narkotika berör hela vårt samhälle; kommuner, landsting, stat, näringsliv, organisationer och enskilda.

En del kostnader är *skadekostnader*, dvs. kostnader för de skador som uppstår som en följd av alkohol- och narkotikakonsumtion, t.ex. olyckor och brott. Andra kostnader uppstår för att samhället försöker minska eller eliminera skadekostnaderna genom förebyggande åtgärder som t.ex. alkohol- och narkotikaupplysning och screening.

För att få ut så mycket som möjligt av samhällets begränsade resurser behöver man veta vilka åtgärder som ger mesta möjliga effekt för minsta möjliga kostnad. Man behöver veta vilka åtgärder som är mest kostnadseffektiva. En åtgärd kan ha en stor effekt till en mycket hög kostnad, medan en annan åtgärd kan ha mindre effekt men till en betydligt lägre kostnad. Den senare åtgärden kan därför betraktas som den mest kostnadseffektiva åtgärden.

I detta arbete har vi studerat de ekonomiska utvärderingar som finns inom detta område. Antalet studier är dock få och kvaliteten i regel mindre tillfredsställande. Eftersom de flesta av studierna är utländska är resultaten svåra att överföra till svenska förhållanden.

Vi menar att det under dessa förhållanden är synnerligen viktigt att vårdgivarna systematiskt skaffar information om verksamheter som bistår med stöd och behandling för att bedöma om dessa har effekt. Detta bidrar också till att ackumulera kunskap där det i dag finns stora brister. Det kan ske genom redovisning av minst en, men helst flera utvärderingar av insatserna. Om detta inte är möjligt bör effekter ha påvisats i andra studier och jämföras med den aktuella verksamheten. Likheter och skillnader bör identifieras och redovisas och en bedömning av överförbarheten av resultaten av studien till behandlingsenheten bör göras. Under en period kan det ske förändringar som påverkar effekter och kostnader. Det är viktigt att kontinuerligt få information om förändringar och hur de ser ut.

Mät kostnader och effekter

På detaljnivå bör kravspecifikationen för att få underlag för kostnadsinformation som kan ge upplysning om kostnader och effekter bl.a. innehålla: målet med insatsen eller behandlingen, vilken målgrupp behandlingen riktar sig till, behandlingens varaktighet, frekvens, vilken personal som finns tillgänglig samt vilka kostnader som ingår i priset för behandlingen. Sker behandlingen inom huvudmannens egen verksamhet bör även dessa uppgifter finnas, eftersom det möjliggör jämförelser med andra behandlingar och behandlingsenheter.

Kapitel 3. Upptäckt och förebyggande verksamhet

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Ett system för sjukvården med tydliga strategier för *tidig upptäckt* av alkohol- och narkotikaproblem kan medföra att man tidigare kan åtgärda begynnande problem. På sikt kan ett sådant system även innebära besparingar. Detta gäller nybesök och för patienter med de hälsoproblem som nämns i detta kapitel. Aktuella områden för ett sådant system är psykiatri, primärvården, företagshälsovården och de akutmottagningar där alkoholrelaterade skador och sjukdomar förekommer.
- Ett liknande system för tidig upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem kan inom socialtjänsten få motsvarande positiva effekter. Socialtjänsten bör därför bygga upp ett likartat system.
- Sekundärprevention genom *kort rådgivning* hjälper många patienter oberoende av kön och är dessutom kostnadseffektivt. Detta gäller i första hand primärvården, företagshälsovården och akutmottagningarna, men förutsätter att det finns resurser i form av personal och kompetensutveckling.
- Kort rådgivning kan kompletteras med återföring av resultat från mätning av biologiska markörer

När det gäller kort rådgivning inom socialtjänsten finns det inga studier och därmed finns ingen vetenskaplig evidens (bevis). Men erfarenheterna från primärvården är goda varför en liknande verksamhet inom socialtjänsten kan få positiva effekter.

Avgränsningar i kapitel 3

I detta kapitel kommer de fyra första faserna i den kedja som beskrivs nedan att behandlas:

1. kontakt med patienten eller klienten
2. probleminentifiering
3. problembedömning
4. sekundärpreventiva insatser, kort rådgivning.

Utifrån dessa fyra faser tas socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens, inklusive företagshälsovårdens, olika verksamheter upp.

Sträva efter tidig upptäckt

Utgångspunkter

Ett tillfredsställande system för vård och omsorg (i det här fallet avses både hälso- och sjukvården och socialtjänsten) ska ha goda *operativa* och *kurativa* egenskaper. Operativa egenskaper definieras här som systemets förmåga att nå de som verkligen behöver vård. Dess kurativa egenskaper definieras som förmågan att avhjälpa eller lindra problemen för socialtjänstens eller sjukvårdens klienter och patienter. Men för att fullgöra sina operativa uppgifter räcker det inte med att bara vara reaktiv, dvs. i det här fallet ta hand om individer med uppenbara alkohol- eller narkotikaproblem och som söker för dessa, utan det gäller också att försöka upptäcka problemen hos individer som kanske inte primärt besöker socialtjänsten eller hälso- och sjukvården på grund av alkohol- eller narkotikaproblem.

Lagar och regler

Några av de aktuella lagarna och reglerna är:

- socialtjänstlagen
- hälso- och sjukvårdslagen
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

Enligt socialtjänstlagen ska socialnämnden ”arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel”. Samma grundtanke uttrycks i hälso- och sjukvårdslagens § 2 c, där det heter att ”Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (17). Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada”.

Enligt socialtjänstlagens 3 kap. § 2 ska socialtjänsten ”genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden”. Utifrån bl.a. denna paragraf bedriver socialtjänsten i olika kommuner ett uppsökande arbete för att så tidigt som möjligt upptäcka missbruks- och beroendeproblem. Detta resulterar bl.a. i att man söker upp riskgrupper i speciella riskmiljöer.

Följande står också i socialtjänstlagen: ”Socialnämnden ska aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk.” En rimlig tolkning är att oberoende av vilken anledning en person söker socialtjänst bör han eller hon erbjudas hjälp om det finns ett underliggande alkohol- eller narkotikaproblem som bidragit till den totala problembilden.

I arbetsmiljölagen finns det inga regler som direkt berör missbruksfrågor, men vissa av Arbetsmiljöverkets föreskrifter tar upp alkohol- och drogfrågor. Enligt Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (18) ska arbetsgivaren se till att rutiner för verksamheten när det gäller arbetsanpassning och rehabilitering finns (§ 10). Rutinerna ska även omfatta arbetsanpassning och rehabilitering vid missbruk av alkohol eller narkotika (§ 13). Arbetsgivaren ska dessutom klargöra vilka interna

regler och rutiner som gäller om en arbetstagare uppträder påverkad av alkohol eller andra berusningsmedel i arbetet. Frågan om arbetsgivarens ansvar kommer inte vidare att behandlas i riktlinjerna.

Modell för upptäckt och åtgärder av alkohol- och narkotikaproblem

En genomgående tanke i lagstiftningen är alltså att man ska verka för *tidig upptäckt*. Det innebär att både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska försöka upptäcka och motverka ett riskabelt bruk av alkohol eller narkotika så tidigt som möjligt, dvs. innan missbruket har blivit hälsovådligt eller gett upphov till andra negativa konsekvenser.

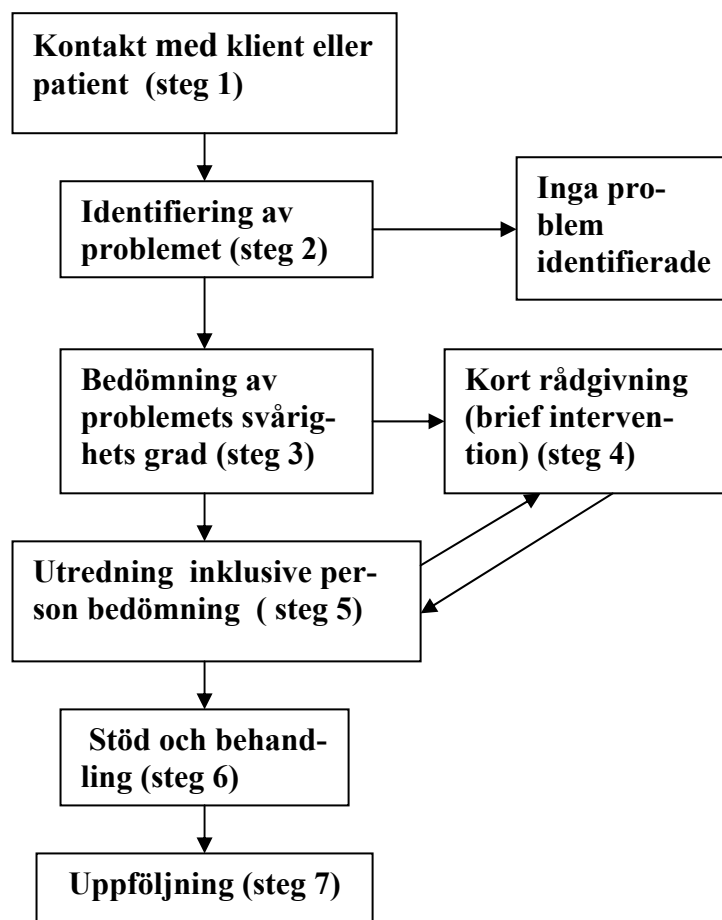
Upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem kan ske på en del olika sätt. Det mest uppenbara är att personen själv söker för detta. En annan situation är att man vid uppsökande verksamhet identifierar riskmiljöer och riskgrupper och där får kontakt med personer som behöver hjälp. Slutligen kan det röra sig om personer som söker socialtjänst eller hälso- och sjukvården för helt andra orsaker men där man kan misstänka att ett alkohol- eller narkotikaproblem bidrar till den totala problemsituationen.

Uppsökande verksamhet inom socialtjänsten är t.ex. fältarbete, medan screening är den närmaste motsvarigheten inom sjukvården. Screening innebär att man undersöker hela befolkningsgrupper eller speciella riskgrupper när det gäller förekomsten av vissa symtom eller riskfaktorer, för att sedan rikta insatserna till de individer som behöver det.

Även inom många andra samhällsområden finns möjligheten att identifiera och påverka individer i riskzonen för missbruk. Exempel på det är frivilligorganisationernas, skolornas, universitetens och högskolornas (inom eller utanför ramen för studenthälsan) arbete m.m. Kunskap om metoder och strategier som tillämpas inom dessa samhällssektorer kan vara av värde också för det arbete som bedrivs inom sjukvården och socialtjänsten.

Arbetsplatserna är ett annat sådant område, och i de fall företagshälsovård finns faller en stor del av ansvaret på denna. Självklart har cheferna ett stort ansvar för utformandet av en verksam alkohol- och narkotikapolicy på arbetsplatsen men har ansvar också för att hjälpa den enskilde anställda att bekräfta och försöka minska eller komma ifrån ett eventuellt missbruk.

Ett första steg är alltså att etablera kontakt, oavsett hur detta går till. Därefter kan ett möjligt händelseförlopp se ut som figuren nedan.



I ovanstående figur beskrivs hur processen att hjälpa personer med missbruk och beroende kan utvecklas i en kedja av insatser från upptäckt till uppföljning av behandling. Det är inte givet att hela denna process kan ske inom samma organisation. Det är ett problem vi återkommer till senare.

Man kan se insatserna för individer med ett missbruk eller beroende som en kedja där första länken är att etablera kontakt med de individer som har problem (steg 1). När personer söker hjälp för ett missbruks- eller beroendeproblem brukar inte detta vara ett problem. Men i många fall handlar det om att identifiera ett problem hos en person som kommer i kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten av någon annan anledning. Då gäller det att skapa ett förtroende hos klienten eller patienten så att denna vill berätta om ett eventuellt missbruk eller beroende. Frågor om alkohol- och narkotikavanor bör då ställas och ofta kan frågorna ingå naturligt som en del i ett större avsnitt om olika sociala faktorer och livsstilsaspekter.

Om detta samtal med klienten eller patienten styrker misstanken att alkohol- eller narkotikakonsumtion finns i problembilden kan det vara relevant att gå vidare för att närmare undersöka problemet.

De nästföljande två faserna handlar om att identifiera problemet (steg 2) och bedöma dess svårighetsgrad (steg 3). Om problemet inte bedöms som särskilt allvarligt kan det räcka med s.k. sekundärpreventiva åtgärder, t.ex.

kort rådgivning (brief intervention) (steg 4). I det här kapitlet kommer mycket vikt läggas på just arbetsättet kort rådgivning.

En utredning för bedömning av ytterligare insatser är ofta aktuell (steg 5) och denna kan leda till att olika typer av mer långtgående behandling (steg 6) behövs. Slutligen ska de vidtagna insatserna följas upp och utvärderas (steg 7).

När man upptäcker alkohol- eller narkotikaproblem hos en klient eller patient måste man alltså vidta effektiva åtgärder vare sig dessa är s.k. sekundärprevention (hindra riskabel konsumtion att utvecklas till missbruk) eller renodlad behandling och därtill kopplade insatser.

Identifiering och bedömning av problemet

Exempel på modell för identifiering, bedömning och förslag till åtgärder

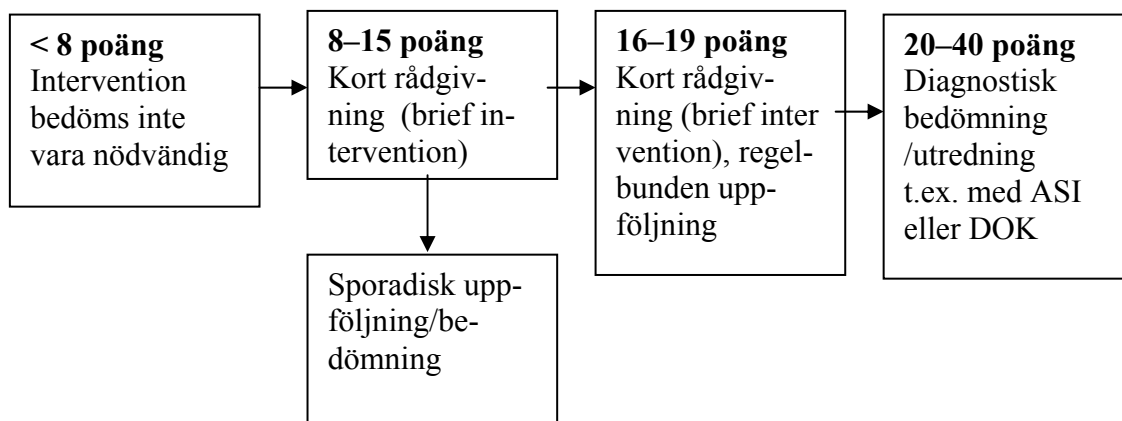
Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska använda metoder som effektivt *identifierar* personer med riskabla alkohol- eller narkotikavanor. Man ska också motverka en negativ utveckling av vanorna. Om man finner att det finns ett problem ska dess omfattning bedömas.

Nästa steg efter identifieringen är alltså att bedöma problemet. Som hjälp vid bägge dessa steg finns biologiska och psykosociala test. Dessa beskrivs i kapitel 4.

Här nedan används, som exempel för resonemanget, AUDIT som är ett test för att identifiera alkoholproblem. Utifrån resultatet från dessa test kan också göras en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara (AUDIT-testet innehåller 10 frågor).

I exemplet nedan visas hur olika poäng på skalan ger anledning till att diskutera olika insatser alltifrån en kort rådgivning vid låga poäng till en mer avancerad behandling vid höga poängtal (19). Även om man inte använder en så pass formaliserad interventionsplan som i exemplet är det uppenbart att högre poäng på skalan kräver mer omfattande insatser.

De angivna gränserna i exemplet kan man i detta sammanhang bortse ifrån, vi argumenterar inte för dessa utan ser figuren enbart som ett pedagogiskt exempel. I Sverige används dessutom oftast olika gränser för män (8 poäng) och kvinnor (6 poäng).



Om man inte får indikationer på riskfylld alkoholkonsumtion i första fasen av problemidentifieringsprocessen, dvs. om klienten eller patienten i exemplet ovan hamnar under 8 poäng är en rimlig bedömning att ytterligare åtgärder inte är nödvändiga. Något högre poäng kan ge anledning att överväga om man bör sätta in en s.k. *kort rådgivning* (se nedan). Ytterligare högre poäng kan ge anledning att diskutera olika behandlingsalternativ.

AUDIT och andra bedömningsinstrument behandlas som sagt ingående i kapitel 4 men det bör redan här sägas att de inte ersätter t.ex. den erfarna klinikerns eller socialsekreterarens eget omdöme utan kompletterar detta för att komma fram till en samlad bedömning.

Oberoende av om klienten eller patienten finns inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska alla åtgärder beslutas i samverkan med klienten och patienten. Det är viktigt att hon känner sig delaktig i beslutsprocessen. Naturligtvis finns situationer (t.ex. då det gäller tvångsvård) då jämvikten mellan beslutsfattare och klienten eller patienten är förskjuten, men inte ens i dessa fall kan klientens eller patientens åsikter åsidosättas.

Om man tycker att det finns anledning att ge klienten eller patienten förslag om ytterligare insatser än t.ex. kort rådgivning kan en mer omfattande utredning vara aktuell. Sådana utredningar tillhör rutinen inom socialtjänstens och sjukvårdens beroendevård och numera används på flera håll inom socialtjänsten särskilda bedömningsinstrument för att utreda klientens eller patientens behov av hjälpinsatser (t.ex. ASI eller DOK, se kapitel 4).

Utredningen kan resultera i att någon typ av insatser föreslås. I bedömningen av lämpliga insatser ingår naturligtvis också en bedömning av klientens och patientens möjligheter att tillgodogöra sig olika behandlingsalternativ. Ofta ingår också ett omfattande motivationsarbete för att få klienten eller patienten att acceptera det föreslagna behandlingsalternativet. Ibland görs bedömningen att klienten eller patienten själv kan förändra sin situation med visst stöd och att han eller hon mera är i behov av olika typer av andra sociala insatser än av regelrätt behandling.

Riskgrupper

Identifiering kan innefatta en verksamhet som innebär att man aktivt, systematiskt och rutinmässigt arbetar med att ta reda på om de personer som söker hjälp – oavsett orsak – kan ha riskabla alkohol- eller narkotikavanor. Men identifiera kan också innefatta *uppsökande* verksamhet där man aktivt söker upp personer som befinner sig i riskmiljöer eller risksituationer.

När man i detta sammanhang diskuterar termen riskgrupper kan man göra det utifrån två olika utgångspunkter. Den ena utgångspunkten är att speciellt koncentrera sig på s.k. sårbara grupper eller sårbara situationer. Detta resonemang förs ingående i Svensk alkoholpolitik - en strategi för framtiden (20). Dessa grupper kan lättare råka ut för alkohol- eller narkotikaproblem och löper större risk för att ett alkohol- och narkotikaproblem får speciellt allvarliga konsekvenser. Sådana målgrupper är t.ex. personer med kraftig ärftlig disposition för alkohol- och narkotikamissbruk, hemlösa, gravida kvinnor där fostret ska skyddas från alkohol och narkotika (egentligen en sårbar situation), våldsutsatta kvinnor (och män) och barn till personer med missbruksproblem.

Den andra utgångspunkten är att söka efter individer med ett riskfyllt beteende, dvs. riskfylld alkohol- eller narkotikakonsumtion. Målgruppen i denna betydelse kan vara svårare att finna. En individ identifieras ofta som riskkonsument först i den utredningsgång som beskrivits ovan. En individ definieras som tillhörande en riskgrupp om han eller hon uppgivit konsumtionsnivåer av alkohol som bedöms som riskfyllda eller uppgett intag av narkotika.

Det finns således fördelar med att inte lägga ett strikt riskgruppsperspektiv på denna fråga, dvs. att enbart ställa frågorna till redan identifierade riskgrupper. Det är också förmodligen mindre utpekande om frågan ställs till alla, istället för enbart till klienter som från början definieras som del av en grupp där man bedömt att sannolikheten är stor för att det kan finnas ett dolt missbruksproblem.

Socialtjänsten – identifiering och bedömning

Metoder för socialtjänsten att upptäcka missbruk

Risksituationer som socialtjänsten ska vara uppmärksam på beskrivs bl.a. i de skotska riktlinjerna: ”Riktlinjer för behandling av skadlig alkoholkonsumtion inom primärvården” (15). I dessa riktlinjer anges ett antal situationer som kan uppstå inom fyra olika områden (socialtjänsten, psykiatri, arbetsliv och somatisk sjukvård) där man kan misstänka att alkohol eller narkotika är en av orsakerna till problemen.

Inom socialtjänsten kan det inte uteslutas att alkohol eller narkotika kan vara en del av problemet i bl.a. följande fyra situationer.

- parrelaterade problem och våld inom familjen
- försummelse av barnen
- kriminalitet, t.ex. rattfylleri och stöld
- upprepade eller långvariga ekonomiska problem.

När en klient har kontakt med socialtjänsten på grund av ett eller flera av ovanstående problem är det inte orimligt att anta alkohol- eller narkotikamissbruk kan vara en del av i problemet. Då kan det också vara relevant att ställa frågor om alkohol och narkotika.

Uppsökande verksamhet inrymmer olika typer av aktiviteter. Det kan röra sig om personal ”på fältet” eller frivilligorganisationer som uppsöker olika riskmiljöer för att identifiera, skapa kontakt med och förhoppningsvis påverka individer med risk för begynnande eller redan utvecklat missbruk och beroende att förändra sina konsumtionsvanor.

I fältarbetet kan man ställa sig ett antal frågor:

1. Vad är syftet med fältarbetet? Ge råd, upptäcka, motivera, behandla, stärka och utveckla.
2. Vilka målgrupper finns det? Enskilda individer, grupper eller utsatta lokalsamhällen.
3. Vilka sociala sammanhang finns det? Offentliga platser, skolor, fritidsverksamheter, hemmet och arbetsplatser.
4. Vilka metoder kan man använda? Öka klientens egenmakt (empowerment), föräldraträning, systematisk terapi, undervisning, hälso-

samtal, självförvaltning, kulturarbete eller utarbetande av handlingsplaner.

Dessa aktiviteter är en viktig del av socialtjänstens verksamhet och bör självklart också dokumenteras och utvecklas.

Uppspårande arbete å sin sida kan vara den typ av arbete som bedrivs för att upptäcka begynnande missbruk hos individer som, oavsett anledning, får eller redan har kontakt med socialtjänsten, försäkringskassan, polisen och kriminalvården etc.

Att rutinmässigt inom socialtjänsten (även i samarbete med polis och kriminalvård) uppmärksamma individer som dömts för rattfylleri eller narkotikabrott är självklart en viktig metod för att spåra klienter med begynnande eller pågående missbruk, även om denna metod inte finns vetenskapligt studerad och belagd. Detta bör naturligtvis gälla även andra incidenter som t.ex. våld, s.k. LOBar (lagen om omhändertagande av berusade person) osv.

De flesta studier handlar istället mer om uppsökande arbete, dvs. man arbetar med personer med kända missbruks- eller beroendeproblem eller personer som söker för missbruk eller beroende.

I en studie har man kunnat se att ett samarbete mellan polis, psykiatri och socialtjänst kan underlätta det uppsökande arbetet (21). Redan på polisstationen kan man identifiera personer som är i behov av psykiatriskt och socialt stöd. Dessa hade tidigare vanligtvis släppts utan denna typ av utredning. Vid sådan verksamhet har man kunnat konstatera en trefaldig ökning av antalet gripna som fick kontakt med vård- och stödgivare. Studiens relevans för svenska förhållanden kan dock diskuteras. Efter det att expertgruppen avslutat sitt arbete har en översikt redovisats om prevention av riskfylld alkoholkonsumtion hos unga vuxna (22). Den motsäger inte de slutsatser som förs fram i detta kapitel.

Om det visar sig att en person antingen konsumerar alkohol i en relativt stor mängd, antyder att han eller hon har problem på grund av sin alkoholkonsumtion eller medger intag av narkotika finns det anledning att gå vidare till nästa steg i kedjan som är bedömning av problemet.

I kap 4 beskrivs olika test som skulle kunna vara lämpliga för att identifiera problemen. Bland annat utifrån resultatet från dessa test görs en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara.

De psykosociala testen har hittills framförallt använts inom hälso- och sjukvården men det finns inget som talar för att de inte skulle kunna användas även inom socialtjänsten. Om socialtjänsten samverkar med hälso- och sjukvården kan dessa instrument kompletteras med olika biologiska markörer.

Hälso- och sjukvården – identifiering och bedömning

Det är rimligt att anta att det bland sjukvårdens patienter finns ett stort antal dolda missbruksproblem. Såväl inom kroppssjukvården som inom den psykiatriska sjukvården finns patienter som behandlas för olika symtom och diagnoser där ett bidragande men bakomliggande alkohol- eller narkotika-problem inte upptäckts eller uppmärksammats.

Till sårbara grupper hör t.ex. gravida kvinnor där fostret ska skyddas för alkohol- och narkotika (egentligen sårbar situation), psykiskt sjuka, människor med speciella sjukdomar där alkohol- eller narkotikakonsumtion är speciellt riskabel osv.

Riskkonsumenter upptäcks oftast först senare i den utredningsgång som beskrivits ovan. Man anser att patienter är riskkonsumenter och alltså tillhör en riskgrupp om de uppgett höga konsumtionsnivåer av alkohol eller att de använder narkotika.

Även inom sjukvården kan man identifiera situationer (problem) där det finns skäl att misstänka att ett alkohol- eller narkotikaproblem kan finnas som bakomliggande eller underliggande orsak till de problem man söker för.

Utifrån de tidigare nämnda skotska riktlinjerna, ”Riktlinjerna för behandling av skadlig alkoholkonsumtion inom primärvården”, har ett antal situationer identifierats som ger anledning att närmare undersöka om alkohol- eller narkotikaproblem kan finnas. Områdena är arbetslivet (företagshälsovården) samt den psykiatriska och somatiska sjukvården (kroppssjukvården).

Inom företagshälsovården skulle följande situationer kunna vara tecken på alkohol- och narkotikamissbruk:

- upprepad sjukfrånvaro, speciellt efter helgerna
- försämrade arbetsprestationer.

Inom psykiatrin kan man nämna följande situationer:

- depressioner (t.ex. utmattningsdepressioner sömnstörning)
- upprepat självdestruktivt beteende
- olika slag av ångestsymtom.

Inom kroppssjukvården kan man som exempel nämna följande diagnoser:

- olycksfall
- hjärtarytmi
- högt blodtryck
- bukspottkörtelinflammation
- mag- och tarmbesvär
- leversjukdomar
- olika cancerformer.

Metoder för hälso- och sjukvården att upptäcka missbruk

I det följande avsnittet dras slutsatser nästan enbart från alkoholområdet eftersom det saknas kunskapsunderlag för narkotikaområdet.

Screening inom hälso- och sjukvården

Inom sjukvården används ibland s.k. screening som betyder att man undersöker olika populationer när det gäller vissa symtom eller riskfaktorer. Ibland utförs screening på speciella riskgrupper, ibland på hela befolkningsgrupper.

Det är vanligt att screening genomförs med enkäter (frågeformulär) som individerna själva får fylla i. Ett alternativ till detta förfarande är att genomföra screening med samma frågor via datorer som individerna själva hantlar.

Att en individ ingår i en screeningsundersökning beror alltså inte på kända egenskaper hos individen, utan på att individen tillhör en speciell grupp. Gruppen kan vara begränsad till t.ex. kön, ålder, bostadsort eller värdet på vissa riskfaktorer. Men det kan lika gärna röra sig om befolkningen i allmänhet utan några speciella avgränsningar.

En komplicerad fråga är om och hur screening kan inarbetas i sjukvårdens reguljära rutiner. Till en början kan man konstatera att förutsättningarna för screening varierar mellan olika delar av sjukvården. En viktig fråga i detta sammanhang är om alkoholorådgivning till patienter i primärvården ska baseras på allmän screening eller på klinisk bedömning från fall till fall.

Man kan också tänka sig allmän screening för ett antal symtom eller diagnosgrupper. En hel del sjukdomar som behandlas av t.ex. distriktsläkare påverkas av livstilsfaktorer (kost, motion, alkohol, tobak etc.). När sådana diskussioner tas upp med patienten finns det knappast någon anledning att utelämna alkohol- och narkotikaområdet. Det borde även vara mindre utpekande om frågan ställs till alla, än enbart till en enskild patient som anses tillhöra en viss riskgrupp.

Vi anser det rimligt att genomföra screening i vissa sammanhang, exempelvis i samband med nybesök, vid hälsokontroller och vid vissa diagnoser där alkohol är en allmänt accepterad riskfaktor.

Ett argument mot screening är dock att endast ett fåtal av de patienter som ”screenats” fram som riskkonsumenter blir föremål för effektiva åtgärder (intervention). I en metaanalys fann man att endast 2,6 av 1 000 patienter, dvs. en liten del, som ”screenats” fram som riskkonsumenter minskade sin konsumtion (23). Detta beror förmodligen på en kombination av att intervention inte vidtagits i flera fall och att vidtagen interventionen varit ineffektiv.

Förespråkare för screening hävdar å andra sidan att en stor del av den förebyggande potentialen går förlorad om man bara vänder sig till patienter identifierade genom klinisk bedömning. Detta beror på att man då framförallt identifierar personer som redan utvecklat allvarigare alkoholproblem vilka mer sällan går att påverka med kort rådgivning. De menar att det är den okända alkoholproblematiken man kan nå via screening.

Riktad undersökning

Ibland finns det anledning för en läkare att anta att patienten har problem med alkohol eller narkotika. Antagandet kan vila på laboratorieprover, undersökningar av patienten eller samtal med patienten. Läkaren vill således närmare utreda detta problem genom att göra en riktad undersökning. Detta

är inte screening. Metoderna för att upptäcka problemen kan dock vara helt lika i screening och i en riktad undersökning.

Samtalsmetodik

Det finns ett flertal metoder för att upptäcka alkohol- eller narkotikaproblem hos en patient där läkarens egna frågor kan kompletteras med enklare standardiserade frågeformulär och biologiska markörer (se vidare kapitel 4). Dock krävs att läkaren och annan vårdpersonal har utbildning i samtalsmetodik, annars är risken stor att en del samtal bara skapar irritation. Detta torde dock gälla allmänt för samtal som rör livsstilsfaktorer, och borde således vara ett problemområde som alla allmänläkare någon gång ställs inför.

Därtill kan det övervägas om de rådgivande samtalen ska genomföras av en läkare, eller om läkaren ska hänvisa riskkonsumenter till annan personal som getts särskild utbildning i alkohol- och narkotikarådgivning. Läkarens roll skulle då begränsas till att motivera patienten till sådan alkohol- och narkotikarådgivning.

Ekonomisk bedömning

Det finns i stort sett inga ekonomiska utvärderingar som behandlar tidig upptäckt och screening inom socialtjänsten. Bedömningen är ändå att tidig upptäckt, t.ex. vid kontakt med socialtjänsten för problem vid brist i omsorg om barn, familjerelaterade problem och våld, kriminalitet och ekonomiska problem minskar kostnaderna för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende sett i relation till kostnaderna för att genomföra insatsen. Socialstyrelsen gör bedömningen att det är ekonomiskt försvarbart att genomföra insatser som innebär tidig upptäckt.

Åtgärder mot problemet – kort rådgivning

I det här avsnittet kommer endast den sekundärpreventiva åtgärden kort rådgivning (brief intervention) att tas upp.

Kort rådgivning – MI och FRAMES

Att hejda ett riskabelt bruk av alkohol eller narkotika innan det utvecklats till ett mer etablerat missbruk är en både human och kostnadseffektiv åtgärd. Det är också en genomgående tanke i lagstiftningen att man ska verka för tidig upptäckt.

När man väl identifierat ett narkotika- eller alkoholproblem är man inom sjukvården överens om att kort rådgivning är en bra metod att hindra det riskabla bruket att utvecklas till ett missbruk.

Man kan dela in den korta rådgivningen i två metoder: *FRAMES*⁷ som är en motiverande rådgivning och *Motivational Interviewing (MI)* som är ett

⁷ FRAMES bygger på följande inslag: *Feed-back* - behandlaren delger patienten sin bedömning; *Responsibility* - det är patientens ansvar att förändra sitt drickande; *Advice* ...men behandlaren kan ge råd; *Menu*...och dessa råd kan utformas som en meny, där det finns

motiverande samtal. FRAMES-modellen förutsätter att behandlaren har en grundläggande kunskap om alkohol och kan besvara de vanligaste frågorna som patienten kan ställa om alkoholens hälsoeffekter.

MI däremot kräver att behandlaren har mer utbildning. MI beskrivs som en patientcentrerad metod, där patienten utan påtryckningar hjälps att för sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst beteende. I denna metodik inarbetas flera av de inslag som visat sig verksamma i olika förändringsmodeller: att ge positiv förstärkning, stärka självförolit och övervinna ambivalens. Med ökad medvetenhet kan den ambivalens som ofta präglar människors beteenden reduceras och beslut om förändring underlättas.

MI är principiellt intressant inom det förebyggande arbetet då metodens kärna består av en öppen diskussion om fördelar och nackdelar med ett visst beteende. En sådan diskussion är svår att föra i den offentliga debatten. På samhällsnivå är det förebyggande arbetet begränsat av att bara nackdelarna kan diskuteras.

MI-metoden är attraktiv för många praktiker som arbetar med missbrukarproblematik därför att den är generaliserbar till arbete med andra riskfaktorer och ett flertal beteendeproblem. Den är dock mer krävande att lära sig än FRAMES-modellen.

Är MI effektivare än FRAMES?

Utifrån de redovisade studierna kan man inte dra slutsatsen att effekterna av MI-baserad rådgivning skulle vara bättre än FRAMES-baserad rådgivning. Här spelar även hälsoekonomiska aspekter en stor roll, eftersom MI-rådgivning är mer resurskrävande.

I de granskade studierna har utbildningsinsatsen för läkare och annan sjukvårdspersonal i allmänhet varit några timmar. Utbildning i MI-metodik kräver 2–3 dagar, därtill ställs här större krav på uppföljande fortbildning.

En tänkbar modell skulle mot denna bakgrund kunna vara att generalister i första hand utbildas i FRAMES-modellen, och i sin tur hänvisar identifierade riskkonsumenter till specialutbildad personal som tillämpar MI.

Socialtjänsten – åtgärder mot problemet

Det är viktigt att insatserna som man gör bl.a. i socialtjänsten dokumenteras och diskuteras inom professionen. Detta framhålls också i dokumentationsavsnittet i kapitel 4. Först när man dokumenterar får man ett underlag för utveckling av arbetet.

Frånvaron av en strukturerad dokumentation och övriga mer vetenskapligt baserade utvärderingar inom socialtjänsten leder till utvärderingar av s.k. processtyp där verksamheten istället beskrivs utan evidensbaserade resultat. Detta gör det svårt att komma med råd och rekommendationer eftersom det saknas ett systematiserat kunskapsunderlag.

När det gäller t.ex. effekter av kortare insatser inom socialtjänsten har alltså få övergripande kunskapssammanställningar grundade på empiriska studier med acceptabel metodologisk kvalitet påträffats. De flesta av studi-

olika alternativ; *Empathy* - ett empatiskt förhållningssätt fungerar bäst; *Self-efficacy* - behandlaren kan stärka patientens tilltro till sin förmåga att göra förändringar.

erna som redovisas i kunskapssammanställningarna är dessutom utförda på collegestudenter och därmed begränsas möjligheten att generalisera.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att t.ex. Motivational Interviewing (MI) fungerar bland collegestudenter. Två enskilda studier som omfattade andra grupper visade också positiva resultat av MI (24, 25). En tredje studie där undersökningspopulationen var marijuanamissbrukare som rekryterats via annonser visade att man effektivt kunde minska missbruket och att kortare rådgivning var väl så effektiv som mer omfattande gruppterapi (26).

Hälso- och sjukvården – åtgärder mot problemet

Det finns ett stort antal empiriska studier som belyser metoder för att identifiera individer med riskbruk av alkohol inom hälso- och sjukvården, hur man motiverar dessa patienter till förändring och metoder för kort rådgivning.

I Sverige har sådan verksamhet som kort rådgivning ofta benämnts som sekundärprevention, eftersom syftet är att identifiera och åtgärda ett riskbeteende innan det gett upphov till skador eller problem.

Sekundärprevention uppfattas ibland som synonymt med den engelska termen brief intervention. Brief intervention (kort rådgivning) är dock ett bredare begrepp och dess genomförande innefattar två moment: identifikation av riskbeteende (screening eller riktad undersökning) och rådgivning.

Om identifikationen ska göras med hjälp av systematisk screening eller inte har debatterats. Däremot råder det större enighet om värdet av att rådgivningen bygger på motivationshöjande metodik.

Det finns en omfattande evidens som stöder effektiviteten av kort rådgivning inom sjukvården. Evidensen bygger främst på ett antal systematiska litteraturoversikter och metaanalyser men också på ett antal välgjorda RCT-studier. Dock varierar evidensen inom olika delar av sjukvården. Högst är den för kort rådgivning inom primärvården. Evidensen är också hög för kort rådgivning på akutmottagningar. Däremot är den lägre inom psykiatri och mödrahälsovården, även om det finns lovande studier också på dessa områden.

Inom primärvård finns flera hälsoekonomiska studier som talar för att kort rådgivning är kostnadseffektiv i jämförelse med många andra åtgärder inom sjukvården. Viktiga kunskapsluckor återstår när det gäller implementering och spridning av kort rådgivning inom hälso- och sjukvården. Merparten av alla refererade studier har varit *efficacy*-studier, dvs. studier genomförda under kontrollerade betingelser som inte är representativa för de reguljära förhållandena inom sjukvården.

Slutsatserna av genomgången är alltså att kort rådgivning har effekt, även om man i vissa studier även finner effekter i kontrollgrupperna. Detta illustrerar ett ofta omdiskuterat problem: forskningens påverkan på kontrollgruppen. Denna effekt i kontrollgruppen kan antas spela särskilt stor roll då åtgärden i sig är begränsad.

Betydelsen av interventionens längd eller kompletterande åtgärder är osäker. Någon klar fördel av längre samtal än 10–15 minuter framgår inte. Vidare är effektens varaktighet otillräckligt studerad för att medge slutsatser

(27). En svensk studie visar reducerad dödlighet i interventionsgruppen efter 16 års uppföljning, medan en australiensisk studie inte fann någon kvarvarande effekt på alkoholkonsumtion efter 10 års uppföljning. Då man i den sistnämnda studien kunde notera effekter vid nio månaders uppföljning, talar resultaten för att återkommande kontakter skulle vara nödvändiga för att vidmakthålla de initiala effekterna.

Kort rådgivning inom primärvården

Merparten av alla studier av kort rådgivning har genomförts i primärvård. De övergripande slutsatserna är att kort rådgivning har effekt. En studie visar också att ett enskilt kort rådgivande samtal har samma effekt som fyra respektive åtta samtal.

I en fyraårsuppföljning finner man att de resultat som uppnåddes efter 6 månader kvarstod vid uppföljningar vid 12, 24, 36 och 48 månader (28). Både män och kvinnor i interventionsgruppen drack signifikant mindre än kontrollgruppen vid alla uppföljningar utom den sista, där männen i kontrollgruppen hade reducerat sin konsumtion ner till samma nivå som männen i interventionsgruppen.

I en studie (29) där man försökte integrera kort rådgivning i reguljära vårdrutiner finner man goda effekter av interventionen vid uppföljning såväl vid 3 månader som vid 12 månader. Av intresse är att interventionen hade större effekt på riskabla dryckesmönster som berusningsdrickande och bilkörning efter alkoholkonsumtion än på den allmänna konsumtionsnivån.

Kort rådgivning inom akutsjukvården

Antalet studier inom detta område är betydligt färre än inom primärvården och evidensen för effekter av kort rådgivning inom akutsjukvården är därför inte lika omfattande som inom primärvården. Dock finns ett flertal välgjorda RCT-studier och därmed är kraven för evidensgrad I är uppfyllda.

Slutsatserna är att kort rådgivning har effekt på alkoholkonsumtionen och patienternas villighet att söka behandling. Man fann också att bland ungdomar minskade antalet alkoholrelaterade skador och rattfylleri efter ett samtal på 30 minuter. Liknande resultat finner man i en annan studie där metoden utgjordes av motiverande intervju (MI). Man finner också att ett extra behandlingstillfälle (boostersession) förstärker effekterna.

Man har även funnit att kirurgpersonal är kompetent att genomföra kort rådgivning. Ett annat fynd var att patienter med alkoholrelaterade diagnoser var mer motiverade att företa förändringar i sin alkoholkonsumtion än patienter med andra diagnoser inom akutsjukvården.

Psykiatri

Trots att det är väl känt att många människor med psykiska sjukdomar också har alkoholproblem, finns det lite forskning om behandling av alkoholproblem inom psykiatrin. I en systematisk översikt konstateras att den befintliga forskningen är metodologiskt svag. Enbart en liten RCT-studie redovisas (30). I denna studie visade det sig att patienter med psykosdiagnoser som

fick en motiverande intervju deltog signifikant fler dagar i behandlingsprogrammet. Några data om alkoholvanor rapporteras dock inte.

Endast en studie av kort rådgivning redovisas i faktaunderlaget (31). Denna studie visar att kort rådgivning som består antingen av ett samtal med Motivational Interviewing-inriktning (MI) eller av skriftlig information resulterade i signifikant färre vårdtillfällen under en femårig uppföljning. Där- emot sågs ingen skillnad mellan MI-gruppen och informationsgruppen.

Då endast en RCT-studie har kunnat hittas, bedöms det vetenskapliga underlaget som begränsat.

Företagshälsovård

Arbetslivet och arbetsplatsen har sedan flera decennier identifierats som en strategiskt viktig arena för alkohol- och narkotikaprevention. Ändå råder det brist på forskning inom detta område. Det finns emellertid några studier som starkt talar för att alkohol- och narkotikaprevention på arbetsplatserna är verksam.

Här diskuteras dock endast företagshälsovården och dess möjliga insatser när det gäller prevention och behandling av alkohol- och narkotikarelaterade problem.

Screening och rådgivning kan med gott resultat läggas in i företagshälsovården. Även de allmänpraktiserande läkarna spelar en roll här. Den absolut vanligaste formen av alkoholpreventiva insatser på arbetsplatserna i USA är Employee Assistance Programs (EAP:s). Dessa arbetar med friskvård, utbildning samt hänvisar till behandlingshem (32). Återfallen blir signifikant färre, jämfört med kontrollgruppen, om de anställda får återfallsprevention eller motsvarande i samband med EAP. I Sverige har Alna Riks anpassat arbetsformerna till svenska förhållanden.

Implementering av sekundärprevention inklusive kort rådgivning inom sjukvården

Det har gjorts en metastudie och en enskild svensk studie som studerat hur man inför (implementerar) kort rådgivning inom primärvården (33, 34). Metastudien visar att det är lättare att motivera läkarna att använda kort rådgivning om programmet är alkoholspecifikt jämfört med mer generella program där läkaren uppmanas att arbeta förebyggande på flera områden.

Utbildningsprogram med flera olika pedagogiska inslag är bättre för att motivera läkarna än program med bara en komponent. Detta senare resultat stöds av nämnda svenska studie som utförts bland drygt 50 allmänläkare och 50 distriktssköterskor.

Det är dock uppenbart att implementeringen av att arbeta med alkoholfrågan ute i primärvården inte har lyckats på nationell nivå.

Socialstyrelsen fick 2004 i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning av sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (35). Inom ramen för kartläggningen genomfördes i december 2004 en enkätundersökning till samtliga vårdcentraler i Sverige (ca 950 st).

Svarsfrekvensen var 82 procent. I undersökningen efterfrågades om vårdcentralen hade utarbetade rutiner och program inom nio områden, varav sex

områden var livsstilsrelaterade, nämligen: rökning, alkoholvanor, matvanor, fysisk aktivitet, övervikt och stressrelaterade problem.

Av de sex livsstilsrelaterade frågeområdena i enkäten var det vanligast att vårdcentralen hade rutiner och program för hur personalen skulle arbeta med frågan om rökning hos patienterna (64 procent). Beträffande övervikt, matvanor och fysisk aktivitet var det 44, 45 respektive 48 procent av vårdcentralerna som uppgav att de hade rutiner och program för sådana frågor.

Vad gäller alkohol var det endast 30 procent av vårdcentralerna (222 st.) som hade rutiner och program för att ta upp den frågan med patienterna. Ännu färre (21 procent) hade rutiner för att arbeta med stressrelaterade problem hos patienterna. Det bör dock i detta sammanhang påpekas att stressrelaterade problem är ett ganska nytt växande problemområde för vårdcentralerna. Inom landstingsledningarna anses däremot alkoholfrågan vara viktig att lyfta upp i patientarbetet. Socialstyrelsen har inom ramen för ovannämnda regeringsuppdrag låtit göra en innehållsanalys av övergripande styrdokument av typen landstingsplaner, verksamhetsplaner, årsredovisningar etc. för de 21 landstingen och motsvarande vad gäller åtta olika typer av livsstilsfaktorer. Syftet med analysen var att undersöka i vad mån hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande ambitioner nämndes i dessa styrdokument. De livsstilsfaktorer som oftast nämndes i dessa dokument var tobak (17 landsting) samt alkohol (15 landsting).

Inom ramen för riktlinjeprojektet har ytterligare analyser gjorts. Det framgår att det var endast 14 procent av de vårdcentraler som besvarat enkäten som hade utsett speciell personal med ansvar för att rutiner och program kring alkoholfrågan skulle efterlevas och utvärderas. Denna andel var klart lägst bland de sex ovannämnda livsstilsrelaterade frågeområdena. När det gäller t.ex. rökning var motsvarande siffra 47 procent. Vad gäller det konkreta innehållet i rutinerna och programmen för alkoholfrågor var det 24 procent av samtliga deltagande vårdcentraler som uppgav att rutinen innefattade en fritt formulerad fråga om patientens bruk av alkohol medan hjälpmedel av typ strukturerade frågeformulär, t.ex. AUDIT eller CAGE, användes endast vid 8 procent av de deltagande vårdcentralerna.

Screening bör kopplas till behandling

Om screening för riskabla alkoholvanor genomförs kommer inte bara högkonsumenter att identifieras, utan även personer med mer omfattande alkoholproblem.

En viktig iakttagelse, som dock inte prövats i kontrollerad forskning, är att benägenheten att genomföra screening ökar om personer med omfattande problem kan erbjudas behandling. Det har t.o.m. ifrågasatts om screening är etiskt försvarbar om identifierade problem inte kan åtgärdas.

Program för kort rådgivning bör därför kombineras med ett samarbete med specialiserad beroendevård, så att personer med mer omfattande problem kan hänvisas till kompetent behandling.

Biofeedback som sekundärpreventiv metod

Den enda primärundersökningen om biofeedback som sekundärpreventiv metod som redovisas är en studie som använt GGT (se kapitel 4) som scree-

ningsinstrument kompletterat med ett frågebatteri (36). Dessutom har man använt resultaten av GGT-testen som förstärkning i de samtal om alkoholkonsumtion som man hade med patienterna.

Resultaten visar att både vid två- och fyraårsuppföljningen hade experimentgruppen som fick interventionen betydligt färre sjukskrivningsdagar och kortare sjukhusvistelse än kontrollgruppen. Vad gäller GGT-värdena fanns dock ingen skillnad mellan grupperna.

Denna artikel citeras i flera av de övriga artiklarna (36, 37, 38, 39 och 40) och framstår som ett centralt pionjärbete. Sammanfattningsvis kan man säga att det inte finns några bevis för att biologiska markörer ensamt har inverkan på interventionens resultat. Men i kombination med andra psykologiska diagnostiska test har de en god förmåga att identifiera riskbruk och i kombination med olika typer av rådgivning tycks de kunna förstärka motivationen hos klienterna och patienterna att minska sin alkoholkonsumtion. Det vetenskapliga underlaget för detta påstående får bedömas som relativt starkt.

Ekonomisk bedömning

Kort rådgivning för alkoholproblem har i flera studier på hälso- och sjukvårdens område pekat på att de uppnådda effekterna och kostnaderna står sig väl i konkurrensen med andra medicinska åtgärder. Socialstyrelsen gör bedömningen att detta även gäller inom psykiatrin.

Kort rådgivning för alkoholproblem inom socialtjänsten har inte samma vetenskapliga stöd som kort rådgivning inom hälso- och sjukvården. Bedömningen är dock att det är ekonomiskt försvarbart att ge kort rådgivning till personer med riskfylld alkoholkonsumtion. I litteraturen inom hälso- och sjukvårdens område finns även studier av kostnaderna för olika strategier för att marknadsföra och införa kort rådgivning. Generella råd om marknadsföring och implementering kan dock inte ges utifrån dessa studier.

Utvecklings- och forskningsbehov

Studier om kort rådgivning har så gott som uteslutande rört alkoholproblem. Det är angeläget att studera effekten av sådan rådgivning även på narkotikaområdet.

Det behövs även studier av hur metoden kort rådgivning kan implementeras i socialtjänsten och dess effekt.

Etiska aspekter på uppsökande och uppspårande verksamhet

Det finns flera etiska aspekter på uppsökande, uppspårande och förebyggande verksamhet som kan lyftas upp. I en diskussion med Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågor har följande frågor diskuterats:

- Har man rätt att fråga en person om eventuella alkohol- och narkotikaproblem oavsett av vilken anledning personen tagit kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten?

- Får man ställa frågor om alkohol och narkotika utan att kunna erbjuda verksamma insatser när det behövs?

Etiknämnden menade att man måste skilja mellan å ena sidan screening och å andra sidan frågor som ställs på grund av problemens natur.

Om det finns rimliga skäl att anta att patientens eller klientens problem på något sätt är alkohol- eller narkotikarelaterat, bör man också ställa frågor om eventuella alkohol- och narkotikaproblem.

Några krav på att man måste kunna åtgärda de problem som man upptäcker behöver man inte ha, eftersom det kan ändå vara av vikt och intresse för en person att få information om eventuella alkohol- och narkotikarelaterade problem.

Kapitel 4. Bedömningsinstrument och dokumentation

Inledning

I kap 3 beskrevs vårdprocessen som en kedja av insatser som kan göras för personer med missbruks- och beroendeproblem, från uppspårande och uppsökande verksamhet till upptäckt och behandling.

I denna vårdprocess fattas en rad beslut i vilka olika *bedömningsinstrument* kan användas som beslutsunderlag. Sådana instrument utnyttjas sedan länge inom sjukvården och har under senare år även börjat användas i socialtjänstens missbrukarvård.

I syfte att upptäcka och bedöma graden av alkohol- eller narkotikaproblem hos en person behövs olika former av bedömningsinstrument. Dessa är av två olika typer, dels *biologiska test (markörer)*, dels *beteendevetenskapliga* eller *psykosociala test* (i fortsättningen används för de två sistnämnda benämningen psykosociala test).

Både de biologiska och psykosociala testen gör det möjligt att välja åtgärder på rätt nivå och följa utfallet av de åtgärder som klienten eller patienten har erbjudits, dvs. bedöma om åtgärderna har hjälpt honom eller henne att minska eller bli kvitt sitt missbruk. Testen är också viktiga när man vill göra utvärderingar av olika åtgärders effekter.

Det finns dock behov av bättre och säkrare metoder för att bedöma en klients eller patients problem och hjälpbehov inom både socialtjänsten och sjukvården. Det är också uppenbart att förutsättningarna att genomföra metoderna är olika p.g.a. av de skillnader som präglar olika slags organisationer. Biologiska test bör i princip användas av sjukvårdspersonal medan psykosociala test som i vissa fall kan användas mera allmänt ibland kräver utbildning för utförande och analys.

Det finns flera skäl till att intresset för kvalitetssäkrade och standardiserade biologiska och psykosociala test har ökat. För klienten eller patienten innebär det en garanti för att bedömningen av problemet blir likartad oberoende av var man söker hjälp. Minskade ekonomiska resurser med ökade effektivitetskrav som följd och bättre tillgång till kunskap om sådana metoder är andra skäl.

Det finns ett stort antal utländska, oftast amerikanska, psykosociala test för att upptäcka och bedöma missbruk av alkohol, men endast ett mindre antal av dessa finns på svenska och är kvalitetssäkrade för svenska förhållanden. Antalet test för missbruk av andra beroendeframkallande medel än alkohol är ännu färre.

Den första frågan man bör ställa sig är om klienten eller patienten överhuvudtaget har ett missbruksproblem eller löper risk att få problem eller ta skada på grund av sina alkohol- eller narkotikavanor. Det blir då fråga om ett s.k. *binärt beslut*, dvs. ett beslut med endast två alternativ (t.ex. ”ja” eller

”nej”). I dessa situationer fyller s.k. *riskmarkörer* eller *missbruksmarkörer* sin uppgift. När riskbeteende eller missbruksproblem konstaterats blir den andra frågan aktuell, nämligen vad problemens karaktär och svårighetsgrad är. I dessa situationer behövs fler uppgifter och här fyller diagnostiska metoder och test sin uppgift.

Varje människa är unik. Det gäller självklart även personer med missbruksproblem. För att kunna planera ett behandlingsprogram och välja rehabiliteringsinsatser måste man därför ta hänsyn till de särskilda förhållanden som utmärker varje människa för att kunna bedöma dennes behov. Det är klientens eller patientens behov som avgör val av behandlingsinsats.

Resultatmätning behövs även när man ska *återkoppla* resultaten till klienten eller patienten. Återkopplingen bjuder in klienten eller patienten i behandlingen och gör grunderna för besluten tydligare och mer öppna. Den svarar inte bara mot kravet att informera klienterna eller patienterna utan är också motivationsskapande och kan i vissa sammanhang ses som första steg i missbruksbehandlingen.

Ibland kan t.o.m. en sådan information vara tillräcklig för att minska en riskabel alkohol- eller narkotikakonsumtion. Forskning visar att sådan återkoppling (*feedback*) för vissa missbrukargrupper kan vara lika effektivt som mer omfattande behandlingsinsatser.

För att sedan avgöra om en behandlingsinsats lett till önskat resultat när man följer upp en klient eller patient efter behandlingens avslutande, måste man ha en utgångspunkt att jämföra med. Mätningar samt jämförelser av behandlingsresultat kan ge sakliga argument för fördelning av ekonomiska och personella resurser.

Slutligen möjliggör och underlättar användning av standardiserade biologiska och psykosociala test kommunikationen såväl mellan olika vårdgivare som inom samhällssektorer.

Det kan emellertid vara svårt att välja rätt bland olika test. Det underlättar därför om man är klar över syftet varför man testar och vilken typ av uppgifter man behöver samla in som underlag för beslut. Därtill behövs naturligtvis kunskap om olika test och dessas användningsområden. Utredningar för att bedöma individens hjälpbehov kostar pengar i form av tid och kompetens. Därför bör man ligga på ”rätt nivå” och varken samla in för mycket eller för litet information med hänsyn till omständigheter och behov.

Krav på testen

Testen ska ha en dokumenterad

- reliabilitet (tillförlitlighet)
- validitet (användbarhet)
- sensitivitet (hitta sant positiva fall)
- specificitet (hitta sant negativa fall).

Två huvudkrav kan ställas på biologiska och psykosocialt test för att upptäcka alkohol- eller narkotikaproblem hos en individ samt bedöma svårighets-

hetsgraden på problemet, nämligen att de har en dokumenterad *reliabilitet* (tillförlitlighet) och *validitet* (användbarhet).

För att ett test ska bedömas som tillförlitligt ska det för det första mäta rätt, det ska ha en hög precision i mätningen. Detta kallas för reliabilitet och brukar definieras som ett mätinstruments förmåga att ge samma resultat vid upprepade mätningar.

För det andra ska testet mäta rätt saker (s.k. validitet). En bra och rätt graderad tumstock ger säkert samma resultat då man använder den för upprepade mätningar av en och samma timmerstocks längd men är ändå värdelös då man istället vill uppskatta vikten, dvs. väga stocken. Tumstocken saknar i detta sammanhang relevans.

Validiteten kan aldrig vara bättre än reliabiliteten, dvs. mätnoggrannheten anger taket för relevansen. Har man ingen mätnoggrannhet är inte testet speciellt relevant för sitt ändamål. Å andra sidan innebär inte hög mätnoggrannhet (reliabilitet) automatiskt att testet är relevant för sitt ändamål.

Anta att man har en tumstock som mäter exakt och ger samma resultat vid flera upprepade mätningar av samma objekt men att man vill mäta längden på en bräda men hela tiden mäter bredden. Man har då mycket hög mätnoggrannhet (reliabilitet) men ingen relevans (validitet) alls eftersom man mäter fel egenskap, nämligen bredd i stället för längd.

Vissa test leder till binära beslut, t.ex. narkotikaanalyser av urin eller den vanligaste användningen av AUDIT (ett psykosocialt test som beskrivs senare i kapitlet). Då uttrycks validiteten ofta i två olika egenskaper. Den ena avser testets förmåga att hitta s.k. sant positiva fall (*sensitivitet*). Med detta avses t.ex. att identifiera alla personer som verkligen har ett missbruk. Den andra egenskapen avser testets förmåga att gallra bort s.k. sant negativa fall (*specificitet*), dvs. personer som inte har ett missbruk eller beroende.

Siffervärdet för sensitivitet och specificitet påverkas av hur pass avancerade problem de klienter eller patienter som undersöks har. Om endast lätta och tidiga fall ingår i gruppen blir sensitiviteten lägre än om bara svåra fall ingår.

Felkällor och hot mot god kvalitet vid testning

En förutsättning för att rätt beslut tas vid användning av ett test är att man har kännedom om lämpliga alternativa test av god kvalitet. Detta innebär att insamlade klient- och patientuppgifter är tillförlitliga, riktiga och trovärdiga.

Det finns en rad olika felkällor i den här typen av mätningar och testresultat som kan leda till försämrad tillförlitlighet och felaktiga bedömningar och slutsatser som följd. Dessa felkällor måste man försöka eliminera så långt som möjligt.

- Vissa felkällor kan bero på klienten eller patienten. Han eller hon kan vara berusad, lida av svår abstinens eller vara motoriskt orolig så att varken utandningsprov, blodprov eller urinprov kan tas. Han eller hon kanske inte förstår eller missuppfattar frågorna i ett självskattningsformulär. Personer med narkotikamissbruk har ibland så sönderstuckna vener att blodprovstagning för medicinsk bedömning är omöjlig. Klienten eller patienten kan också vara allvarligt nedstämd,

omotiverad eller ha olika stereotypa sätt att besvara frågor på. Detta innebär t.ex. att man har en allmän tendens att svara ”ja” på frågorna i ett frågeformulär, ”ja-sägartendens”, eller att man är mån om att framställa sig själv i så positiv dager som möjligt. Det kan också finnas anledning för individen att medvetet försöka manipulera testresultaten genom att fuska med urinprov eller att inte besvara frågor sanningsenligt.

- Det förekommer också fel som beror på själva testen. För de biologiska testen är detta numera ett mindre problem eftersom flertalet laboratorier som utnyttjas är ackrediterade enligt SWEDAC:s⁸ bestämmelser vilket garanterar rätt rutiner för provtagning och analyser och rätt mätmetod. För de psykosociala testmetoderna, åtminstone de som ännu inte standardiserats, kan det finnas lokala skillnader i Sverige. Detta kan t.ex. bero på att reglerna för administration (instruktioner, utförande m.m.) och poängsättning är oklara eller att bruksanvisning över huvud taget inte finns. Andra fel kan bero på att frågorna är oklara och därför svåra att besvara, särskilt för personer som inte behärskar svenska språket.
- Även faktorer hos provtagaren, testledaren eller bedömaren kan äventyra resultaten. Det är nödvändigt att vederbörande har tillräcklig utbildning för provtagning och testning och att tydliga rutiner finns. Andra, för klienten och patienten, iakttagbara egenskaper hos testledaren eller intervjuaren påverkar också resultaten (testledar- respektive intervjuarbias), något som man måste ta hänsyn till vid utförandet av psykosociala test. Unga intervjuare får troligen andra resultat än äldre, kvinnor annorlunda resultat än män osv. När man vill jämföra resultat av psykosociala test hos samma individ vid två eller flera olika tidpunkter för att studera effekten av givna insatser är det därför önskvärt att intervjuarna eller testledarna är desamma vid varje tillfälle. I varje fall får de inte vara alltför avvikande från varandra i för klienten eller patienten iakttagbara egenskaper.

Vid bedömning av kvaliteten hos de psykosociala testen är följande fem faktorer av stor vikt:

1. Testmetoden ska finnas i en svensk version.
2. Det ska finnas en svensk manual eller bruksanvisning som beskriver testet samt hur det administreras, poängsätts och utvärderas.
3. Den svenska versionen ska ha tillfredställande reliabilitet.
4. Den svenska versionen ska ha tillfredställande validitet.
5. Det ska finnas lämpliga svenska normer eller referensvärden.

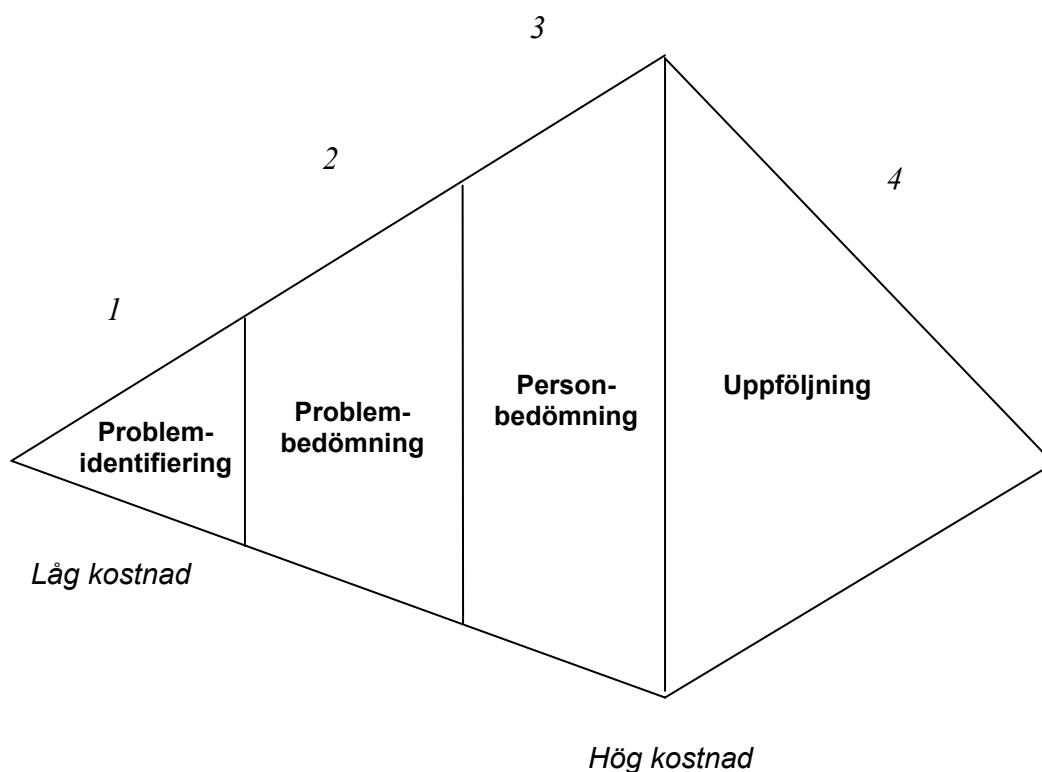
Minimikravet för att kunna rekommendera en psykosocial testmetod för allmänt bruk är att åtminstone de tre första kvalitetskraven är uppfyllda. Vad gäller övriga krav hänvisas till faktadokumentet.

⁸ Styrelsen för teknisk akreditering och kontroll.

Modell för datainsamling och utredning av missbruksproblem

En modell för datainsamling och utredning som i stort ansluter sig till den som presenteras i kapitel 3 visas nedan. Den är lämplig som styrinstrument för val av undersökningsmetod. Modellen visar att ju längre åt höger från steg 1 man kommer, desto kostsammare blir testmetoderna när det gäller tidsåtgång och kompetenskrav för den som ska använda metoderna (ofta med undantag för steg 4).

Alla metoderna bör vara kvalitetssäkrade för att kunna ge tillförlitliga resultat och därigenom ett korrekt underlag för behandlingsplanering eller andra åtgärder och beslut. De biologiska testen är genom sin karaktär i första hand aktuella i steg 1 som är *identifiering* och steg 4 som är *uppföljning* och i viss omfattning även i steg 2 som är *problembedömning*. I steg 3 – *personbedömning* – torde endast psykosociala test vara aktuella.



Figur 1. En utrednings- och bedömningsmodell i fyra steg för missbrukssammanhang.

I *steg 1* gäller endast identifiering av ett möjligt tillstånd med hjälp av ett kort screeningtest eller en markör. Ett syfte kan t.ex. vara att identifiera personer som sannolikt har alkoholproblem eller riskabla alkoholvanor alternativt använder narkotika. Samtidigt avfärdas de som i testen inte visar sig ha ett sådant riskbeteende eller sådana problem från fortsatt utredning.

Steg 2 avser en problembedömning, dvs. att närmare utreda det identifierade tillståndet (om gränsvärdet för riskfri konsumtion överskreds i steg 1) med hjälp av diagnostiska test. Det kan också vara frågan om att närmare utreda graden av problem och hjälpbehov hos personer som redan bedömts

ha missbruksproblem. I detta ingår bl.a. att ställa diagnos, t.ex. alkoholberoende, med hjälp av fler och mer djupgående frågor än i steg 1.

När man lägger upp en behandlingsplan är det dock inte bara ett missbruks- eller beroendeproblem som ska åtgärdas eller behandlas utan en hel människa med sina unika egenskaper, förutsättningar och behov. *Steg 3* omfattar en sådan bedömning av en rad olika sociala, medicinska och psykologiska förhållanden.

Det sista steget i kedjan, *steg 4*, omfattar en uppföljning av klienten eller patienten, dvs. man tar reda på om insatta hjälpinsatser eller behandlingsåtgärder lett till positiva resultat jämfört med utgångsläget. Detta gäller på både individuell nivå, ifråga om uppföljning och kontroll av vårdresultat, och på gruppnivå, i samband med kvalitetssäkring av olika behandlingsmodeller.

Problemidentifiering

Biologiska test för alkohol

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- För att identifiera ett pågående eller nyligen avslutat alkoholintag, kan mätning av etanol i blod eller urin eller i utandningsluft med kvalitetssäkrad utrustning användas.
- För att påvisa aktuellt alkoholintag under senaste dygnet eller dyggen, men där etanol inte längre kan påvisas är mätning av EtG, EtS eller 5-HTOL i urin användbar.
- För att identifiera ett långvarigt, högt alkoholintag (riskkonsumtion eller missbruk), kan en kombination av Biologiska test, i första hand CDT och GT, användas.
- För att identifiera långvarig alkoholkonsumtion kan även ASAT, ALAT och MCV användas. Eftersom dessa test visar utslag av andra orsaker än alkohol, måste det vid en bedömning tas hänsyn till annan information, speciellt om icke alkoholrelaterade leversjukdomar (gäller samtliga tre test), läkemedelsbehandling (ASAT och ALAT) samt blod- och näringsbrist och rökning (MCV).

Sammanfattningsvis kan sägas att dagens rutintest för alkohol, (etanolanalys) samt markörer för skador på olika kroppsorgan (organskada, t.ex. leverprov), endast täcker in alkoholbrukets ytterligheter. Den ena ytterligheten är ett enstaka konsumtionstillfälle (intag) som ligger mycket nära i tiden (de senaste timmarna före testning eller provtagning). Den andra ytterligheten är de ”kroppsliga förändringar” som uppkommer först efter långvarig överkonsumtion av alkohol.

Följaktligen finns ett stort behov av känsligare och träffsäkrare test som gör det möjligt att påvisa ett enstaka alkoholintag som ägt rum relativt lång tid före provtagningen (jämför med narkotikatestning). Men man vill också kunna upptäcka riskabel långvarig överkonsumtion av alkohol (*riskkonsumtion*) på ett tidigt stadium.

Mätning av alkohol i kroppen

Den vanligaste metoden för att upptäcka om en person nyligen har konsumerat alkohol är att mäta förekomsten av alkohol (etanol) i kroppen, en s.k. etanolanalys.

Etanolanalys har en hög känslighet enbart i ett kort tidsperspektiv. För även om alkoholtest i allmänhet anses vara mycket tillförlitliga när det gäller att påvisa förekomst av måttliga till större mängder alkohol (etanol) i kroppen, är det en nackdel att alkoholen (etanolen) försvinner ganska fort ut ur kroppen. Mätningen måste därför göras ganska nära inpå konsumtionstillfället, speciellt om konsumtionsvolymen är låg. Hos de flesta individer förbränns alkoholen (etanolen) med en hastighet av 0,15–0,20 promille per timme, vilket följaktligen innebär att en person kan ha en blodalkoholhalt (blod-etanolhalt) som överstiger 1,5 promille på kvällen och ändå inte ha någon påvisbar blodalkoholhalt (blod-etanolhalt) nästa morgon.

Provet kan tas från utandningsluft, blod, urin, saliv och svett. En fördel med saliv och utandningsprov är att provtagningen är förhållandevis enkel, medan insamling av blod- och urinprov kräver tillgång till såväl sjukvårdspersonal som lämplig lokal.

Bestämning av etanolhalt i kroppen sker i laboratorium med s.k. gaskromatografisk (GC) metodik, som kan mäta låga nivåer med god precision, eller med s.k. spektrofotometrisk ADH-metod.

Provet blir ofta negativt (alkohol inte påvisbar) om etanolkoncentrationen är lägre än 3–5 mmol/L (ca 0,15–0,24 promille). Beroende på ansamling av urin i urinblåsan under ett antal timmar kan alkoholen vanligen påvisas något längre tid i urin än i blod och utandningsprov.

Det finns många olika utandningsapparater på marknaden, allt ifrån enkla och billiga varianter till sofistikerade bevisinstrument. Generellt kan sägas att de enklare instrumenten är mindre tillförlitliga, speciellt vid låga promillehalter samt ofta känsligare för störande omgivningsfaktorer (t.ex. låg temperatur) och brister i hanteringen (variabel utblåshastighet och blåsavstånd).

Analys av etanol i blod eller urin utförs vid de flesta laboratorier och analyskostnaden är ca 50 kr för blod och billigare för urin.

Mätning av kroppens reaktion på intag av alkohol

Nedbrytningsprodukter av etanol, och flera olika biokemiska förändringar i kroppen som uppkommer till följd av alkoholkonsumtion, kan användas för att påvisa pågående och tidigare bruk och missbruk av alkohol.

Akutmarkörer om alkoholen försvunnit ur kroppen – EtG, EtS och 5-HTOL

Det finns test som kan påvisa om en person har konsumerat alkohol under det senaste dygnet eller dygnen, även när etanolen redan har försvunnit ur kroppen. Dessa test är

- etylglukuronid (EtG)
- etylsulfat (EtS)
- 5-hydroxitryptofol (5-HTOL).

Dessa test mäts vanligen i urinprov. EtG och EtS är båda nedbrytningsprodukter av etanol som bildas till mycket liten andel (< 0.5 procent) från den alkohol som konsumeras. 5-HTOL är en normal nedbrytningsprodukt av signalsubstansen serotonin. Vid förbränning av etanol i kroppen förändras nedbrytningsmönstret för serotonin, varvid halten av 5-HTOL ökar kraftigt.

Gemensamt för EtG, EtS och 5-HTOL är att dessa kan påvisas under betydligt längre tid än etanolen själv. Förekomst av EtG och EtS, och en förhöjd nivå av 5-HTOL (uttrycks som en kvot mot 5-HIAA), kan mätas i urinprov redan inom 1 timme efter varje enskilt alkoholintag och förblir mätbara ända upp till ett (5-HTOL) eller ett par (EtG och EtS) dygn efter intaget, beroende på alkoholdos.

Den enda kända orsaken till en förhöjd 5-HTOL/5-HIAA-kvot förutom alkohol är behandling med disulfiram⁹ (Antabus).

EtG, EtS (mäts samtidigt) och 5-HTOL/5-HIAA mäts i urinprov och analyserna utförs i dag endast vid Alkohollaboratoriet vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Kostnaden per analys (EtG + EtS eller 5-HTOL/5-HIAA) är ca 300 kr.

Långvarig överkonsumtion av alkohol – CDT

Förhöjda CDT-värden (Carbohydrate-Deficient Transferrin) uppstår ofta efter regelbunden, men inte nödvändigtvis daglig, hög alkoholkonsumtion under minst ett par veckors tid. Vid total avhållsamhet från alkohol återgår ett förhöjt CDT-värde till det normala inom 2–4 veckor eller något längre tid. Hos vissa alkoholmissbrukare noteras dock endast en måttlig höjning av CDT-värdet i samband med överkonsumtion av alkohol, och hos några ses ingen förändring alls.

Långvarig överkonsumtion av alkohol leder till en förändring i kolhydratinnehållet hos transferrin och ökar andelen glykoformer med lågt kolhydratinnehåll. Det gör CDT till en mycket mera specifik alkoholmarkör än de traditionella markörerna för organskada (t.ex. GT). Det beror alltså på att förändringen i kolhydratinnehållet är kopplat till långvarig överkonsumtion av alkohol, och inte till leverpåverkan.

Det finns ingen köns- eller åldersskillnad i CDT-värdet och den enda reella orsaken till falskt positiva eller negativa provsvar är genetiska transferinvarianter. Sensitiviteten för alkohol är likvärdig med eller högre än dagens rutinmetoder.

CDT mäts som relativ delmängd (procent CDT) i blod (serum) och analysen finns tillgänglig vid de flesta större laboratorier. Några olika analysmetoder är i bruk varför referensintervallet kan variera mellan olika laboratorier. Analyskostnaden ligger mellan 100 och 200 kronor.

Långvarig överkonsumtion av alkohol – GT

Vid leverpåverkan (t.ex. fettlever, gallproblem och alkoholmissbruk) stiger GT-aktiviteten (γ -Glutamyltransferas) i blod (serum). Därför har GT kom-

⁹ Används vid återfallsprevention. Se vidare kapitel 5.

mit att användas som en markör för alkoholorsakad vävnadsskada som ofta uppkommer efter långvarig överkonsumtion.

GT är ett enzym som är inblandat i tillverkningen av byggstenar för äggviteämnen (aminosyror) och återfinns i levern men även i andra organ. Halveringstiden för GT är 2–3 veckor och vid avhållsamhet från alkohol återgår GT-värdet till det normala inom en månad eller något längre tid.

Eftersom en ökning i GT-aktiviteten ses vid generell organpåverkan och inte enbart vid leverskada orsakad av hög alkoholkonsumtion, har testet ingen hög specificitet som alkoholmarkör.

Hos personer med redan diagnostiserade alkoholproblem kan dock GT fungera bra vid uppföljning av behandling. Fördelarna med GT är att testet är allmänt tillgängligt och billigt och dessutom är orsakerna till förhöjda värden, förutom alkohol, oftast välkända.

Skilda referensintervall används för kvinnor och män och hänsyn ska även tas till åldern. Efter en nyligen genomförd nordisk harmonisering (NORIP) har nya referensintervall införts för flera vanliga laboratorieprov, inklusive GT.

GT mäts i blod (serum eller plasma) med s.k. spektrofotometrisk metod och analysen finns tillgänglig vid de flesta rutinlaboratorier. Kostnaden är ca 10 kr.

Långvarig överkonsumtion av alkohol – MCV

Bestämning av de röda blodkropparnas (erytrocyternas) medelvolym MCV (Mean corpuscular volume) ingår vid rutinemässig bestämning av olika blodvärden (blodstatus). Förstorade röda blodkroppar (makrocytos) ses ofta i samband med långvarig överkonsumtion av alkohol. MCV har därför kommit att användas som ett rutintest för missbruk av alkohol.

MCV har måttlig sensitivitet som alkoholmarkör. Det tar lång tid för MCV att normaliseras vid avhållsamhet från alkohol.

MCV har måttlig specificitet som alkoholmarkör. Förutom i samband med långvarig överkonsumtion av alkohol kan makrocytos ses vid icke alkoholrelaterade leversjukdomar, blodbrist (anemi) och vitaminbrist (folatbrist).

MCV mäts i färskt (inom 24 timmar) blod. Analysen finns tillgänglig vid de flesta rutinlaboratorier. Analyskostnaden är ca 10 kr.

Kroniskt alkoholmissbruk – ASAT och ALAT

Analys av ALAT och ASAT används som alkoholmarkör för att indikera leverskada som ofta uppkommer efter kroniskt alkoholmissbruk. Förutom alkohol finns dock flera kända orsaker till förhöjda ASAT- och ALAT-värden, t.ex. icke alkoholrelaterade leversjukdomar och läkemedelsbehandling. Det finns därför en risk för falskt positiv identifiering av alkoholmissbruk med dessa test.

I likhet med GT används ofta ASAT (aspartataminotransferas) och ALAT (alaninaminotransferas) som screeningtest för leverfunktion i samband med hälsoundersökning och som rutinmarkörer för vävnadsskada vid alkoholmissbruk. Halveringstiden (dvs. den tid det tar för koncentrationen av ett ämne att halveras) för ASAT och ALAT i blodbanan är kort (dygn) men

eftersom båda testen är resultatet av organskada tar det oftast lång tid (veckor–månad) för värdena att återgå till det normala vid total avhållsamhet från alkohol.

ALAT och ASAT är enzym som är inblandade i tillverkningen av byggstenar för äggviteämnen (aminosyror). ALAT finns framför allt i levern medan ASAT även finns i hjärta och skelettmuskulatur.

ASAT och ALAT mäts i blod (serum eller plasma) med s.k. spektrofotometrisk metod och analysen finns tillgänglig vid de flesta rutinlaboratorier. Analyskostnaden är ca 10 kr per styck.

Psykosociala test för att upptäcka ett alkoholproblem

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- För identifiering av alkoholproblem med psykosocialt test tillgodoser såväl AUDIT som MAST högt ställda kvalitetskrav. AUDIT har en större spridning. Detta instrument kan användas både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt inom kriminalvården. Som gränsvärden har man satt 8 poäng för män och 6 poäng för kvinnor. Högre poäng bör föranleda kort rådgivning alternativt fortsatt utredning.

I kunskapsunderlaget redovisas endast två testmetoder som bedömts ha tillräcklig hög kvalitet för att kunna användas i reguljär verksamhet, nämligen AUDIT och MAST.

Upptäcka riskabla alkoholvanor – AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) används för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor eller alkoholproblem. Testet är känsligt för förändringar i klientens eller patientens ”alkoholbeteende”, särskilt de tre konsumtionsfrågorna tar upp detta.

AUDIT är ett enkelt och snabbt psykosocialt test av screeningkaraktär. Det är användbart inom en rad olika områden, t.ex. somatisk och psykiatrisk sjukvård, socialtjänst och kriminalvård. AUDIT är väl lämpat för återkoppling av testresultatet till klienten eller patienten genom tillgången på jämförelsedata från befolkningen.

Testet har blivit populärt i många länder. Den svenska versionen av AUDIT har använts i Sverige i drygt 10 år och är kvalitetssäkrad. En utförlig svensk manual finns. De senaste åren har testet fått stor spridning i landet.

AUDIT finns både i enkät- och intervjuform. Enkäten fyller klienten eller patienten själv i på papper eller dator. Tio frågor ingår, tre om alkoholvanorna, inklusive intensivkonsumtion och berusningsdrickande, tre om tecken på beroende enligt DSM-IV-diagnostik, samt fyra frågor om alkoholrelaterade problem eller skador. Det tar max 5 minuter att besvara frågorna i enkätversionen.

AUDIT är inte mönsterskyddat och får därför användas fritt, men man bör inte göra några ändringar i den officiella och certifierade svenska versionen. Rättningen tar ca 2 minuter och kan göras manuellt.

Vid resultat som överskrider gränsvärdena minst 8 poäng för män och 6 poäng för kvinnor rekommenderas fortsatt utredning. Om poängtalet dock inte är allt för högt kan kort rådgivning påbörjas direkt.

Endagsutbildning i användningen av AUDIT inklusive återkoppling av resultaten och kort rådgivning ("motivational interviewing") anordnas. Kompetenskrav vid användning av AUDIT är kunskap om testformulär och felkällor vid självskattningsteknik. Om återkoppling till klienten eller patienten ska göras behövs även kunskap om alkoholmissbruk och hur man återkopplar resultaten till klienten eller patienten.

AUDIT är dock så pass lätt att använda att någon specialutbildning knappast behövs för enbart testning. För kvalificerad återföring av resultaten som led i kort rådgivning eller som inledning till en behandlingsprocess krävs dock utbildning. Den svenska manualen kostar ca 150 kr. Kostnad för utbildningen är ca 3 000 kr per person.

Upptäcka alkoholrelaterade problem någon gång under livet – MAST

MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) är ett av de internationellt mest spridda testen för att identifiera alkoholmissbrukare. Ursprungsversionen av testet innehåller 25 frågor som ger en snabb och effektiv identifiering av personer som någon gång under livet haft alkoholrelaterade problem.

Testet är mindre lämpat för att mäta förändringar jämfört med AUDIT. I Sverige har framförallt den förkortade s.k. *Malmö-MAST* använts (Malmö modification of the brief MAST, MM-MAST) där tio frågor ingår.

MM-MAST finns i enkät- och intervjuform. Enkäten fyller klienten eller patienten själv i på papper eller dator. Tio frågor ingår som besvaras på ca 5 minuter. Testet är inte mönsterskyddat och kostar inget att använda. Endast nej- eller ja-svar avges. Dessa poängsätts manuellt med 0 respektive 1 poäng. Poängsättningen tar ca 2 minuter och som gränsvärde rekommenderas 2. Högre poäng ger anledning till fortsatt utredning.

Villkor för användning är kunskap om testformulär och vid de tillfällen då återkoppling av resultaten till klienten eller patienten ska göras krävs även kunskap om alkoholmissbruk.

Biologiska test för narkotika

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- För att identifiera narkotikaintag kan urinprov användas.
- Urinprov kan tas vilken tid som helst under dygnet och tas som enskilda prov (inte sammanslagning av flera prov som tagits vid olika tidpunkter). För säkra resultat krävs noga handhavande, som beskrivs i Socialstyrelsens meddelandeblad "Narkotikatest av urin inom hälso- och sjukvården" (41).
- Snabbtest (remsa för urinprov) för att upptäcka förekomst av narkotika är osäkrare. Dessa ska inte användas för beslut om olika åtgärder som innebär inskränkningar i klientens eller patienters frihet eller olika behandlingsalternativ. Testresultaten måste bekräftas antingen av klienten eller patienten eller genom laboratorieanalyser.

Användningen av narkotikatest i beroendevården är omfattande och har i nuvarande utformning förekommit i över 25 år. Erfarenheten har visat att sådana test är effektiva och värdefulla komplement i många situationer, t.ex. när det gäller identifikation och behandling. De flesta sjukhuslaboratorier utför narkotikatest.

Användandet är numera spritt även utanför sjukvården, t.ex. inom social- och kriminalvård, på arbetsplatser och skolor. Under senare tid har patient-nära narkotikatest, s.k. *snabbtest*, blivit allt vanligare vilket ytterligare ökat tillgänglighet och användning.

En anledning till den omfattande användningen av narkotikatest är att de är lätta att genomföra (urinprov) och förhållandevis billiga. Analysen av urin kostar ca 30–50 kr per substans grupp (narkotikatyp). Med s.k. antikroppsbaseade immunokemiska reagens kan en stor mängd prover snabbt analyseras.

Dock är denna analys (*screening*) inte helt säker när det gäller positiva utfall (se sid. 4), varför en ytterligare analys oftare behöver utföras (s.k. *verifikation*). Denna utförs med avancerad s.k. masspektrometrisk teknik, vilket ger ett helt säkert resultat när det gäller såväl identitet som halt av substansen. Kostnad för verifikation är 200–400 kr per substansgrupp (narkotikatyp).

Som tillägg till det säkra analysresultatet behöver man ofta komplettera med en farmakologisk och medicinsk tolkning, då andra orsaker till ett positivt resultat än missbruk av narkotika kan förekomma.

Det förekommer fusk och manipulationer vid narkotikatest. Det är därför viktigt att varje beställare av narkotikatest i urin vet vad som står i Socialstyrelsens Meddelandeblad (41). Där finns bl.a. uppgifter om åtgärder som behövs för att säkra riktig provtagning (*chain-of-custody*). Vidare anges där vad som gäller när det handlar om information och samtycke, provtagning på underåriga och om hälso- och sjukvårdspersonal ska delta i provtagningen.

Test för att upptäcka olika typer av narkotika

För vidare information om de ämnen i respektive narkotikatyp som mäts samt mätmetoder hänvisas till faktaunderlaget.

Cannabis – THC

Det huvudsakliga farmakologiskt aktiva ämnet i cannabis är THC (tetrahydrocannabinol). Den dominerande nedbrytningsprodukten är THCKarboxylsyra som utsöndras i urinen och är specifik för cannabisintag. Påvisande av enstaka cannabisintag kan därför göras med stor säkerhet med ett narkotikatest av urin. Enstaka sporadiska intag är inte möjliga att upptäcka i mer än 2–3 dagar efter intaget. Provtagning oftare än 3 gånger per vecka är inte nödvändig.

Heroin och morfin – 6-monoacetylmorfin

Heroin bryts snabbt ner i kroppen i två steg till 6-monoacetylmorfin och morfin. Morfinet utsöndras ur kroppen långsammare och ett heroinintag kan spåras genom förekomst av morfin och dess s.k. konjugerade former i urinen. Enstaka sporadiska intag kan upptäckas i ca 2–4 dagar efter intaget. Provtagning oftare än 3 gånger per vecka är därför inte nödvändigt.

Förtäring av vallmofrön från bröd kan orsaka att morfin förekommer i urinen under en kort tid efter intaget. Detta gör att man i vissa fall måste ta hänsyn till annan information vid en bedömning. Man kan skilja ut heroinintag från morfin och kodein genom en förfinad analys.

Amfetamin

Både amfetamin och metamfetamin utsöndras till stor del kemiskt oförändrad i urinen. Metamfetamin omvandlas delvis till amfetamin. Ett intag av amfetamin eller metamfetamin spåras därför genom en analys av dessa substanser i urin.

Enstaka sporadiska intag kan upptäckas inom en tidsrymd upp till ca 2–4 dagar. Provtagning oftare än 3 gånger per vecka är därför inte nödvändig. Dock kan vissa läkemedel påverka resultaten varför uppgifter om eventuell medicinering är väsentliga.

Kokain – bensoylekgonin

Kokain bryts ned i kroppen till två s.k. primära nedbrytningsprodukter (metaboliter), bensoylekgonin och ekgoninmetylester, som vidare bildar ekgonin. Förekomst av bensoylekgonin i urin används för att påvisa ett kokainintag.

Enstaka sporadiska intag kan upptäckas i högst 1–3 dagar efter intag. Provtagning oftare än 3 gånger per vecka är sällan nödvändig. Påvisande av bensoylekgonin i urin innebär att kokain säkert intagits, men 2 dygn efter intag är sensitiviteten låg, dvs. man missar en del individer som använt kokain tidigare än så.

Övriga substanser

En lång rad missbrukade preparat förutom de ovan nämnda kan påvisas vid narkotikatest av urin. Man kan upptäcka ecstasy (MDMA/MDA), dextropropoxifen, LSD, metadon, GHB, vissa ecstasyliknande s.k. designerdroger, tryptaminer, buprenorfin, kathinon (som finns i Kath), meprobamat, barbiturater, vissa läkemedelsregistrerade opiater och zopiklon och zolpidem (sömnmedel).

Upptäcktstiden efter intag för denna samlade grupp av preparat är mindre väldokumenterad men är sannolikt från en till fyra dagar. Urintest kan med stor säkerhet användas för att påvisa ett intag, men kräver hög kompetens både för analys och tolkning. Eventuell medicinering måste vara väl dokumenterat.

Psykosociala test för att upptäcka narkotikaanvändning

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- För identifiering av narkotikakonsumtion och narkotikaproblem med psykosocialt test är DUDIT det enda etablerade. När gränsvärdena överskrids går man vidare i utredningen med DUDIT-E.

Upptäcka narkotikaanvändning – DUDIT

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) utvecklades som ett svenskt parallellinstrument till AUDIT för identifiering av personer med riskabla och skadliga narkotikavanor eller narkotikarelaterade problem.

DUDIT (se bilaga 2) innehåller fyra frågor om narkotikavanor, tre frågor om narkotikaberoende och fyra frågor om narkotikarelaterade problem. Frågorna har motsvarande frågor i AUDIT som utgångspunkt. DUDIT kan ges som en enkät eller intervju. Enkäten fyller klienten eller patienten själv i på papper eller dator.

Testet innehåller 11 frågor och maximalt kan 44 poäng fås och tar 4–7 minuter. DUDIT är mönsterskyddat men får användas kostnadsfritt. Rättningen av formuläret kan göras manuellt på någon minut. Som gränsvärde föreslås 6 poäng för män och 2 poäng för kvinnor. När dessa gränsvärden överskrids rekommenderas att man går vidare i utredningen med DUDIT-E (se nedan). Ur legal synpunkt är dock all användning otillåten, varför alla klienter och patienter med poäng över noll på DUDIT ska utredas vidare.

Frågorna avser både den aktuella situationen och det senaste året eller åren. DUDIT är således känsligt för förändringar i klientens och patientens narkotikaanvändning och narkotikaproblem över tid, särskilt de fyra konsumtionsfrågorna. Testet är användbart inom en rad olika verksamheter, t.ex. somatisk och psykiatrisk sjukvård, socialtjänst och kriminalvård.

Det finns såväl en svensk- som en engelskspråkig manual. Instrumentet lämpar sig väl för att ge återkoppling av resultaten till klienter och patienter och kontinuerligt stöd för användare kan ges. Utbildning i användning av DUDIT liksom även återkoppling av resultatet till klienten eller patienten ges.

Man kan även hämta testblanketten från Beroendecentrums hemsida www.beroendecentrum.com (Stockholm läns landsting).

DUDIT är kvalitetssäkrat när det gäller mätnoggrannhet, relevans och användbarhet. Validiteten och definitiva gränsvärden för positiva fynd är inte lika väl underbyggda och dokumenterade som för AUDIT. Testet har alltså god men aningen lägre evidensgrad än AUDIT och möjligheterna till internationella resultatjämförelser ännu inte är lika goda.

Något alternativ till DUDIT finns inte i Sverige. Testet kan med fördel kombineras med AUDIT.

Att bedöma problemets svårighetsgrad

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- För bedömning av svårighetsgrad när det gäller alkoholrelaterade problem kan en kombination av Biologiska test och psykosocialt test användas. Som Biologiska test är en kombination av CDT och GT speciellt användbar. Som psykosocialt test kan AUDIT användas som rutin inom socialtjänst, primär- och kriminalvård, medan det för bedömning inom specialistvården kan det vara bättre med ett mer avancerat test, t.ex. AVI-R2.
- För bedömning av svårighetsgrad vad gäller narkotikamissbruk finns det psykosociala testet DUDIT-E.

Den redogörelse som hittills gjorts av olika test har haft som främsta syfte att beskriva metoder för identifiering av riskfylld eller skadlig alkohol- eller narkotikakonsumtion. I flera fall kan också dessa test utnyttjas för bedömning av problemets svårighetsgrad.

Biologiska test för att bedöma alkoholproblemets svårighetsgrad

Det finns i dag ett flertal direkta och indirekta alkoholtest och biologiska markörer som täcker olika konsumtionsmängder och konsumtionsmönster. Vilket eller vilka test som ska utnyttjas i respektive situation beror på en rad faktorer. Det som avgör är dock testets

- tillförlitlighet (sensitivitet och specificitet)
- syfte, dvs. antingen identifiera ett enskilt aktuellt intag eller långvarig överkonsumtion.

Av betydelse är även frågor om hur ofta provtagning ska och kan ske, om testet är allmänt tillgängligt, hur lång tid som kan accepteras samt kostnaden för analys.

Ett etanoltest visar om personen är påverkad av alkohol, medan 5-HTOL avspeglar ett intag som ligger nära i tiden. CDT-testet avslöjar riskkonsumtion och överkonsumtion av alkohol under de senaste veckorna till den senaste månaden, medan GT, ASAT, ALAT och MCV kan avslöja överkonsumtion (missbruk) under längre tid (veckor till månader).

Användning av biologiska alkoholmarkörer, enskilt eller i kombination, vid problembedömning är speciellt värdefull eftersom dessa är objektiva mått och det finns mycket liten, eller ingen, möjlighet att manipulera provet eller provresultatet. Vidare är Biologiska test kvantitativa vilket innebär att kraftigt förhöjda värden i allmänhet betyder stora problem.

Psykosociala test för att bedöma alkoholproblemets svårighetsgrad – AVI-R2

AVI-R2 (Alkoholvaneinventoriet, andra reviderade upplagan) är ett självskattningsformulär som vidareutvecklats i flera omgångar sedan åttiotalet. Det syftar till att ge en differentierad och standardiserad kartläggning av alkoholvanor, subjektiva skäl för drickandet och alkoholrelaterade komplikationer och problem, dvs. alkoholens roll i klientens eller patientens liv.

Testet innehåller frågor om personens alkohol- och narkotikavanor liksom subjektiva skäl till drickandet och olika medicinska och psykosociala alkoholrelaterade problem. Dessutom ingår några frågor om konsumtion av andra beroendeframkallande substanser, inklusive tobak och frågor om behandlingsmotivation m.m.

Testet bör inte användas för att identifiera personer med riskabla alkoholvanor eller alkoholproblem.

Totalt omfattar frågeformuläret 81 frågor. Testet är mönsterskyddat men får användas kostnadsfritt. En svensk manual finns. Att besvara frågorna tar ca 15 minuter och att rätta testet för hand ca 5 minuter. Att använda testet kräver ingen särskilt utbildning men tillgång till en manual är nödvändigt för korrekt poängsättning.

AVI-R2 kan användas såväl för att karakterisera enskilda klienter eller patienter som vid jämförelser mellan olika klient- och patientgrupper. Testresultaten kan med fördel återkopplas till klienten eller patienten som en del av behandlingsarbetet eftersom det är känsligt för förändringar i klientens eller patientens alkoholvanor.

Biologiska test för att bedöma narkotikaproblemets svårighetsgrad

När det gäller att bedöma narkotikaproblemets svårighetsgrad hos den enskilda individen finns det inga biologiska test utan man är hänvisad till psykosocialt test.

Psykosocialt test för att upptäcka narkotikaproblemets svårighetsgrad – DUDIT-E

DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test, modul E) är ett nykonstruerat svenskt diagnostiskt test för kartläggning av narkotikavanor och narkotikaproblem. Testet kan ge en djupare och bredare utredning.

Fyra delskalor ingår:

1. kartläggning av narkotikavanor
2. positiva effekter av narkotikaintag
3. negativa effekter av narkotikaintag
4. behandlingsmotivation.

Genom att frågorna underförstått gäller nuläget, är testet känsligt för förändringar i patientens förhållande till narkotika (narkotikastatus). Testet ger därför goda möjligheter att återkoppla resultatet till klienter eller patienter, och användarna har tillgång till kontinuerligt stöd.

Det finns inga liknande alternativa testmetoder i Sverige. Nyligen har en utbildning i DUDIT-E-användning startats. Metoden är rimligt kvalitetssäkrad men tillgång till bättre referens- och jämförelsedata vore önskvärt. Evidensgraden når inte riktigt upp till AUDIT:s men är i stort sett jämförbar med AVI-R2:s evidensgrad.

Utredning av hjälpbehov och dokumentation

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- För bedömning av den vuxne klientens eller patientens hjälpbehov kan något av instrumenten ASI eller DOK användas.
- ASI-intervjun är i första hand ett instrument för bedömning av klienters hjälpbehov.
- DOK utgör på individnivån ett underlag bl.a. för behandlingsplanering och uppföljning, men kan även användas som underlag för verksamhetsbeskrivning och kvalitetsutveckling.
- För bedömning av den unga klientens eller patientens hjälpbehov kan något av följande instrument användas: ADAD i Statens institutionsstyrelse (SiS) variant eller EuroADAD. SIS variant av ADAD är kvalitetstestad.
- MAPS kan användas som ett komplement till ASI och EuroADAD.
- För att använda ASI, DOK, ADAD eller MAPS krävs det en omfattande utbildning och helst även mer eller mindre kontinuerlig övervakning för att garantera tillförlitliga resultat.

Två metoder för bedömning av hjälpbehov

Det behövs breda (heltäckande) klient- och patientbedömningsinstrument för val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av klientens och patientens situation och behov. Kunskap om klientens och patientens situation och behov som baserats på uppgifter från standardiserade metoder har stort värde i det direkta klient- och patientarbetet.

Exempel på sådana bedömningsinstrument är ASI, DOK, ADAD och MAPS. Beslutsunderlagen blir överskådliga, tydliga och öppna för de enskilda individerna. Underlaget får på detta sätt också en likformig karaktär vilket är viktigt ur ett klient- och patientperspektiv.

Bedömning av hjälpbehov – ASI

ASI (Addiction Severity Index) fyller viktiga funktioner i det enskilda klient- och patientarbetet. Huvudsyftet är att bedöma klientens hjälpbehov. Intervjun ger en kartläggning av klientens situation och problem som kan ligga till grund för en bedömning av klientens hjälpbehov. Den kan också användas för den enskildes vård- och behandlingsplanering.

För verksamheter och enheter ger ASI-intervjun, om den genomförs med en viss systematik, beskrivningar av klient- och patientgrupper som kan användas som underlag för planering och beskrivningar av förbättringar.

Det ger i sin tur underlag för utvärdering och utveckling av insatser, resursfördelning m.m.

ASI-intervjuns reliabilitet och validitet har i ett stort antal nationella och internationella undersökningar bedömts som tillfredsställande. Resultaten varierar dock mellan olika klientgrupper varför de inte kan generaliseras. Det faller särskilt intervjuarskattningarna.

Det finns en svensk manual samt en handbok för ASI-användare. Kliniska referensmaterial finns och en normeringsstudie på normalbefolkning har påbörjats.

ASI-intervjun innehåller ca 180 frågor som täcker sju livsområden av betydelse för personer med missbruksproblem. Förutom frågor om alkoholanvändning och narkotikamissbruk ställs frågor om arbete och försörjning, familj och umgänge, brott och kriminalitet samt fysisk och psykisk hälsa. Därutöver ställs frågor om missbruk och psykiska problem i släkten.

Det finns en grundintervju och en uppföljningsintervju. I båda skattar såväl intervjuaren som klienten eller patienten problemtyngd och hjälpbehov inom vart och ett av de sju livsområdena. En van intervjuare genomför grundintervjun på ca 70 minuter och uppföljningsintervjun på ca 30 minuter. ASI-metoden är väl lämpad för återkoppling av resultaten till klienten eller patienten. Frågornas tidsperspektiv är de senaste 30 dagarna, 3 år tillbaka och hela livet. Känsligheten för förändringar hos individen är hög.

Med tanke på att ASI-intervjun ställer höga krav på intervjuaren krävs utbildning i ASI. Denna omfattar två plus en dag till en kostnad av 3 500 kr. IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) ger stöd till ASI-användare, granskar utbildningens och utbildarnas kvalitet. Det finns ett datorprogram med inmatningsmodul, uttag av rapporter, statistik och supportfunktion. Kostnader är 12 500 kronor per enhet och år och 1 600 kronor per användare och år.

ASI-intervjun utvecklades i början på 1970-talet i USA. I svensk översättning publicerades ASI-intervjun första gången 1996 för allmänt bruk. ASI har fått stor internationell spridning och i Sverige används den intervjun framförallt inom socialtjänsten och kriminalvården men även inom den landstingsbaserade beroendevården.

Underlag för behandlingsplanering – ADAD (SiS-ADAD och EuroADAD)

ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är en ungdomsversion av ASI vars syfte bl.a. är att ge bättre underlag för behandlingsplanering och möjligheter att inleda en dialog med klienten om problem och behov. Inom SiS (Statens institutionsstyrelse) finns därutöver möjlighet att få underlag för verksamhetsplanering.

SiS-ADAD används framförallt i samband med institutionsbehandling av ungdomar med beteendeproblematik men det har även kommit att användas inom socialtjänsten. Det finns ett nätverk för ADAD-användare.

ADAD innehåller förutom de frågor kring de sju livsområden som finns i ASI även frågor om skolgång och kamratumgänge. Datainsamlingen sker genom intervjuer som tar cirka 60–120 minuter att genomföra.

Utbildning av intervjuare inom SiS sker kontinuerligt. Intervjuformulär och manualer finns tillgängliga på SiS:s intranät.

Test på det amerikanska intervjuformuläret pekar på god reliabilitet och tillfredsställande validitet. Reliabiliteten har också undersökts för den svenska versionen och bedömdes som god för en normalpopulation men lägre för en klinisk grupp.

ADAD riktar sig till ungdomar och har utvecklats i Philadelphia enligt samma principer som ASI. FoU-avdelningen vid SiS har utifrån den amerikanska originalversionen utvecklat ett instrument där man i huvudsak har följt strukturen hos denna men anpassat frågorna till svenska förhållanden.

Dessutom används inom den frivilliga ungdomsvården en översättning av en annan version EuroADAD.

Strukturera och tillvarata information om behandling – MAPS

MAPS (Monitoring Area and Phase System) är ett redskap för att strukturera och tillvarata information av vikt för klientens behandling och har utvecklats för att kunna användas för:

- a) självhjälp och klientmedverkan
- b) praktiskt klientarbete och samverkan
- c) dokumentation och organisationsutveckling
- d) forskning och utvärdering.

MAPS är en metodik för *klient- och enhetsbeskrivning* som kompletterar ASI-intervjun och EuroADAD. Manual finns på svenska och delas ut i samband med utbildning. MAPS kräver två dagars utbildning samt en uppföljningsdag. Kostnaden är 1 500 kronor per utbildningsdag. Efter träning hos godkänd utbildare får man använda MAPS fritt. När MAPS används tillsammans med metoder som ASI och EuroADAD finns även krav på att användarna har genomgått utbildning i dessa metoder.

MAPS utvecklades inom ramen för ett europeiskt forskningsprojekt. Utvecklingsarbete pågår men kvalitetstestning i svenska förhållanden har genomförts enbart till vissa delar.

Dokumentation av klienter och insatser – DOK

DOK (Dokumentation och utvärdering inom missbrukarvården) består av ett antal formulär för dokumentation om klienter och insatser. Formulären används av ett antal öppenvårdsenheter och behandlingshem inom frivilligvården och samtliga LVM-hem.

På individnivå utgör dokumentation underlag för behandlingsplanering, utredning, bedömning och uppföljning. På lokal nivå (enhetsnivå) ger dokumentationen både underlag för verksamhetsbeskrivning och bildar grunden för självutvärdering och kvalitetsutveckling.

Grunden i DOK-systemet är formulären och datorprogrammet. Formulären täcker olika faser av behandlingsprocessen, bl.a. in- och utskrivning på behandlingsenheten. In- och utskrivningsformulären finns dels i kortversion, dels i långversion. Kortversionerna som fylls i av personalen innehåller

grundläggande frågor. Frågorna i inskrivningsformuläret överensstämmer med det som Sverige rapporterar till EU.

Långversionen är en klientintervju som innehåller frågor om de senaste 30 dagarna samt 6 månaderna och är utformade så att de fångar upp även mindre förändringar i den intervjuades situation. Långversionens livsområden överensstämmer i stort sett med ASI-intervjuns. Varje behandlingsenhet kan lägga till frågor. En utförlig manual har utarbetats.

Formulären bedöms ha god innehållsvaliditet men har endast i begränsad utsträckning blivit föremål för psykometrisk prövning. En sådan kvalitetsgranskning har inletts.

Alla som ska genomföra intervjuer får utbildning i intervjuteknik och hantering av formulären. Den årliga kostnaden för att delta i systemet är för frivilligheter cirka 20 000 kronor och i denna kostnad ingår dataprogram, support, handledning och deltagande i en årlig konferens.

DOK har utvecklats i samarbete mellan IKM (Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården) och FoU-avdelningen vid SiS (Statens institutionsstyrelse) med europeiska dokumentationssystem som förebild.

Dokumentation ger många fördelar

- För att kunna följa effekterna av insatserna för enskilda klienter och patienter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården är det viktigt att insatserna och resultaten av dessa är systematiskt dokumenterade.
- Socialtjänsten skulle kunna använda dokumentationen för att bygga upp en bank av dokumenterad erfarenhet som kan kommuniceras inom professionerna.

Det är av stor vikt att både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beroendevård dokumenterar insatser för enskilda klienter och patienter på ett sådant sätt att man kan följa deras utveckling över tid relaterat till de insatser som gjorts.

Det finns flera skäl till att göra en sådan dokumentation, förutom det självklara kravet att man ska kunna bedöma den enskilde klientens och patientens förändring för att kunna modifiera insatserna om det är nödvändigt (klient- och patientsäkerhetskrav).

Kraven på att göra ordentlig dokumentation av vidtagna insatser regleras för hälso- och sjukvårdens del i patientjournalagen (SFS 1985:562) och för socialtjänstens del i socialtjänstlagen 11 kap § 5 och 6. Sekretesslagen (1980:100) ger i 14 kap. § 2 sjunde stycket generell tillåtelse att utan hinder av denna lag för myndigheter att sinsemellan utbyta information om enskild som missbrukar alkohol eller narkotika.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ges föreskrifter och rekommendationer om socialtjänstens handläggning och dokumentation (42).

Inom hälso- och sjukvården bygger en stor del av utvecklingen på beprövad erfarenhet. För att beprövad erfarenhet ska kunna ligga till grund för kunskapsutveckling måste den dock vara dels väl dokumenterad, dels diskuterad inom professionen.

Samma förhållande bör kunna gälla även för socialtjänsten även om man här ännu inte hunnit lika långt vad gäller systematisk dokumentation, publicering och diskussion av klient- och patientfall. I det sammanhanget är en enhetlig terminologi och enhetliga definitioner av centrala begrepp som behandling, missbruk, beroende osv. av central betydelse. Systematisk forskning om insatsers effekter bygger på klient- och patientrelaterad information.

Ett annat viktigt skäl är klientens eller patientens rättssäkerhet. Möjligheten att klaga på beslut och bedömningen av det berättigade i klagomålen bygger på att handläggningen av ärendet är dokumenterad.

Klientbedömningsinstrumenten ASI och DOK kan användas som grund för dokumentationssystem. De datorprogram som finns på marknaden underlättar möjligheten att ta fram information om klienter och patienter på individ- och gruppnivå. Med hjälp av dessa kan verksamheter bygga upp egna dokumentationssystem, som kan användas för kunskapsutveckling.

Uppföljning av behandling av alkohol- och narkotikamissbruk

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser..

- Vid uppföljning är det den individuella (intraindividuell) förändringen över tid som ska studeras. Populationsbaserade referensvärden är av mindre intresse. Därför är det väsentligt att omständigheterna som t.ex. datainsamlingsteknik, analysmetod, intervjuare och lokal är likvärdiga vid mätning av utgångsvärdet och uppföljningsresultatet.
- För att kontrollera och följa upp resultatet av behandling av mer långvarigt alkoholmissbruk är en kombination av markörer ofta att rekommendera. Upprepade mätningar av CDT och GT kan användas för att klargöra om klienten och patienten rehabiliterats eller fortfarande har ett pågående missbruk, riskbruk eller beroende av alkohol.
- Regelbunden eller slumpmässig mätning av EtG, EtS och 5-HTOL i urinprov kan användas för att påvisa återfall under pågående behandling för alkoholmissbruk, i de fall där total avhållsamhet från alkohol krävs och ett alkoholtest inte är tillräckligt känsligt.
- En individ kan efter avslutat bruk av cannabis vara positiv i narkotikatest (dvs. narkotika har använts) under många veckor. Genom att ta upprepade prov och relatera halten till urinens grad av utspädning (s.k. cannabis-kreatininkvot) kan försvinnandet av cannabis ur kroppen följas och ett eventuellt nytt intag upptäckas.
- För sexmånadersuppföljning kan konsumtionsfrågorna i AUDIT (alkohol) och DUDIT (narkotika) användas.

Inledning

Vi har tidigare i detta kapitel framhållit nödvändigheten av att följa upp resultaten av insatt behandling eller andra hjälpåtgärder. Argumenten för god uppföljning rör både den enskilda individen och en mer generell nivå.

Den enskilde individen gynnas av att man följer resultaten av behandlingen fortlöpande för att kunna göra förändringar om man inte fått önskat resultat. På den generella nivån gäller det bl.a. att kunna få goda underlag för mer evidensbaserade utvärderingar av olika behandlingar och för att i anslagsframställningar kunna argumentera för de behandlingar som visat sig ge goda resultat.

En av svårigheterna med att använda markörer och psykosociala test är att veta vad resultaten ska jämföras med. Vilket referensvärde ska man ha? Ska referensgruppen vara svensk, nordisk eller europeisk? Att man bör skilja mellan män och kvinnor är ganska uppenbart men ska man ha olika referensvärden för olika åldrar osv.

När det gäller uppföljning av resultat är denna fråga mindre intressant eftersom det är individens egen förändring som ska studeras (den intraindividella förändringen). Referensvärdet är alltså utgångsvärdet man uppmätte för individen när han t.ex. påbörjade en behandling. Det viktiga är att omständigheterna för mätning vid uppföljningarna är desamma som när utgångsvärdet uppmättes.

Biologiska test för att följa behandlingen

Vid behandling och uppföljning av alkoholmissbruk och -beroende finns ofta stora fördelar med att kombinera olika kort- och långtidsmarkörer. Därigenom kan man få en bättre uppfattning om den aktuella individens konsumtionsmängd och konsumtionsmönster.

Flera studier har visat att kombinationen av CDT (alkoholmarkör) och GT (organskademarkör) ökar möjligheten att upptäcka riskbruk och alkoholproblem jämfört med mätning av endast den ena markören. Upprepade mätningar av CDT och GT kan därför användas för att klargöra misstankar om pågående missbruk och riskbruk av alkohol och följa effekten av behandlingen.

Regelbunden eller slumpmässig mätning av EtG, EtS eller 5-HTOL i urin kan användas för att ”dagen efter” kunna upptäcka ett enstaka måttligt till större alkoholintag, eller för att utreda misstanke om pågående alkoholbruk, där ett alkoholtest inte ger resultat. Etanolen har då i många fall redan förbränts och utsöndrats och kan inte längre påvisas med ett utandningsprov.

Vidare ska betonas att förändringen i analysresultatet över tiden hos en enskild individ (s.k. intraindividuell förändring), som är baserad på upprepade mätningar under uppföljning, ofta ger mycket mera och bättre information än ett enstaka mätvärde, eftersom det senare endast kan jämföras med *referensvärdena* för en allmän population. Det ska understrykas att samma mätmetod ska användas vid sådana intraindividella mätningar.

Löpande återkoppling av analysresultat (s.k. *biofeedback*) kan också vara mycket effektivt i en behandlingssituation. Upprepad provtagning av blod eller urin kan även i sig själv påverka patientens eller klientens alkoholvanor.

Om läkemedel ges under pågående behandling för alkoholmissbruk kan Biologiska test påverkas. Antidepressiva läkemedel kan t.ex. höja GT, ASAT och ALAT och det är känt att disulfiram (Antabus) höjer 5-HTOL-nivån.

I de fall där analysresultatet kan leda till negativa konsekvenser för individen (t.ex. arbetsplatstestning, anställningsärenden eller körkortsärenden) är det därför extra viktigt med kvalificerad tolkning av provresultaten, eftersom det ibland kan finnas andra orsaker till ett förhöjt mätvärde än alkoholintag.

Vid behandling och uppföljning av narkotikaanvändning gäller samma råd – om hur väl man kan identifiera respektive avfärda att narkotikaanvändning förekommit – som getts i avsnittet om problemidentifikation, med följande tillägg: En individ kan efter avslutat bruk av cannabis vara positiv i narkotikatest (dvs. att narkotika har använts) under många veckor. Genom att ta upprepade prov och relatera halten till urinens grad av utspädning (s.k. cannabis-kreatininkvot) kan utsöndringen av cannabis ur kroppen följas och ett eventuellt nytt intag upptäckas.

Psykosocialt test för att följa upp behandlingen

Både vid biologiska och psykologiska metoder gäller att man vid uppföljningen ska relatera testresultatet vid första mättillfället till resultatet i samma test vid andra mättillfället för att se om en förändring skett och om så är fallet i vilken riktning.

Man står inför flera metodproblem när man vill använda samma testmetod vid två eller flera tillfällen, för att vid en uppföljning fånga upp eventuella förändringar över tid sedan förra mättillfället. Vidare måste man kontrollera om frågorna och svarsalternativen verkligen täcker de tidsperioder man är intresserad av.

Både AUDIT och DUDIT kan komma ifråga för sexmånadersuppföljningar vad gäller *konsumtionsfrågorna* som speglar nuläget. Resten av frågorna speglar förhållandena under det senaste året och de två sista frågorna t.o.m. förhållanden flera år tillbaka i tiden utan närmare specifikation av tidsperiod. Därför bör helst minst ett år ha gått för att fånga upp förändringar ifråga om förekomst av beroendetecken och alkohol- och narkotikarelaterade problem.

Förutom att testsituationerna vid olika tillfällen måste likna varandra, t.ex. när det gäller kompetensen hos den som utför testen, kan också för klienten eller patienten iakttagbara egenskaper hos intervjuaren eller testledaren påverka resultaten, något som man måste ta hänsyn till.

Det är därför viktigt – när man vill jämföra olika resultat av psykosociala test hos samma individ – att intervjuarna eller testledarna inte väsentligt avviker från varandra vid de olika mättillfällena. Om det inte är samma intervjuare eller testledare vid de olika tillfällena så ska de i varje fall inte vara alltför olika.

Etiska aspekter vid användning av test

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Syftet med testningen måste anges tydligt och delges alla inblandade parter.
- Tillvägagångssättet vid testningen måste anges tydligt och delges alla parter som omfattas av testningsprocessen.
- Hur resultaten kommer att användas måste anges tydligt och delges alla parter som omfattas av testningsprocessen.

Etiska aspekter vid biologiska test

Användningen av biologiska test förekommer främst inom hälso- och sjukvården. Där ska de etiska reglerna tillämpas som gäller för all annan diagnostik och behandling. Framförallt innebär dessa regler att klientens och patientens samtycke ska inhämtas före varje åtgärd.

Användningen av urintest för att påvisa narkotikaanvändning inom arbetsliv, skola och rättsväsende regleras med särskilda lagar, föreskrifter eller fackliga avtal samt i socialtjänstens författningar i tvångsärenden.

Etiska aspekter vid psykosociala test

Sedan många år finns ett etiskt regelverk för förhållningssätt vid och användning av psykosociala testmetoder. Detta gäller i första hand test som används av fackpsykologer men reglerna kan generaliseras till att även gälla beteendevetenskapliga test som används av andra yrkeskategorier än psykologer. För användning av psykosociala test hänvisas till detta regelverk som noggrannare presenteras i faktaunderlaget. Resultat från psykosociala test måste hanteras med stor varsamhet.

Rädslan, som en del klienter kan känna inför testningen eller intervjun, är att resultaten ska användas på ett sådant sätt att den personliga integriteten kränks eller att man ska bli bemött utan respekt. Det är därför ett krav i samband med testning att patienten får en möjlighet att diskutera sina resultat och de slutsatser de gett upphov till och att klienten möts med respekt och empati.

Kapitel 5. Narkotika

– psykosocial behandling och läkemedelsbehandling

Begränsade kunskaper om narkotikamissbrukets omfattning

Det är svårt att få tillförlitliga uppgifter om narkotikamissbrukets omfattning, dvs. hur många narkotikamissbrukare det finns. I en studie 2003 gjorde Socialstyrelsen en skattning av antalet narkotikamissbrukare (16). Då bedömdes omkring 10 000 narkotikamissbrukare vara i kontakt med socialtjänsten och 13 000 med hälso- och sjukvården. Även om en betydande överlappning kan antas förekomma bedömer Socialstyrelsen att mellan 15 000 och 20 000 narkotikamissbrukare var aktuella hos de två vårdgivarna under ett år¹⁰.

Den information som finns täcker ett vitt spektrum av narkotikamissbrukare, från dem med långvariga och intensiva kontakter med en eller flera vårdgivare till dem som över huvudtaget inte har kontakt med vården.

Våra övriga kunskaper om det illegala narkotikamissbrukets omfattning baseras huvudsakligen på Socialstyrelsens officiella statistik om socialtjänstens insatser respektive landstingens slutenvård, kriminalvårdens statistik och de undersökningar som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) genomfört. Uppgifternas kvalitet och karaktär varierar.

Ett kontroversiellt område

Behandling av narkotikamissbruk är på många sätt ett kontroversiellt område där det finns olika vårdideologiska uppfattningar och där forskningsläget till vissa delar är oklart. Några av de centrala frågorna handlar om huruvida behandling har effekt, och om det i så fall är möjligt att i dag ange vilka tekniker eller metoder som kan anses ha effekt och i så fall under vilka förutsättningar.

Behandling av narkotikamissbrukare kompliceras av att narkotikainnehav och därmed bruket är kriminaliserat. Det försvårar våra möjligheter att få information och kunskap om de grupper som missbrukar narkotika.

Det finns även en skiljelinje mellan dem som accepterar s.k. skadelindring ("harm-reduction"), dvs. insatser i form av t.ex. sprututbytesverksamhet, och dem som tar avstånd från sådan. Den smittspridning som sker bland grupper av intravenösa sprutnarkomaner, främst i form av olika hepatiter och HIV, är här en komplicerande omständighet.

¹⁰ Totalt fann CAN 1998 i sin studie av det tunga missbruket 26 000 personer som definierades som tunga missbrukare

En annan vattendelare på vårdens område är nyttjandet av farmaka i behandling av opiatmissbrukare, s.k. läkemedelsassisterad behandling. Somliga menar att sådan behandling är kontraproduktiv eller inte kan förenas med tanken på drogfrihet. Man menar att de narkotikaklassade preparat som ersätter heroin endast är ett substitut som bevarar det drogberoende som behandlingen syftar till att få bukt med.

I riktlinjerna har läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende exkluderats, eftersom en kunskapsöversikt och särskilda föreskrifter tidigare utarbetats av Socialstyrelsen.

Ständigt nya preparat försvårar behandling och forskning

Det finns en betydande osäkerhet kring narkotikamissbruk och -beroende och vilka preparat som den illegala narkotikamarknaden tillhandahåller. De flesta preparaten på den illegala marknaden finns registrerade i Läkemedelsverkets förteckningar, men de starka ekonomiska drivkrafterna gör att nya preparat ständigt utvecklas och förändrar ”drogmarknaden”.

Narkotikamissbruk gäller alltså ett stort antal preparat och därmed sammanhängande specifika drogkulturer. Mängden preparat och ”drogscenens” skiftande former gör att interventionerna och behandlingen kontinuerligt måste anpassas och specificeras.

Narkotikamissbruk är således inget enhetligt fenomen, vilket bl.a. försvårar forskningens möjligheter.

Här kan vi bland annat peka på att en närmare granskning av personers narkotikamissbruk ofta visar på en flora av olika narkotikaklassade preparat, inte sällan förekommer dessa i kombinationer med alkohol eller lugnande medel. Frågan är då vad för slags missbruk som är föremål för behandling och om det alltid är möjligt att specificera interventionens eller behandlingens mål mer än på ett allmänt plan.

Inte bara behandling påverkar missbrukaren

Av erfarenhet vet vi att specifik behandling endast är en liten del av en komplex verklighet som den enskilde missbrukaren befinner sig i och påverkas av. Om man granskar betydande förändringar i missbrukares liv och försöker isolera eller identifiera faktorer som kan anses ha haft ett inflytande över dessa förändringar framstår medvetna interventioner riktade mot missbruket som relativt marginella.

En bedömning är att mellan 15 och 20 procent av dessa förändringar kan tillskrivas behandling. Andra faktorer i nära anslutning till behandlingsmetoden som brukar lyftas fram är t.ex. terapeutens förmågor, behandlingsklimat och behandlingsstruktur.

Förändringar som leder till ”tillfrisknande” är således långt mer komplexa än vad man i allmänhet föreställer sig¹¹. Sannolikt är förändringarna resultat av många olika, ibland samverkande faktorer. Interaktions- eller synergieffekterna är förmodligen betydande, vilket talar för att en rad förhållanden

¹¹ Frågan om andra faktorerers betydelse och långtidsförloppet för ”obehandlade” narkotikamissbrukare diskuteras i riktlinjerna under rubriken *Långtidsförlopp vid narkotikamissbruk* i kapitel 5.

och omständigheter i den enskilde missbrukarens liv måste uppmärksammas och behandlingen måste fogas in i en helhet. Det utesluter inte att interventioner av olika slag kan få en avgörande betydelse i en situation där även andra förhållanden spelar in.

En ytterligare komplikation är vad vi lägger i begreppet behandling. Olika definitioner används, ofta kopplade till vilken verksamhet det handlar om och vilken profession som uttalar sig. En diskussion av begreppet förs i kapitel I.2.

Slutenvård eller öppenvård?

Alltsedan 1990-talet har man börjat välja öppna vårdformer i stället för slutna för att behandla narkotikamissbrukare. Valet av vårdform är av stort intresse inte bara från behandlings- eller rehabiliteringssynpunkt, utan även av ekonomiska skäl. Följande frågor bör man ställa sig:

- På vilka grunder ska den ena eller den andra vårdformen väljas?
- Finns det evidens (vetenskapliga bevis) som talar till något av alternativens fördel?
- För vem eller vilka grupper ska den ena eller andra alternativet väljas?

Inom institutionsvård har tvångsvård en principiellt viktig roll. Den svarar visserligen för en förhållandevis liten andel av institutionsvården, men är likafullt kontroversiell. Något som har fått aktualitet under de senaste åren är bristerna i övergången mellan tvångsvård och socialtjänstens öppenvård. Man har också frågat sig vilka orsakerna är bakom den kraftiga nedgången under 1990-talet av antalet personer som döms till tvångsvård.

En ytterligare fråga gäller rättssäkerheten för de personer som utreds enligt lagen om vård av missbrukare (LVM), något som föregår en ansökan om tvångsvård. En återkommande fråga, slutligen, gäller det berättigade i att vårda enskilda med missbruksproblem med tvång.

Riktlinjer för tvångsvård har varit föremål för diskussion mellan Socialstyrelsen och den myndighet – Statens institutionsstyrelse (SiS) – som ansvarar för tvångsvården. Här behandlas dock inte frågor om effekter av tvångsvård¹².

I en särskild utredning Kontrakt för livet diskuteras för närvarande utformningen av ett stöd till kommuner för särskilda satsningar på eftervård (43).

En del av dessa frågor har också uppmärksamats av regeringen, bland annat i LVM-utredningen och i det särskilda stöd som Statens institutionsstyrelse fått för att stärka eftervården för de personer som vårdats med tvång.

Forskningen när det gäller behandlingsåtgärder för narkotikaproblem brottas med vissa svårigheter. Det har också uppmärksamats i det nyligen genomförda arbetet med att inventera forskningsresultaten inom området (se faktaunderlaget, under avsnittet om psykosocial behandling av narkotika-

¹² I betänkandet Tvång och förändring, SOU 2004:3 behandlas denna fråga mer ingående.

missbrukare) och där evidensfrågan särskilt uppmärksammas. Eftersom svårigheterna påverkar de antaganden och slutsatser som följer av kunskapsinventeringen kommer dessa att beröras i nästa avsnitt.

Ekonomisk bedömning

Ekonomiska utvärderingar av psykosociala behandlingsmetoder påvisar minskade kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Få av dessa studier har särskilt studerat missbruk eller beroende av olika narkotiska preparat. Vilken psykosocial metod som är mest kostnadseffektiv har inte kunna bedömas. Bedömning om metoderna är ekonomiskt försvarbara har inte heller varit möjlig att göra, bl.a. eftersom kostnaderna skiljer sig väsentligt åt trots att samma metod använts.

Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och -beroende

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Vid akuta medicinska tillstånd måste abstinensbehandling vara tillgänglig, oavsett möjligheterna att kunna erbjuda mer långsiktig behandling.
- Det saknas specifik läkemedelsbehandling för abstinens vad gäller amfetamin, kokain, cannabis och hallucinogener. För cannabis finns rapporter om farmakologiska behandlingsmöjligheter, men de är få och inga säkra slutsatser kan därför dras. För symtomatisk behandling vid agitation och oro föreslås bensodiazepinbehandling.
- Abstinensbehandling bör erbjudas i ett sammanhang, s.k. ”vårdkedja”. Abstinensbehandling som inte följs av vidare behandling gagnar inte patientens situation på längre sikt. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården bör i så fall samverka redan vid inläggning för abstinensbehandling.
- Åtgärder som avser behandlingsmiljöns struktur och utformning, t.ex. personalens tillgänglighet, bemötande och en hög aktivitetsnivå i verksamhetens behandlingsmiljö är sannolikt betydelsefulla för effektiv behandling.
- Det finns ett svagt stöd för antagandet att abstinensbehandling i slutenvård är att föredra framför öppenvård med undantag för behandling av opiatmissbruk.

Inledning

Abstinensbehandling har traditionellt kallats *avgiftning* inom hälso- och sjukvården. Men termen avgiftning anses inte medicinskt korrekt och har både i Sverige och i internationella sammanhang ersatts av begreppet abstinensbehandling.

Med avgiftning menas att substansen eller drogen elimineras ur kroppen. Med abstinensbehandling avses en lindring av de psykologiska och fysiologiska reaktionerna som uppträder i anslutning till avgiftningen. Syftet med abstinensbehandling är ofta också att förbereda eller motivera till fortsatt behandling i andra vårdformer. Likaså är abstinensbehandling ibland nödvändig vid allvarliga somatiska tillstånd.

Under abstinensfasen uppträder ibland med större eller mindre regelbundenhet symtom på ångest och depression. Dessa avklingar ofta spontant efter genomförd behandling. Vid de fall där påtagliga ångest- och depressionssymtom kvarstår efter avslutad abstinensbehandling bör en psykiatrisk undersökning genomföras.

Abstinensbehandling är en mångfacetterad praktik som för att bli effektiv ställer höga krav på verksamheten under och efter behandling. Det är viktigt att både socialtjänst och hälso- och sjukvård tar ett gemensamt ansvar för att klientens eller patientens vårdbehov ska kunna tillgodoses.

Även om det i dag saknas kunskapsunderlag om långtidseffekter av abstinensbehandling finns en klinisk konsensus om att abstinensbehandlingar som inte följs av vidare behandling ger sämre effekt eller behandlingsresultat, men ändå har en viktig funktion för att motivera patienten eller klienten till vidare behandling.

Läkemedelsbehandling vid abstinens

Behandling av abstinensstillstånd vid vissa beroendetillstånd har en väl utvecklad medicinsk metodik med god evidens (vetenskapligt underlag). Den omfattar i dag beroende eller missbruk av opiater, bensodiazepiner¹³ och alkohol.

Däremot saknas specifika läkemedelsbehandlingar för abstinensstillstånd vid missbruk av amfetamin, kokain, cannabis och nyare ”partydroger”, som till exempel ecstasy, och nyare amfetaminderivat. Symtomatisk behandling av oro och agitation vid abstinensstillstånd kan dock lämpligen ske med bensodiazepiner, enligt klinisk erfarenhet.

Amfetamin: Det finns inte tillräckligt med kunskapsunderlag som ger stöd för några kända farmakologiska metoder för abstinensbehandling utöver kompletterande symtomatisk behandling med bensodiazepiner mot agitation och oro. Högdosneuroleptika ska användas med viss försiktighet vid amfetaminutlöst psykos, på grund av risken för cirkulationskomplikationer och hypertermi.

Kokain: Det saknas i dag kunskap om effektiv farmakologisk behandling av abstinenssymtom utöver kompletterande symtomatisk behandling med bensodiazepiner mot agitation och oro.

Cannabis: Det finns ingen etablerad farmakologisk behandling mot abstinenssymtom till följd av cannabissmissbruk. Oro, agitation och psykotiska symtom kan symtomatiskt behandlas med bland annat neuroleptika.

¹³ Beroende av bensodiazepin m.m. behandlas inte i dessa riktlinjer, se kapitel 1

Hallucinogener (LSD m.m.): Vid LSD-abstinens finns inga kända farmakologiska behandlingsmetoder. Symtomatisk behandling av oro, agitation, motorisk oro och psykos sker enligt vedertagna principer för sådan behandling.

Abstinensbehandlingens vårdstruktur

Det finns visst vetenskapligt stöd för att vårdstrukturen har betydelse för abstinensbehandlingens resultat. Strukturen kring behandling av olika slag har under senare år lyfts fram alltmer eftersom risken för behandlingsavbrott (drop-out) är den kanske vanligaste komplikationen vid abstinensbehandling.

Det viktigaste målet är att patienten ska förmås att genomföra hela abstinensbehandlingen. Skälet till det är att behandlingen kan bereda vägen för planering och genomförande av ytterligare behandling. En av de viktiga uppgifterna för personalen på en klinik för abstinensbehandling är därför att, förutom att bistå med medicinsk hjälp och stöd, kunna motivera patienten att fullfölja abstinensbehandlingen (s.k. compliance).

Om abstinensbehandlingen ska ske i öppen- eller slutenvård i hälso- och sjukvården måste relateras till typ av narkotika som missbrukas. Det förefaller som om en stor del av behandlingen av cannabis-, amfetamin- och kokaïnberoende har bedrivits i öppenvård under senare år.

Studier av abstinensbehandling vid opiat- och bensodiazepinberoende visar att man i högre grad stannar kvar i behandlingen (retentionen) i slutenvård än i öppenvård, medan effekterna på missbruket i ett längre perspektiv inte är klarlagda.

Effektiviteten av korta abstinensbehandlingar är starkt ifrågasatt och det finns studier som talar för slutsatsen att korttidsbehandling av abstinens är ineffektiv. Forskningen pekar möjligen mot att slutenvård är att föredra framför öppenvård vad gäller abstinensbehandling.

En åtgärd som visats påverka abstinensbehandlingen är att regelmässigt kalla patienterna till informationssamtal före inläggningen. I samtalen går man igenom patientens situation och förebygger att patientens bristande vana att planera sin tillvaro inverkar negativt på vårdens genomförande.

En studie som jämför behandling på avdelning som har både psykiatrisk kompetens och drogkompetens med en avdelning med enbart psykiatrisk kompetens visar på högre effekter för den förstnämnda på såväl kort som lång tid när det gäller återfall i opiatmissbruk. Dessutom stannar man längre tid i behandling (retention) på en sådan avdelning. Då det inte finns några entydiga svar i litteraturen på vilket sätt allvarliga personlighetsstörningar inverkar på vårdförloppet kan det inte utslutas att detta tillstånd även påverkas av vårdorganisationens struktur.

I faktaunderlaget framhålls faktorer såsom vårdklimat, miljö och förhållningssätt samt tillgänglighet som viktiga komponenter vid abstinensbehandling. Dessa frågor behandlas emellertid inte här utan i kapitel 1 och kommer att vara väsentliga inslag i de kvalitetskriterier som Socialstyrelsen har för avsikt att ta fram under 2006.

Ekonomisk bedömning

Inga kostnadsutvärderingar av abstinensbehandling har påträffats. Abstinensbehandling som följs av vidare behandling bedöms vara mer kostnads-effektiv än abstinensbehandling utan vidare behandling. Abstinensbehandling som följs av vidare behandling bedöms även vara ekonomiskt försvarbar med minskade kostnader för bl.a. behandling, hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.

Utvecklings- och forskningsbehov

Behovet av forskning om abstinensbehandling är stort. Det gäller bl.a. bedömningsinstrument för beskrivningar av patientens symtom, läkemedelsbehandlingens effekter för olika typer av droger och personalens bedömningar eller skattningar av behandlingsresultat.

Behandling vid cannabisberoende

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Behandlingen för cannabisberoende ska inriktas på omedelbar avhållsamhet, och då ska övervakat urinprov regelmässigt tas (se kapitel 4).
- För en effektiv behandling måste behandlingspersonal besitta kunskap om kognitiva funktioner och kunna identifiera eventuell kognitiv funktionsnedsättning. Behandling ska fokusera cannabismissbrukets och beroendets negativa effekter på tankefunktion (evidens 2)
- Det s.k. drogrelaterade episodiska minnet bör bli föremål för en systematisk undersökning. Denna ger ett underlag för självkänedom hos klienten eller patienten och kan utnyttjas för att utveckla kognitiva strategier för att stärka dennes självkänsla.
- Behandlingen måste inriktas på missbruket i sig med samtida stödinsatser för drogrelaterade kompetensbrister. Det gäller främst träning i psykologisk och social kompetens.
- Behandlingen för den grupp som har mindre uttalade problem ska inriktas på korttidsbehandling (3–6 gånger), medan längre behandlingsprogram (minimum 14 sessioner över en 4-månadersperiod) reserveras för dem som haft ett så gott som dagligt missbruk under de senaste sex månaderna före behandlingsinsatsen. De längre programmen bör kunna erbjuda uppföljande stödinsatser
- Behandlingen ska, där det bedöms vara meningsfullt, innehålla stödinsatser för familj eller närstående.

Inledning

Cannabis är det vanligaste illegala drogen vid olika former av missbruk. Av samtliga personer som bedömts ha ett narkotikamissbruk i olika undersökningar räknar man med att ca 60 procent missbrukat cannabis under det senaste året.

I Sverige genomförs årliga undersökningar av narkotikamissbruk bland skolelever i årskurs nio och bland mönstrande. Bland skolelever har mellan tre och sju procent erfarenhet av narkotika. Bland mönstrande är motsvarande siffra tre till fyra gånger högre. Och det dominerande preparatet är cannabis.

I ett längre tidsperspektiv (de senaste 30 åren) har missbruket av cannabis i de två grupperna, med undantag för en uppgång de första åren på 1970-talet och en nedgång i början av 1990-talet, varit tämligen stabilt.

Risken att utveckla ett beroende av cannabis anses vara låg, under tio procent. För alkohol och annan narkotika anses risken i regel vara högre. Som jämförelse kan nämnas tobak, där risken för beroendeutveckling uppges vara runt 30 procent.

En mycket stor andel av dem som söker behandling till följd av cannabismissbruk är, enligt amerikanska studier, 20 år eller yngre. En undersökning i Sverige visade att 50 procent av dem som söker behandling är 20 år eller yngre.

Cannabis är dock inte enbart en ”ungdomsdrog”. MAX-undersökningen 1998 visade att bland äldre, mer belastade personer med missbruksproblem (i studien benämnda *tunga missbrukare*) spelar cannabis en viktig roll (44). I denna grupp är cannabis den dominerande drogen för åtta procent, men missbrukas regelmässigt av mer än hälften. Effekterna av cannabismissbruk kvarstår även vid missbruk av andra droger.

I faktaunderlaget framhålls att termen, eller definitionen på, *cannabisberoende* bör förbehållas de personer som trots att de upplever flera beteendemässiga, kognitiva, perceptuella och emotionella symtom fortsätter att missbruka cannabis. Den formella diagnosen enligt ICD 10 (se kapitel 1), är något vidare till sin karaktär.

De som söker behandling till följd av cannabismissbruk uppger i regel allvarliga problem. Man rapporterar att man upplever sig ha förlorat kontrollen över sitt missbruk samt utvecklat psykosociala problem och psykiatrisk ohälsa.

Skador på grund av cannabismissbruk och dess följsjukdomar

1997 gav Socialstyrelsen ut en rapport om skador till följd av cannabismissbruk och -beroende (45). Rapporten redovisar det skadepanorama som då var känt i litteraturen¹⁴, främst genom kunskapsöversikter (46). Skadorna omfattar i princip tre huvudområden: psykiska sjukdomar och symtom, psykologiska och psykosociala skador samt fysiska skadeverkningar.

I uppställningen nedan har de viktigaste kända skadorna sammanställts. Uppställningen är en provkarta på direkta och indirekta skador som påverkas eller utlöses av cannabismissbruk och -beroende och som det rapporteras om i vetenskapliga eller kliniska rapporter. Orsakssambanden är inte heller alltid klara eller entydiga. Det gäller särskilt för psykiska sjukdomar och symtom.

¹⁴ En förnyad bedömning genomfördes 2002 av en av våra experter. En senare engelsk version har utgivits av Folkhälsoinstitutet.

Skador och sjukdomar som kan följa av ett cannabissmissbruk

Psykiatriska sjukdomar och symtom	Psykologiska och psykosociala skador	Fysiska skador
Förvirringstillstånd (delirium)	Försämring av kognitiva funktioner (dvs. sämre förmåga att genomföra komplexa tankeoperationer, sämre koncentrationsförmåga, minskad förmåga att bearbeta information o.s.v.)	Cannabissmissbruk under graviditet ökar risken för lägre födelsevikt och kroppslängd hos det nyfödda barnet
Toxisk psykos		Det kan inte uteslutas att cannabissmökning under graviditet ger upphov till missbildningar hos fostret, skador på psykiska funktioner och processer och akut icke-lymfatisk leukemi
Schizofreniliknande tillstånd	Försämring av förmågan till omvärldsförståelse	Kronisk bronkit och cancer i luftvägarna
Ångesttillstånd	Rigiditet, minnesstörningar och svårigheter att hantera förändringar	Misstanke om fertilitetsminskning hos båda könen
Depersonalisationssymtom (upplevelse av överklighet som rör den egna personen)	Förseiad identitetsutveckling hos tonåringar	Hjärt- och kärlproblem
Depressioner och självmord	Påverkan på psykomotoriska funktioner (t.ex. bilkörning)	
Amotivationssyndrom (passivitet, motorisk slapphet m.m.)	Förändrad tidsupplevelse	
Impulsiva våldshandlingar		

Hur kan personer med cannabissmissbruk och cannabisberoende identifieras?

Den verksamma beståndsdel i cannabis är THC (tetrahydrocannabinol). Vid biologiska test (biokemiska markörer) är urinprov ett förfaringsätt som kan nyttjas i behandlingsverksamhet eller i annan verksamhet där det bedöms nödvändigt, till exempel i trafikmedicin (se vidare i kapitel 4).

Ofta är cannabissmissbruk och -beroende svårt att diagnostisera eller bedöma, särskilt i ett inledande skede då man kanske saknar tillgång till test eller psykiatrisk expertis. De synliga tecknen är få eller inga. Det är först när ett beroende är utvecklat som minnestörningar eller brister i förmågan att formulera sig i tal blir synliga (47).¹⁵

Behandling av cannabissmissbruk och -beroende

De former av psykosocial behandling som anses vara effektiva vid andra beroendetillstånd är även verksamma vid behandling av cannabisberoende. Det är till övervägande del kognitiva, beteendeterapeutiska metoder och tekniker med vissa andra inslag som prövats i de tolv RCT-studier som faktaunderlaget tar upp. Sju av dessa ingick i SBU-rapporten 2001 och ytterligare fem i den engelska versionen.

Behandlingen har varierats från en till två tillfällen eller sessioner ("korttidsinterventioner") till mer omfattande behandlingar, maximalt tre måna-

¹⁵ I handboken "Hash-samtalen" betonas vikten av att professionella, dvs. lärare, pedagoger och socionomer som har kontakt med och känner ungdomarna väl på ett respekt- och tillitsfullt sätt vågar diskutera cannabis.

der. De varierade betingelserna kan ses som försök att på olika sätt tillmötesgå de skilda målgruppernas behov och situation.

Man har också i andra studier sett positiva effekter som utgör ytterligare stöd för slutsatsen att behandling av cannabisberoende personer bör innehålla stödinsatser för deras familjer eller närstående.

Det kan även nämnas att det sedan 20 år finns en modell i Sverige för behandling av äldre cannabismissbrukare. Sedan 1996 finns också en manual-baserad version för åldersgruppen 17-24 år. Även ”kortprogram” har utvecklats. I dag finns också ett nätverk för erfarenhetsutbyte.

De metoder som prövats har alltså i hög grad kognitiva, beteendeterapeutiska inslag, men även andra metoder med annan teoretisk grund har prövats. Studier baserade på läkemedelsbehandling redovisas inte i faktaunderlaget.

Ekonomisk bedömning

En studie har påträffats som behandlar kostnadsutvärderingar av behandling av cannabismissbruk. Studien har gjorts på ungdomar 12-18 år och påvisar att kostnaderna för bl.a. hälso- och sjukvård och rättsväsende minskar. Bedömning görs att behandling vid cannabisberoende som inriktas på omedelbar avhållsamhet och med regelbundna övervakade urinprov samt på störningar i kognitiva funktioner är ekonomiskt försvarbara.

Utvecklings- och forskningsbehov

En angelägen forskningsfråga är vilka personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla cannabisberoende. Sådan kunskap har stor betydelse för möjligheterna till tidig upptäckt och att behandling kan påbörjas i ett tidigt stadium av missbruket.

Ett annat särskilt angeläget forskningsfält är unga kvinnor som missbrukar eller är beroende av cannabis. Det handlar främst om att utveckla kunskaperna om och förståelsen för unga kvinnor i behandling. Det är också angeläget att studera skillnader mellan män och kvinnor.

Ytterligare ett område gäller effekter av behandling på längre sikt. Vilka faktorer hindrar den enskilde i sin förbättring och hur hanteras s.k. resttillstånd, exempelvis depression, fobier, ångest, sömnsvårigheter, minnesstörningar, tomhets känslor och paranoida tankar?

Faktaunderlaget pekar på ett behov av studier av behandling av cannabisberoende med läkemedel.

Hallucinogener och andra droger som kan ge hallucinogena effekter

Inledning

I faktaunderlaget behandlas varje substans separat, men eftersom flera av dem har likartade effekter har vi här valt att använda samlingsbegreppet hallucinogener och andra droger. Med hallucinogener avses här:

- ecstasy (MDMA, 3,4-metylendioximetamfetamin)

- LSD (Lysergsyredietylamid)
- meskalin (förekommer i olika kaktusarter)
- psilocybin (ämne i svampar av släktet Psilocybe).

Vidare behandlas substanser med annan farmakologisk karaktär:

- GHB (Gammahydroxybutyrat)
- ketalar.

De flesta preparaten finns upptecknade i Läkemedelsverkets narkotikaförteckningar (I och II).

Hallucinogener är ett samlingsnamn för en rad ämnen som i sin kemiska grundstruktur uppvisar stora olikheter. De ger inte alltid renodlade hallucinatoriska upplevelser, utan snarare förändringar i stämningsläget och i varseblivningen.

Med hallucinogener förstås att preparaten ger upphov till speciella effekter, som ibland liknar psykotiska fenomen. Bland annat är perceptuella störningar när det gäller syn och hörsel vanliga. Andra effekter som anses frekventa är att föremål kan ändra form och storlek, liksom ljus och ljud kan ändra karaktär.

Övriga substanser som behandlas här har annan farmakologisk karaktär men ger ibland hallucinogena effekter. Ketalar ger i högre doser perceptionsstörningar och smärtlindring, medan GHB i överdos leder till blodtrycksfall, andningssvårigheter och koma.

Hallucinogener – främst ecstasy och LSD – kallas även för partydroger, p.g.a. sin popularitet vid fester i vissa ungdomsgrupper.

Skador vid missbruk av hallucinogener

I uppställningen nedan har de vanligaste rapporterade tillstånden kategoriserats. Här redovisas dessa och de effekter som uppmärksammats i litteraturen både när det gäller övergående korttidseffekter och långtidseffekter (psykiska tillstånd). Dödsfall rapporteras även ha inträffat genom överdos, olyckor och självmord, särskilt efter intag av GHB och LSD. Exempel på psykiska eller fysiologiska effekter som kan uppträda ges i följande uppställning:

Psykiska effekter	Fysiologiska effekter
Psykotiska reaktioner	Förhöjt blodtryck
Paranoida vanföreställningar	Ökad puls och andningsfrekvens
Schizofreniliknande (katatona) tillstånd	Förhöjd kroppstemperatur
Hallucinationer	Förstorade pupiller
Depression	Svettning
Förvirring	Ökad salivavsöndring
Flash-backs (återtrippar)	Illamående
	Darrningar
	Försämrad koordinationsförmåga
	Överdrivna reflexer
	Ev. kromosomskador (LSD)
	Ev. missbildningar hos foster (LSD)

Hur identifieras personer som missbrukar hallucinogener?

Personer som är påverkade av hallucinogener brukar i allmänhet få stora pupiller och hög puls (48). Vid låga doser av GHB liknar effekterna de som uppträder vid alkoholberusning. Därutöver förekommer ofrivilliga ryckningar i ögonen (horisontell och vertikal nystagmus).

Behandling vid missbruk av hallucinogener

Det saknas forskning om behandling eller rehabilitering av personer som missbrukar hallucinogener. Inga RCT-studier har kunnat hittas. Därför bör som ett första steg erfarenheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens kliniska praktik sammanställas.

I faktaunderlaget konstateras också att missbruk av hallucinogener ofta tenderar att sammanfalla med annat drogmissbruk och beroende. Ofta rapporteras psykiatriska symtom i samband med missbruket av hallucinogener. Artiklarna som rör denna grupp ger dock liten eller obefintlig information om ”huvuddrogen”. Kunskap om detta torde vara en avgörande förutsättning för att närmare kunna granska litteratur kring blandmissbruk eller dubbel diagnoser.

I ett senare avsnitt i faktaunderlaget, som tar upp abstinensbehandling av narkomaner, redovisas s.k. symtomatisk behandling för vissa av hallucinogenerna. Därutöver finns översiktsartiklar som föreslår möjliga farmakologiska behandlingsalternativ. Dessa bör dock ses som hypotetiska då de baseras på djurexperimentella studier.

Av intresse är att vissa av de ovan behandlade drogerna (t.ex. GHB och Ketalar) i sin tur prövats som behandlingsmetod för alkoholberoende och heroinberoende.

Utvecklings- och forskningsbehov

Det finns ett stort behov av systematisk kunskap när det gäller behandling av personer som missbrukar hallucinogener eller övriga nämnda droger. Ett första steg bör vara att på nationell nivå genomföra en konferens med sakkunniga inom området. Förutom en sammanställning av erfarenheter bör även en diskussion föras om på vilket sätt, eller var, kunskap kan inhämtas och hur olika forskningsansatser kan formuleras.

Läkemedelsbehandling av missbruk av centralstimulantia

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Läkemedelsbehandling med disulfiram (antabus) och dextroamfetamin har gynnsamma effekter vid kokainberoende.

Inledning

Med *centralstimulantia* menas psykostimulantia (huvudsakligen narkotiska preparat) som stimulerar och aktiverar det centrala nervsystemet. Det gäller till exempel amfetamin, amfetaminderivat, metamfetamin och metylfenidat. Till denna grupp hör även kokain och en kristallinisk form av kokain kallad crack. Samtliga preparat är inordnade i en narkotikaförteckning II (49, 50).

De omedelbara fysiska effekterna av t.ex. amfetamin är påverkan på hjärta, kärl och lungor bland annat i form ökad andnings- och hjärtverksamhet, höjt blodtryck och utvidgning av pupillerna. Vid höga doser uppträder ibland snabb och oregelbunden hjärtverksamhet, darrningar, försämrad syn och hörsel samt kollaps.

De psykiska eftersträvade effekterna handlar huvudsakligen om känslor av upprymdhet (eufori), vitalitet, ökad vakenhet, styrka och självförtroende. Inledningsvis ger centralstimulantia en ökad sexuell lust, som avtar efter en tids missbruk.

När missbruket avbryts inträder ofta en abstinensperiod som präglas av trötthet, oro, ångest och depression.

Skador vid missbruk av centralstimulantia

Skador till följd av missbruk av centralstimulantia är liksom annat missbruk i hög grad kopplat till livsföringen och den ökade risken av att drabbas av olyckor och våld. En viktig komponent i skadeutvecklingen, förutom de farmakologiska effekterna, är administrationssättet (hur medlen intas), där särskilt injektionsmissbruk påtagligt ökar risken av att drabbas av fysiska komplikationer. I följande uppställning redovisas några av de effekter som kan uppträda vid missbruk av centralstimulantia.

Psykiska effekter	Fysiologiska effekter
Hallucinationer Vanföreställningar, bl.a. paranoiska syndrom Rastlöshet, oro, ångest Depression Psykosliknande reaktioner	Förhöjt blodtryck, skador på hjärta och kärl, lungor (bl.a. TBC), slaganfall Viktminskning Tandproblem Påverkan och skador på fostret: för tidigt födda, ökad perinatal dödlighet (barnet dör i förbindelse med förlossningen), missbildningar Hög blodtryck, hjärtinfarkt och slaganfall Blodförgiftning (sepsis) Virusinfektioner; gulsot – HIV, kronisk hepatit

Hur identifieras personer som missbrukar centralstimulantia?

Den klassiska ruseffekten av centralstimulantia består av en kortvarig euforisk och en långvarig dysforisk komponent. Den euforiska delen är färgad av självhävdelsebehov och associationssnabbhet. Perceptioner upplevs intensivare än vanligt och ångest- och aggressivitetströskeln är sänkt. Dysforin präglas av ett ökat sömnbehov och det psykiska tillståndet av håglöshet, apati och depression.

Behandling av missbruk av centralstimulantia

Inom området behandling av missbruk av centralstimulantia finns det inte tillräckligt med studier för att kunna dra några långtgående slutsatser. Det har emellertid under senare år rapporterats resultat av farmakologisk behandling av amfetaminmissbruk och särskilt kokainmissbruk i flera RCT-studier. I den engelska upplagan av SBU-rapporten redovisas ett antal studier om farmakologisk behandling. Här presenteras endast de studier som uppvisar positiva resultat.

Det är framförallt amerikanska studier som har studerat kokainmissbrukare. Undersökningsgrupperna har varierat från ca 40 till 240 deltagare. Behandlingen i försöksgrupperna har i regel utgått från något av de nämnda preparaten, ibland i kombination med annan insats som till exempel rådgivning (councelling) eller beteendeterapi. Det är särskilt fyra preparat som prövats:

- Dextroamfetamin
- Baklofen
- Naltrexon
- Disulfiram.

Sammanfattningsvis ger studierna stöd för att farmakologisk behandling med dextroamfetamin och disulfiram har effekt vid framförallt kokainmissbruk. Tveksamheter finns dock beträffande Baklofen och Naltrexon.

Utvecklings- och forskningsbehov

Faktaunderlaget pekar på behovet av ytterligare forskning. Det gäller främst preparat som naltrexon och baklofen där de aktuella studierna inte kunnat belägga positiva resultat eller visar på motstridiga resultat. Det är också angeläget att köns-, ålders- och etnicitetsaspekterna särskilt uppmärksammas.

Behandling av opiatmissbruk

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Behandling vid opiatmissbruk och -beroende kan med fördel bedrivas som kombinationsbehandling där psykosociala metoder kombineras med läkemedel (agonister som metadon och subutex, men även antagonisten naltrexon, fastän effekten här är svagare).
- Psykosocial behandling i sig har effekter på missbruket, vilket innebär att sådan bör komma ifråga då inte kombinationsbehandling är möjlig.
- Ingen enskild behandlingsmetod som varit föremål för analyser framstår som överlägsen någon annan.
- Psykoterapier (med psykoterapiutbildade utövare i familjeterapi, dynamisk terapi eller kognitiv terapi) framstår dock som effektivare när det gäller retention (kvarstannande i behandling).

Inledning

Opiater är starkt beroendeframkallande och får vid det fullt utvecklade beroendet inte sällan tragiska följder. I olika studier har man kunnat visa på en 40 till 50 gånger högre dödlighet i jämförelse med grupper ur normalbefolkningen. Vid missbruk framträder både ett psykiskt och fysiskt beroende och en markant toleransökning. Opiaterna kan injiceras, rökas, snusas och ätas.

Opiater är ett samlingsnamn för en grupp av naturligt förekommande smärtstillande ämnen med centralnervös, narkotisk verkan. Hit hör främst morfin och kodein (metylmorfin). Den vidare benämningen opioider omfattar både de opiaterna som härrör från vallmo och de som är syntetiskt framställda. Till de senare hör preparat som metadon, ketobemidon, petidin och dextropropoxifen. Heroin (heroinderivat), som fått en dominerande ställning bland opiaterna, hör till den förstnämnda gruppen. Preparaten återfinns i narkotikaförteckningarna I–III.

SBU redovisade 2001 en kunskapsöversikt om psykosocial behandling av narkotikamissbrukare. Den omfattade sammanlagt ca 130 RCT-studier, som var tillgängliga i början av år 2000. Den aktuella översikten (2005) omfattar närmare 200 publicerade RCT-studier.

En viktig avgränsning i denna översikt har varit att endast belysa kombinationsbehandling mellan effektiva farmakologiska metoder vid opiatmissbruk och -beroende med känd evidens med psykosociala metoder med mindre klar evidens.

Skador på grund av opiatmissbruk

De kroppsliga effekterna och skadorna som rapporterats vid opiatmissbruk överensstämmer till viss del med dem som kan iakttas vid missbruk av centralstimulerande medel (se ovan). Det gäller särskilt infektioner vid intravenöst missbruk.

Det som är särskilt markant för missbruk av opiater är den höga dödligheten, inte sällan i anslutning till överdosering. I uppställningen nedan redovisas de vanligaste rapporterade psykiska och fysiska effekterna som kan uppträda var för sig eller i kombination med varandra.

Psykiska effekter	Fysiologiska effekter
Slöhet och koncentrationssvårigheter	Nedsättning av tarm- och njurfunktion
Avtrubning – ouppmärksamhet och risk för fysiska skador	Lunginflammation och lungsjukdomar
Kronisk nedstämdhet	Infektioner (HIV, hepatiter, allmän blodförgiftning, stelkramp, endokardit m.fl.) till följd av injektioner – se även de infektioner som anges för centralstimulantia
	Neurologiska skador, bl.a. till följd av syrebrist (ev. toxiska effekter eller immunologiska reaktioner vid föroreningar av preparatet)
	Komplikationer vid graviditet

Hur kan opiatmissbrukare identifieras?

En opiatmissbrukare med utvecklad tolerans och som intagit sin normala dos visar ofta få eller inga tecken på fysisk eller mental påverkan. De generella tecknen för opiatpåverkan är långsamma reflexer, låg och släpig röst, tröga eller långsamma rörelser, långsam andning och ibland kräkningar.

Behandling av opiatmissbrukare

Stöd finns för att kombinationsbehandling – samtidig farmakologisk behandling och psykosocial behandling – har bättre effekt än enbart farmakologisk behandling.

I SBU:s kunskapsöversikt kategoriserades behandlingsmetoderna när det gällde deras komplexitet (omfattning, struktur och personalens kompetens) i tre nivåer: *stödjande*, *omlärande* och *psykoterapi*. Resultatet av behandlingen bedömdes utifrån klienternas eller patienternas drogmissbruk och retention (kvarstannande i behandling). I analysen konstaterades att omlärande och psykoterapeutiska metoder har effekt på opiatmissbruk, men endast psykoterapi har effekt på retention.

I SBU-analysen framhålls att det som utmärker studier som visar positiva effekter både för alkohol- och narkotikabehandling är tre faktorer:

- a) tydlig struktur i behandlingsupplägget
- b) fokus på missbruket
- c) tillräckligt lång behandling för att ge effekt.

Den generella bild som framkommer i tidigare gjorda metaanalyser är att de enskilda RCT-studierna i hög grad har gällt metadonunderhållsbehandling som farmakologiskt stöd vid sidan av psykosocial behandling. Psykosocial behandling omfattar bl.a. kontingensträning¹⁶, motiverande samtal ”Motivational Interviewing” (MI), återfallsprevention (”relapse prevention”), kognitiv beteendeterapi (KBT), dynamisk psykoterapi och olika former av familjeinterventioner.

Analyserna pekade på att klienter och patienter som fått någon av nämnda behandlingar i regel kan uppvisa bättre resultat än deltagarna i kontrollgrupperna (de som inte fått behandling). Undersökningarna ger dock inget stöd för att någon enskild behandlingsmetod skulle vara mer framgångsrik i jämförelse med övriga metoder.

Olika behandlingsmetoder

Psykosocial behandling ensamt har effekt vid opiatmissbruk, dvs. oberoende av samtidig farmakologisk intervention. Det finns i dag sex RCT-studier av opiatberoende personer som stöder denna slutsats. Det är också klarlagt att psykosocial behandling i förening med metadonbehandling har effekt.¹⁷

Av särskilt intresse är att psykosocial behandling tillsammans med en antagonist som naltrexon har en medelhög effekt och att denna kvarstod vid annan farmakologisk intervention, till exempel med antidepressiva läkemedel.

Har psykosocial behandling en effekt som inte kan tillskrivas valet av kontrollbetingelse. Slutsatsen är att det finns evidens för effekter i jämförelse med alternativ välstrukturerad kontrollbehandling (andra terapimetoder) och med standardbehandling.

Analysen försöker också klarlägga vilken betydelse som olika vårdmiljöer kan spela för behandlingens resultat. Här prövades effekterna av psykosocial behandling i bl.a. en drogfri miljö. Behandling med psykosocial intervention har även undersökts när det gäller behandlingens målsättning:

- poliklinisk abstinensbehandling
- psykosocial behandling
- skadereduktion (s.k. harm-reduction)
- underhållsbehandling.

¹⁶ En närmare beskrivning av kontingensträning ges i faktaunderlaget. I korthet syftar sådan terapi till att förstärka önskvärda beteenden genom olika belöningsystem (teckenekonomi; vouchers eller att i farmakologisk behandling öka metadon/naltrexondosen).

¹⁷ I faktaunderlaget har koordinatorena framfört kritik mot den genomförda metaanalysen och ställer sig därför tveksamma till de slutsatser som dras. Vi redovisar här författarens analys med de av honom angivna evidensen, men vid bedömningen av slutsatsernas styrka (se kapitel II) vägs koordinatorens synpunkter in (se bilaga 4).

Vid samtliga typer av målsättningar med undantag för avgiftning gav interventionen mer positiva effekter jämfört med den för kontrollgruppen. I analysen har också några grupperingar av psykosociala behandlingsinterventioner jämförts med en aktiv kontrollintervention (annan jämförbar behandling, t.ex. manualbaserad rådgivning). Den visar på låga effekter för i stort sett alla interventioner.

En jämförelse mellan några av de vanligaste interventionsmetoderna, kontingensträning och kognitiv beteendeterapi (KBT), visar – uppdelat på olika uppföljningstider vid effektmätning – att kontingensträning har en låg effekt under behandling som inte kvarstår efter avslutad behandling. Kognitiv beteendeterapi och återfallsprevention däremot har låg effekt under pågående behandling, men visar på effekter på längre sikt och en medelhög effekt efter avslutad behandling.

Det har visat sig att KBT, kontingensträning, Node-Link Mapping och Motivational Interviewing m.fl. visar låga men robusta effekter.

Någon eller några enskilda metoder som är mer effektiva än andra kan inte beläggas när en interventionsmetod jämförs med annan aktiv intervention i kontrollgruppen. I SBU-rapporten framgick att en del av de beteendeterapeutiska interventionerna inte heller påverkade att man stannade kvar i behandlingen lika gynnsamt som mer omfattande psykoterapeutiskt strukturerade metoder. En anledning kan vara att terapeuterna här har mer kompetens att hantera själva relationen.

Utvecklings- och forskningsbehov

Generellt finns ett behov av större tydlighet i de undersökningar som görs inom området, särskilt gäller detta beskrivningarna av dem som deltar. Det kan bland annat gälla uppgifter om hälsa, ålders- och könsfördelning och eventuella psykiska besvär, särskilt då personlighetsstörning förekommer hos narkotikamissbrukare.

I många fall saknas god diagnostik som ger möjlighet till jämförelser med andra undersökta grupper. Ett forskningsfält som rönt uppmärksamhet under senare tid är studier om affektuttryck hos klienten eller patienten, dvs. kommunikation med ansiktsuttryck. Sådan inriktning bör systematiskt prövas i kognitivt orienterade studier.

Ett ytterligare perspektiv som bör uppmärksammas är de funktionshinder som inte sällan återfinns hos personer svårt belastade med missbruksproblem. Det gäller bl.a. begåvningshandikapp. Här kan regelmässiga kartläggningar av den enskildes vårdkonsumtion ge viktiga upplysningar.

Långtidsförlopp vid narkotikamissbruk

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Det finns ett behov av att minska motståndet mot att söka hjälp för narkotikaproblem. Motståndet kan bl.a. handla om rädslan för utredning och omhändertagande av egna barn och polisanmälan t.ex. för narkotikainnehav.

- Erfarenheter från självläkningsprocesser (natural recovery) bör systematiskt utnyttjas för utvecklingen av den professionella behandlingsverksamheten.
- Socialtjänst och hälso- och sjukvård bör etablera kontakter med självhjälpgrupper för erfarenhetsutbyte eller bistå med hjälp till kontakter med sådana för de personer med narkotikaproblem som önskar det. Sådant stöd kan initieras såväl under som efter behandling.

Inledning

I det följande redovisas huvuddragen i den forskning som bedrivits kring långtidsförlopp vid narkotikamissbruk och kring lösningar utanför vårdsystemet ("självläkning"). Sammantagna kan dessa studier, även om de inte kan inordnas i den typ av evidensgradering som i övrigt använts i faktaunderlaget, ses som värdefulla eftersom de

- speglar narkotikaproblemens komplexitet
- visar behovet att utveckla strategier för att hjälpa narkotikamissbrukare som av olika skäl inte söker eller vill söka traditionell behandling
- gör det möjligt att identifiera vissa principer och förhållningssätt som generellt underlättar rehabilitering och som kan bidra till att förstärka effekten av metoder som visat sig effektiva
- pekar på vikten av att infoga diskussionen om professionell behandling i ett vidare, socialpolitiskt och narkotikapolitiskt sammanhang.

Här sammanfattas dessutom den forskning som enligt en aktuell översikt bedrivits om självhjälpgrupper på narkotikaområdet.

Långtidsförloppet vid narkotikamissbruk och chansen till självläkning

I några undersökningar, som under flera decennier följt upp behandlade heroinmissbrukare, framstår missbruket som ett ofta livslångt tillstånd med svåra sociala och hälsomässiga konsekvenser och hög dödlighet. Den faktor som i någon mån verkar kunna förändra denna dystra bild är deltagande i metadonprogram. Det visar de relativt få metodologiskt tillfredsställande studier av långtidsförloppet som finns.

Samtidigt har en majoritet av alla som någon gång använt olika narkotiska preparat – inklusive opiater – och upphört med detta, gjort så utan professionell hjälp. Det visar tvärsnittsstudier av representativa befolkningsurval. Dessutom visade det sig att en mycket stor majoritet av de amerikanska soldater som i Vietnam blivit beroende av heroin slutade med sitt bruk på egen hand efter hemkomsten.

En senare långtidsuppföljning bekräftar att självläkning snarare varit regel än undantag. De studier som mer specifikt fokuserat på lösningar utanför

vårdsystemet ger, delvis beroende på metodologiska skillnader mellan olika studier, en lika varierad bild.

En rimlig sammanfattande slutsats av långtidsförloppet vid narkotikamissbruk är att flertalet användare av narkotiska preparat upphör med sitt bruk på egen hand, men att problemen för dem som utvecklat ett avancerat missbruk ofta kan bli kroniska, åtminstone när det gäller opiatmissbruk.

Sjävläkning förekommer också vid avancerat missbruk. Något entydigt svar på frågan om hur vanligt det är kan dock inte ges, eftersom detta beror på hur man definierar begreppen ”missbruk”, ”behandling” och ”stabil lösning”.

Hur går sjävläkning till?

Sjävläkning framstår som en i tiden utdragen process med olika faser. Det som utlöser olika försök att upphöra med ett narkotikamissbruk är ofta negativa konsekvenser av missbruket i kombination med omständigheter som ger hopp om eller pekar på möjligheten till ett annat liv. Dessutom verkar möjligheten till en bestående missbruksfrihet i hög grad vara beroende av kontextuella faktorer, t.ex. stöd från betydelsefulla personer och tillgång till attraktiva alternativ till missbruket.

Som en viktig faktor framstår individens personliga och inte minst sociala resurser. Samtidigt som det verkar finnas viktiga gemensamma drag i processen, varierar vägen ut ur missbruket, och det som skiljer sig är förutsättningar som kön, ålder, social situation och sociala nätverk samt missbrukets svårighetsgrad.

Medan den tidiga forskningen kring sjävläkning av narkotikaproblem i huvudsak inriktade sig på att bevisa fenomenets existens eller på skillnader mellan personer som slutat med stöd av behandling respektive utan behandling, har senare decenniernas forskning i högre grad inriktat sig på att klarlägga vilka inflytanden som ligger bakom dessa processer.

Forskningen på området har också utvecklats såväl till omfånget som metodologiskt och i dag finns välgjorda studier från flera olika länder som ger en i stora stycken samstämmig bild av dessa förlopp.

Sammanfattningsvis är det alltså viktigt att i behandlingen ta hänsyn till kontextuella inflytanden och strukturella faktorer, samt att anpassa de insatser som görs till individens förutsättningar, livssituation och fas i utvecklingen.

Dessutom pekar studierna på behovet av att finna olika sätt att hjälpa de narkotikamissbrukare som av olika skäl drar sig för att söka den hjälp som erbjuds i dag, och på att det är viktigt att på olika sätt stödja den långsiktiga friheten från missbruk hos personer som slutat.

Självhjälpgrupper inom narkotikaområdet

Det finns, enligt den översikt som refereras i kunskapsunderlaget, relativt få studier om självhjälpgrupper på narkotikaområdet. En sammanfattande slutsats i översikten är dock att det finns relativt goda belägg för att medlemskap i NA (Anonyma Narkomaner) efter behandling innebär ett bättre långsiktigt utfall och att det därför finns anledning att förespråka ett förbät-

rat samarbete mellan det professionella vårdssystemet och olika självhjälsgrupper.

Det finns samtidigt skäl att understryka att de refererade studiernas upp-
läggning inte ger möjlighet att upptäcka eventuella negativa effekter av del-
tagande i självhjälsgrupper och att det därför finns skäl att inte tumma på
frivilligheten när det gäller deltagande i sådana grupper.

Utvecklings- och forskningsbehov

Faktaunderlaget pekar på behovet av fler studier, helst med prospektiv an-
sats som närmare granskar vilka faktorer – till exempel individernas person-
liga eller sociala resurser – som har betydelse i självläkningens dynamik.
Sådan forskning bör bl.a. ta sin utgångspunkt i skillnader mellan olika grup-
per när det gäller narkotikapreparat, missbrukets varaktighet och intensitet
och sociala resurser. Hur sådana studier ska kunna genomföras är dock pro-
blematiskt med hänsyn till narkotikans illegala status. Det gäller inte minst
rekryteringen av respondenter (deltagare).

En annan infallsvinkel kan vara att studera gränssnittet mellan det profes-
sionella behandlingssystemet och självhjälsgrupper. Det vore också av
värde att närmare utvärdera om och på vilket sätt webbaserade självhjäls-
manualer och liknande används.

Sociala stödåtgärder

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Man bör utvärdera om samhällets klarar av att erbjuda de stödåtgär-
der som behövs.
- Vårdgivarna bör verka för att underlätta situationen för de familje-
medlemmar som kan stödja personer med narkotikamissbruk.
- En kombination av hemlöshet och beroende är ett hinder när det
gäller förmågan att tillgodogöra sig boendestöd, annan social service
och behandling.
- Boende och arbete utgör centrala och omistliga komponenter i arbe-
tet med missbrukare. Det kan man säga trots bristen på evidens.

Inledning

Många vuxna missbrukare som har kontakt med vården har andra problem
och sociala svårigheter. Ungefär en sjättedel av de vuxna missbrukare som
har kontakt med det svenska behandlingssystemet är hemlösa. Vi vet också
att en stor del av missbrukarvårdens klienter är ensamstående eller frånskil-
da och står utanför arbetsmarknaden.

Åtgärder för att minska eller kompensera dessa problem är inte bara en
fråga om sociala rättigheter. Det kan i vissa fall handla om en livräddande
verksamhet. I en översikt av litteraturen kring drogmissbruk, drogrelaterad
död, självmordstankar och självmord, finner man att självmord, som är van-
ligare bland drogmissbrukare än i den totala befolkningen, i sin tur korrele-

rar (står i samband) med bristande familjestöd, svåra psykosociala problem och blandmissbruk samt med en (ouppfylld) önskan att få vård.

Forskningen kring naturlig läkning (är det samma som självläkning?) (se avsnitt "Långtidsförlopp vid narkotikamissbruk") visar också att förändringar i den sociala miljön, t.ex. när det gäller arbete och sysselsättning, bostad, stabil inkomst, fungerande familjeliv och ett socialt nätverk kan göra det lättare att hitta en väg ut ur missbruket, med eller utan behandling.

I den följande redovisningen uppmärksammas kunskapsläget när det gäller familjens roll, professionens betydelse, hemlöshet och stödboende samt arbetsrehabilitering och sysselsättningsfrämjande åtgärder, dvs. frågor som ligger inom den klassiska socialpolitikens domäner.

Familjens betydelse

Det är viktigt att identifiera vilka personer och vilket socialt stöd i missbrukarens omgivning som kan vara ett stöd i rehabiliteringen. Det är också viktigt att stärka dessa personers betydelse och de insatser de kan göra.

Familj och vänner identifieras i vissa studier och under vissa förutsättningar framförallt som ett stöd. Man har bl.a. kunnat se att patienter med dubbeldiagnos som fått ekonomisk hjälp av sin familj eller omvårdnad från familjemedlemmarnas sida oftare slutade missbruka eller minskade sitt missbruk.

Man har också sett att en större andel kvinnliga kokainbrukare bland dem som var i behandling hade stöd i sin närmiljö för att söka behandling eller hjälp i vardagssituationer. Att få behålla sina barn hemma kan vara ett viktigt motiv för kvinnor att ändra sitt riskbeteende.

Familjen och närstående kan spela en viktig roll för att en missbrukare ska upprätthålla drogfrihet, ta kontakt med vården eller behålla en sådan kontakt. Anhöriga som genomgått community reinforcement training (CRA) lyckades bättre än kontrollgruppen motivera narkotikamissbrukare att söka vård, men det är inte klart i vilken mån resultaten kan generaliseras för anhöriga till missbrukare.

När det gäller familjestödets betydelse för rehabilitering vid olika sjukdomar har slutsatsen dragits att socialt stöd från familj och vänner generellt minskar risken för återfall och även gynnar behandlingskontinuitet hos narkotikamissbrukare. Däremot finns det ingen vetenskaplig kunskap, enligt vissa forskare, om det sociala stödets betydelse för att man söker sig till behandling.

Vidare påpekas att forskningsresultaten när det gäller det sociala stödets betydelse för den mera långvariga rehabiliteringsprocessen, genom att t.ex. motverka negativa upplevelser av stressituationer, är motsägelsefulla.

Familjerelationer kan också hålla kvar en missbrukare i ett missbruk. Att leva med en annan missbrukare i familjen kan, enligt forskningen, öka narkotikabruket. Det är svårt att dra generella slutsatser om betydelsen av att ha en partner.

Flera forskningsöversikter påpekar att familjens möjligheter att fungera stödjande är beroende av familjens resurser i vid mening (s.k. exosystem):

- övrigt informellt nätverk
- materiella resurser
- samhällets service
- professionellt stöd
- tillgång till behandling.

Det har visats att också missbrukande föräldrar kan ge barnen den nödvändiga grundtryggheten, om familjen får socialt och ekonomiskt stöd av sin omgivning. Även andra förhållanden än föräldrars narkotikamissbruk i sig påverkar den avgörande kvaliteten i föräldrar-barnrelationen.

Missbrukande föräldrar som är stödjande och närvarande i barnens liv kan ge barnen den nödvändiga grundtryggheten. Narkotikamissbruket hos föräldrarna kan dock ses som en av flera avgörande riskfaktorer för den unges utveckling, liksom ekonomiska svårigheter. Svagt socialt stöd och emotionella problem är andra avgörande problem som har betydelse för den unges utveckling. Förutom det informella nätverket tycks också samhällets service och tillgången till behandling vara viktiga faktorer i sammanhanget.

Det faktum att socialt stöd har så litet förklaringsvärde kan delvis bero på att stöd från missbrukande närstående kan ha en negativ effekt. Långvarigt narkotikamissbruk kan leda till social isolering. Det kan också leda till nära band med andra missbrukare, vilket många forskare påpekar.

Avslutningsvis ska sägas att forskningen i dag inte entydigt kan säga att det är bra för långsiktig drogfrihet eller rehabilitering att leva i en familj, med en partner eller med närstående. En bedömning av relationernas kvalitet är nödvändig.

Betydelsen av professionellt socialt stöd

Det har visat sig att kvinnors relationer till dem som behandlar dem är en viktig faktor för resultatet av behandlingen. Bland kokainbrukande kvinnor i USA var det 12 procent som uppgav att de vände sig till någon på en socialvårdsenhet när de behövde prata om sina personliga problem.

Men det har också konstaterats i Sverige att upplevelsen av myndigheter som socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa är kluven, och dessa kontakter beskrivs ofta på både gott och ont. Slående är att många kvinnor upplevt de sociala myndigheterna som en hjälpmöjlighet man inte kunnat utnyttja, eftersom en sådan kontakt också inneburit ett hot om att bli ifrågasatt som förälder och mista vårdnaden om de egna barnen eller att på annat sätt bli ”avslöjad” eller ”stämplad”.

Stabilitet och förtroende anförs i studierna som väsentliga kvaliteter i sådana professionella relationer som kan stöda en väg ut ur missbruk.

Hemlöshet och boendestöd

Narkotikamissbrukare har, enligt en samstämmig forskningsbedömning, svårare än andra att ta sig ur sin hemlöshet. Hemlösa narkotikamissbrukare med dubbeldiagnos kan ha särskilt svårt att få kontakt med vården och få socialt stöd. Samma grupp får i mindre grad än andra missbrukare tillgång till samhällets service.

Forskningsresultaten pekar på att vårdens tillgänglighet och kontinuiteten och kvaliteten i behandlingskontakterna kan vara särskilt viktiga för att nå denna grupp som ofta lever under kaotiska levnadsförhållanden. När det gäller betydelsen av boendets utformning saknas systematisk kunskap.

Hemlöshetskommitténs riktlinjer överensstämmer väl med forskningsläget. Man föreslår en förbättrad och kontinuerlig kartläggning av hemlöshetsproblemen¹⁸, prioriteringar av insatser för bl.a. missbrukare och man betonar behovet av ett integrerat samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård inom ramen för ett brukarperspektiv.

Arbetsrehabilitering och sysselsättningsfrämjande åtgärder

Sambandet mellan arbete och narkotikamissbruk är oklart. Forskningen präglas av att centrala begrepp definieras på olika sätt och att resultatmått på detta område är olika och påverkade av nationella förhållanden. Med den nuvarande kunskapen finns det ingen tydlig evidens för att arbete skyddar mot missbruk eller för att retention eller behandlingsresultat påverkas av om man har arbete före eller efter behandlingen.

Studier av effekter av manualbaserad träning för missbrukare när det gäller att söka arbete ger motstridiga resultat. Vissa studier tyder på att förlust av arbete kan vara en riskfaktor för återfall. Man har även sett resultat som tyder på att boendestöd och eftervård i narkotikafri miljö kan vara viktiga för framgångsrik arbetsrehabilitering.

Utvecklings- och forskningsbehov

Det faktum att narkotikabruk i Sverige är illegalt kan möjligen ha hindrat utarbetandet av insatser för narkotikabrukarens välbefinnande, för att missbrukaren ska söka sig till vård och för en väg ur missbruket. Det kan även ha försvårat forskningen om familjens och närmiljöns roll utanför det som sker i behandlingen,

Studier av olika metoder i vilka anhöriga och närstående ges stöd är viktiga. Det handlar bl.a. om att hjälpa de anhöriga så att de kan erbjuda en miljö som stödjer drogfrihet. Det handlar också om att lära ut tekniker för närstående så att de kan fungera behandlings- och abstinensmotiverande.

Inom detta område är det viktigt med nationell forskning, som skulle kunna identifiera problem och fördelar med de speciella omständigheterna och resurserna i det svenska välfärdssystemet, bl.a. den omfattande barnomsorgen och tvångsvårdslagstiftningen.

¹⁸ Socialstyrelsens redovisade 2006 en nationell kartläggning ”Hemlöshet i Sverige 2005, omfattning och karaktär”

Flera forskare efterlyser kvalitativa studier för att få en bättre insikt i hur man blir hemlös eller hur tillståndet kan brytas samt en bättre kunskap om interaktionen mellan personal och hemlösa. Eftersom det är svårt att göra kontrollerade studier på detta område, kan man med hjälp av omfattande kartläggningar (surveys) försöka destillera fram resultat, strukturer och processer som ligger bakom vägen in och ut ur hemlöshet.

Betydelsen av olika slags boendeformer – mer eller mindre strukturerade och kollektiva – för olika grupper bör undersökas. Även här är det angeläget med nationell forskning och en nyansering av hemlösas liv och situation.

När det gäller arbetsrehabiliteringens roll finns det få studier om konkreta interventioner. Studierna har ofta metodologiska brister, interventionerna är ofta oklart definierade, bortfallet besvärande och resultatmått svåra att jämföra. Till detta kan man lägga att sambandet mellan arbete och sysselsättning å ena sidan och drogbruk å andra sidan är komplext. Dessutom bör sysselsättningsåtgärder understödjas av och integreras med andra sociala insatser.

Kapitel 6. Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling

Inledning

Alkoholfrågan var en av de viktigare socialpolitiska frågorna under föregående sekel och kommer med stor sannolikhet också vara ett viktigt inslag i debatten om den framtida välfärden och särskilt folkhälsopolitiken.

Under 1900-talet diskuterades eller genomfördes en rad förändringar inom området:

- kontroll av brännvinsförsäljningen genom särskilda bolag, motbokssystem och monopolsystem för Systembolaget 1919
- folkomröstningen om motbok eller totalförbud 1922
- avskaffandet av motbok 1955
- införande av mellanöl 1965
- avskaffandet av mellanöl 1977
- avveckling av delar av monopolsystemet 1995
- införandet av lördagsstängt på systembolaget från och med 1 juli 1982
- lördagsöppet på systembolaget från och med 1 juli 2001.

Till denna lista kan fogas direktiv och förändringar som är kopplade till EU-inträdet 1995.

Alkoholfrågan har ytterst handlat om kontroll av dryckenskap och vårdandet av alkoholpolitiska erfarenheter med djupa rötter i bl.a. nykterhetsrörelsen och arbetarrörelsen. Frågor som dominerat debatten är bl.a. alkoholskatten, monopoliet och regleringar när det till exempel gäller åldersgränser och tillgänglighet.

Alkoholfrågan är därför ytterst komplicerad, där till exempel folkhälsoaspekter måste vägas mot olika särintressen och den allmänna opinionens intressen. Nu senast har problematiken aktualiserats i diskussionen om en radikal sänkning av skatten på starksprit. EU-inträdet har också kraftigt begränsat utrymmet för statens möjligheter att styra och kontrollera alkoholkonsumtionen i landet.

Alkoholpolitiken har grovt sett inriktats på följande tre åtgärdssystem:

- kontrollåtgärder för tillverkning, distribution och försäljning
- upplysande och förebyggande insatser riktade till hela befolkningen eller grupper i riskzonen
- vård och behandling för personer med alkoholproblem.

Med en förenkling kan dessa tre åtgärdsområden ses som delar i ett dynamiskt system. Minskar eller ökar insatserna inom ett åtgärdssystem får det

återverkningar på övriga två åtgärdssystem. Den senaste tioårsperioden har präglats av att delar av kontrollsystemet försvagats och förändrats, vilket ansetts ha ökat behovet av upplysande och förebyggande insatser liksom behovet av vård och behandling.

I praktiken betyder det att kraven successivt skärpts på samhällets åtaganden för att motverka och behandla alkoholproblem. Det sker samtidigt med ökade krav på kostnadseffektivitet i kommunernas och landstingens verksamheter. I kapitel 3 redovisas de delar som rör uppspårande, uppsökande och sekundärpreventivt arbete. I detta kapitel belyses aktuell kunskap kring behandling av alkoholmissbruk och beroende.

Alkoholabstinens

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Tiamin ska alltid ges vid alkoholabstinens om det inte är uppenbart onödigt. Det ska ges innan patienten får mat och dryck (eller dropp).
- Bensodiazepiner motverkar både ospecifika och specifika abstinenssymtom och synes vara det i dag mest verksamma medlet. Inget enskilt preparat inom denna grupp kan anses överlägset något annat. Risk för beroendeutveckling föreligger särskilt vid långtidsbehandling och bör uppmärksammas vid behandlingen.
- Vetenskapligt underlag saknas för att bedöma de sammanlagda effekterna av antiepileptiska medel som till exempel karbamazepin, fenytoin och valproat. En rad biverkningar av dessa preparat är även kända.
- Betareceptorantagonister är effektiva vid ospecifika abstinenssymtom, men har ingen dokumenterad effekt på specifika symtom som delirium tremens eller kramper.
- Klometiazol (Heminevrin) har vetenskapligt dokumenterad effekt när det gäller ospecifika abstinenssymtom, men uppvisar biverkningar – främst ökad sekretion i andningsvägarna.

Inledning

En av konsekvenserna av alkoholberoende är abstinensbesvär efter det att alkoholintaget upphört. De bakomliggande neurofysiologiska faktorerna till abstinenssymtom är till stora delar kända. I regel är abstinensbesvärerna harmlösa, men kan utvecklas till allvarliga eller livshotande tillstånd. Symtomen vid alkoholabstinens delas upp i två kategorier:

- Ospecifika symtom, t.ex. hög puls, förhöjt blodtryck, svettningar, darrningar, oro, ångest och nedstämdhet
- Specifika symtom, t.ex. abstinenshallucinos, delirium tremens och alkoholbetingat psykotiskt syndrom samt krampanfall av generaliserad tonisk-klonisk typ

Abstinensbehandling syftar främst till att förhindra krampanfall, delirium tremens och död, men ska också behandla patientens ospecifika symtom och lidande.

Alkoholabstinens kan uppträda redan innan blodalkoholhalten sjunkit till noll. Behandlingen ska därför i normalfallet sättas in när symtom på abstinens uppträder. Symtom på alkoholabstinens, trots mätbara halter av alkohol i blodet, innebär ökad risk för delirium eller abstinenskramper.

De ospecifika symtomen uppträder i regel inom några timmar, medan de specifika ofta utvecklas först efter 3–5 dygn med undantag för kramper som kan uppträda redan inom ett dygn.

Kända riskfaktorer för svår abstinens är samtidig akut somatisk sjukdom (t.ex. lunginflammation, urinvägsinfektion, skelettfraktur och ansiktstrauma), långvarigt intag av stora mängder alkohol och tidigare erfarenheter av delirium eller svåra abstinenssyndrom.

I vissa fall kan abstinenssymtom uppträda flera veckor efter det att alkoholkonsumtionen upphört. Detta kan bero på (differentialdiagnos) exempelvis missbruk av bensodiazepin, depression, bipolär sjukdom m.fl.

Det vanligaste sättet att bedöma effekten av behandlingen är att mäta abstinenssymtomen. Antalet abstinenskramper, delirium tremens och dödsfall förekommer också som mått. Mätning kan i regel ske med en utprovad skattningsskala, men en sådan används i dag i mycket liten omfattning.

SBU har tidigare granskat litteraturen om behandling av alkoholabstinens, dels i *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem* (1), dels i *Behandling med neuroleptika* (51). I arbetet med riktlinjerna ingår sammanlagt 98 RCT-studier om läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens, 13 RCT-studier om läkemedelsbehandling av delirium tremens samt resultaten av tre tidigare gjorda metaanalyser. De flesta studierna här avser prövningar på män och inte i något fall har behandlingsutfallet analyserats utifrån kön eller ålder, men i praktiken tillämpas dessa metoder oberoende av kön.

Behandling av alkoholabstinens

Behandling av abstinenssymtom har här delats upp i två huvudgrupper.

Uppdelningen motiveras av att forskningen och litteraturen följer dessa spår:

1. Behandling av alkoholabstinens
2. Behandling av delirium tremens

I uppställningen nedan redovisas de farmakologiska preparat som granskats i det aktuella kunskapsunderlaget.

Behandling av alkoholabstinens	Behandling av delirium tremens
Bensodiazepiner eller motsvarande	Barbiturater
Klometiazol och antiepileptika	Bensodiazepiner
Imidiazolin-agonister	Klometiazol
Betareceptorantagonister	Imidiazolin-agonister
Lustgas	Övriga
Tiamin	
Psykologisk behandling	
Övriga	

1. Behandling av alkoholabstinens

a. Profylax mot Wernicke-Korsakoffs syndrom

Brist på *tiamin* (vitamin B) kan bl.a. utlösa Wernickes encefalopati, som är ett tillstånd med hög dödlighet och risk för kvarstående hjärnskador, och Korsakoffs sjukdom (se ”Alkoholbetingad varaktig minnestörning” enligt DSM-IV). Direkta toxiska effekter på hjärnan av alkohol med eller utan tiaminbrist kan inte uteslutas vid dessa sjukdomstillstånd. Faktaunderlaget visar att tiamin varken har förebyggande effekt mot kramper eller delirium. Eftersom tillförsel av glukos (t.ex. saft eller kolhydratrika livsmedel) kan utlösa en latent tiaminbrist ska tiamin alltid ges innan patienten får äta eller dricka saft eller mjölk.

b. Profylax mot abstinenskramp och delirium tremens

Bensodiazepiner utgör en grupp kemiska ämnen med en förhållandevis komplex verkan. De har framförallt en ångestdämpande effekt. Flera preparat har också kramphämmande, antiepileptisk eller sömngivande verkan. En rad olika preparat av bensodiazepin-typ (t.ex. oxazepam, klordiazepoxid, diazepam, lorazepam) har prövats. Bensodiazepiner förekommer med kort- eller långtidsverkande effekter.

I de studier som granskats förekommer ett stort antal preparat av bensodiazepin-typ. De flesta förefaller ha en signifikant påvisbar effekt jämfört med placebo. Flera metaanalyser bekräftar bilden av bensodiazepin som ett effektivt preparat för att lindra eller minska både specifika och ospecifika abstinenssymtom. Bensodiazepiner är den enda preparatgrupp som har säkerställd förebyggande effekt mot abstinenskramp och delirium tremens.

Klometiazol (bl.a. Heminevrin som tidigare använts i stor utsträckning i abstinensbehandling) och antiepileptika är en kombination av preparat som förenar lugnande, kramphämmande och antiepileptisk verkan. Även här har flera olika preparat prövats. Dokumentationen är dock begränsad och antalet patienter är för få för att säkra slutsatser om effekter ska kunna dras. Klometiazol ger ökad sekretion i luftvägarna och försvårar andningsfunktionen. Preparatet bör endast användas i slutenvård och med stor återhållsamhet.

Imidazolin-agonister utgör en grupp preparat, främst klonidin och lofexidin. I ett antal studier jämförs dessa agonister med andra preparat, bl.a. bensodiazepin och klometiazol. Studierna visar att klonidin minskar ospecifika abstinenssymtom. Underlag saknas dock för slutsatser om effekter på specifika symtom som kramper och delirium tremens.

Betareceptorantagonister ("betablockerare") används bl.a. mot högt blodtryck. I underlaget redovisas ett fåtal studier, alla med ett fåtal patienter. Det är framförallt propranolol och atenolol som använts. Studierna belägger som väntat goda effekter mot förhöjt blodtryck, hjärtklappning och darrningar. Inga andra effekter kan anses belagda. Betablockerare anses kunna maskera tidiga symtom på delirium tremens.

Lustgas (N₂O) ger narkoseffekt och ges ofta i samband med syre (O₂). Som metod för att lindra abstinenssymtom är den omdiskuterad. Vetenskapligt stöd saknas, bl.a. på grund av att de fåtaliga studierna inte upprepats vid andra oberoende centra.

Psykologisk behandling vid lättare alkoholabstinens (ospecifika symtom) har ansetts lämplig då skillnader i effekt mellan placebobehandling och aktivt läkemedel i vissa studier varit obefintlig. Det vetenskapliga underlaget är dock f.n. svagt.

Övriga preparat som prövats är *nimodipin* (kalciumantagonist), *caroverin* (kalciumantagonist), *tiaprid* (dopaminantagonist), *litium* (medel vid manodepressiva tillstånd samt etylalkohol). Inget av dessa preparat har någon dokumenterad effekt som profylax mot kramper eller delirium. Både litium och etylalkohol dämpar ospecifika symtom som oro och rastlöshet.

2. Behandling av delirium tremens

Delirium tremens är ett tillstånd som obehandlat medför hög dödlighet. Det är viktigt att behandling sker i nära anslutning till intensivvårdsresurser.

Barbiturater (t.ex. barbital och fenobarbital) är en stor grupp sömn- och narkosmedel, varav somliga har antiepileptisk verkan, som sedan länge används vid behandling av delirium tremens. Det svaga vetenskapliga underlaget och risken för överdosering med åtföljande risk för andningsstillestånd har lett till att barbiturater används alltmer sällan, med undantag för intensivvård.

Bensodiazepiner rekommenderas i flera översikter som behandling vid delirium tremens. Det är främst diazepam som prövats. Vid jämförelser mellan olika bensodiazepinpreparat (klordiazepoxid, paraldehyd, perfenazin och klorpromazin) ses inga skillnader i effekt. Diazepam har i en studie visat sig överlägset paraldehyd vid behandling av delirium tremens. Paraldehyd ger betydande biverkningar.

Klometiazol har prövats i studier, dock inte i randomiserade kontrollerade studier vid delirium tremens. I några studier har man funnit att dödligheten i delirium tremens reducerats helt med stöd av behandling av klometiazol.

Imidazolin-agonister (klonidin) har prövats i få studier. I en kontrollerad studie jämfördes klonidin och klometiazol vid fullt utvecklade delirium tremens. Båda medlen anses ha acceptabel klinisk effekt, men kräver i regel tilläggsmedicinering.

Övriga preparat som prövats är bl.a. aprotinin, propofol (narkosmedel) och fruktos. Inga av dessa medel har en vetenskapligt dokumenterad effekt. Elektrokonvulsiv behandling, t.ex. elchocker (ECT), används rutinmässigt vid olika typer av delirier, men randomiserade kontrollerade studier av denna behandling saknas.

Utvecklings- och forskningsbehov

Det finns effektiv och väldokumenterad behandling för att förebygga abstinenskramp och delirium tremens vid alkoholabstinens. Däremot saknas studier av dosering och faktorer som bör styra val av preparat och dos (av främst bensodiazepiner) vid mycket svåra abstinensstillstånd som är på väg att övergå i delirium.

Läkemedelsbehandling alkoholmissbruk- och beroende

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Läkemedel mot återfall, i kombination med lämplig psykosocial behandling, bör vara förstahandsvalet i den långsiktiga behandlingen.
- Läkemedel som syftar till att behandla personer med alkoholmissbruk eller -beroende bör endast komma ifråga då samtidig psykosocial stödinsats eller psykosocial behandling ges.
- Disulfiram bör endast användas vid behandling där intaget sker under överinseende av en annan person, företrädesvis en behandlare. Behandling med disulfiram förutsätter kontroll av leverfunktionen.
- Behandling med akamprosat och naltrexon har effekt och särskilt en kombination av dessa.
- Behandling av alkoholberoende med neuroleptika, antidepressiva och annan medicin mot ångest har ingen effekt, men har effekt på det psykiatriska tillståndet.
- Behandling av alkoholberoende med öronakupunktur saknar evidens och bör således utmönstras ur behandling.
- Behandling med implantat av disulfiram har ingen effekt och bör således utmönstras ur behandling.
- Behandling med neuroleptika mot återfall saknar evidens och bör utmönstras ur behandling.

I den följande redovisningen är läkemedelsbehandling ofta kombinerad med psykosocial behandling.

Inledning

Senare års stora framsteg inom neurobiologisk beroendeforskning har lett till en introduktion av nya läkemedel som avsevärt förbättrat möjligheterna

att förebygga återfall, öka andelen helnyktra och minska missbruket. Med undantag för behandling med disulfiram används dock läkemedelsbehandling fortfarande i begränsad omfattning i Sverige.

Forskning inom området visar på individuella variationer i hur den enskilde förändrar sitt drickande efter behandling. Det har föranlett antaganden om att valet av läkemedel och psykosocial behandling kan anpassas efter den enskildes särskilda förutsättningar och att även kombinationer av läkemedel kan effektivisera behandlingen. Utvärdering av olika kombinationer av läkemedel och psykosocial behandling pågår och området är under utveckling.

Behandling

Läkemedelsbehandling omfattar ett relativt begränsat antal preparat, varav disulfiram (Antabus) är det mest kända. I övrigt har naltrexon, akamprosat, kombinationer av dessa och ytterligare några läkemedel granskats i följande uppställning:

Läkemedel	Några fysiologiska/farmakologiska karakteristika
Disulfiram	Blockerar enzymet acetaldehyd-dehydrogenas som orsakar ansamling av acetaldehyd i samband med alkoholintag som leder till obehagliga reaktioner, bl.a. illamående
Naltrexon	Opiatreceptorantagonist som anses minska alkoholsug hos nyktra och merbegär efter det första alkoholintaget
Akamprosat	Taurin-analog med komplex verkningsmekanism. Preparatet anses minska alkoholsuget hos nyktra respektive merbegär efter första alkoholintaget
Naltrexon + akamprosat	Se ovan
SSRI	Selektiva serotoninupptagshämmare som verkar på serotoninsystemen. Antidepressiv verkan
Ondansetron	5-HT ₃ -receptorantagonist som används vid behandling av illamående och kräkningar vid cytostatikabehandling
Buspiron	En partiell 5-HT _{1A} -agonist som minskar ångest, främst s.k. generaliserad ångest
Topiramata	Antiepileptikum – kramphämmande medel
Baklofen	GABA-B-agonist, ett centralt verkande muskelavslappande medel
Neuroleptika	Antipsykosmedel, medel mot schizofreni och andra psykotiska sjukdomstillstånd
Ondansetron + Naltrexon	Se ovan

Behandling med *disulfiram* (Antabus) har länge varit omdiskuterad. Studier visar svaga eller obefintliga effekter. Ett undantag utgör behandling där disulfiram ges under övervakning, dvs. i närvaro av annan person som till exempel behandlare, arbetskamrat eller kollega. Det finns inte heller något vetenskapligt stöd för behandling genom implantation av disulfiram¹⁹.

¹⁹ Implantat kan i dag utföras med stöd av licens från Läkemedelsverket

Naltrexon har i flera studier visat sig mest effektiv då det kombineras med strukturerade och väldefinierade återfallspreventiva psykologiska metoder som kognitiv beteendeterapi eller liknande. Metaanalyser visar att vid naltrexonbehandling var andelen helnyktra signifikant högre och andelen som återföll i intensivkonsumtion signifikant lägre. En långtidsverkande form av naltrexon för att öka följsamheten (benägenheten att inta läkemedlet) anses lovande. Man har sett att män men inte kvinnor minskade sitt alkoholmissbruk när man använde långtidsverkande naltrexon.

Akamprosot har i ett stort antal prövningar visat sig förlänga tiden till återfall, minska antalet dagar med alkoholkonsumtion och öka andelen helnyktra. Behandling med akamprosot har visat måttliga till höga effektstorlekar när det gäller andelen helnyktra efter tre, sex respektive tolv månader. Ingen av de prövade psykosociala behandlingsmetoderna har visat sig mer framgångsrik än de andra i kombination med akamprosot.

Akamprosot och *naltrexon* har visat sig vara jämförbara. En kombination av båda läkemedlen har visat signifikant högre andel helnyktra än enbart akamprosot eller naltrexon. Preparaten är för närvarande föremål för mycket forskning.

SSRI har visat motsägelsefulla resultat när det gäller missbruk. S.k. typ B-alkoholister (tidig alkoholdebut, svårare alkoholberoende och olika psykopatologiska symtom) snarare försämrades vid behandling med SSRI (fluoxetine). Typ A-alkoholister (tidigare alkoholdebut, lindrigare alkoholberoende och färre psykopatologiska symtom) svarade positivt på behandlingen.

Ondansetron har tillsammans med beteendeterapeutiskt inriktad behandling visat effekt på en grupp patienter med tidig debut men ingen effekt på patienter med senare debut. Fler studier är nödvändiga innan detta läkemedel kan rekommenderas.

Buspiroton tycks ha vissa effekter för personer med alkoholberoende och samtidig ångest, dvs. personer med samsjuklighet. Buspiroton har dock inga effekter på missbruket i sig, utan enbart ångesten.

Topimarat och andra antiepileptiska medel har visat sig ha effekter på den protraherade (i tiden utdragna) abstinensen och minska alkoholkonsumtionen. Man har funnit positiva effekter när läkemedlet kombinerats med beteendeterapeutiskt inriktad terapi, oberoende av om personen haft en tidig eller sen debut. Läkemedlet har dock fosterskadande effekter.

Baklofen har visat sig ha effekt på alkoholkonsumtion, antalet helnyktra dagar och suget efter alkohol. Större och längre studier krävs dock för att avgöra om medlet kan rekommenderas.

Behandling med *neuroleptika* har tidigare utvärderats av SBU (51). För närvarande saknas dock evidens för detta läkemedel vid behandling av beroendetillståndet i sig.

I ett antal RCT-studier har *akupunktur* med både ospecifik och specifik teknik inte kunnat påvisa effekter som skiljer behandlingen från placeboeffekter.

Psykosocial behandling av alkoholmissbruk och -beroende

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Flera specifika psykosociala behandlingsmetoder har gynnsamma effekter liknande de som uppnås vid andra hälsoproblem och sjukdomar inom hälso- och sjukvård.
- Ingen specifik behandlingsmetod visar bättre effekt på missbruket än någon annan.
- Ingen specifik metod visar bättre effekt än någon annan för individer med psykisk störning eller personlighetsstörning.
- Visst stöd finns för att matcha behandlingens intensitet mot missbrukets svårighetsgrad – vid svårare beroende krävs mer omfattande behandling. Däremot saknas stöd för att matcha en viss behandlingsmetod till individuella karaktäristika.
- Vid behandling av psykiskt störda missbrukare och hemlösa missbrukare måste såväl missbruk som psykisk störning och andra livsproblem behandlas samtidigt.
- Positiva effekter uppnås vid behandling av hemlösa missbrukare då beteendeterapeutiska tekniker och ett strukturerat, samordnat patientstöd kombineras.
- Stödboende eller slutenvård förefaller inte ge bättre resultat än behandling i öppenvård.

Inledning

Med psykosocial behandling menas generellt sett metoder eller tekniker som syftar till att förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende. Psykosocial syftar här närmast på att interventionerna riktar sig både mot den enskildes beroendeproblem och eventuellt andra problem som kan ha funnits före, eller är konsekvenser av, missbruksproblemet.

Definitionen av psykosocial behandling är oklar och behöver preciseras. På samma sätt som gäller för andra termer inom området finns glidningar i innebörden som är problematiska. En sådan glidning är när termen psykosocial behandling ersätts eller blir synonymt med psykosocialt stöd. Det senare brukar ibland jämföras med ospecifika stödinsatser inom socialtjänsten som i praktiken kan avse alla typer av insatser som inte är behandling.

Psykosocial behandling utgör ingen enhetlig behandlingsform utan kan avse metoder som syftar till att öka den enskildes psykologiska och sociala förmåga och färdigheter att hantera sitt beroende samt en eller flera insatser som syftar till att understödja den enskildes psykologiska och sociala rehabilitering.

En utgångspunkt bör rimligen också vara den definition av behandling som förs fram i kapitel 1 och som fastslår fyra kriterier för att behandling ska anses vara aktuell. Det bör också framhållas att psykosocial behandling

inte är begränsad till något särskilt område av missbrukarvården. Den kan i praktiken bedrivas inom alla områden av missbrukarvården.

Olika typer av psykosocial behandling

Nedan presenteras SBU:s analys av faktaunderlaget följt av en genomgång av övriga systematiska översikter och jämförelser med resultat. Slutsatserna som drogs vid SBU:s kunskapsöversikt överensstämmer med de slutsatser som dragits i riktlinjearbetet och som presenteras i början av det här avsnittet.

De metoder som används i sammanhanget spänner över ett tämligen vitt fält och för att få en bättre överblick och möjliggöra vidare analyser kategoriserades dessa i fem olika grupper:

- Höjning av motivationen till förändring (motivationsmetodik)
- Förändring av själva missbruksbeteendet (främst varianter av kognitivt beteendeterapeutiska metoder och 12-stegsbehandling)
- Metoder inriktade på möjliga bakomliggande faktorer till missbruket (främst dynamiskt orienterad behandling och interaktionella terapier)
- Allmänt stödjande rådgivning (ofta kallad standardbehandling eller sedvanlig behandling, ibland kompletterad med sociala insatser och disulfirambehandling)
- Behandling inriktad på partnern eller en anhörig.

Till SBU:s genomgång läggs här nio andra aktuella kunskapsöversikter. Resultaten av denna kompletterande genomgång ändrar inte i grunden de slutsatser som drogs i SBU:s översikt. Däremot kan det tilläggas att det för närvarande inte finns tillräckligt underlag för att bedöma effekter när det gäller etnicitet.

Analys av effekterna för kvinnor har kunnat göras tillfredsställande i få studier, men när så har skett framkommer inga skillnader, dvs. behandlingarna har lika bra och ibland bättre resultat för kvinnor än för män. Metoder som är särskilt anpassade för kvinnor är dock inte tillräckligt utvärderade. Underlaget ger heller inte stöd för någon särskild metodik vid blandmissbruk.

Inom två områden ger arbetet med riktlinjerna kompletterande information och något starkare stöd för tidigare slutsatser, vilka bör beaktas i behandling. Det ena området gäller anpassning – matchning – av behandlingens intensitet (längd, mängd och vårdform) till missbrukets svårighetsgrad. Behandlingsresultatet för personer med svårare beroendeproblem blir bättre med mer behandling, medan detta inte tycks spela någon roll för personer med mindre allvarliga beroendeproblem.

Det andra området gäller missbruksbehandling av personer med samtidig psykisk störning (se vidare kapitel 8). Analysen ger visst stöd att sådan behandling bör utformas i samordning med behandling för den psykiska störningen. Detta innebär att behandling som tar sikte på antingen missbruket eller den psykiska störningen samordnas i integrerade team inom samma

verksamhet. Detta är särskilt angeläget för personer som har de svåraste psykiatriska tillstånden.

Samordning i olika former är alltså angelägen. Det kan gälla konsultation av specialister (t.ex. att beroendevården stöder psykiatrin i frågor om missbruk) eller samordnad vårdplanering mellan olika vårdgivare. Behandling kan antingen ske inom respektive verksamhet eller integrerat, där en verksamhet sköter behandlingen för bägge tillstånden.

Ekonomisk bedömning

Ekonomiska utvärderingar av psykosociala behandlingsmetoder vid alkoholmissbruk-/beroende påvisar minskade kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Vilken psykosocial metod som är mest kostnadseffektiv har inte kunna bedömas. Bedömning om metoderna är ekonomiskt försvarbara har inte heller varit möjlig bl.a. eftersom kostnaderna skiljer sig åt väsentligt åt trots att samma metod används.

Behandling där intensiteten anpassas till missbrukets svårighetsgrad bedöms vara kostnadseffektivt jämfört med behandling där ingen anpassning till missbrukets svårighetsgrad görs. Det har inte varit möjligt att bedöma om insatsen alltid är ekonomiskt försvarbar.

Behandling med beteendeterapeutiska tekniker i kombination med strukturerat och samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser för personer som utöver sitt alkoholmissbruk-/beroende har en svår social problematik, t.ex. hemlöshet bedöms vara kostnadseffektivt jämfört med enbart behandling med beteendeterapeutiska tekniker. Bedömningen är att behandling med beteendeterapeutiska tekniker i kombination med strukturerat och samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser är ekonomiskt försvarbart och ger minskade kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.

Utvecklings- och forskningsbehov

Behovet av överblick ställer krav på återkommande översikter. I SBU-rapporten ²⁰ sammanfattas de krav som bör ställas på behandlingsstudier.

I behandlingsstudier tycks ett gemensamt drag vara att de uppgifter som finns om de som deltar i undersökningarna är otillräckliga, bl.a. uppgifter om hälsa och social situation. Bristen på uppgifter skapar svårigheter att jämföra resultat mellan olika undersökningar och överföra dessa till olika

²⁰ I SBU:s genomgång föreslås fem krav:

Interventionen (behandlingen) ska kunna beskrivas (t.ex. tid, intensitet och vårdform).

Klienter och patienter ska kunna beskrivas (demografiska uppgifter, grad av alkoholberoende, social situation m.m.).

Redovisning av hur behandlingen genomförs (behandlarkompetens, kvalitetssäkring, handledning, uppföljning m.m.) ska göras.

Resultatredovisning vad gäller effektstorlek och uppgifter om dryckesbeteende ska göras.

Möjlighet att beräkna kvalitetspoäng (score) ska finnas, dvs. uppgifter om tekniska kvaliteter hos studien för att öka möjligheterna till jämförelser med andra studier.

behandlingsmiljöer och -grupper. Det saknas också studier specifikt inriktade på kvinnor och studier inriktade på specificitet. Mer forskning om kombinationer av psykosocial behandling och läkemedelsbehandling bör initieras.

Det har också kommit fram behov av att närmare granska vilka effekter som missbruksbehandling har på andra områden, som hälsa och socialt och psykologiskt välbefinnande. Ökad uppmärksamhet bör också riktas mot det att andra insatser för andra typer av livsstilsrelaterade problem kan få effekt på missbruk, och här fordras mer forskning. Sådan forskning skulle kunna öka möjligheterna att närmare utreda vad som bör vara typiska insatser inom olika livsstilsrelaterade problem, men också vad som har ett generellt värde.

Ett annat område som bör utvärderas är behandlingseffekternas varaktighet och behovet av upprepade återkommande insatser. Det gäller både effekterna av korta interventioner för personer med mindre allvarliga problem och av längre behandlingar för grupper med svårare problem.

Rehabilitering utanför vårdsystemet

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Alkoholmissbruk är ett komplext problem som kan lösas såväl med som utan olika former av professionell hjälp.
- Tillfrisknande är en långsiktig process som kräver stor lyhördhet och anpassning av insatsernas intensitet, omfattning och karaktär till individens förutsättningar, livssituation, utvecklingsfas och motivation.
- Professionell hjälp behöver nödvändigtvis inte alltid syfta till att bota. För vissa kan den vara en pådrivande faktor för att väcka, bana väg för, stärka och behålla individens egna ansträngningar att åstadkomma en förändring.

Inledning

Den forskning som bedrivits om ”sjävläkning” av alkoholproblem är principiellt av samma slag som motsvarande forskning på narkotikaområdet och har liksom denna expanderat och utvecklats metodologiskt under senare år.

Forskningen pekar på ett antal omständigheter som bör vara viktiga att beakta i vårdstrategiska sammanhang. Den tidigaste forskningen på området försökte i huvudsak besvara frågan om ”sjävläkning” förekommer och hur vanlig den i så fall är. Under senare decennier har dock ett ökande antal studier också fokuserat på vilka processer som ligger bakom sjävläkning och försökt urskilja omständigheter som kan vara av relevans också inom det professionella vårdsystemet. Även här är förhållandet detsamma som inom narkotikaområdet.

Hur vanlig är självläkning?

Även om det råder stor enighet om att självläkning förekommer – även vid utvecklat beroende – finns inga entydiga svar på frågan om hur vanligt fenomenet är.

Man har sett att en betydande majoritet – uppåt tre fjärdedelar eller fler – av alla människor som funnit en lösning på olika former av alkoholproblem har gjort det utan hjälp av vård eller behandling. Liknande studier som begränsat sig till personer som tagit sig ur ett alkoholberoende finner i allmänhet lägre, men fortfarande relativt höga, andelar självläkta. Detta tyder på att lösningar utan professionell hjälp är vanligare vid lindrigare alkoholproblem, men att de förekommer också vid avancerat alkoholberoende.

En annan slutsats är, precis som inom narkotikaområdet, att svaret på frågan om hur vanligt det är med självläkning är beroende av hur man avgränsar problemet, hur man definierar behandling och vad man menar med en bestående lösning. Det är dock värt att notera en påfallande hög andel självläkta bland personer, som upphört med sitt alkoholberoende.

Detta pekar på att förekomsten av lösningar utanför vårdssystemet också kan bero på faktorer som vårdsystemets utformning och omfattning, och på skilda attityder till alkohol och problemdrickande i olika länder.

Mekanismer vid självläkning av alkoholproblem

Under senare decennier har ett ökande antal studier från flera olika länder gett en alltmer enhetlig bild av vilka omständigheter som är av betydelse vid självläkning vid alkoholproblem.

Precis som för narkotikamissbruket framstår vägen ut ur alkoholmissbruket som en ofta långvarig process med flera olika faser, vars konkreta förlopp varierar med individuella omständigheter.

På samma sätt som vid narkotikamissbruk tycks också den enskildes beslut att förändra sitt drickande influeras av en kombination av negativa och positiva drivkrafter, samtidigt som en bestående lösning förefaller hänga samman med att man finner nya livsperspektiv och nya engagemang, som inte låter sig förenas med ett missbruk.

Man har samtidigt funnit att det finns mer som förenar än som skiljer dessa förlopp. Exempelvis förefaller såväl självläkning som utfallet av behandling gynnas av goda psykiska och sociala resurser. Förändringsprocessen, vare sig den innefattar professionell behandling eller inte, är starkt influerad av olika omgivningsfaktorer, t.ex. krav och stöd från andra människor, trovärdiga alternativ till drickandet och sociala vinster av att upphöra med missbruket.

Sammantagna understryker dessa resultat vikten av att betrakta behandling av alkoholproblem i sitt sociala, socialpolitiska och alkoholpolitiska sammanhang. Aktuella studier pekar på ett antal gemensamma principer och förhållningssätt som leder till lyckosamma förändringsprocesser. Dessa kan bidra till att förstärka effekten av metoder som visat sig effektiva.

Som exempel på sådana principer kan nämnas vikten av att

- betrakta den enskilde som medaktör i förändringsprocessen
- upprätta en fungerande terapeutisk relation
- anpassa olika insatser till den enskildes personliga och sociala förutsättningar och fas i förändringsprocessen
- samverka med olika ”läkande krafter” i hans eller hennes levnads-
miljö.

Utvecklings- och forskningsbehov

Det finns ett behov av att utveckla fungerande och attraktiva strategier till stöd för de många som i dag inte söker hjälp för sina alkoholproblem.

Det behövs ytterligare studier, framförallt med prospektiv ansats. Det gäller även för motsvarande frågor inom narkotikaområdet.

Intressanta forskningsfrågor är utvecklingen eller förändringen av dryckesvanor – med eller utan behandling – över längre tid. Detta aktualiserar även behovet av att studera vilka faktorer som har betydelse för positiva förändringar, inklusive klientens roll i behandlingen.

Långtidsuppföljningar vid behandling av alkoholmissbruk

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Behandling kan ha långsiktiga positiva effekter på alkoholmissbruk och alkoholberoende.
- Vid svårare alkoholmissbruk och alkoholberoende har snabb initial behandling, längre initiala vårdtider och kompletterande efterföljande behandling samband med ett positivt utfall.
- Stödande sociala faktorer som deltagande i AA och andra självhjälpgrupper och ett stabilt socialt nätverk har ett positivt samband med utfallet.
- Det saknas stöd för att korttidsintervention för s.k. högkonsumenter har bättre långtidseffekter på alkoholkonsumtion, missbruk och beroende än enkel rådgivning (se vidare genomgången i kapitel 3).

Inledning

Slutsatserna i faktaunderlaget om långtidsuppföljningar är inte baserade på den gängse evidensgraderingen för systematiska kunskapsöversikter. Evidensvärderingen följer istället de bedömningsgrunder som tillämpas för andra typer av studier, se kapitel 1. Samtliga slutsatser kan därför ändå anses uppfylla kraven för omdömet ”visst vetenskapligt underlag”.

Öppenvård, slutenvård, självhjälsgrupper och kort rådgivning

Man har studerat samband mellan individ- och behandlingsrelaterade variabler och behandlingsutfall och sett ett positivt utfall för dem som snabbt kom i behandling, fick ytterligare öppenvård under uppföljningsperioden och deltog i AA. Variabler som snabbt inträde i behandling och kontinuitet i form av behandlingsinsatser under uppföljningstiden verkar här vara viktigare än behandlingens intensitet.

Man har också funnit att högre ålder, deltagande i 12-stegsmöten och ett stödjande socialt nätverk är avgörande för ett positivt utfall.

Vidare har man funnit att deltagande i 12-stegsmöten och ett stödjande socialt nätverk är viktiga faktorer. Ett positivt socialt stöd i rehabiliteringsprocessen sågs som särskilt viktigt.

Manliga missbrukare i Japan studerades och man fann att deltagande i självhjälsgrupper kort efter den inledande behandlingsinsatsen och att inte vara socialbidragsberoende är väsentliga faktorer för behandlingsutfallet. Om verksamheten bedrevs i öppen- eller slutenvård tycktes dock inte ha betydelse för resultatet. Resultaten kan vara kopplade till grad av missbruk eller beroende.

När det gäller insatser inom slutenvården för personer med svårt alkoholberoende har man sett att andelen förbättrade ökade med tiden. Man har också kunnat visa att positivt resultat är kopplat till bl.a. högre ålder vid första sjukhusvårdstillfället för alkoholproblem, lättare alkoholberoende, social stabilitet och mindre grad av personlighetsstörning.

I andra studier har man funnit att positivt resultat kan ha samband med hur lång tid den initiala behandlingen pågick, om fortsatta behandlingsinsatser i öppenvård genomfördes och om patienten deltog i självhjälsgrupper.

När man följde personer som tidigare inte fått behandling men med ett svårt alkoholberoende, fann man ett positivt samband mellan mängden öppenvård, deltagande i AA-möten och förbättringar i alkoholrelaterade variabler. En slutsats var att lätt tillgängliga privata och offentliga resurser troligen påverkar missbrukets utveckling på ett mer bestående sätt än korta interventioner. Faktorer som social stabilitet, tryck från anhöriga och behandling verkar också vara viktiga faktorer för förbättring.

När tre behandlingsmodeller jämfördes – 12-stegsbehandling, kognitiv beteendeterapi och motivationshöjande behandling – visade 12-stegsbehandlingen bättre resultat. En möjlig förklaring kan vara att deltagande i AA, som i sin tur ökar förutsättningarna för ett positivt resultat, var vanligare bland dem som genomgått 12-stegsbehandling. Liknande resultat finner man i andra undersökningar. Deltagande i AA tycks öka förutsättningarna för ett positivt utfall.

Man har uppmärksammat kort rådgivning (s.k. brief intervention, se kapitel 3) i ett längre tidsperspektiv. Man kunde visa på minskad alkoholrelaterad dödlighet och ökad livslängd. Men man kan konstatera att det är problematiskt att studera en kort behandlingsinsats långt tillbaka i tiden.

Kapitel 7. Gravida kvinnor

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Alkoholintag under graviditet har visats ha skadliga effekter på fostret. Det finns ingen ofarlig kvantitet alkohol för fostret under graviditeten. Därför är budskapet total avhållsamhet från alkohol under graviditeten.
- De vedertagna ”psykosociala” test som redovisas i kapitel 4 ska även användas för att utreda gravida kvinnors alkohol- och narkotikabruk.
- Om MVC konstaterar ett alkohol- eller narkotikamissbruk bör socialtjänsten snarast kopplas in. Enligt socialtjänstlagen kap 14 § 1 föreligger anmälningsskyldighet.
- Det är viktigt att erbjuda olika typer av socialt stöd till gravida kvinnor med missbruksproblem, som komplement till behandlingsinsatser. Om den blivande modern vill ska fadern eller partnern involveras i behandlingen eller erbjudas behandling. Mannens alkohol- och narkotikavanor har förmodligen också ett avgörande inflytande på kvinnans alkohol- och narkotikavanor varför även han bör involveras i åtgärderna.
- Då det gäller olika behandlingsalternativ där läkemedel används (t.ex. metadon eller subutex) för narkotikamissbruk ska en noggrann utredning göras där metodens effektivitet ska vägas mot eventuella risker för fostret. Subutex tycks i vissa studier ge mindre biverkningar hos det nyfödda barnet, speciellt abstinenssymtom, men evidensen är svag på grund av få studier.

Inledning

När det gäller gravida kvinnor får missbruk en annan och speciell innebörd. Alkoholkonsumtion som för den icke gravida kvinnan kan bedömas som ofarlig kan ofta i förhållande till risken för fostret bedömas som farlig för en gravid kvinna och därmed betraktas som missbruk.

Inte heller kan de slutsatser som dragits i tidigare kapitel om t.ex. test och behandlingsmetoder utan vidare generaliseras till att gälla gravida kvinnor. Hormonella, metaboliska (ämnesomsättningen) och andra biologiska förändringar kan påverka t.ex. biologiska test eller effekten av olika läkemedel som används i behandlingen av alkohol- och eller narkotikamissbruk eller -beroende.

Utgångspunkten måste dessutom vara att det är både fostret och det blivande barnet som i första hand ska skyddas. I den svenska alkohol- och narkotikapolitiken har en viktig hörnsten varit att skydda de som indirekt drabbas av negativa effekter av alkohol- eller narkotikamissbruk (tredje man). Det gäller våld, rattfylleri och annan kriminalitet men också effekterna på

det blivande barnet av missbruk och beroende hos den gravida kvinnan. Det ofödda barnet har ingen som kan tala för sig. Att uppmärksamma denna problematik är ytterligare ett skäl till att ge området ett eget kapitel.

Problematiken med kvinnor som brukar alkohol eller narkotika under graviditeten har många sidor. Missbruk eller beroende hos modern är en stor belastning för fostret varför det är av stort värde att rehabilitera den blivande modern. Till detta kan det dock krävas behandling med läkemedel. Samtidigt måste fostret skyddas och i många fall har man inte tillräcklig kunskap om olika läkemedels inverkan på fostret.

Kunskapsunderlaget visar emellertid att det finns få studier med hög evidensgrad. De främsta orsakerna till detta kan vara att frågeställningarna spänner över många kunskapsområden och att flera specialiteter är inblandade. Det är också sällsynt att specialiteterna är samlokaliserade, dvs. få ställen har samlat MVC, pediatrik, klinisk farmakologi på akademisk nivå. Tillstånden är också så pass sällsynta att få kliniker hinner samla nödvändig kunskap.

Skador på fostret och barnet

Det finns fortfarande många frågetecken kring hur fosterhjärnan påverkas av alkohol och narkotika. Eftersom det finns stora svårigheter att få svar på dessa frågor via studier av fosterhjärnan hos människan, har man bedrivit en hel del studier på djur.

Man vet att olika organ anläggs vid olika kritiska tidpunkter av fosterutvecklingen under de första 80 dagarna av graviditeten (den första tredjedelen). Detta är grunden till att specifika missbildningar kan uppkomma. Den biologiska sårbarheten börjar vid 28 dagar efter befruktningen, då anlaget till centrala nervsystemet (neuralröret) bildas. Vidare utvecklas och differentieras fosterhjärnan särskilt under den tredje trimestern och nyföddhetsperioden (neonatalperioden), varför alkoholkonsumtion också under denna period kan få förödande konsekvenser.

Hur många foster exponeras för alkohol och narkotika?

Det finns ganska lite information från Sverige om konsumtion av alkohol och narkotika bland gravida kvinnor. Man vet dock att alkoholkonsumtionen i Sverige har ökat kraftigt sedan 1997 (drygt 20 procent) och att den är högst i åldern 20–21 år.

I sammanhanget är det oroande att alkoholkonsumtionen ökat även bland kvinnor i åldersgruppen 26–36 år, eftersom det är då de flesta födselar sker. Ökningen i denna grupp har dock varit mindre än för flera åldersgrupper.

Det är också viktigt att uppmärksamma enstaka större konsumtion av alkohol bland de vuxna kvinnorna. Det är två olika typer av frågor som behöver besvaras:

- Hur ser konsumtionen av alkohol och narkotika ut bland gravida kvinnor när det gäller volym och mönster i ett längre tidsintervall, t.ex. i ett 10-årigt intervall?

- Hur många barn varje år föds med skador på grund av att mödrarna konsumerat alkohol eller narkotika eller både och under graviditeten. Sådan information bör även innehålla konsumtionens volym och mönster.

I båda fallen saknas tyvärr uppgifter från svenska förhållanden och därmed är vi hänvisade till utländska studier.

Enligt de utländska studierna verkar inte graviditeten ha något inflytande på kvinnors alkohol- eller narkotikakonsumtion på sikt. Samtliga studier visar att många avstår eller minskar sin alkohol- och narkotikakonsumtion under graviditeten men att de sedan återgår till gamla vanor. Tyvärr fortsätter många med en konsumtion (och bland vissa ganska hög) av alkohol och narkotika även under graviditeten.

Alkoholkonsumtionen bland gravida kvinnor i USA ökade 1991–95 men minskade 1995–1999. De alkoholkonsumerande gravida kvinnorna var ofta äldre än 30 år, ogifta och hade arbete.

När man undersökt blandmissbruk under graviditeten har man sett en kraftig minskning av narkotikaanvändning när kvinnan blir gravid. Vidare har man sett att de flesta som använt narkotika före graviditeten återgick till sina vanor efter förlossningen.

Avslutningsvis kan sägas att uppgifter om prevalens (antalet som finns vid ett givet tillfälle) och incidens (antalet nya fall som inträffar under en specificerad tidsperiod) av skadade barn är svåra att få bland annat p.g.a. svårigheten att ställa diagnos. Dels kan skadorna komma att visa sig först efter en längre tid efter förlossningen, dels kan det finnas flera likartade skador (syndrom) hos barnet som inte beror på alkoholkonsumtion. Man måste således känna till moderns konsumtion för att kunna ställa rätt diagnos.

Alkoholens skador på fostret

Alkohol är en skadlig yttre faktor som kan ge upphov till missbildningar hos fostret. Effekten på foster har visat sig vara dosrelaterad, dvs. ju högre dos desto större skador. Den viktigaste skadan är reducerad hjärnvikt på grund av celldöd.

Skador på olika delar av hjärnan har visat sig hos barn som fötts av kvinnor som druckit alkohol under graviditeten. Skador på foster på grund av alkohol kan resultera i FAS (Fetal Alcohol Syndrome), dvs. ansiktsmissbildningar, låg vikt och kort längd samt hjärnskadorna. Barnen behöver inte få alla ovan angivna skador utan kanske bara en del av dem. Skadorna benämns då som FAE (Fetal Alcohol Effects)²¹. Man har också funnit att barnen kan få neuropsykologiska brister, t.ex. ADHD. FAS och många av de andra typerna av skador kan ofta diagnostiseras först när barnet nått 4–5 årsåldern.

I kliniska sammanhang har man i många fall observerat att samma alkoholexposition förefaller medföra olika risk för fosterskada hos olika indivi-

²¹ En ny terminologi har börjat användas, nämligen ”Fatal Alcohol Spectrum disorder” eller på svenska ”fatalt alkohol spectrum” som täcker både FAS och FAE.

der. Man har därför föreslagit att såväl olika genetiska faktorer som alkoholverkan under olika kritiska skeden i fosterutvecklingen skulle kunna förklara skilda verkningar och risker. En rimlig slutsats är att alkohol och narkotika verkar olika på olika individer. Såväl hur alkohol bryts ned (farmakokinetiken) som hur alkohol verkar (farmakodynamiken) kan skifta.

I djurförsök har man visat att alkohol kan skada arvsmassan. Allt talar för att liknande skador också kan uppkomma hos människan.

I en översikt visas bl.a. hur en enstaka kraftig överkonsumtion av alkohol som förorsakat s.k. alkoholförgiftning (intoxikation) kan räcka för att miljoner nervceller (neuron) ska dö i fosterhjärnan. Skademönstret kan kraftigt variera beroende på när under graviditeten alkoholen tillförs.

När det gäller alkoholens skadeverkningar på fostret är bl.a. följande två frågor intressanta.

1. Kan ett enstaka konsumtionstillfälle med mycket kraftigt alkoholintag ge fosterskador?
2. Kan långvarig och regelbunden, men vid varje konsumtionstillfälle förhållandevis måttlig konsumtion, ge fosterskador?

Man har funnit inlärningssvårigheter bland skolbarn där modern uppgivit att hon druckit mer än fem drinkar vid ett och samma tillfälle. Man har också funnit att spädbarn som var ca 6,5 månader gamla uppvisade brister i ett intelligenstest²² om modern druckit i genomsnitt en drink per dag enligt egna uppgifter.

Man vet inte exakt vilka koncentrationer av alkohol som är skadliga för fostret i olika stadier av fosterutvecklingen. Därför har de svenska rekommendationerna hittills varit nolltolerans, det vill säga inget intag alls av alkohol under graviditeten.

Vissa inlägg i debatten har talat om att råd om absolut avhållsamhet under graviditeten kan skuldbelägga den blivande modern. Denna risk måste vägas mot omsorg om fostret. Det finns ingen god evidens för någon riskfri konsumtionsnivå. Man har i studier inte kunnat komma fram till en för fostret ofarlig konsumtionsnivå.

Grundinformation och det allmänna budskapet bör därför vara att ingen alkohol alls bör intas under graviditeten. Även internationellt sett t.ex. i USA²³ hävdas på många håll att graviditet bör vara helt alkoholfri (52, 53). För narkotika gäller motsvarande nolltolerans generellt.

Narkotikans skador på fostret

Att barn i familjer där narkotika missbrukas ofta far illa är välkänt. Ofta har man då poängterat enbart de sociala och psykologiska aspekterna. Att fosterhjärnan kan skadas anatomiskt och funktionellt om den gravida kvinnan använder narkotika under graviditeten är vedertagen kunskap men ännu inte lika känt.

²² Fagan Test of Infant Intelligence

²³ Två av de främsta forskarna på området Ed Riely, San Diego och Ann Streissguth, Seattle hävdar att noll är den enda säkra konsumtionsnivån (ref)

Kunskaperna om hur människokroppen reagerar är ofullständiga, men i ökande utsträckning är fynden från modellförsök på djur och från människor fullt jämförbara.

Barn som under graviditeten exponerats för olika slags narkotika, kan få olika kroppsliga skador, främst i hjärnan, med påverkan på belöningssystemen. Skadornas natur och frekvens är tillsvidare dock ofullständigt kända. I det verkliga livet är blandmissbruk mycket vanligt, särskilt vid svårt narkotikamissbruk. Det innebär att både kvinnan och fostret exponeras för flera droger. En av dessa är vanligen alkohol, vilket ytterligare ökar risken för fosterskador.

Narkotikaexposition under fosterstadiet kan störa såväl den motoriska som den intellektuella utvecklingen under barndomen, ungdomen och vuxenlivet. Utvecklingen förvärras respektive förbättras beroende på den psykosociala miljö barnet lever i. Dock saknas fullständig kunskap om vilken inverkan de olika orsaksfaktorerna har.

Man har funnit att barn med heroinmissbrukande föräldrar och uppvuxna i hem med låg socioekonomisk klass hade hög frekvens av ADHD. Däremot kunde uppväxt i en hög socioekonomisk klass klart förbättra utvecklingen. Uppväxtmiljön hade starkt inflytande på intellektuell förmåga men inte på motorisk. Huruvida resultaten kan appliceras på svenska förhållanden är dock osäkert.

Något som man vet är att *kokain* passerar fritt genom både moderkakan och blodhjärnbarriären och kan försaka syrebrist hos fostret genom att dra samman livmoderartären. I djurstudier visar sig kokainexposition under fostertiden kunna ge skador på beteenden i vuxen ålder. Man kunde också konstatera att rättornas inlärningsförmåga försämrades och att då de fritt fick välja mellan olika typer av föda valde kokain. Detta antyder att den vuxna hjärnans belöningssystem kan skadas om fostret utsätts för kokain. I vilken utsträckning fynden gäller för människan är osäkert, men djurfynden är alarmerande.

Cannabis (cannabinoider) som moderdjuret intar före födelsen anses ändra reaktionen på morfinintag hos ungarna när de blivit vuxna. Detta pekar på korsverkningar mellan preparaten.

Amfetamins fosterskadande effekter är föga uppmärksammade internationellt. Det har dock visats att barn som under graviditet utsatts för amfetamin hade en lägre kroppsvikt och var utsatta för en större risk för missbildningar.

Opiater ger enligt flera djurstudier såväl övergående som bestående förändringar i hjärnstruktur och beteende hos avkomman. Effekterna hos försöksdjuren är bl.a. förlängd reaktionstid och mindre benägenhet att utforska omgivningarna.

Psykosociala riskfaktorer ökar alkohol- och narkotikakonsumtion under graviditeten

Det finns starka skäl att utreda psykosociala riskfaktorer hos gravida kvinnor då riskfaktorerna ofta är kopplade framför allt till högkonsumtion av alkohol och narkotika.

Av de genomgångna studierna framgår att åtskilliga av de gravida kvinnor som använder alkohol och narkotika under graviditeten även bär med

sig psykosociala riskfaktorer, t.ex. våld, psykisk sjukdom eller HIV-infektion.

Vissa av studierna har dock låg evidensgrad. Det beror på att det finns många möjliga andra förklaringar till sambanden. Det finns också en oklarhet om vad som orsakar vad. Har missbruket eller beroendet lett till eller förstärkt uppkomsten av vissa av de sociala ”bristsituationerna” eller tvärtom?

Det framgår dock tydligt i studierna att kvinnor som utsätts för våld också har en ökad benägenhet att använda alkohol och narkotika.

Det kan dock bli svårt att ge behandling till den gravida kvinnan om hon förutom missbruk även är omgiven av en mängd psykosociala riskfaktorer. Det krävs oftast en någorlunda stabil miljö för att en behandling ska bli verksamt. Eftersom dessa studier är gjorda utomlands (USA) bör dess relevans för svenska förhållande prövas och fler studier initieras i Sverige.

Ekonomisk bedömning

Kostnader för att lämna information till gravida kvinnor om att helt avstå från alkohol under graviditeten är relativt låga. Skador som uppstår på grund av alkoholkonsumtion under graviditeten är höga vilket gör att vi bedömer att det är samhällsekonomiskt lönsamt att informera alla gravida kvinnor om att avstå helt från alkoholkonsumtion under graviditeten.

Utvecklings- och forskningsbehov

Det finns ytterst få studier med starkt vetenskapligt underlag där man studerat psykosociala faktorer i kombination med alkohol- och narkotikaanvändning bland gravida kvinnor. Skälet till det kan vara att de kvinnor som lever med psykosociala svårigheter och använder alkohol eller narkotika är svåra att nå just på grund av de villkor de lever under. Svårigheten att kunna säga något säkert om orsakssamband kan också bero på att det finns många olika variabler som man bör ha kontroll över.

Inte heller samband mellan våld och missbruk hos gravida har studerats tillräckligt i Sverige. Sådana riskfaktorer måste beaktas i behandling, och mer forskning om dessa riskfaktorerers betydelse behöver göras.

Att upptäcka och bedöma missbruket

En kedja av insatser

I kapitel 3 beskrivs en modell där en kedja av insatser ingår, alltifrån uppspårande och uppsökande verksamhet till behandling och uppföljning. Även om de enskilda inslagen i denna kedja inte utan vidare kan generaliseras till att gälla även gravida kvinnor, är själva modellen giltig. Se vidare kapitel 3.

Var och hur hittar man patienterna och klienterna?

Syftet med alla ansträngningar att så tidigt som möjligt upptäcka alkohol- och narkotikaproblem hos den blivande modern är att kunna erbjuda hjälp

dels så att fostret inte skadas, dels så att kvinnan är i sådan psykisk och fysisk kondition när barnet föds att hon kan erbjuda barnet en god omvårdnad.

I Sverige har nästan alla gravida kvinnor kontakt med mödrahälsovården (MVC). Att tidigt i graviditeten etablera en kontakt med barnmorskan upplever kvinnan ofta som ett positivt stöd och kontakten ger dessutom en god möjlighet att upptäcka riskkonsumtion av alkohol och drogmissbruk. Vid det inledande inskrivningssamtalet på MVC ställs en rad frågor om hälsotillstånd och den sociala situationen. Samtliga gravida erbjuds i dag testning för hepatit B och C liksom för HIV-smitta (54).

Det kan hända att ett alkohol- eller narkotikamissbruk inte identifierats vid besöken på MVC. Det finns dock andra kontaktytor inom hälso- sjukvården där ett alkohol- eller narkotikaproblem skulle kunna upptäckas, t.ex. inom akutsjukvården, den psykiatriska öppen- eller slutenvården. Även inom den somatiska öppen- och slutenvården kan sjukvården komma i kontakt med gravida kvinnor som är riskkonsumenter eller har missbruk- eller beroendeproblematik. Vårdcentralen är en viktig kontaktyta dit den gravida kvinnan kan söka sig för alla typer av problematik (jämför kapitel 3).

Det är även av största vikt att alla de myndigheter som kommer i kontakt med gravida kvinnor är uppmärksamma på problematiken och enligt tidigare beskrivna metoder (kapitel 3) i betydlig högre utsträckning ställer frågor om livsstilsfrågor inklusive alkohol- och drogvvanor.

En viktig kontaktyta är den kommunala socialtjänsten där socialkontoret, familjecentraler eller motsvarande möter gravida kvinnor. Kvinnorna kan antingen vara aktuella för någon insats eller i samband med graviditeten ha tagit kontakt med socialtjänsten. Socialtjänsten bedriver även uppsökande verksamhet, förebyggande och hälsobefrämjande arbete i kommunen, och i det arbetet möter man kvinnor i skilda situationer.

Inom socialtjänstens övriga verksamheter, t.ex. myndighetsutövning, kan kvinnor med olika typer av problematik uppmärksammas. Det kan ske genom anmälningar från anhöriga, andra myndigheter eller allmänheten. Men kvinnorna kan också själva ha sökt sig dit på eget initiativ p.g.a. oro för sina alkohol- och narkotikavanor.

Det är viktigt att socialtjänsten förmedlar kontakt mellan den gravida modern och MVC om sådan kontakt tidigare inte har inletts. Andra viktiga mottagningar som kvinnor i fertil ålder besöker och som vid behov kan förmedla kontakt med MVC är ungdomsmottagningar, studentmottagningar, företagshälsovård och sprutbytesmottagningar.

Biologiska test

De biologiska testen ska hjälpa oss att dels identifiera kvinnor som överhuvudtaget använder alkohol eller narkotika under graviditeten, dels identifiera som kvinnor som är storkonsumenter av alkohol under graviditeten.

Ett av huvudsyftena med Biologiska test är att kunna upptäcka skadligt bruk av alkohol och narkotika på ett så tidigt stadium som möjligt. Detta för att man ska kunna förhindra att fostret skadas. Samtidigt kan det vara av intresse att via test på det nyfödda barnet försöka identifiera alkohol- eller narkotikamissbruk hos modern som ännu inte upptäckts, för att kunna erbjuda adekvata stödinsatser.

Det måste dock framhållas att det vore ett misslyckande för såväl den blivande modern som den förebyggande mödrahälsovården och socialtjänsten om missbruksproblem hos kvinnan endast spåras via barnet. Dessa biokemiska (biologiska) markörer ska bara behöva användas i de svåraste utredningsfallen.

När det gäller allmänna resonemang kring Biologiska test och de olika markörernas generella egenskaper hänvisas till kapitel 4. Men där finns ingen särskiljning när det gäller gravida kvinnor.

Under graviditeten ställs många funktioner som ämnesomsättning och hormonella processer om, varför man inte utan vidare kan använda samma metoder som för den allmänna befolkningen. Det finns ett antal goda markörer som fungerar utmärkt på den generella befolkningen och det är önskvärt att man även utvärderar deras tillämpbarhet på gravida kvinnor.

Det är redan i vanliga fall svårt att via uppgifter från personen själv få korrekt information om konsumtion av alkohol och narkotika. Det blir inte lättare av att den rådande värderingen innebär en återhållsam eller ingen konsumtion alls, vilket är fallet vid graviditet. Då torde risken för underrapportering sannolikt vara särskilt stor. Därför kan biologiska test och psykosociala test vara goda komplement till samtal om alkohol och narkotika.

Testen är dock frivilliga – kvinnan kan vägra dem – vilket begränsar metodernas möjlighet att upptäcka förekomsten av alkohol- eller narkotikaproblem. Som uppföljningsmetod för klienter och patienter i behandling kan testen dock vara av stort värde och kan också motivera klienten eller patienten genom att visa på konkreta förbättringar.

Först på senare år har de biologiska respektive de psykosociala testen börjat prövas på gravida kvinnor. I de allra flesta fall har detta gjorts på antingen kliniska material (patienter) eller en normalbefolkning.

Biologiska test för alkohol

Man kan mäta alkoholkonsumtionen direkt eller indirekt genom att antingen mäta alkoholhalten i kroppen eller mäta kroppens reaktion på alkoholintaget. Direkt mätning av alkoholhalten har den begränsningen att alkohol förbränns snabbt. Även en ganska avsevärd konsumtion ger ofta inget utslag 8 timmar efter konsumtionen. En sådan markör används således för att identifiera enstaka intag och inte långvarig alkoholkonsumtion.

Förvisso är det önskvärt att man iakttar total avhållsamhet från alkohol under graviditeten varför identifiering av enstaka intag kan vara av stort värde.

I sådana fall finns tre olika metoder.

- Utandningsluft – mätning med instrument av hög kvalitet ger säkra värden
- Blodprov
- Urinprov, analys av nedbrytningsprodukter av etanolförbränning (5-hydroxitryptofol 5-HTOL respektive av EtG och EtS).

Samtidigt är det av vikt att kunna identifiera ett mer långvarigt missbruk och här skulle en kombination av olika indirekta test kunna vara lämpliga. I kapitel 4 diskuteras dessa och utifrån de slutsatser som dras där skulle en kombination av Gamma GT och CDT kunna vara användbar.

Även om idealfallet är att man tidigt under graviditeten uppmärksammar kvinnans alkoholkonsumtion kan det var av intresse att analysera det nyfödda barnets avföring (mekonium) på substanser som är specifika för alkoholkonsumtion. En sådan mätning kan vara viktig för att upptäcka tidigare inte identifierad alkoholkonsumtion hos modern för att, vid behov, kunna bistå med lämpligt stöd.

Biologiska test för narkotika

Det är mycket svårt att identifiera narkotikaanvändning bland gravida kvinnor inom mödrahälsovården.

Kunskapen inom detta område är till stor del hämtad från amerikanska studier, ofta gjorda i slumområden med en sämre samhällsservice än i Sverige. De flesta studier som redovisas har använt både självrapportering och biokemiska markörer.

Den vanligaste biologiska testmetoden är urintest. Dessa beskrivs i kapitel 4. Urintest bland gravida kvinnor kräver mer sensitiva analyser (varför då?).

Mekoniumanalys (det nyfödda barnets första mjuka avföring) har ansetts som ett alternativ till urinalys då det innehåller en hög koncentration när fostret exponerats för droger under graviditeten. Det är framförallt kokain som kan identifieras genom mekonium. Mekoniumanalys är tekniskt besvärligt och innebär högre kostnader än urinalys.

En annan testmetod för gravida kvinnor är *håranalys* (vems hår testas) som kan användas de tre sista månaderna innan barnet är fött och några veckor efter födelsen och kan påvisa positivt svar om modern använt narkotika.

Psykosociala test

För en grundligare beskrivning av möjliga psykosociala test hänvisas till kapitel 4.

I framförallt amerikanska studier har man undersökt olika testers förmåga att identifiera alkoholkonsumtion under graviditet. När det gäller psykosociala test finns det risk för underrapportering både för alkoholmissbruk- och narkotikamissbruk eftersom flertalet test bygger på självrapportering. Därför skulle de biologiska testen kunna vara ett gott komplement.

Det går inte generellt att säga vilka metoder som bäst kan spåra alkohol- eller narkotikabruk vid graviditet eftersom metoderna har olika egenskaper och ställer olika krav vad gäller tidpunkt för testning.

Frågan om alkohol- och narkotikakonsumtion bör tas upp redan vid den första kontakten som den blivande modern har med MVC. På samma sätt som det är naturligt att tala om rökning, kost, motion och andra viktiga "levnadsregler" som man bör iaktta under graviditeten bör frågor om alkohol och narkotikakonsumtion ingå som ett naturligt led i denna första kontakt mellan barnmorska och den gravida kvinnan. Även den blivande fadern bör få samma information i ett tidigt skede av graviditeten.

Det är viktigt att arbetet med att få gravida kvinnor att ändra sina alkohol- och narkotikavanor görs i nära samverkan med kvinnan. Det är önskvärt att hon själv berättar om hon dricker alkohol eller använder narkotika. En sådan kontakt är viktigt att bygga upp innan man ställer frågor i t.ex. AUDIT eller DUDIT. Med tanke på att flera kvinnor med beroendeproblem dessutom lever i miljöer med flera psykosociala risker, är det nödvändigt att även ställa frågor om hennes levnadsvillkor. På så sätt kan man bygga upp en kontakt, så att kvinnan får förtroende för den som möter henne.

Biokemiska metoder är nödvändiga först när man misstänker att kvinnan konsumerar alkohol eller använder narkotika men förnekar detta. Samtidigt kan sådana prover enbart tas med den gravida kvinnans medgivande. Här finns naturligtvis en etisk problematik som måste beaktas.

Några studier som ger vägledning om när kvinnan bör ta första kontakten med MVC har inte hittats. Önskvärt är att kvinnan kommer mycket tidigt till MVC (gärna redan efter första uteblivna menstruationen) eftersom påverkan av alkohol och narkotika på fostret börjar tidigt efter befruktningen.

Alkohol

I kunskapsunderlaget redovisas ett stort antal metoder för att kartlägga alkoholkonsumtionen bland gravida kvinnor. De metoder som i första hand nämns är AUDIT och TWEAK. AUDIT är det mest använda av de båda testen och är väl utprovat och kvalitetssäkrat.

Gränsvärdena i AUDIT är dock satta för att identifiera högkonsumtion eller missbruk av alkohol. När det gäller gravida kvinnor vill man ju även upptäcka om kvinnan överhuvudtaget dricker alkohol, men för detta är gränsvärdena alltså inte satta.

TWEAK har i huvudsak validerats för kvinnor men en svensk översättning saknas och den är inte psykometriskt²⁴ kvalitetssäkrad.

Narkotika

Det finns få studier där enbart frågeformulär använts för identifiering av narkotikaanvändning bland gravida kvinnor. De flesta av studierna har gjorts i USA. I de flesta staterna i USA är narkotikaanvändning straffbart vilket innebär att underrapportering är mycket vanligt.

Samma förhållanden råder sannolikt i Sverige. Det enda psykosociala testet som finns för praktiskt bruk är DUDIT vilket i huvudsak är en tillämpning av AUDIT men på narkotikaområdet.

Slutsatserna är att man knappast kan använda enbart ”psykosociala tester” eller frågeformulär för att identifiera flertalet av gravida kvinnor med narkotikaproblem. Å andra sidan tycks det som om procentuellt sett fler gravida kvinnor med narkotikaproblem är kända jämfört med gravida kvinnor med alkoholproblem. Detta kan bero på att de gravida kvinnorna med i huvudsak narkotikamissbruk eller blandmissbruk är tidigare kända inom t.ex. socialtjänsten. Men det finns säkert även här ett mörkertal.

²⁴ Psykometrisk...

Utredning och bedömning av hjälpbehov

Lagar och regler

Vid misstanke om missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika ska en utredning för att bedöma kvinnans behov av vidareinsatser påbörjas. I olika sammanhang har diskuterats om missbruk under graviditet i sig är grund för ett omhändertagande enligt LVM, men för närvarande har en sådan åtgärd inget lagstöd. Socialtjänsten kan inte vidta några tvångsåtgärder mot kvinnan för att skydda det väntade barnet. Endast om kvinnans situation är sådan att det finns förutsättningar för ingripande mot henne med stöd av LVM (9) eller LPT (55) kan tvångsåtgärder användas. Frågan diskuteras bl.a. i utredningen om det ofödda barnet (56), samt i propositionen om fosterdiagnostik och abort (57).

Skyldighet enligt 14 kapitlet § 1 socialtjänstlagen att anmäla eller lämna uppgifter till socialnämnd omfattar inte ofödda barn. Av 14 kapitel § 2 sjätte stycket sekretesslagen framgår emellertid att sekretessen inte hindrar att uppgifter om en gravid kvinna eller närstående till henne lämnas från en socialtjänstmyndighet eller hälso- och sjukvårdsmyndighet till annan sådan myndighet om det behövs till skydd för det väntade barnet.

Det är främst uppgifter om den gravida kvinnan men även uppgifter om närstående som kan lämnas ut. Kvinnans familjesituation kan vara av stor vikt för hennes möjligheter att skydda fostret och ge barnet det omhändertagande som är nödvändigt efter förlossningen.

Uppgifterna ska självklart användas med urskiljning. En förutsättning bör vara att den berörda personen kan antas direkt motsätta sig att uppgifter lämnas om hans eller hennes personliga förhållanden eller om saken brådskar så att det inte finns tid att inhämta samtycke. Om uppgifterna lämnas utan den enskildes samtycke är det viktigt att han eller hon i möjligaste mån underrättas i efterhand (58). Det bästa är naturligtvis att få den gravida kvinnan att lämna sitt samtycke till att uppgifter får utbytas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Barnets intresse går emellertid före kvinnans rätt till integritetsskydd.

Samverkan kring ett väntande barn

Det är viktigt att den instans som upptäcker att en gravid kvinna har missbruksproblem eller ett beroende, vanligtvis MVC, tillsammans med kvinnan tar kontakt med socialtjänsten för vidare utredning och bedömning av hjälpbehov.

Om kvinnan inte varit i kontakt med MVC bör socialtjänsten å sin sida uppmuntra och hjälpa till att etablera en sådan kontakt. De flesta gravida kvinnor är villiga att ta emot hjälp för att det blivande barnet ska utvecklas på bästa sätt eller för att få nödvändigt skydd och stöd efter förlossningen.

Åtgärder – kort rådgivning

Kort rådgivning kan användas vid riskbruk och vid lättare missbruk, det senare gäller åtminstone för icke-gravida. Det finns flera studier som visar på goda effekter av kort rådgivning inom hälso- och sjukvården (se kapitel

3). Evidensen är synnerligen stark för primärvården men något svagare för t.ex. mödravården.

I faktaunderlaget för arbetet med riktlinjerna om missbruk och graviditet refereras bl.a. fyra undersökningar med olika korta interventionsmetoder. I samtliga fyra studier kunde konstateras en minskad alkoholkonsumtion i interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna.

Sammantaget föreligger måttligt stark evidens för att förhållandevis korta interventioner (ofta kort rådgivning) om alkoholkonsumtion och riskkonsumtion under graviditeten har effekter.

Viss utbildning av MVC-personal är nödvändig såväl vad gäller den inledande screeningen som den korta rådgivningen. Även BVC-personal bör få en grundläggande utbildning i metoden kort rådgivning. Den samlade erfarenheten av sekundärprevention visar dock att utbildning i sig inte räcker. Det behövs också stöd i personellt och ekonomiskt hänseende.

Behandling

Beroende på missbrukets svårighetsgrad bör den gravida kvinnan erbjudas kort rådgivning eller andra förebyggande insatser (sekundärprevention) eller när så bedöms relevant mer omfattande behandling. Behandlingsformerna bör i dessa fall bidra till en total avhållsamhet från alkohol eller narkotika.

Kvinnor som behöver mer omfattande hjälp och stöd bör så tidigt som möjligt etablera kontakt med socialtjänsten. Om kvinnan inte klarar en öppenvårdsbehandling utan kräver något mer omfattande insatser, ska hon ges möjlighet att få behandling inom slutenvården. De kvinnor som får behandling bör få fortsatt stöd och följas upp även efter behandlingen. När det gäller de kvinnor som har ett missbruk bör dessa kontinuerligt testas för att kunna erbjuda rätt form av behandling.

Det har också visats att de första månaderna efter förlossningen är en särskilt kritisk period för återfall i ett missbruk.

Alkohol

I första hand handlar behandling av alkoholbruk under graviditeten om sekundärprevention, dvs. att få den blivande modern att helt avstå från alkoholkonsumtion.

Expertgruppen redovisar inga studier som belyser mer omfattande behandling av gravida missbrukare. De studier som finns och som belyser behandling av gravida med omfattande missbruk och beroende har vissa problem som gör det svårt att dra slutsatser om att någon specifik behandling är att föredra. Detta beror på dels att de kvinnor som är aktuella för behandling ofta har varierande missbruk av olika droger, dels att kvinnorna ofta befinner sig i olika faser i problemutvecklingen. Dessutom har olika mottagningar olika behandlingar.

I princip bör dock samma psykosociala behandlingsmetoder som fungerar för den generella befolkningen kunna fungera även för de gravida missbrukarna (se kapitel 6). När det gäller läkemedelsassisterad behandling, t.ex. med revia, uppstår frågor dels om graviditeten förändrar reaktionen på läkemedlet ifråga, dels om läkemedlet kan ha en skadlig inverkan på fostret.

Långtidsstudier saknas dock, dvs. längre uppföljning av det nyfödda barnets utveckling.

Narkotika

I faktaunderlaget behandlas i huvudsak två typer av substanser, nämligen kokain och opiater. Det saknas studier om behandling vid amfetamin- och haschmissbruk. En del studier berör blandmissbruk och denna kategori behandlas separat. Behandling med läkemedel är som regel kompletterad med psykosocial behandling samt mödra- och hälsovård.

I faktaunderlaget redovisas fyra studier om behandling av gravida kokainmissbrukare. Studierna ger ett måttligt starkt stöd för att behandling minskar risken för perinatale komplikationer. Typ av behandling varierade mellan studierna och därför kan ingen enskild metod anges som bättre än någon annan metod.

I faktaunderlaget redovisas dels studier som expertgruppen tagit fram, dels studier som tagits fram inom ramen för en pågående kunskapsöversikt i Norge som utförs av SMM (Norges motsvarighet till svenska SBU).

Några större skillnader i födelsevikt mellan barn födda av mödrar som behandlats med metadon under graviditeten respektive missbrukat heroin tycks inte finnas.

I den norska översikten kan man se högre födelsevikt hos barn där mödrarna gått i metadonprogram medan fyra inte visar någon skillnad gentemot barn till mödrar som använt heroin under graviditeten.

Det är inte helt klarlagt om metadon ger mindre abstinenssymtom hos det nyfödda barnet respektive högre värden när det gäller vikt, längd och huvudomfång än vad heroinmissbruk ger.

Även om befintliga studier om behandling med buprenofin (subutex) är få och omfattar ytterst få fall i varje studie verkar subutex vara ett lovande alternativ till metadon under graviditeten. Detta bl.a. eftersom subutex tycks ge mindre abstinenssymtom hos de nyfödda.

Blandmissbruk

I både mödrahälsovård och beroendevård har man sett gynnsamma effekter på både barn och mor när man hade en behandlingsstrategi där flera olika kompetenser var inblandade och där olika typer av behandlingar och stödåtgärder kombineras. Det finns inga aktuella svenska studier på detta område, men kliniska erfarenheter talar för att ett sådant behov finns och bör utvecklas även för tiden efter förlossningen och omfatta stöd för barnen, utveckling av föräldrarollen och fortsatt missbruksbehandling.

Mannen bör ingå i behandlingen

I avsnittet om riskfaktorer för alkohol- och narkotikamissbruk framgår att våld är en viktig förklaringsfaktor för kvinnors alkohol- och narkotikamissbruk. Bristen på socialt stöd kan vara en bidragande orsak till såväl våld som missbruk. Det är alltså speciellt viktigt att man erbjuder olika typer av socialt stöd som komplement till behandlingsinsatser. Mannens alkohol- och narkotikavanor har förmodligen också ett avgörande inflytande på kvinnans

alkohol- och narkotikavanor. Om kvinnan så önskar bör därför även han involveras i insatserna. Det finns studier som uppmärksammar att de första månader efter födseln är en speciellt kritisk period för kvinnan och hon bör därför alltid erbjudas stödjande insatser om hon har haft ett missbruk eller beroende.

Ekonomisk bedömning

Studier visar att gravida kvinnor med alkoholproblem som får adekvat hjälp minskar antalet fosterskador. Kostnaderna för de verksamheter, som kommer i kontakt med gravida kvinnor med alkohol- eller narkotikaproblem, att kontakta socialtjänsten bedöms vara låga. Då insatsen uppskattas minska antalet fosterskador görs bedömningen att det är ekonomiskt försvarbart att kontakt tas med socialtjänsten.

Behandling som utformas med hänsyn till fostrets hälsa, som involverar partner om kvinnan så önskar och som utreder och åtgärdar behov av socialt stöd bedöms vara ekonomiskt försvarbart. Kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende kan på sikt förväntas minska.

Etiska aspekter

Vid biologisk testning av gravida måste kvinnan ge sitt medgivande. Att testa gravida kvinnor anonymt (utan kvinnans vetskap) är inte accepterat i Sverige (59).

En etiskt känslig fråga är den att ställa en FAS-diagnos. Flera barnläkare har varit kritiska till att ställa en sådan diagnos då de inte vill skuldbelägga modern. Man föredrar att ställa andra diagnoser som kan uppkomma p.g.a. alkohol, nämligen mental retardation, ADHD etc. På så sätt hoppas man att barnet ändå kan få adekvat hjälp.

Det är av stor vikt att barn som drabbats av svårigheter och brister på grund av moderns missbruk under graviditeten får adekvat hjälp, och då kan korrekt diagnos vara avgörande. Oavsett av vilken anledning barnet har dysfunktioner – moderns missbruk eller svåra levnadsbetingelser – är självklart det viktiga att barnet får den hjälp det behöver.

Kapitel 8. Samsjuklighet mellan missbruk och psykiatriska eller somatiska sjukdomar

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser.

- Sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för patienter med samsjuklighet mellan missbruk och beroende och somatisk och psykisk sjukdom. Lagstiftningen anses otydlig på denna punkt.
- Misstanke om psykisk störning eller sjukdom hos en klient som söker inom socialtjänsten ska föranleda socialtjänsten att direkt ta kontakt med rätt verksamhet inom hälso- och sjukvården med kompetens att bedöma detta.
- Vid misstanke om missbruksproblem ska hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten söka samverka med lämplig instans. I regel bör detta ske efter en till fyra veckors missbruksfrihet.
- Behandling för missbruk och beroende och psykisk störning eller sjukdom efter den första akuta insatsen ska vara samordnad och samtidig.
- Bedömning av farligheten för tredje man hos personer med samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende ska göras av psykiatrin eller i samverkan med denna.
- Det finns ingen specifik behandling för samsjuklighet. Därför bör de metoder som visat effekt vid behandling av missbruk och beroende samt psykiatrisk störning och sjukdom användas.

Inledning

Detta kapitel tar upp patienter och klienter med missbruk eller beroende, som samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för psykiatriska tillstånd. Det kan vara ångestsjukdom, depressionssjukdom, manodepressiv sjukdom, schizofreni eller andra psykostillstånd samt personlighetsstörningar. I avsnittet förs också, om än kortfattat, en diskussion om patienter inom kroppssjukvården som samtidigt har alkohol- eller narkotikaproblem.

Såväl den psykiska störningen som missbruket är i nästan samtliga studier om samsjuklighet bedömda enligt DSM-systemet, med diagnoserna missbruk eller beroende, varför dessa beteckningar även används här. Även riskkonsumtion hos personer med psykisk störning behandlas.

Vanligt med samsjuklighet

Det är väl visat i befolkningsstudier att personer som missbrukar alkohol eller narkotika har klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighets-

störningar. Mer än dubbelt så många jämfört med befolkningen i övrigt har någon gång under livet haft en psykiatrisk diagnos.

Det omvända sambandet gäller också. Det är således vanligare att personer, som någon gång haft en psykiatrisk diagnos, också någon gång haft alkoholproblem (missbruk och beroende) jämfört med befolkningen i övrigt. Liknande eller starkare samband finns också för missbruk och beroende av narkotika.

Om en individ har två diagnoser samtidigt är det troligt att problemen förstärker varandra så att både det psykiska problemet och missbruket och beroendet upplevs som svårare än om de förekommit ensamma. Dessutom behöver patienten naturligtvis hjälp inom båda specialiteterna.

Personer med två diagnoser är vanliga inom vården, såväl inom missbruks- och beroendevården som inom psykiatrin och även i övrig sjukvård. Bland patienter och klienter som söker hjälp för sitt missbruk eller beroende inom beroendevården anges att minst en tredjedel också har en ångestsjukdom och att ännu fler har en depressionsdiagnos. Siffrorna anges vara ännu högre för individer med narkotikamissbruk- och beroende. Personlighetsstörningar är vanliga hos individer som söker inom beroendevården (40 procent bland personer med alkoholproblem och 70 procent bland personer med narkotikaproblem enligt rapporter i internationella studier).

Bland patienter som söker hjälp inom hälso- och sjukvården för psykiatriska tillstånd bedöms ca en femtedel samtidigt ha ett missbruk eller beroende, vanligast av alkohol. Dessa patienter och klienter återfinns också inom kriminalvården, frivården och rättspsykiatrins slutenvård. Även bland hemlösa rapporteras att samsjuklighet är vanligt förekommande.

Heterogen grupp

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp, från individer med svår psykisk sjukdom där svårighetsgraden av missbruket eller beroendet kan variera, till personer med svårt missbruk eller beroende som även har psykiska sjukdomar med varierande svårighetsgrad. Individer med svåra problem kring ettdera eller båda tillstånden kan också samtidigt ha andra problem och därmed behov av ytterligare stöd och insatser från socialtjänsten och kroppssjukvården.

Alla har således det gemensamma behovet av vård och behandling för båda sina tillstånd och inte sällan också för andra problem, varför flera myndigheter och behandlingsverksamheter är berörda.

En mindre grupp psykiskt störda missbrukare har också en beteendestörning av så allvarlig natur att de är direkt farliga för andra personer i samhället, speciellt i samband med alkohol- och narkotikaintag.

Det är också känt att förloppet för patienter och klienter med samsjuklighet är sämre och mer långdraget med förhöjd dödlighet bl.a. i självmord. Antalet akuta svåra reaktioner (ofta allvarliga symtom såsom psykos relaterad till missbruket) har enligt olika rapporter ökat.

Hälso- och sjukvårdens akut- och intensivvård är inte dimensionerad för den ökande mängden av dessa patienter.

Identifikation och bedömning av samsjuklighet

Identifikation av samsjuklighet innebär att man identifierar psykisk störning och somatisk sjukdom bland personer med missbruk och beroende. Det innebär också att identifiera förekomst av missbruk och beroende bland individer med psykisk eller somatisk sjukdom.

En patient som söker för en psykisk störning ska därför generellt också bedömas för eventuellt missbruk och beroende (se vidare i kapitel 3). Vid behov bör patienten kunna hänvisas till socialtjänstens beroendevård med kompetens att bedöma svårighetsgrad av missbruk och beroende eller till hälso- och sjukvårdens beroendevård, om sådan finns tillgänglig.

En grundläggande förutsättning för att kunna bedöma och fastställa samtidig psykisk sjukdom eller personlighetsstörning hos individer med missbruk eller beroende är att klienten eller patienten varit missbruksfri i 1–4 veckor efter den aktuella missbruksperioden. Det beror på att missbruk och beroende av såväl alkohol som andra droger kan ge psykiska symtom såväl under perioder med missbruk som i en abstinensperiod. Kompletterande uppgifter om psykiatrisk sjukhistoria under alkohol- och drogfria perioder är också av värde.

När en person besöker hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten kan det i många fall finnas alkohol- eller narkotikaproblem som bakomliggande eller bidragande orsak till personens kontakt. I kapitel 4 beskrivs närmare hur man identifierar alkohol- och narkotikaintag, som riskerar att ge problem och skador.

Om socialtjänsten misstänker att en person med alkohol- eller narkotikaproblem också har en psykisk störning ska bedömning av denna alltid ske inom hälso- och sjukvården. Beroende på svårighetsgraden av uppgivna eller uppmärksammade psykiska symtom ska socialtjänsten få hjälp hos hälso- och sjukvården, antingen via primärvård (lättare fall) eller allmänpsykiatrisk mottagning eller vård (tyngre och svårare fall).

Där det finns en speciell beroendeenhet med kompetens för bedömning av om psykiatriska tillstånd är denna naturligtvis ett alternativ. Sjukvården ska också engageras i bedömningen av svårighetsgrad av missbruk eller beroende vid somatiska följdtilstånd

Det är lika angeläget att man inom både somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård uppmärksammar eventuell förekomst av samtidigt missbruk och beroende hos patienter med psykiatriska och somatiska tillstånd. Såväl inom kroppssjukvård som inom psykiatrisk sjukvård finns ett antal patienter med behandling för olika symtom och diagnoser, där bidragande eller bakomliggande alkohol- och narkotikaproblem inte upptäcks. Flera studier visar att missbruk och beroende är underdiagnostiserat bland psykiatrins patienter och samma förhållande gäller sannolikt patienter inom kroppssjukvården.

System för att upptäcka samsjuklighet

Generellt bör det inom sjukvården byggas upp system, dvs. strategier och speciellt utsedd personal, för att upptäcka alkohol- och narkotikaproblem bland patienter med såväl psykiatriska som kroppsliga symtom och sjukdomar.

De screeninginstrument som rekommenderas vid identifikation av missbruk och beroende (se kapitel 4) bör tills vidare kunna användas också för personer med olika psykiska störningar. Screeningtest som används är

- Biologiska test såsom CDT och GT för alkohol
- urinalys för narkotika och läkemedel
- psykosociala test som AUDIT för alkoholproblem och DUDIT för narkotika.

Hittills har AUDIT använts som screeningsinstrument bland personer med schizofreni, andra psykoser och allmänpsykiatriska patienter.

Vid identifiering av riskabelt alkohol- eller narkotikabruk ska det göras en bedömning om huruvida det finns ett missbruk eller beroende. Även om dessa diagnostiska kriterier (missbruk alternativt beroende) inte uppfylls bör riskabelt bruk uppmärksammas och kort rådgivning ges.

Screeningsinstrument som hjälp att identifiera psykiatriska problem används sällan inom beroendevården men bör kunna komma till användning (se kapitel 4). Riskbedömningsinstrument för självmordsbenägenhet, aggressivitet eller farlighet bör också användas.

Testinstrument (såväl biologiska som psykosociala) speciellt utformade för patienter eller klienter med samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykiatriska tillstånd används inte i Sverige. Sådana har utvecklats internationellt men ännu inte översatts till svenska eller provats i Sverige. Det finns inte heller studier om huruvida samsjuklighet försvårar tolkningen av biologiska och psykosociala test. Det bör dock observeras att behandling för vissa psykiska och somatiska tillstånd med farmaka kan påverka utfallet av biologiska test (se kapitel 4).

Behandling av samsjuklighet

Sedan man inom sjukvården blivit medveten om hur vanligt förekommande samsjuklighet är, har man försökt finna adekvata behandlingsformer och metoder för denna grupp patienter. Från att fokus i början riktades mot personer med framför allt psykossjukdomar och svåra psykiska sjukdomar har man under senare år även börjat uppmärksamma och behandla personer med andra psykiska sjukdomar.

Grundläggande för adekvat behandling är att dessa personer får en noggrann bedömning av såväl det psykiska tillståndet som sitt missbruk eller beroende. En sådan bedömning ska också gälla den kroppsliga hälsan.

Tidiga erfarenheter av behandling av personer med svår psykisk störning visar att remittering till adekvat behandling för missbruket utanför den egna verksamheten inte fungerade. Patienterna avbröt ofta behandlingen och man hade ingen modell för hur vården borde samordnas. Detta ledde till en rad studier där man undersökte möjligheten att integrera behandling och stöd inom samma verksamhet, då framförallt inom psykiatrin.

Som redan nämnts är gruppen med samsjuklighet heterogen när det gäller svårighetsgrad och typ av missbruk eller beroende, och framförallt när det gäller psykiska störningar. Detta har medfört svårigheter att jämföra resultat

mellan studier, som ibland är små, och har olika design och resultatmått. Det finns fortfarande få randomiserade kontrollerade behandlingsstudier (RCT) om patienter eller klienter med samsjuklighet mellan missbruk och psykiatriska tillstånd, som samtidigt utvärderar behandlingsmetoder för båda tillstånden.

Det praktiska behandlingsarbetet med dessa patienter och klienter försvåras av att ansvaret för behandling och stöd är uppdelat mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Sammantaget är problemen kring psykisk störning och sjukdom med samtidigt missbruk eller beroende omfattande och sannolikt växande. Skillnaderna i sjukdomssymtomen inom denna grupp är betydande och detta liksom problem kring huvudmannaskap försvårar möjligheten till bedömning av både psykisk störning och sjukdom, missbruk och beroende – liksom möjligheten till kontinuitet i behandlingen.

Narkotika – behandling av missbruk eller beroende vid samtidig somatisk eller psykisk sjukdom

Problemet vid samsjuklighet mellan narkotikamissbruk- eller beroende och somatiska sjukdomar är i första hand att upptäcka missbruket eller beroendet. Behandlingen av detta tillstånd bör i princip inte skilja sig från behandling av motsvarande problem då det inte finns en samtidig somatisk sjukdom. Avsnittet är därför koncentrerat till samsjuklighet med psykisk sjukdom.

Beskrivning av psykiska effekter efter intag av olika former av narkotika återfinns i kapitel 5 som också behandlar abstinens och farmakologisk och psykosocial behandling.

Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och beroende med samtidig psykisk sjukdom har inte studerats specifikt. Det är därför rimligt att använda sig av de metoder som visat sig fungera för personer med narkotikaproblem utan samsjuklighet.

Hittills finns inga studier som visat att någon specifik behandlingsmetod med farmakologisk behandling vid narkotikamissbruk- eller beroende ska användas för patienter med samtidig psykiatrisk störning eller sjukdom.

Man bör använda sig av de metoder som visat sig fungera för personer med narkotikaproblem utan samsjuklighet, eftersom det inte finns några studier om särskilda psykosociala behandlingsmetoder för personer med samsjuklighet. Centralt är dock att samordna behandlingen av den psykiska störningen eller sjukdomen och narkotikaproblemet.

När det gäller personer med narkotikaproblem med samtidig personlighetsstörning bedöms dessa få en bättre effekt av institutionsbehandling för sitt missbruk, att döma av korttidsuppföljning. Bland slutsatserna om utformning av behandlingsinsatser för narkomaner med samsjuklighet i form av personlighetsstörning nämns i SBU (1):

- fokus på ändrat drog beteende
- hög nivå på struktur i interventionen
- tillräckligt långvarig (minst tre månader) intervention för att åstadkomma förändring

- hjälp för att lösa relevanta problem parallellt med fortsatt drogfrihet.

De få studier som publicerats om samsjuklighet hos narkomaner efter SBU-rapporten ändrar inte de slutsatser som denna kom fram till.

Alkohol – behandling av missbruk eller beroende vid samtidig somatisk eller psykisk sjukdom

Inga slutsatser kan dras om att psykosocial behandling av patienter och klienter med alkoholmissbruk eller -beroende och psykiatrisk samsjuklighet ska vara annorlunda än vad som rekommenderas vid behandling av sådana missbruks- eller beroendetillstånd utan psykiatrisk samsjuklighet. Det man kan säga är att insatserna ska vara långsiktiga och motiverande för klienten och patienten.

När det gäller samsjuklighet mellan missbruk och beroende av alkohol och somatiska sjukdomar är problemet i första hand att upptäcka missbruket eller beroendet. Vid samtidig somatisk sjukdom skiljer sig inte behandlingen av alkoholproblemen från behandling av motsvarande problem då samtidig somatisk sjukdom inte föreligger. Det här avsnittet koncentreras därför till samsjuklighet med psykisk sjukdom.

Behandling av abstinens beskrivs i kapitel 6. Det finns inga studier om abstinensbehandling av patienter med samtidig psykisk störning eller sjukdom. Principer för abstinensbehandling vid enbart alkoholmissbruk eller beroende bör tillämpas även för personer med samsjuklighet.

Farmakologisk behandling av alkoholberoende omfattar ett relativt begränsat antal preparat varav disulfiram (Antabus) är det mest kända. De nyare läkemedlen, naltrexon (Revia) och acamprosat (Campral) har i några enskilda studier prövats vid samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykisk sjukdom och har då visat effekt, men enbart på missbruket och beroendet.

Läkemedel mot depression (antidepressiva, exempelvis SSRI) eller mot ångest, t.ex. buspiron (Buspar), är effektiva mot patientens eller klientens depression och ångest men påverkar inte alkoholmissbruket eller -beroendet. Konklusionen är därför att alkoholmissbruket eller -beroendet måste behandlas samtidigt.

Det finns ett fåtal studier om psykofarmakologisk behandling av patienter med alkoholmissbruk och -beroende och svår psykisk sjukdom som schizofreni eller manodepressiv sjukdom. Sådan behandling visar effekt även på missbruket och beroendet. Dessa resultat behöver dock utvärderas i fler studier.

Personer med samsjuklighet mellan psykisk sjukdom eller störning och missbruk eller beroende av alkohol utgör en heterogen grupp, framförallt när det gäller den psykiska sjukdomen eller störningen. Studier från såväl beroendevården som psykiatrisk verksamhet har genomförts. Följande resultat kan urskiljas:

- a) Ingen specifik metod för missbruks- eller beroendebehandling visar bättre effekt än någon annan.
- b) Resultaten från studierna varierar och studierna är dessutom för få för att några entydiga slutsatser ska kunna dras.

Samordnad behandling

Samordnad behandling av missbruk och beroende samt svåra psykiatriska tillstånd i ett gemensamt team sker oftast inom samma verksamhet. Inom denna integreras behandling för båda tillstånden med sociala insatser. I några studier visar sig sådan samordnad behandling vara mer effektiv än när behandling för missbruk och beroende och den psykiatriska störningen sker inom respektive verksamhet utan samordning. Ofta har dessa studier rört personer med psykossjukdom och samtidigt missbruk eller beroende.

Det finns alltså empiriskt stöd för att samordna behandlingarna för båda tillstånden. Detta kan ske i särskilda team inom en verksamhet, men också genom samordning mellan verksamheterna eller genom att verksamheterna tillsammans bildar en gemensam speciell enhet utanför de båda huvudansvariga, (kommun och landsting). Denna enhet bör då styras av en gemensam nämnd.

Samordning av verksamheterna kräver dock koordinering av behandlingar och insatser. Psykiatrireformens satsning på samordning kring personer med samsjuklighet har följts upp. Resultaten talar för att samverkan bör grunda sig på en överenskommelse mellan myndigheter och verksamheter om arbetsfördelning och en ekonomisk bas för samverkan. Att samordna behandlingen inom samma verksamhet har ännu inte visats vara bättre än att samordna behandling mellan flera verksamheter. Det avgörande är att samordningen utgår från den enskilda klientens eller patientens behov.

Tidiga insatser med kort rådgivning

Tidiga insatser med kort rådgivning för att reducera riskabla alkoholvanor hos personer med psykiatriska sjukdomar har hittills prövats i en studie med positivt resultat (kapitel 3). Som nämnts i detta kapitel finns betydligt fler studier av tidig intervention med kort rådgivning för patienter som sökt kroppssjukvård.

Etiska aspekter

Målet för samordnade och integrerade insatser är att patienten eller klienten ska få adekvat behandling och stöd oberoende av om ansvaret för deras olika tillstånd ligger inom skilda verksamheter eller myndigheter.

Ekonomisk bedömning

Med bakgrund i en ekonomisk utvärdering är troligen samordnad behandling av samsjuklighet kostnadseffektiv på längre sikt än behandling som inte är samordnad. Bedömningen är att samordnad behandling är mer kostnadseffektiv än ej samordnad behandling och att den är ekonomiskt försvarbar med minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.

Utvecklings- och forskningsbehov

Samsjuklighet är vanligt förekommande. Screeninginstrument för att spåra upp och bedöma om psykisk sjukdom finns behöver provas ut. Likaså behöver behandlingsmetoder, såväl medicinska som psykosociala, vid samsjuklighet ytterligare provas ut med hänsyn till faktorer som behandlingens längd och omfattning. Dessutom behövs mer forskning om hur behandlingar för de båda tillstånden ska samordnas och integreras.

Sammantaget behövs betydligt större forskningsresurser inom detta område både på grund av humanitära skäl och de stora samhällskostnader som samsjukligheten medför.

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2001. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem - En evidensbaserad kunskaps-sammansättning. Stockholm: SBU; 2001. Rapport 156/I, II
2. Centrum för utvärdering av socialt arbete. Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt. Liber; 2000.
3. Berglund. M, Thelander, S and Jonsson E. (eds): Treating Alcohol and Drug Abuse. An Evidence Based Review, WILEY-VCH GmbH & Co. KGaA, Weinheim 2003.
4. Socialtjänstlag (2001:453).
5. WHO 1977. Alcohol-Related Disabilities. WHO Offset Publication No 32.
6. Griffith E, red. Alkoholpolitik för bättre folkhälsa. Natur och Kultur; 1996.
7. Lindskog B. Medicinsk terminologi. Nordiska Bokhandelns Förlag; 2003.
8. Gustafsson E. Missbrukare i rättstaten. Stockholm: Norstedts Juridik AB; 2001.
9. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.
10. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
11. SOU 2004:3 Tvång och förändring - Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård. Slutbetänkande från LVM-utredningen.
12. Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2000:7) om ändring i LMV föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckning över narkotika.
13. Meeuwisse A, Sunesson S, Swärd H, red. Socialt arbete – En grundbok. Natur och kultur; 2000.
14. Piuva K. Normalitetens gränser – En studie om 1900-talets mentalhygieniska diskurser. Doktorsavhandling. Stockholms universitet; 2005.
15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Edinburgh; 2003.
16. Socialstyrelsen 2003. Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (ORION).
17. Lag (1998:1660) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
18. Arbetskyddsstyrelsen 1994. Föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.
19. Room R, Babor T & Rehm J. Alcohol and public Health. The Lancet.vol 365, febr 2005 s. 519-530.
20. SOU 1994:24 Svensk alkoholpolitik - en strategi för framtiden. Huvudbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen.

21. James D. Police station diversion schemes: role and efficacy in central London. *Journal of Forensic Psychiatry* 2000; 11, 3 s. 532-555.
22. SOU 2005:25 Gränslös utmaning-alkoholpolitik i ny tid. Alkoholinförel utredningens slutbetänkande.
23. Beich A m fl. Screening in brief intervention trial targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and metaanalysis. *BMJ* 2003;327:536-542 (6 Sept.), doi:10.1136/bmj.327.7417.536.
24. Van Beurden E, Reilly D, Dight R, Michell E & Beard J. Alcohol brief intervention in bars and taverns: a 12-month follow-up study of operation drinksafe in Australia. *Health Promotion International*. 2000; 15, 4, pp 293-302.
25. Yahne C E, Miller W R, Irvin-Vitela L & Tonigan S. Magdalena pilot project: Motivational outreach to substance abusing women street sex workers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002; 23, pp 49-53.
26. Stephens, R. S., Roffman, R. A. & Curtin, L. Comparison of extended versus brief treatment for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68, 5, pp 898-908.
27. Salaspuro 2003. Brief intervention. In: Mats Berglund et al. *Treatment of alcohol and drug problems – an evidence based review*. Wiley, Weinheim, 2003.
28. Fleming M F, Barry K L, Manwell L B, Johnson K & London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 1997; 277(13):1039-1045.
29. Curry S J, Ludman E J, Grothaus L C, Donovan D & Kim E. Randomized trial of a brief primary-care-based intervention for reducing at-risk drinking practices. *Health Psychology*. 2003; 22(2):156-165.
30. Martino S, Carroll K M, O'Malley S S & Rounsaville B J. Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *American Journal on Addictions* 2000; 9(1):88-91.
31. Hulse G K & Tait R J. Five-year outcomes of a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Addiction* 2003; 98(8):1061-1068.
32. Roman P M. & Blum T C. Workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Research and Health* 2002; 26(1):49-57.
33. Anderson P, Laurant M, Kaner E, Wensing M & Grol R. Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis. *J Stud Alcohol*. 2004 Mar; 65(2):191-9.
34. Andreasson S, Hjalmarsson K & Rehnman C. Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: Feasibility study. *Alcohol and Alcoholism* 2000; 35(5):525-530.

35. Socialstyrelsen 2005. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård? – En kartläggning av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Lägesbeskrivning.
36. Kristensson H, Öhlin H, Hultén-Nosslin M-B, Trell E & Hood B. Identification and intervention of Heavy Drinking in Middle-Age Men. *Alcoholic Clinical and Experimental Research*. 1983 Vol.7 nr. 2 s. 203-209.
37. McClure J. Are Biomarkers Useful Treatment Aids for Promoting Health Behaviour Change. *American journal of Prev. Med* 2002: page 207.
38. Allen J P and Litten R Z. The role of laboratory test in alcoholism treatment *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 2001 pp 81–85.
39. Allen, J. Use of biomarker of heavy drinking in health care practice. *Military Medicine*, 168, 5:364, 2003.
40. Miller P M and Anton R F. Biochemical alcohol screening in primary health care. *Addictive Beaviours* 29, 2004, pp 1427–1437.
41. Socialstyrelsen 2004. Meddelandeblad ”Narkotikatester av urin inom hälso- och sjukvården”. Socialstyrelsen; 2004.
42. Socialstyrelsen 2006. (SOSFS 2006:5 (S)) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enl. SoL, LVU, LVM och LSS. Socialstyrelsen; 2006.
43. SOU 2005:82. Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling. Betänkande av Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården.
44. Olsson B, Adamsson Wahren, Byqvist S. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. Stockholm: CAN; 2001.
45. Socialstyrelsen 1997. Skador av hasch och marijuana. Stockholm: Socialstyrelsen 1997. SoS-rapport 1997:16.
46. Ramström J. Adverse health Consequences of Cannabis Use. Folkhälsoinstitutet; 2004. Rapport 2004:46.
47. Komiteen for Sundhedsoplysning 2005. Hash-samtalen om unge og hashrygning.– Köpenhamn: Komiteen for Sundhedsoplysning; 2005.
48. Rikspolisstyrelsen 2002. Drogtecken och symptom. RPS rapport 1995:7.
49. Läkemedelsverket 2000. Föreskrift (LVFS 2000:7) om ändring i föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika.
50. Läkemedelsverket 1997. Föreskrift (LVFS 1997:11) om kontroll av narkotika.
51. SBU 1997. Behandling med neuroleptika. Stockholm: SBU; 1997. Gul rapport 133/1, 133/2.
52. Center for Disease Control and Prevention (CDC): Alcohol consumption among women who are pregnant or who may become pregnant. United States, 2002. *MMWR Morb Wkly Rep* 2004 DFec 24;53:1178-81.
53. Streissguth A P, Barr H M & Sampson P D. Moderate prenatal alcohol exposure; Effects on child IQ and learning problems at age

- 7.5 years. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 1990
14:662-669.
54. Socialstyrelsen 2004. Föreskrift (SOSFS 2004:13 (M)) om infektionsscreening av gravida. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
 55. Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
 56. SOU 1987:11. Skydd för det väntade barnet. Delbetänkande av utredningen om det ofödda barnet.
 57. Prop. 1994/95:142 Fosterdiagnostik och abort.
 58. Prop. 1990/91:111 Om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m.
 59. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Bilagor

Bilaga 1. Arbetets organisation

Under år 2002 organiserades Socialstyrelsens arbete med att ta fram nationella riktlinjer. En projektgrupp, referensgrupp och fem stycken expertgrupper skapades. Samtliga personer som ingår i de externa grupperna har informerats om vilka principer för hantering av jäv som finns vid Socialstyrelsen.

Projektgruppen

Projektgruppen består av en ordförande som samtidigt ansvarar för samordningen av Socialstyrelsens *råd för missbruksfrågor* (ett verksövergripande organ), projektledarna för såväl riktlinje- som kvalitetsprojektet²⁵ och intern personal som representerar sakkunskap inom Socialstyrelsen när det gäller missbruksfrågor både inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, juridik, ekonomi, information och datasökning. Referensgruppen ordförande är konsult i projektgruppen.

Det operativa arbetet med riktlinjeprojektet har i första hand utförts av en projektledare som till sin hjälp har haft medlemmar i projektgruppen. Uppläggningen av arbetet, strategiska beslut om arbetsprocessen och skrivandet av själva riktlinjerna har legat på projektgruppen. Socialstyrelsens ledning fattar det slutliga beslutet om riktlinjer.

Referensgrupp

Referensgruppens uppgift är att fungera som stödfunktion och bistå projektgruppen kring frågor som aktualiseras under arbetet med riktlinjerna. Referensgruppen ska representera verksamheten såväl på operativ som beslutande nivå.

I referensgruppen finns en bred representation av myndigheter och organisationer dels med anknytning till missbruksfrågor (Landstings- och kommunförbundet, kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS), länsstyrelserna, Riksförbundet för alkoholtvättning och Svenska narkomanvårdsförbundet, Kriminellas revansch i samhället (KRIS), dels representanter för forskning och praktik av vilka kan nämnas ordföranden i SBU-projektet och olika verksamhetschefer.

Expertgrupper

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram kunskapsunderlag så att riktlinjer eller rekommendationer för missbrukar- och beroendevården kan

²⁵ Kvalitetsprojektet..

utarbetas. Varje expertgrupp har haft två koordinators: en från det sociala och en från det medicinska forskningsområdet. Vidare skulle, om möjligt, minst en forskare från det nämnda SBU-projektet vara med i varje grupp.

Koordinatorerna har sedan diskuterat sina instruktioner och beställningar med referensgruppens ordförande, ordförande i projektgruppen och projektledare. Vid detta tillfälle har också de övriga gruppmedlemmarna utsetts.

Principerna har varit att försöka åstadkomma en jämn fördelning av forskare inom det sociala respektive medicinska området. En princip som inte gick att helt genomföra var att få en jämn könsfördelning såväl inom koordinatorsgruppen som mellan övriga experter. Det har inte heller varit möjligt att engagera forskare som har sin praktik inom socialtjänsten. Inom det medicinska området är flertalet av de aktiva forskarna kliniskt verksamma, ett förhållande som är ovanligt inom sociala området. Samtliga utvalda expertgruppsmedlemmar är disputerade och flertalet har docent- eller professorskompetens.

Följande expertgrupper tillsattes:

Expertgrupp 1. Psykosocial och läkemedelsassisterad behandling av narkotikamissbruk/beroende inkl. omvårdnad

Expertgrupp 2. Psykosocial och läkemedelsassisterad behandling av alkoholmissbruk/beroende inklusive omvårdnad

Expertgrupp 3. Upptäckt och förebyggande verksamhet

Expertgrupp 4. Markörer, diagnostiska instrument och systematisk patient-/klientdokumentation och -information

Expertgrupp 5. Gravida kvinnor

Arbetets utförande

Referensgruppens uppgift har varit att bedöma kvalitén i de olika expertgruppernas rapporter och att granska utkast till riktlinjerna. Ansvar för bearbetningen av expertrapporternas kunskapsunderlag liksom författandet av uppdragspromemorior till experterna har vilat på projektgruppen.

Projektgruppen har även haft ansvar för att utarbeta riktlinjer med stöd av expertgruppens kunskapsunderlag. Parallellt med arbetet att ta fram riktlinjer har ett särskilt projekt pågått för att utveckla kvalitetskriterier och kvalitetsmått pågått.

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram ett underlag som projektgruppen kan använda för att skriva riktlinjer. Uppdraget har inneburit att granska det kunskapsunderlag som finns i form av kunskapsöversikter eller andra sammanställningar om problemområdet.

I den utsträckning det inte finns tillräckligt kunskapsunderlag i form av systematiska kunskapsöversikter eller underlaget på annat sätt behöver kompletteras, har expertgruppen bedömt om det finns nog studier för att ta fram en sådan. Om så har varit fallet skulle de ange vilken ytterligare kun-

skap som behövs så att projektgruppen kunde göra en beställning till CUS (Socialstyrelsens Centrum för Utvärdering av Socialt arbete) alternativt SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) av en systematisk kunskapsöversikt. Om underlag har saknats skulle expertgrupperna identifiera kunskapsluckor som ett eventuellt underlag för forskningsinitiativ.

Någon sådan beställning har dock inte gjorts men de olika expertgrupperna har i begränsad omfattning kompletterat SBU:s grundmaterial med egna eftersökningar.

När de beställda kunskapsöversikterna framställts och kunskapsunderlaget bedömts som tillräckligt har expertgruppen gjort sin bedömning av hur verksamma olika metoder är. I riktlinjerna som projektgruppen ska utarbeta med stöd av expertgruppens kunskapsunderlag ska dessa metoder prövas – bl.a. med hänsyn till ekonomi – och bli föremål för en prioriteringsdiskussion.

Generella instruktioner till expertgrupperna

Varje expertgrupp har fått speciella frågor att besvara men vissa instruktioner är generella och gäller samtliga expertgrupper.

- Resultat- eller utfallsmått: Det är viktigt att man beaktar vilka resultat- eller utfallsmått som används i olika studier.
- Tidsaspekten: är viktig speciellt när man bedömer effekter av olika behandlingar. Studier med långa uppföljningstider (t.ex. 5 år) har större värde och intresse än studier med korta uppföljningstider.
- Genus: Varje expertgrupp ska lägga ett genusperspektiv på sitt uppdrag, dvs. ange om de studier som finns är generaliserbara till båda könen eller endast rör det ena. Man ska också i sina bedömningar se till att genusaspekten beaktas och t.ex. ange om man kan tänka sig svårigheter att generalisera till det ena eller andra könet.
- Åldersaspekten: Är resultaten generella oavsett ålder? Finns det åldersspecifika metoder för att behandla olika problem, t.ex. för unga, medelålders eller äldre?
- Etniska aspekter: Finns det olika behov i olika etniska grupper och kan man utforma behandling med hänsyn till etnisk bakgrund?
- Psykiskt sjuka: Hur når man psykiskt sjuka? Finns det speciella behandlingar eller speciell metodik som lämpar sig för denna grupp. Ett speciellt problem som nämnts i sammanhanget har varit barn och ungdomar med neuropsykiatriska problem som till exempel ADHD.
- Andra diagnoser: Andra än psykiskt sjuka ska också beaktas. En speciellt sårbar grupp är personer med somatiska sjukdomar som orsakas av eller förvärras av ett omfattande alkohol- eller narkotikamissbruk.
- Etiska aspekter: Dessa ska vägas in i bedömningen eller i varje fall kommenteras för att sedan vägas in i riktlinjeutformningen.

- Generaliseringsmöjligheten för de olika metoderna skall vägas in vid bedömningen. Även om en metod är väl så god, är den kanske ganska ointressant ur ett svenskt perspektiv.
- Blandmissbruk: Det måste beaktas.
- Vårdformens betydelse: Är behandling i slutenvård/institutionsvård är effektivare än behandling i öppen vård?

En annan aspekt som berör möjligheterna att implementera (genomföra) riktlinjerna är om riktlinjerna även ska behandla organisationsformer, kompetensutveckling etc. Expertgrupperna har fått instruktion om att i den mån det finns studier som berör sådana faktorer ska de lyftas fram och diskuteras. Särskilda seminarier har också genomförts i anslutning till de färdiga kunskapsöversikterna för att diskutera implementering, organisation och kompetens.

I riktlinjerna ska de ekonomiska konsekvenserna av olika åtgärder, både när det gäller kostnader och eventuella besparingar genom minskat missbruk, belysas.

Bilaga 2. Metodik

Inledning

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram ett underlag som kan användas för att utarbeta riktlinjer. Detta innebär att utifrån givna uppdrag, granska det kunskapsunderlag som finns i form av kunskapsöversikter eller andra sammanställningar.

En utgångspunkt har, som tidigare nämnts, varit den systematiska kunskapsöversikt som SBU genomfört om behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Utgångspunkten för SBU:s arbete var att ta fram s.k. evidensbaserad kunskap, dvs. kunskap som har ett högt bevisvärde (enligt en särskild och överenskommen gradering, se...).

I detta avsnitt beskrivs metodiken som använts för att ta fram kunskapsöversikterna, vad som avses med systematiska kunskapsöversikter och hur man gått tillväga i detta projekt. Vidare behandlas evidensbegreppet och vilka krav man i detta sammanhang ställer på detta. Slutligen diskuteras vilka resultat- eller utfallsmått som är tänkbara och vilka som används i föreliggande kunskapsöversikter.

Kunskapsöversikter

Ett första steg vid genomförandet av en kunskapsöversikt är att utifrån tänkta frågeställningar göra en litteratursökning för att orientera sig om vad som finns i form av tidigare forskning. En sådan översikt är ofta lite slumpartat tillkommen. Ofta är denna första sökning osystematisk, dvs. sökningen omfattar mer sällan alla tänkbara datakällor.

När man kommer längre in i forskningsprocessen och kanske vill pröva olika hypoteser blir det viktigare att man täcker in all kunskap kring den aktuella problemställningen. Om man t.ex. vill uttala sig om effektiviteten i en viss behandlingsmetod är det viktigt att man systematiskt har gått igenom kunskapsfältet och även täcker in studier som ibland inte återfinns i vanliga databaser.

”Systematiska kunskapsöversikter genomförs enligt viss metodik med avsikt att undvika förutfattade meningar eller snedvridning av resultat. Förfaringssättet ska vara så pass tydligt beskrivet att det går att följa, bedöma och upprepa i alla steg. Detta innebär t.ex. att systematiska kunskapsöversikter görs enligt en metodik, som medför att så mycket som möjligt av den forskning som behandlar översiktens frågeställningar identifieras. Ett annat exempel är att systematiska kunskapsöversikter använder explicita inklusions- och exklusionskriterier för att bedöma om varje studie verkligen behandlar den aktuella forskningsfrågan.

Utmärkande för systematiska kunskapsöversikter är att:

- tydliga frågeställningar och kriterier anger vilka studier som ska inkluderas respektive exkluderas

- sökningarna efter vetenskapliga studier följer en överenskommen och accepterad systematik
- ingående redovisning av hur arbetet med översikten genomförts finns
- tydlig framställning finns om vilka metodologiska kvaliteter som krävs för att de inkluderade studierna ska anses generera tillförlitliga (valida) data
- tydlig framställning finns om vilka analysmetoder som använts för att generera resultaten utifrån primärstudierna.

Med ordet systematik menas den arbetsprocess som syftar till att få fram så tillförlitliga data som möjligt. I en systematisk forskningsöversikt försöker man få med alla primärstudier som behandlar de aktuella forskningsuppgifterna. Detta är en viktig del att uppfylla så att forskaren inte bygger sin översikt enbart på de primärstudier som är lättast att få tag i. För att identifiera så många primärstudier som möjligt söker forskaren efter studier i databaser, referenslistor, tidskrifter, på Internet, genom kontakt med individuella forskare och olika organisationer o.s.v.

I en systematisk kunskapsöversikt bedömer forskaren noggrant kvalitén på de studier som identifierats och inkluderats. Detta görs för att olika studier ska få olika ”tyngd” i den värdering eller syntes som görs. Ibland sker det i form av en s.k. metaanalys, vilken är en statistisk metod och som innebär en kvantitativ analys av resultaten. Metaanalys fordrar dock att frågeställningen i de gjorda studierna liksom metoderna är likartade. Ofta består systematiska kunskapsöversikter av en blandning av metaanalyser och enskilda studier.

Socialstyrelsens arbete med riktlinjer bygger i stor utsträckning på de kunskapsöversikter som SBU gjort där man utgått från den engelska upplagan som har betydligt fler referenser. I flera fall har dock denna kompletterats med egna sökningar enligt samma principer som SBU använder. I översikten om uppsökande, uppspårande och förebyggande verksamhet har sökningar även skett via socialtjänstens FOU-enheter, eftersom forskning inom det sociala området ofta inte rapporteras och redovisas i de vanliga databaserna.

Evidens

Inom medicinsk praktik har termerna *evidens* och *evidensbaserad medicin* fått en alltmer framträdande roll. En stundtals intensiv diskussion har förts om evidensbegreppets innebörd och möjligheterna att utveckla en evidensbaserad praktik även inom det sociala arbetets individ- och familjeomsorg.

Evidensbaserad medicin innebär bl.a. en stark koppling mellan forskningsresultat och klinisk verksamhet. I praktiken handlar det om en sammanvägning av tre informations- eller kunskapskällor: läkarens egen kliniska erfarenhet, tillgängliga forskningsresultat och patientens åsikter. Det två förstnämnda är synonymt med begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet, dvs. de krav som ställs på hälso- och sjukvårdspersonal i andra kapitlet i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531).

Den tredje informationskällan – patientens åsikter (bl.a. integritet och självbestämmande) – är också reglerad i olika författningar.

Den diskussion som pågår har också kommit att utvidga evidensbegreppet till att även omfatta olika kvalitetskriterier utanför den medicinska sfären. Man har betecknat detta som evidensbaserad praktik. Flera forsknings- och professionsorienterade organisationer deltar i den diskussionen som generellt syftar till en samordning och integrering av vetenskapliga belägg, beprövad klinisk erfarenhet och andra typer av giltig evidens.

När det gäller Socialstyrelsens riktlinjer finns en överenskommelse mellan Socialstyrelsen, SBU och Läkemedelsverket om hur det kunskapsunderlag som riktlinjerna bygger på ska bedömas. Nedan följer en sammanfattning av denna överenskommelse

Litteratursökning, evidens och evidensgradering

Systematiska kunskapsöversikter

Socialstyrelsens riktlinjer ska så långt möjligt baseras på redan befintliga systematiska kunskapsöversikter.

Kvalitetsgranskning av systematiska översikter

Systematiska översikter ska kvalitetsgranskas enligt följande principer:

- En tydligt angiven sökstrategi
- Angivande av kriterier för inklusion
- Kritisk granskning och bevisvärdering av studier som uppfyller uppsatta minimikriterier
- Faktaextraktion och syntes av alla godkända studier med hänsyn till deras bevisvärde .

Evidensgradering

Endast slutsatser som redovisats i systematiska översikter som utifrån ovanstående kriterier håller en god kvalitet kan siffergraderas enligt det evidensgraderingssystem som överenskommit mellan SBU, LV och SoS.

Följande system för gradering av *evidensstyrka* har använts för att gradera slutsatser i systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet. Slutsatser från annat underlag än systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet får inte graderas med detta system.

Grad 1

Minst två oberoende studier med högt bevisvärde eller en systematisk översikt av högt bevisvärde. Följande undantag från huvudregeln kan också motivera Grad 1. Enstaka mycket stor randomiserad kontrollerad studie (med smalt konfidensintervall) utförd på ett stort antal centra. ”Allt eller inget”-studier som visar en dramatisk och odiskutabel effekt, t.ex. penicillin vid stora pneumonier, eller insulin vid typ 1 diabetes.

Grad 2

En studie med högt bevisvärde plus minst två med medelhögt bevisvärde och entydiga resultat (huvudregel). Följande undantag kan förekomma: Väl upplagda kohortstudier eller fall-kontrollstudier med entydiga resultat. Ett flertal randomiserade kontrollerade studier med medelhögt och lågt bevisvärde med entydigt resultat.

Grad 3

Minst två studier med medelhögt bevisvärde och entydigt resultat. Följande undantag kan förekomma: Väl upplagda kohortstudier eller fall-kontrollstudier med divergerande resultat. Ett flertal randomiserade kontrollerade studier med medelhögt eller lågt bevisvärde.

Grad 4

Enbart studier av lågt bevisvärde eller avsaknad av studier. Expertutlåtanden eller konsensusutlåtande utan explicit systematisk genomgång

Slutsatser som inte baseras på systematisk kunskapsöversikt

Även underlag som inte ingår i en systematisk kunskapsöversikt av god kvalitet redovisas. Litteratursökning efter originalstudier ska då göras och dess omfattning diskuteras gemensamt i respektive expertgrupp. Om originalstudier används ska dessa kvalitetsgranskas. Studier kan dock saknas helt för flera områden som måste behandlas. Beprövad erfarenhet och konsensus bland experter kan då fylla ut dessa luckor. Det måste emellertid klart framgå på vilken grund olika slutsatser och rekommendationer vilar. Referenser anges därför alltid i dessa fall.

Den vetenskapliga bakgrundsdokumentationen uttrycks på följande sätt för slutsatser som baseras på annat underlag än systematiska kunskapsöversikter:

- Gott vetenskapligt underlag (slutsatsen bygger på två eller flera RCT-studier av högt bevisvärde som pekar i samma riktning)
- Visst vetenskapligt underlag (svagare underlag än ovan).

Om det vetenskapliga underlaget bedöms som otillräckligt eller helt saknas kan det redovisas genom att formuleringar som exempelvis: ”för detta finns inga eller få vetenskapliga studier”, men ”enligt beprövad erfarenhet”, ”konsensus råder kring” eller ”enligt internationella riktlinjer”.

Kvalitetsbegreppet

De rekommendationer som rör bedömningsinstrument och dokumentation bygger inte på evidens i samma betydelse som övriga rekommendationer. I stället användes begreppet kvalitet vilket avser vilken förmåga instrumentet har att mäta rätt variabel (validitet) och mäta rätt (reliabilitet). Övergripande

begrepp i detta sammanhang är då vi arbetar med instrument som endast har två värden, (t ex cannabisanvändning), *sensitivitet* (förmåga att hitta de som verkligen använt cannabis) och *specificitet* (förmågan att endast få med sant positiva). Se vidare kapitel IV.

Internationella riktlinjer

Internationella riktlinjer är ibland en viktig källa. Om riktlinjen eller rekommendationen bygger på en systematisk kunskapsöversikt som efter granskning bedöms uppfylla de kvalitetskrav som specificerats ovan kan slutsatserna värderas enligt evidensgraderingsprotokollet. Internationella riktlinjer som inte bygger på systematiska översikter kan användas som underlag, men styrkan i slutsatserna får då beskrivas med ord istället för siffror enligt ovan.

Om de studier som åberopas kommer till skilda resultat, som inte kan förklaras utifrån patientmaterial eller design, reduceras styrkegraden med åtminstone en nivå.

Studiedesign

Expertgruppen ska tydligt ange vilket bevisvärde man anser sig ha för förslag till olika typer av rekommendationer. I framförallt medicinska sammanhang framförs att ”golden standard” är RCT (Randomized Controlled Trials). Detta innebär att man har minst en experimentgrupp (som exempelvis får en viss behandling) och en kontrollgrupp (som inte får behandlingen) som är utvalda att delta i studien genom randomisering (slumpen har avgjort om en individ kommer i experiment- eller i kontrollgruppen).

Inom den beteende- och samhällsvetenskapliga forskningen är det vanligt med studier där kontroll- respektive experimentgruppen tagits fram genom andra metoder än slumpmässigt urval. En vanlig metod är att man har en grupp som utsätts för en viss behandling (experimentet) och sedan skapar en kontrollgrupp, som inte genomgår behandling, genom att för varje individ i den s.k. experimentgruppen välja ut en ”tvilling” (genom s.k. parvis matching) som har samma värde på för behandlingsresultaten väsentliga variabler, t.ex. kön, ålder, utbildning, andra sjukdomar, geografisk hemvist o.s.v.

Man kan inte utan vidare säga att RCT alltid är överlägset andra metoder med kontrollgrupper. Det är viktigt att tydligt redovisa hur bedömningen av bevisvärdet för de rekommendationer som ges har gått till.

Alternativ till randomiserade kontrollerade studier är till exempel *kvasi-experimentella* studier, som kan vara att föredra när det gäller tvångsvårdade grupper eller vid behandling av personer i kriminalvård. I sådana sammanhang ges ju inga möjligheter till randomisering. Uppföljningsstudier och prognosstudier som bygger på slumpmässiga eller konsekutiva urval utgör ytterligare alternativ som ofta har både hög intern och extern validitet. Denna typ av studier ger ofta god information om kvalitet och effektivitet i verksamheten, men mer sällan om den metodik som används.

Resultat- eller utfallsmått

Det är viktigt att man beaktar vilket resultat- eller utfallsmått som används i olika studier av behandling (se även diskussion nedan). Då man ser på det medicinska värdet av en intervention är det kanske graden av drogfrihet som är den variabel som används som mått på interventionens effektivitet. Även andra effektmått kan vara av intresse oavsett om studierna har en medicinsk eller social inriktning, t.ex. minskad kriminalitet, ökad arbetsintensitet, bättre skolprestationer och andra s.k. välfärdsått.

När det gäller resultat måste frågan ställas vad behandlingens syfte är. Utfallsmåttet ska för det första ta hänsyn till klienten eller patienten, men kan också beakta behandlingens effekt på klientens eller patientens familj. Det är klient- och patientperspektivet som är det viktiga i detta sammanhang. Samtidigt finns ett legitimt intresse från beslutsfattarnas sida att kunna mäta effekterna av de åtgärder till vilket pengar anvisats.

Forskning om effekter av behandling

Vid utvärdering av effekter inom medicinsk forskning och praktik har randomiserade kontrollerade studier (RCT) kommit att bli bästa tänkbara standard. Idealtypen är studier inom läkemedelsforskning där man vill studera effekten av ett läkemedel och samtidigt kontrollera placebo- eller förväntningseffekter. Även inom behandlingsforskningen är sådana studier i många avseenden att rekommendera då man vill mäta effekterna av olika behandlingar. Metodologiska svårigheter i form av homogenisering (t.ex. att klienter eller patienter har likartade problem) och standardisering (t.ex. jämförbara behandlingsinsatser) kan dock uppträda.

Om man kan få till stånd väl kontrollerade betingelser i utvärderingen – idealtypen – riskerar man samtidigt att gå miste om möjligheter att generalisera resultaten till större grupper och sammanhang. All kontroll som idealtypen kräver framtvingar förenklade och stereotypa förhållanden som fjärrmar sig alltmer från verkligheten. Av det skälet kan det vara viktigt att skilja mellan studier av effekt (*efficacy*) och effektivitet (*efficiency*).

De förstnämnda knyter an till idealtypen och önskan att uttala sig om orsakssamband (kausalsamband), medan den andra lyfter fram behandlingsutfallet i ett mer vardagligt och varierat sammanhang (kontext). Behandlingsmetoden svarar ju, vilket också framhålls i narkotikakapitlet (kap 5), för en relativt liten andel av den s.k. utfallsvariansen. Andra faktorer utanför behandlingen (t.ex. livsmiljö), faktorer som kan anses gemensamma för framgångsrika behandlingar (common factors) och förväntningseffekter har stor betydelse för utfallet. Det finns därför starka skäl att uppmärksamma sådana faktorer i behandlingssammanhang. Samtidigt är det viktigt att den del av utfallsvariansen som behandlingsmetoden svarar för, utvecklas optimalt, dvs. att vi använder metoder som bäst gagnar den enskilde klienten eller patienten.

Bilaga 3. Kommentarer om behandlingsforskningen

Hur mäter vi effekter av behandling?

I arbetet med riktlinjerna har frågan om vilka eller vilket resultat (utfall och utfallsmått) som har intresse vid behandling av personer med alkoholmissbruk och -beroende eller annat missbruk diskuterats.

Traditionellt har behandlingens resultat vid t.ex. alkoholberoende bedömts i termer av helnykterhet. Utfallet var därmed en fråga om antingen eller och en knivskarp gräns mellan lyckat och misslyckat resultat. En konsekvens av detta är att förbättringar som iakttagits eller rapporterats – t.ex. färre återfall, bättre social situation, ökad självkänsla – och i praktiken inte värderats som förbättringar om nykterhet, inte kunnat upprätthållas efter behandling.

Frågan om vad som ska betraktas som ett lyckat utfall har emellanåt diskuterats. I denna diskussion kan åtminstone två positioner identifieras. Den ena är kopplad till sjukdomsbegreppet och det andra till antagandet om ett ”kontrollerat” eller ”normalt” drickande. Utifrån sjukdomsbegreppet menar man att personer med missbruksproblem inte kan dricka på ett kontrollerat eller normalt sätt. Man menar att alkoholberoende är ett kroniskt tillstånd och att varje försök att dricka innebär en aktivering av sjukdomen med risk för återfall som resultat.

Den andra uppfattningen kommer främst från studier av naturförlopp, men även från kognitivt orienterade behandlingsförsök (se Heather & Robertson, Duckert, m.fl....). Utgångspunkten är förloppsstudier som visat att personer med alkoholmissbruk och -beroende över tid etablerar skilda förhållningssätt till alkohol, t.ex. helnykterhet, periodvis drickande och normalt drickande. Resultaten från dessa livsförloppsstudier har inneburit en omprövning i traditionell missbrukarvård om vad som kan anses vara realistiska och rimliga mål, men också ett incitament för utveckling av särskilda kognitivt orienterade program med målsättning att etablera ”kontrollerat” drickande som en möjlighet efter avslutad behandling.

Till dessa mer allmänna tendenser kan också föras en osäkerhet om vad som är rimliga och meningsfulla mål för behandling, där svårigheter att t.ex. uppnå helnykterhet ibland lett till en slags behandlingspessimism. Vi menar att utfallsmåtten idealt sett borde spegla den enskildes situation och ge information om förändringar i socialt, psykologiskt och fysiskt avseende, men naturligtvis också om de specifika förhållanden som rör symtomet eller symtomen i sig.

I praktiken ges dock som regel inte möjligheter att spänna över alla de aspekter som är intressanta, samtidigt som det finns behov från den behandlande verksamheten att belysa sådana förhållanden som den egna metoden eller programmet ger anledning att uppmärksamma.

En ambition som bör prägla utvärdering av alkoholbehandling är möjligheterna till jämförbarhet. Då handlar det i hög grad om internationell forskning och en anpassning till de kriterier för framgångsrik behandling eller utfallsmått som används i internationell litteratur.

Vilka slutsatser kan vi dra från behandlingsforskningen?

Som berördes inledningsvis är forskningen om behandling till en del problematisk. I en inledande artikel²⁶ i faktaunderlaget för psykosocial behandling och läkemedelsbehandling av personer med narkotikamissbruk identifieras några kritiska punkter som har relevans för hur långt vi kan gå i våra slutsatser och därmed riktlinjer. I artikeln identifieras med hänvisning till bl.a. Finney (2000) fyra grundläggande problem som i olika grad gäller olika typer av kunskapssammanställningar eller översikter (box-score-analyser och metaanalyser²⁷):

- Alltför små undersökningsgrupper med svag ”statistisk kraft”
- Användningen av olika bedömningsinstrument och -tester för att mäta effekter
- Olika typer av jämförelsegrupper
- Frånvaro av jämförbara och adekvata data kring klient- och patientkaraktäristika.

Slutsatsen är att resultaten av de översikter som inte på ett tillfredsställande sätt kan handskas med dessa problem ibland blir motsägelsefulla och osäkra. I praktiken kan det betyda att välrenommerade översikter kan komma till skilda resultat.

Det område där frågan fått särskild aktualitet gäller avsnittet om *psykosociala interventionsmetoder vid narkotikamissbruk*. I SBU:s digra kunskapssammanställning (2001) om behandling av alkohol- och narkotikaproblem redovisas den aktuella forskningen inom detta område (del II, s 11–121). Slutsatserna från denna genomgång har kritiserats bl.a. mot bakgrund av ovan nämnda grundproblem.

I en ny analys som redovisas i faktaunderlaget grundas genomgången på ytterligare studier, men också på en modifierad gruppering och kategorisering av dessa som i viss mån tagit hänsyn till den kritik som framförts. Enligt vår värdering av det aktuella kunskapsunderlaget bör det kunna ligga till grund för vissa slutsatser, om än försiktiga och formulerade med de reservationer som är påkallade. Vi menar att den inomvetenskapliga kritik som är nödvändig och självklar på sikt måste leda till internationellt vedertagna modeller för hur systematiska kunskapsöversikter (t.ex. metaanalyser) för bedömning och kategorisering av originalstudier ska utformas när det kommer till i första hand bedömning och kategorisering av originalstudier.

Vi föreställer oss också att forskarsamhället med utgångspunkt i de nämnda problemen kommer att skärpa uppmärksamheten på frågor som gäller exempelvis redovisningen av klientkaraktäristika och vilka tester som mäter effekterna. Kort sagt sådana aspekter som möjliggör jämförelser mellan olika behandlade grupper.

En annan kanske mer grundläggande aspekt rör vilken tilltro vi kan tillmäta eller ge randomiserade kontrollerade studier (Randomized Controlled Trials, RCT) och deras relevans för de behandlingsmiljöer som finns inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inom ramen för de betingelser som

²⁶ *Evidensfrågan och kunskapsläget beträffande behandlingsåtgärder för narkotikaproblem*, författat av Anders Bergmark, en av koordinatörerna i expertgrupp 1

²⁷ Statistiska analysmetoder

ges i experimentet eller försöket anses behandlingsresultaten uppvisa hög tillförlitlighet. En ofta återkommande fråga är om de resultat som uppnåtts i experimentmiljöer och inte sällan för specifika grupper av försökspersoner, även om de i sig är tillförlitliga, utan vidare kan generaliseras till att gälla även i andra sammanhang och miljöer.

I praktiken kan detta betyda att resultaten kanske inte är helt giltiga för de villkor och förutsättningar som missbrukarvården i Sverige lever under. Det betyder, menar vi, att det finns skäl att mana till viss försiktighet vid tolkning av resultat som framkommit i studier även om de håller hög vetenskaplig nivå.

Inom alkoholområdet (vid studier av psykosocial behandling), vilket kan antas även ha giltighet för narkotikaområdet, har man funnit en viss överensstämmelse när det gäller möjligheterna att generalisera vid jämförelser mellan RCT-studier och andra typer av icke-randomiserade studier. Det betyder att resultaten från RCT-studier verkar gälla även utanför den experimentella situationen.

En annan aspekt som genomgången av faktaunderlaget aktualiserar är vad som händer personer som utvecklar missbruk eller beroende på längre sikt. Det är ett forskningsfält där RCT-studier i regel inte kan ge information. Vi är istället hänvisade till andra typer av studier eller undersökningar, t.ex. longitudinella och epidemiologiska studier. Dessa typer av studier uppfyller inte de krav som ställs vid utvärdering av särskilda, i tiden hårt avgränsade, metoder eller interventioner. Exempelvis kan välgjorda epidemiologiska studier ge viktiga data som kan få inflytande över behandlingsarbetet med enskilda. Dessa frågor berörs i främst två avsnitt. Det ena handlar om långtidsförlopp (kapitel 5.8) och det andra om sociala stödåtgärder (kapitel 5.9).

En av de mest problematiska frågorna i kunskapssammanställningar är relationen mellan data på gruppnivå (aggregerade data) och det individuella fallet. När vi utläser behandlingseffekter som gäller grupper, som t.ex. tillkommit genom metaanalyser, kan vi inte utan vidare överföra detta på den enskilde individen. Vi kan här tänka oss att behandlingsinsatsen påverkar personerna i gruppen på högst olika sätt. Det aggregerade resultaten speglar gruppen i sin helhet relativt väl, men inte de enskilda individerna.

Den fråga som detta aktualiserar är hur man med stöd av denna information på gruppnivå om effektiva metoder kan ge vägledning till praktiker. Risken är ju att en slentrianmässig tillämpning av slutsatser från metaanalyser inte bidrar särskilt väl till rehabiliteringen i det enskilda fallet. Det betyder att vi även måste förlita oss på annan kunskap, t.ex. studier av efficiency-karaktär och kring ”common factors”.

Det är också ett viktigt skäl för den diskussion som förs och utvecklingen av en evidensbaserad praktik. En viktig slutsats torde vara att behandlingsmetoden eller tekniken i sig är mycket viktig men inte ensamt är avgörande utan påverkas av vem som praktiserar den, på vilket sätt, för vem insatsen utförs och i vilket sammanhang. Det finns därför anledning att även rikta uppmärksamhet mot det större sammanhang som behandling utförs i, t.ex. vårdorganisation och ledning.

Bilaga 4. Koordinatorernas kommentarer till de rekommendationer som framförs i kapitlet ”Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk” av Fridell och Hesse.

Fridells och Hesses förslag till rekommendationer kommenteras nedan punkt för punkt.

1. I kapitlet anges att man exkluderat studier av behandling av opiatmissbrukare med < 50 procent opiatmissbrukare (jämför med SBU-rapporten). Sådana studier har således inkluderats i SBU-rapporten, vilket enligt vårt sätt att se det gör att dess slutsatser när det gäller behandling av opiatmissbrukare får tas med viss försiktighet. Här finns också problem som gäller val av jämförelsegrupper, huruvida patienter är korrekt grupperade etc., vilket gör att försiktighet i tolkningen av de inte så starka positiva resultat som rapporteras ter sig rimlig. När det gäller slutsatsen att psykosociala interventioner också har belagda effekter utan stöd av farmakologisk underhållsbehandling är den empiriska grunden tveksam. Underlaget blandar naltrexonsstudier, som är i majoritet, med faktiskt drogfria interventioner samtidigt som det inte görs skillnad mellan effekter **under** behandling och **efter** uppföljning.
2. Påståendet saknar stöd i kapitlets redovisning av re-analysen – kanske bl.a. beroende på att man exkluderat vissa studier.
3. Vi kan inte se att denna fråga har behandlats i någon studie som ger möjlighet att dra en sådan slutsats. Det kan mycket väl vara så som Fridell och Hesse anger, men gradering av evidens bygger på vilken typ av stöd som finns för antagandet.
4. Dokumentationen bakom detta påstående är inte övertygande. Detta innebär inte att det inte skulle vara ett rimligt påstående, däremot ter sig evidensgradering utifrån angivna riktlinjer vansklig.
5. Det går inte att evidensgradera ett påstående av den typen. Sedan må det kanske förhålla sig på det sättet, vilket är en annan sak.
6. Också på denna punkt saknas dokumentation som möjliggör angivande av evidensgrad – och än en gång betyder inte det att påpekandet skulle vara felaktigt.