

Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens
verksamhet för personer med missbruks- och beroende-
problem

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: 978-91-85482-90-0

Artikelnr: 2007-102-1

Sättning: Per-Erik Engström

Omslag: Fhebe Hjältn

Tryck: Bergslagens Grafiska AB, Lindesberg, januari 2007

Förord

Under senare år har Socialstyrelsen konstaterat att antalet personer med missbruks- och beroendeproblem har ökat, att missbruks- och beroendevårdens struktur snabbt har ändrats samt att det i vården finns stora regionala skillnader över landet. Därför tar Socialstyrelsen nu fram nationella riktlinjer för området. Syftet är att göra vården tydligare och mer enhetlig samt att ge huvudmännen ett underlag för att rationellt använda missbruks- och beroendevårdens resurser.

Detta är första gången som Socialstyrelsen ger ut riktlinjer som riktar sig till både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Missbruks- och beroendefrågorna 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 är dock alltid betydelsefulla.

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.

Riktlinjerna utgår från ett faktaunderlag som ett stort antal experter har tagit fram. 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 riktlinjedokumentet 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

Förord	3
Projektorganisation	7
Sammanfattning	9
1. Inledning	20
Arbetets uppläggning och genomförande	20
Experternas kunskapsunderlag	25
Riktlinjernas tillämpbarhet och räckvidd	26
Gemensamma termer underlättar arbetet	29
2. Vägledning och implementering	41
Inledning	41
Vägledning	41
Rekommendationer	45
Implementering	65
3. Upptäckt och förebyggande verksamhet	72
Avgränsningar i kapitel 3	72
Sträva efter tidig upptäckt	73
Identifiering och bedömning av problemet	76
Åtgärder mot problemet – kort rådgivning	84
Etiska aspekter på uppsökande och uppspårande verksamhet	91
4. Bedömningsinstrument och dokumentation	93
Inledning	93
Problemidentifiering	99
Att bedöma problemets svårighetsgrad	109

Utredning av hjälpbehov och dokumentation	112
Uppföljning av behandling av alkohol- och narkotikamissbruk ...	117
Etiska aspekter vid användning av test	120
5. Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling	122
Begränsade kunskaper om narkotikamissbrukets eller -beroendets omfattning	122
Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och -beroende	125
Behandling vid cannabisberoende	129
Hallucinogener och andra droger som kan ge hallucinogena effekter	133
Behandling av missbruk och beroende av centralstimulantia	135
Psykosocial behandling av opiatmissbruk och -beroende	138
Långtidsförlopp vid missbruk och beroende av narkotika	142
Sociala stödåtgärder	145
Etiska aspekter	150
6. Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling	152
Inledning	152
Alkoholabstinens	153
Läkemedelsbehandling av alkoholmissbruk och -beroende	158
Psykosocial behandling av alkoholmissbruk och -beroende	161
Rehabilitering utanför vårdssystemet	165
Långtidsuppföljningar vid behandling av alkoholmissbruk	167
Etiska aspekter	169
7. Gravida kvinnor	170
Inledning	170
Skador på fostret och barnet	171
Att upptäcka och bedöma missbruket	176
Utredning och bedömning av hjälpbehov	181

Etiska aspekter	185
8. Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)	187
Inledning	187
Identifikation och bedömning av samsjuklighet	189
System för att upptäcka samsjuklighet	190
Allmänt om behandling av samsjuklighet	191
Referenser	196
Bilagor	200
1. Arbetets organisation	200
2. Metodik	204
3. Kommentarer om behandlingsforskningen	211
4. Förutsättningar för lokal och regional uppföljning av kvalitet ..	215

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, Beroendeenheten, UMAS, Malmö

Stefan Borg, Beroendecentrum Stockholm

Per-Olof Forsblom, Uppsala kommun

Birgitta Göransson, Kriminalvården, Göteborg

Gigi Isacson, 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 (Kapitel 5)

Koordinatorer. Anders Bergmark, Institutionen för socialt arbete, Stockholm; Göran Nordström, Beroendeenheten UMAS, Malmö.

Övriga. Jan Blomqvist, FoU-enheten, Stockholm; Mats Fridell, Psyko-

logiska institutionen, Lund; Claudia Fahlke, Psykologiska institutionen, Göteborg; Thomas Lundqvist, Rådgivningsbyrån, Lund; Kerstin Steinius, SORAD, Stockholm.

Expertgrupp 2 (Kapitel 6)

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

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

Expertgrupp 3 (Kapitel 3)

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

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

Expertgrupp 4 (Kapitel 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, Institutionen för klinisk neurovetenskap, KI, Stockholm; Håkan Jenner, Växjö Universitet; Siv Nyström, IMS, Socialstyrelsen; Peter Wennberg, Magnus Huss-kliniken, KS, Stockholm.

Expertgrupp 5 (Kapitel 7)

Koordinatorer. Fredrik Spak, Avd. för socialmedicin, Göteborg; Viveka Sundelin-Wahlsten, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala.

Övriga. Marita Aronson, riksdagen; Ulf Rydberg, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Huddinge sjukhus och Karolinska institutet; Agneta Österling, Avd. för klinisk alkoholforskning, UMAS, Malmö.

Kapitel 8

Kapitlet som behandlar samsjuklighet har skrivits av Agneta Öjehagen och Jan Balldin med stöd av underlag från expertgrupperna.

Sammanfattning

Sedan år 2002 har Socialstyrelsen aktivt arbetat med att ta fram riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Riktlinjerna gäller både medicinska och sociala insatser som ges inom kommunernas socialtjänst och landstingens beroendevård. Det är också första gången i riktlinjesammanhang som Socialstyrelsen på detta sätt försöker förena två huvudmäns verksamheter. Här ska också sägas att riktlinjerna inte helt följer den struktur som gäller för de riktlinjer som enbart riktar sig till hälso- och sjukvård. Ett viktigt skäl är att missbruks- och beroendevård omfattar ett stort verksamhetsfält, där kunskapsnivå, traditioner och arbetssätt är mycket olika. Frånvaron av en gemensam plattform som riktlinjerna kunde utgå från har därför saknats och arbetet har i mångt och mycket fått karaktär av ett pionjärabete, där till exempel gemensamma begrepp och definitioner varit en viktig del.

Dokumentet sammanfattar Socialstyrelsens nuvarande kunskap om de metoder och tekniker som använts inom området fram till och med halvårsskiftet 2004. En samlad redovisning av det här slaget har ett stort värde och kan tjäna som en grund för fortsatt utvecklingsarbete och för kommande kunskapssammanställningar.

Arbetet bygger i huvudsak på de översikter och analyser som fem expertgrupper utarbetat. Dessa utgår i sin tur i stor utsträckning från de kunskapsöversikter som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) respektive Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) har gjort. Dock har expertgrupperna i flera fall gjort kompletterande litteratursökningar.

Experternas material som fortsättningsvis benämns ”faktaunderlaget” finns tillgängligt på Socialstyrelsens hemsida. Det är ett mycket stort material som omfattar drygt 500 sidor.

Faktaunderlaget har legat till grund för innehållet i föreliggande dokument. Det inleds med en beskrivning av arbetets utformning och genomförande. Vidare ges här förslag på gemensamma begrepp och termer. Efter inledningen presenteras samtliga rekommendationer. De har samlats i tablåer som följer samma struktur som de områden som experterna behandlat. På det följer en redovisning av varje sakområde. Till de senare har också fogats ett kapitel om samsjuklighet, dvs. där både missbruk/beroende och psykiatrisk (eller somatisk) störning/sjukdom föreligger.

Dokumentet omfattar också några bilagor, bl.a. en mer utvecklad dis-

kussion om metodiken när det gäller att ta fram systematiska kunskapsöversikter. Här finns även en bilaga om lokal och regional uppföljning. Det handlar om det arbete som gjorts för att utarbeta kvalitetsindikatorer eller kvalitetskriterier för hela missbruks- och beroendevården. Det arbetet är ännu inte avslutat och Socialstyrelsen räknar med att återkomma med mer precisa förslag. Särskilt angeläget är att ta fram sådana kvalitetskriterier som kan ge information om specifika riktlinjer.

Gemensamma termer och begrepp

I det inledande kapitlet ges bl.a. en översiktlig information om hur arbetet med riktlinjerna organiserats, instruktionerna till experterna och en diskussion bl.a. om riktlinjernas tillämpbarhet och räckvidd.

Ett mer omfattande avsnitt handlar om behovet av gemensamma termer och begrepp för de båda huvudmännens verksamhet, men naturligtvis även för arbetet med målgruppen generellt. Vissa begrepp har utmejslats som centrala i våra försök att tala eller finna ett gemensamt språk. Vår ambition i detta avsnitt har varit att lyfta fram några begrepp och försöka klargöra Socialstyrelsens uppfattning. Samtidigt ska avsnittet ses som en diskussion som både kan inleda en utveckling mot allt större tydlighet och bilda startpunkt för ett vidare terminologiarbete. De begrepp vi särskilt velat uppmärksamma handlar om hur vi benämner den verksamhet i socialtjänst och hälso- och sjukvård som bedriver vård och behandling. Vidare försöker vi reda ut begreppen behandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd. En annan fråga är hur vi ska benämna personer som har ett problematiskt förhållande till alkohol och narkotika, liksom vad vi menar när vi pratar om missbruk eller beskriver det. Slutligen diskuterar vi sjukdomsbegreppet och ett förslag till ett alternativt synsätt.

Rekommendationer

I kapitel 2 har de sammanlagt 53 rekommendationer som följer av faktaunderlagen samlats. Avsikten är att ge en översiktlig information om vilka de är och på vilka grunder de utarbetats. Gemensamt för rekommendationerna är att vi redovisar vilka *målgrupper* som omfattas av rekommendationen och vilken slags *åtgärd* det handlar om. Vidare redovisas åtgärdens dokumenterade *effekt* (effekt har kompletterats med *testets tillförlitlighet och utförande* för de åtgärder som avser bedömningsinstrument och dokumentation, se tabell 1). Information ges också om det vetenskapliga stöd – *evidens* – som i dagsläget finns för den framhållna effekten. Därutöver redovisas en *ekonomisk bedömning*, dvs. de eventuella slutsatser som kan dras om åtgärdens kostnadseffektivitet.

Implementering

Kapitel 2 avslutas med ett avsnitt som vi valt att kalla *implementering*. Det handlar här om de förutsättningar vi bedömt vara centrala för att Socialstyrelsens riktlinjer ska få genomslag i verksamheterna. Det är en diskussion som tar sin utgångspunkt i ett antal seminarier med forskare och experter. Det är särskilt tre områden som uppmärksammas: *organisation, kompetensutveckling* och *ekonomi eller kostnadseffektivitet*. Eftersom dessa områden i liten utsträckning har varit föremål för forskning med inriktning på effekterna för missbruks- och beroendevård har diskussionen och de slutsatser som dragits varit av konsensus-karaktär. Man har alltså uppnått enighet om vad som är centralt och bör uppmärksammas.

När det gäller organisation handlar det i stor utsträckning om specialisering och samverkan, men även om att skapa system inom både socialtjänst och hälso- och sjukvård för att tidigt nå personer med riskkonsumtion eller som har en begynnande missbruksproblematik.

Det finns en stor enighet om behovet av kompetensutveckling och att det kan antas vara avgörande för möjligheterna att utveckla missbruks- och beroendevården. Vår uppfattning är det handlar om fortbildning, om specifika utbildningsinsatser och om behovet av förändringar i grundutbildningen. Slutligen ser vi mot bakgrund av den stora bristen på ekonomiska utvärderingar av behandling och svårigheterna att jämföra behandlingar med varandra att verksamheterna måste bli bättre på att redovisa vad de gör. Försök att utveckla metoder och tekniker måste beledsagas av en mycket striktare redovisning av bl.a. vilka mål behandlingen har, vilken målgrupp som omfattas och behandlingens innehåll. En sådan stringens ger samtidigt ett underlag för analyser av kostnader och effekter.

Upptäckt och förebyggande verksamhet

Det är numera ett väl känt faktum att *kort rådgivning* inom primärvård, akutmottagningar, men även psykiatrimottagningar och sannolikt även företagshälsovård är en effektiv metod för att minska alkoholkonsumtionen hos patienter med begynnande alkoholproblem. En bidragande orsak är att hälso- och sjukvårdspersonal får tillfälle att samtala med patienten innan problemen hunnit utvecklas till allvarigare somatiska, psykiska eller sociala problem. Det handlar med andra ord om möjligheten att upptäcka problemen tidigt, men också om att erbjuda en form av dialog med patienten som uppfattas som respektfull. Två samtalstekniker som har god evidens är FRAMES och MI. FRAMES är inriktad på rådgivning och kräver en grundläggande kunskap om alkohol. MI är orienterad mot

att stödja patientens reflexion kring sina motiv för vissa beteendemönster och ställer krav på längre utbildning och träning.

En annan metod för att identifiera och påverka alkoholkonsumtion som prövats i Sverige med framgång är screening med biofeed-back. Metoden bygger på att man använder en biologisk markör kompletterad med ett frågetest och återkoppling med provtagning vid regelbundna samtal med patienten. Vid all screening kan man utgå från att inte bara riskabla alkoholvanor identifieras, utan även mer omfattande alkoholproblem. För dessa personer bör det självklart finnas tillgång till behandling.

Det är naturligtvis viktigt att identifieringen och bedömningen av problemet kan ske på ett effektivt och tidsbesparande sätt. Det är särskilt viktigt eftersom tiden för varje enskild patient är starkt begränsad. En sådan tillförlitlig metod för personer med riskkonsumtion av alkohol är AUDIT.

De metoder som redovisas ovan är således effektiva inom hälso- och sjukvårdssammanhang. Även om det saknas evidens har Socialstyrelsen gjort bedömningen att några av dessa metoder även bör prövas inom socialtjänsten.

Bedömningsinstrument och dokumentation

För att upptäcka och bedöma graden av alkohol- eller narkotikaproblem hos en person behövs olika former av bedömningsinstrument. I princip finns två typer: dels biologiska test (markörer), dels olika beteendevetenskapliga frågebatterier. De biologiska testen används huvudsakligen för att klargöra om det finns ett problem över huvud taget. De beteendevetenskapliga frågebatterierna syftar också till att klargöra problemens karaktär och svårighetsgrad.

För att värdera om ett test håller hög kvalitet eller har hög prestanda har experterna särskilt granskat om de har dokumenterad reliabilitet (tillförlighet), validitet (användbarhet), sensitivitet (kan spåra positiva fall) och specificitet (kan spåra negativa fall). När det gäller frågebatterier handlar det om följande faktorer: testet ska finnas i en svensk version (inklusive manual och beskrivning av tillvägagångssätt) och testet ska ha tillfredsställande validitet och reliabilitet. Det ska också finnas lämpliga svenska normer eller referensvärden.

Biologiska markörer

Flera markörer uppfyller de krav som experterna ställt upp. För att identifiera ett nyligen avslutat alkoholintag kan t.ex. EtG, EtS eller 5-HTOL användas. För långvarigt alkoholbruk kan CDT eller GT användas (gärna

i kombination), liksom ASAT, ALAT och MCV. När narkotika ska identifieras ska urintest användas. Det kan göras i form av snabbtest, som dock alltid vid positiva fynd kräver verifiering. Säkrare testresultat uppnås genom vanliga urinprov under förutsättning att de utförs enligt de anvisningar som ges i Socialstyrelsens meddelandeblad. Om man ska bedöma alkoholproblemets svårighetsgrad kan en kombination av CDT och GT användas.

Psykologiska test

AUDIT och MAST är de två testmetoder för alkohol som bedöms ha tillräcklig kvalitet för att kunna användas i reguljär verksamhet för att identifiera alkoholproblem. I första hand rekommenderas AUDIT. DUDIT anses vara det enda etablerade testet för narkotikabruk.

Vid bedömning av alkoholproblemets svårighetsgrad är AVI-R ett användbart redskap inom specialistsjukvården. I riktlinjerna diskuteras också möjligheterna att kunna använda AUDIT för detta ändamål. Ett motsvarande test för narkotika är DUDIT-E.

Utredning, dokumentation och uppföljning

Efter den inledande identifieringen och bedömningen av problemets svårighetsgrad behövs instrument för att avgöra val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av den enskildes situation och behov. Många av de bedömningsinstrument som kan användas för att utreda klientens eller patientens hjälpbehov kan även användas för verksamhets- och kvalitetsutveckling. De kräver som regel relativt omfattande utbildning. De instrument som uppfyller kraven på bl.a. tillförlitlighet är ASI och DOK. För unga klienter eller patienter är ADAD eller Euro-ADAD kvalitets-testade instrument. Som komplement till framför allt ASI kan MAPS användas.

I riktlinjerna framhålls också vikten av att alla åtgärder noga dokumenteras, både när det gäller formen av insatser och deras resultat.

Psykosocial behandling och läkemedelsbehandling vid narkotikamissbruk

Abstinensbehandling

För personer som varit inne i en period av intensivt narkotikamissbruk är ofta abstinensbehandling nödvändig. Den syftar till att lindra de psykologiska och fysiologiska reaktioner som brukar inträda, men även för att förbereda och motivera till fortsatta behandlingsinsatser. I dag saknas

specifika farmakologiska metoder vid abstinensbehandling av narkotika-preparat som amfetamin, kokain, cannabis och hallucinogener. Generellt används därför vedertagna principer vid lindring av abstinenssymtom, t.ex. oro och agitation (upphetsning eller upprymdhet). Behandling med bensodiazepiner eller antipsykosmedicin bör därför ges.

Cannabis

Vid behandling av cannabismissbruk är det av stor vikt att personalen besitter kunskap om kognitiva funktioner och kan identifiera sådana funktionsnedsättningar. Behandling av cannabismissbruk bör alltid inriktas på omedelbar avhållsamhet och utnyttja sådan psykosocial behandling, främst kognitiva beteendeterapeutiska metoder och tekniker som visat sig verksamma vid andra beroendetillstånd. Med hänsyn till att cannabismissbruk ofta rör yngre personer bör man alltid överväga stödsatser för dennes familj och närstående.

Hallucinogener

Trots att missbruk av hallucinogener, som till exempel ecstasy, LSD och meskalin och även andra preparat vilka ger hallucinatoriska upplevelser som GHB och ketalar, är populära som s.k. partydroger finns mycket liten forskning kring dessa. Ett skäl är att denna form av missbruk ofta förekommer tillsammans med missbruk av andra droger. Ofta betraktas de som sidodroger och röner därför mindre intresse.

Centralstimulantia

Bland preparaten som kallas centralstimulantia ingår bl.a. amfetamin och kokain. I huvudsak finns endast studier som är inriktade på kokainmissbruk, men dessa bedöms till en del även vara tillämpliga för andra centralstimulantia. Vid behandling med läkemedel synes framför allt disulfiram vara effektivt. Vid psykosocial behandling är kognitiva beteendeterapeutiska metoder eller tekniker de för närvarande mest effektiva behandlingarna.

Opiater

Socialstyrelsen har tidigare gett ut en kunskapsöversikt samt en föreskrift och allmänna råd för s.k. läkemedelsassisterad behandling. I kunskapsöversikten redovisas de övervägande positiva effekterna av främst behandling med metadon och subutex, särskilt då denna behandling integreras med psykosocial behandling.

Även psykosocial behandling ensamt har visat sig ha goda effekter på opiatmissbruk. En rad metoder är verksamma. Psykoterapi tycks dock

vara effektivare än andra psykosociala metoder för att få den enskilde att stanna kvar i behandlingen.

Långtidsförlopp

Inom ramen för experternas uppdrag kring behandling av narkotikamissbruk har de även granskat studier av långtidsförloppet vid narkotikamissbruk. Det har gjorts mot bakgrund av att en majoritet av dem som prövat olika narkotiska preparat slutat på egen hand utan professionellt stöd. Det som här särskilt tilldrar sig särskilt intresse är erfarenheterna av s.k. självläkning och på vilket sätt det kan bidra till utvecklingen av den professionella behandlingsverksamheten.

Sociala stödåtgärder

Sociala stödåtgärder vid sidan av behandling kan antas ha stor betydelse för rehabiliteringen av narkotikamissbrukare. Den genomgång av forskningslitteraturen som experterna har gjort har bl.a. uppmärksammat familjens roll, arbetsrehabilitering och boendestöd. Redovisningen pekar på att familjen under vissa förutsättningar kan vara en viktig faktor för att sluta missbruka eller minska missbruket av narkotika. Det är därför viktigt att vården bistår de familjemedlemmar som utgör ett stöd i rehabiliteringen.

Psykosocial behandling och läkemedelsbehandling vid alkoholproblem

Abstinensbehandling

Ofta inleds mer långsiktiga insatser med försök att häva de symtom, t.ex. svettningar, oro och kramper, som kan uppträda efter det att alkoholintaget upphört. Sådan behandling – abstinensbehandling – är väl utvecklad. Det är främst behandling med bensodiazepiner som synes vara den mest effektiva för alla typer av abstinenssymtom. Även klometiazol och betareceptorantagonister har dokumenterade effekter på s.k. ospecifika symtom som svettningar och darrningar, men har liten eller ingen effekt på delirium tremens och kramper. Vid abstinenssymtom ska alltid tiamin (vitamin B₁) ges för att förebygga hjärnskador.

Läkemedelsbehandling

Inom neurobiologisk beroendeforskning har stora framsteg gjorts under senare år, vilket lett till introduktionen av nya läkemedel som avsevärt förbättrat möjligheter vid behandling av alkoholproblem. Det är i första

hand akamprosat och naltrexon som visat sig effektiva, särskilt om dessa kombineras med medicinsk rådgivning. Sådan läkemedelsbehandling kan med fördel även bedrivas i kombination med psykosocial behandling. Disulfiram har även visat goda effekter när intaget sker under övervakning.

Psykosocial behandling

Ett flertal psykosociala behandlingsmetoder har visat sig effektiva. Dessa metoder kännetecknas av att de syftar till att förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende och att de riktar sig både mot den enskildes missbruk och eventuellt andra problem som kan ha funnits före eller är konsekvenser av missbruket. Det gäller inte minst vid behandling av psykiskt störda missbrukare.

Rehabilitering utanför vårdsystemet

Expertgruppen har, liksom gruppen för narkotikabehandling, granskat litteraturen om rehabilitering utanför vårdsystemet. Forskningen om självläkning, som för övrigt i princip rör samma frågor som inom narkotikaområdet, visar att en betydande majoritet av dem som lyckats bemästra sina problem har gjort det utan vård och behandling. De erfarenheter och kunskaper som studier inom området lett till pekar på ett antal viktiga principer för all behandling.

Långtidsförlopp

Våra aktuella kunskaper om långtidsförloppet vid alkoholproblem baseras av naturliga skäl i hög grad på andra slags studier än dem som ligger till grund för den gängse evidensgraderingen av studierna. I denna del behandlas bl.a. frågor om öppenvård kontra kombinationen öppenvård, självhjälpgrupper och kort rådgivning. En slutsats av kunskapsgenomgången är att deltagande i självhjälpgrupper och ett stabilt socialt nätverk har betydelse för en positiv utveckling.

Graviditet och missbruk

Begreppen riskbruk och missbruk hos gravida får ofta en annan innebörd än för kvinnor generellt. Alkoholkonsumtion hos gravida kan oberoende av omfattning ses som risk- eller missbruk med hänsyn till riskerna för fostret.

Vi har i dag ganska lite information om konsumtionen av alkohol och narkotika bland gravida. Vi vet dock att konsumtionen ökar bland kvinnor och det gäller även de åldersgrupper där flest födslar sker.

Skador på fostret och barnet

Det finns fortfarande många frågetecken kring hur fosterhjärnan påverkas av alkohol och narkotika. Med hänsyn till svårigheterna att bedriva sådan forskning har den mesta kunskapen hämtats från djurstudier. En sådan kunskap är att skador på fostret är dosrelaterade, dvs. ju högre dos (här gäller det främst alkohol) desto större skador. Skador på fostret resulterar vanligen i FAS (Fetal Alcohol Syndrome) eller FAE (Fetal Alcohol Effects), men man har även funnit att barnen kan få neuropsykologiska störningar, t.ex. ADHD. Skador som är orsakade av narkotikamissbruk under graviditet är också kända. Det gäller bl.a. skador på den motoriska och intellektuella förmågan. Mycket talar dock för att den psykosociala miljö barnet växer upp i har stor betydelse, både i positiv och i negativ riktning, för att mildra effekterna av dessa skador.

När det gäller alkoholintag saknas evidens för någon säker gräns för riskfri alkoholkonsumtion under graviditet, varför budskapet är total avhållsamhet under graviditetsperioden.

Upptäckt och bedömning av eventuellt missbruk

Man kan naturligtvis upptäcka riskkonsumtion hos gravida genom mödravård eller andra instanser som vårdcentral, akutsjukvård eller psykiatri. Men det är långt ifrån självklart att samtliga dessa kvinnor upptäcks. En medvetenhet om problemet och en strategi för att identifiera riskgruppen vid de instanser som möter gravida kvinnor ökar förstås möjligheterna till kontakt och vidare stöd.

För att upptäcka riskkonsumtion hos den gravida kvinnan används de gängse biologiska och psykologiska test som utvecklats. Några särskilda test för att spåra riskkonsumtion hos gravida har inte utvecklats. Det finns dock möjlighet att via analys av hår både hos barnet och modern eller av det nyfödda barnets avföring (mekonium) undersöka om modern använt alkohol eller narkotika under graviditeten.

Utredning och bedömning av hjälpbehov samt behandling

Vid misstanke om missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika ska mödravården eller socialtjänsten inleda en utredning för att bedöma kvinnans behov av stöd. Det är då särskilt viktigt att de etablerar kontakt och samverkar med andra berörda instanser.

Beroende på svårighetsgraden i missbruket bör kvinnan erbjudas kort rådgivning, andra förebyggande insatser eller mer omfattande behandling. Varje form av behandling för denna grupp bör inriktas på total avhållsamhet från alkohol och narkotika, särskilt som de första månaderna

efter förlossningen är en kritisk period för återfall i missbruk. Det framstår även som nödvändigt att olika former av socialt stöd kan erbjudas som komplement till behandling. En bidragande orsak till kvinnors missbruk kan vara just bristen på socialt stöd. En annan faktor är partners alkohol- och narkotikavanor, varför det är angeläget under förutsättning att kvinnan vill det att involvera även denne i behandlingen.

I dag är ingen specifik behandling tillgänglig för denna grupp. I princip bör därför gängse psykosociala behandlingsmetoder som används vid alkohol- eller narkotikaproblem komma ifråga. När det gäller läkemedelsbehandling är det fortfarande osäkert om de preparat som används vid alkoholproblem (bl.a. naltrexon) kan ha skadlig inverkan på fostret. För de kvinnor som är opiatmissbrukare och har svåra beroendeproblem kan metadon- eller subutexbehandling övervägas. Data tyder dock på att subutex ger färre abstinenssymtom hos de nyfödda.

Missbruk med samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom

Befolkningsstudier visar att personer som har alkohol- eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. De mer framträdande diagnoserna är depressions- och ångestsjukdomar. Gruppen är mycket heterogen och uppvisar mycket olikartade symtom och problem. Det gemensamma torde vara att de i dag inte får adekvat hjälp och behandling, bl.a. till följd av att ansvaret för denna grupp är oklart, vilket försvårar såväl bedömningen av tillståndet som kontinuiteten i behandlingen.

Identifiering och bedömning

Identifiering och bedömning utgör i dag ett problem, då det ofta saknas rutiner hos huvudmännen att diagnosticera och bedöma både missbruk och psykiska sjukdomar eller störningar. Det är därför viktigt att så kan ske. En väg är att sjukvården bygger upp system som innefattar både strategier och kompetens för att utnyttja de screening- och riskbedömningsinstrument som utvecklats. Här kan bl.a. AUDIT nämnas, som har ett brett användningsområde, men även sådana test som kan ge information om självmordsbenägenhet, aggressivitet och farlighet.

Behandling

I dag finns ingen abstinensbehandling eller annan specifik behandling för personer med både missbruk och annan, främst psykiatrisk sjuklighet.

Därför bör man generellt använda sig av sådana metoder som visat sig verksamma för personer utan samtidig psykiatrisk sjuklighet. Behandling av depression och ångest bör naturligtvis ske med antidepressiva medel eller buspiron, men de har inga kända effekter på missbruket eller beroendet. Det finns även skäl att pröva tidiga förebyggande insatser med kort rådgivning för de personer som bedöms ha mindre allvarliga problem.

En viktig slutsats när det gäller all behandling av denna grupp är att man bör samordna behandlingen. Goda erfarenheter finns från sådana team eller enheter, där behandling av båda tillstånden ges samtidigt som sociala insatser aktualiseras.

1. Inledning

Arbetets uppläggning och genomförande

Syfte och förutsättningar

Syftet med nationella riktlinjer och de specifika rekommendationer som ges är att utveckla och förbättra missbruks- och beroendevården. 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 accepteras krävs att de rekommenderade metoderna grundas på evidensbaserad kunskap. Om en behandlingseffekt inte anses vara helt bevisad, men det ändå finns klara indicier för dess effekt, kan man i stället 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.

För att undersöka behovet av riktlinjer för behandling av missbruk och beroende av alkohol och narkotika anordnades under hösten 2000 och våren 2001 ett antal seminarier. Till dessa inbjöds experter, företrädare för yrkesgrupperna inom området, myndigheter och klient- och patientorganisationer. 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 området finns i dag ett relativt omfattande kunskapsunderlag.

Ett huvuddokument i detta sammanhang är kunskapsöversikten från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (1). Vidare har Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS)¹ publicerat en kunskapsöversikt om behandling av alkoholproblem (2). Till viss 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 i stället går omvägen via nya sammanställningar.

¹ CUS övergick 1 januari 2004 till en ny organisation: Institutet för utveckling av metoder för socialt arbete (IMS).

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 somliga områden i rapporten. Vissa perspektiv som betonats i instruktionerna till expertgrupperna, t.ex. genus, ålder och samsjuklighet, utgör viktiga komplement. Inom området pågår också en omfattande nyproduktion av forskningsrapporter, och därför är det nödvändigt med en återkommande uppdatering² (3). Inom riktlinjearbetet finns en stark medvetenhet om att området involverar många aktörer vid sidan av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En av de viktigare är kriminalvården som under ett år möter cirka 10 000 personer med missbruks- och beroendeproblem³, 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 samt 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 de verksamheter och insatser som ligger utanför Socialstyrelsens uppdrag och ansvar. Rekommendationerna gäller dock även för kriminal- och tvångsvård, bortsett från de restriktioner som ålagts dessa.

Socialstyrelsen publicerar också riktlinjer för hälso- och sjukvården, men de skiljer sig från dessa riktlinjer på flera sätt. Skillnaden är inte minst att socialtjänsten lyder under en annan lagstiftning än hälso- och sjukvården. Dessutom har arbetsmodellen för riktlinjerna inom hälso- och sjukvården genomgått förändringar under arbetet med dessa riktlinjer.

- Metodiken för dessa riktlinjer skiljer sig från dem som tas fram inom hälso- och sjukvårdsområdet. Skälen till detta är att studier inom socialtjänstens område främst är kvalitativa och i mindre utsträckning behandlar kvantitativa utvärderingar av behandlingsinsatser.
- De aktuella riktlinjerna innehåller förslag till gemensamma termer och begrepp för missbruksvården som bör användas inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården.
- Riktlinjerna innehåller ett särskilt avsnitt om implementering, som främst rör missbruks- och beroendevårdens organisation och kompetensutveckling. Detta avsnitt måste baseras på beprövad erfarenhet snarare än på resultat av vetenskapliga studier.

² I arbetet utnyttjas den engelska upplagan av SBU (60) som är ett par år yngre än den svenska och därför innehåller ett stort antal nytillkomna referenser.

³ I texten används återkommande begreppet missbruks- och beroendeproblem, vilket kan avse såväl missbruk som beroende, eller både och.

- De nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård innehåller inget graderat beslutsstöd för prioriteringar.
- Eftersom det knappt finns några kostnadseffektivitetsanalyser inom området missbruks- och beroendevård redovisas i stället uppmätta eller uppskattade kostnader och ekonomiska bedömningar.

Kvalitet inom missbruks- och beroendevård

Vad som menas med god kvalitet i missbruks- och beroendevården har behandlats i ett särskilt uppdrag vid sidan av detta arbete. Ambitionen har varit att utarbeta kvalitetskriterier och -indikatorer som kan användas för att bestämma kvaliteten i hela verksamheten, men också för att precisera kvalitetsmått i förhållande till rekommendationerna som redovisas här. Av olika skäl har det hittills inte varit möjligt att ta fram sådana kriterier och indikatorer som uppfyller rimliga krav på precision och relevans. Det gäller särskilt sådana kriterier och indikatorer som kan ge information om tillämpningen eller genomförandet av de riktlinjer eller rekommendationer som ges. Vi räknar dock med att ge sådana mer genomarbetade förslag i en kommande revision av riktlinjerna. I avvaktan på dessa redovisas Socialstyrelsens diskussion kring kvalitetsaspekter i bilaga 4. Uppmärksamheten riktas där främst mot lokal och regional uppföljning av verksamheten.

I slutet på denna bilaga redovisas en rad exempel på kvalitetsområden som vi bedömer är viktiga vid uppföljning av missbruks- och beroendevården, men även kvalitetskriterier som kan illustrera dessa områden.

Riktlinjearbetets organisation

Under år 2002 organiserades Socialstyrelsens arbete med att ta fram riktlinjerna. En intern projektgrupp, en 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. Resultatet av detta arbete presenteras närmare i bilaga 4.

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. Medlemmarna i referensgruppen har utsetts för att representera olika områden inom missbruks- och beroendevården.

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram kunskapsunderlag för riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Varje expertgrupp har haft två koordinators: en från det sociala och en från det medicinska forskningsområdet. Dessutom skulle också 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.

Expertgrupp 3. Uppspårande, uppsökande och förebyggande verksamhet.

Expertgrupp 4. Markörer, diagnostiska instrument och systematisk dokumentation och information om patienter och klienter.

Expertgrupp 5. Gravida kvinnor.

Arbetets utförande

Arbetet kan schematiskt beskrivas i fyra skilda delar:

1. *Organisation av arbetsprocessen*, bl.a. utse deltagare i referensgrupp och expertgrupper, utarbeta instruktioner för dessa och utforma 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 att göra en sådan komplettering. Några ytterligare beställningar har dock inte varit aktuella, förutom en begränsad komplettering av SBU:s grundmaterial.

När det gäller våra kunskaper om hur organisatoriska faktorer kan påverka behandlingen och dess utfall är underlaget mycket bristfälligt. Riktlinjer kring organisatoriska frågor kan därmed inte ges med stöd av ett evidensbaserat underlag. Av detta skäl har Socialstyrelsen anordnat flera seminarier där expertgruppernas slutsatser diskuterats med organisatoriska frågor i fokus. Ett särskilt seminarium ägnades t.ex. åt kompetens- och utbildningsfrågor.

Andra underlag för de resonemang och riktlinjer kring organisatoriska aspekter som förs fram i kapitel 2 är de studier (16, 61) som

Socialstyrelsen genomfört om organiseringen av narkomanvården, på uppdrag av Mobilisering mot Narkotika (regeringens nationella samordning av narkotikapolitiken). Även om dessa studier i första hand berör narkotikaområdet är de organisatoriska problemen inom missbruks- och beroendevården troligen generella. Information om brister och förtjänster i dessa organisationer har också inhämtats genom ett stort antal fokusgrupper inom ramen för det nämnda kvalitetsprojektet.

3. *Riktlinjer*. Med stöd av detta kunskapsunderlag har Socialstyrelsen utarbetat riktlinjer som gäller metoder för behandling och annan intervention.
4. *Implementering*. För att kunna införa de föreslagna metoderna krävs vissa strukturella förutsättningar, t.ex. organisation och kompetens. Dessutom måste riktlinjerna förankras inom organisationerna. Under projekttiden har viss förankring skett genom att Socialstyrelsen har hållit diskussioner och seminarier om riktlinjerna. Den viktigaste implementeringsfasen kommer dock att äga rum efter det att riktlinjerna har beslutats, bl.a. med utbildningsstöd och stöd av ett antal regionala konferenser riktade till både yrkesgrupper och beslutsfattare. För att informera målgrupperna om hur riktlinjerna har tagits fram och kan användas har en särskild sida reserverats på Socialstyrelsens webbplats. Den kommer att innehålla generell information om projektet, information om förslagen till rekommendationer och material som kan användas för utbildning.

Två områden som uteslutits från riktlinjearbetet

En viktig uppgift för referensgruppen har varit att avgränsa arbetet. Arbetet är helt igenom inriktat på att ta fram metoder för behandling av missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Däremot har vi inte inkluderat alkohol eller narkotika som behandling vid andra tillstånd som t.ex. ADHD⁴ (amfetamin). Två områden har uteslutits ur riktlinjearbetet. Det första gäller personer med *läkemedelsmissbruk och -beroende* där bedömningen gjorts att det vetenskapliga kunskapsunderlaget är otillräckligt för att kunna utarbeta riktlinjer. Det andra gäller *läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk och -beroende* där Socialstyrelsen redan under våren 2004 publicerade en kunskapsöversikt (62) och därefter föreskrifter (63) som började gälla 1 januari 2005.

⁴ Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Instruktioner till expertgrupperna

Varje expertgrupp har fått dels gemensamma och generella instruktioner, dels instruktioner om att särskilt uppmärksamma vissa aspekter som är specifika för sitt område. De specifika aspekterna redovisas i korthet i fakturatan nedan. Bilaga 1 innehåller mer utförlig information om instruktionerna. I en särskild kommentar diskuteras resultaten av experternas arbete.

Utfallsmått	Blandmissbruk
Alder	Möjligheter att generalisera resultaten
Genus	Vårdformens betydelse
Etnicitet	Etik
Samtidig psykisk sjukdom eller störning	Ekonomi
Samtidig somatisk sjukdom (kroppssjukdom)	Implementering

Experternas kunskapsunderlag

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram ett faktaunderlag⁵ som kan användas för att utarbeta riktlinjerna. Detta har inneburit att från givna instruktioner 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 Läkemedelsverket om hur det kunskapsunderlag som riktlinjerna bygger på ska bedömas. I bilaga 2 redovisas denna överenskommelse.

Inom medicinsk verksamhet 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 forskning och klinisk verksamhet. I praktiken handlar det om en sammanvägning av tre informations- eller kunskapskällor: personalens egen kliniska erfarenhet, tillgängliga forskningsresultat och patienternas synpunkter. Det två förstnämnda är innebörden i begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.

⁵ Faktaunderlaget som detta riktlinjedokument bygger på kommer att publiceras på Socialstyrelsens hemsida i anknäytning till publikationen av riktlinjerna.

I en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten handlar det också om att väga ihop information från de tre kunskapskällorna: den bästa tillgängliga vetenskapliga informationen, personalens erfarenhet och professionens expertkunskap samt 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 och redovisa hur underlaget har tagits fram och värderats (en närmare diskussion om detta förs i bilaga 3). En rad olika typer av studier förekommer: randomiserade kontrollerade studier (RCT), matchningar med s.k. tvillingar och kvasiexperimentella studier. Dessa bedöms ha olika värde när man ska bedöma en slutsats eller rekommendations bevisvärde.

Vid utvärdering av effekter inom medicinsk forskning och praktik har RCT ofta kommit att bli bästa tänkbara standard. Inom behandlingsforskningen är sådana studier på många sätt bäst när 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 s.k. matchning av experiment- och kontrollgrupper utifrån vissa väsentliga faktorer. Därför kan man inte utan vidare säga att RCT alltid är överlägset andra metoder med kontrollgrupper.

Riktlinjernas tillämpbarhet och räckvidd

Viktiga perspektiv saknas

I arbetet med att utarbeta riktlinjer har vi tvingats konstatera att det i dag är omöjligt med en bred genomlysning av missbruks- och beroendevården. För det första saknas flera viktiga perspektiv i de studier som legat till grund för arbetet. I få fall har studierna närmare granskat förhållanden som knyter an till frågor om *barn* eller *anhöriga* till personer med missbruksproblem. Detsamma gäller dessa personers *kön* och *ålder*, dvs. förhållanden som rimligen borde spela en roll när vi mäter effekterna av behandlingen. Över huvud taget saknas ett genus- och åldersperspektiv i studierna, vilket är en mera grundläggande fråga än en resultatredovisning med en fördelning på kön och ålder.

För det andra finns det nästan inga studier som behandlar *samtidigt missbruk av flera droger inklusive alkohol* (s.k. blandmissbruk), *amfetamin- och läkemedelsmissbruk och -beroende* – former av missbruk och beroende som är vanliga inom vården. Denna brist påverkar naturligtvis de slutsatser som för närvarande kan dras, men samtidigt vill vi uppmana forskningens anslagsgivare att arbeta för sådana perspektiv i fortsättningen. *Omvårdnad* är ytterligare ett område där studier i hög grad saknas.

Begränsningar i den vetenskapliga metodiken

Riktlinjerna handlar i huvudsak om de metoder (interventioner och åtgärder) som kan eller bör tillämpas för personer med missbruks- och beroendeproblem. De har ofta utvecklats och prövats i vetenskapligt strikta och gynnsamma miljöer med motiverade deltagare. Det kan naturligtvis alltid ifrågasättas om deltagarna i dessa studier, oftast amerikanska, är representativa för de målgrupper som kommer i kontakt med vård och behandling i Sverige. Det ligger i sakens natur att det inom ett relativt ungt forskningsfält är nödvändigt att replikera studier för att pröva hållbarheten och generaliserbarheten i olika kulturer och miljöer. I Sverige är dock antalet randomiserade studier inom just detta område relativt begränsat⁶ i förhållande till den internationella litteraturen. Ett problem med sådana studier är svårigheten att rekrytera tillräckligt många deltagare, och därmed är det också svårt att kunna dra statistiskt säkra slutsatser. Det betyder samtidigt att möjligheterna att pröva generaliserbarheten och tillämpbarheten i Sverige är mer begränsade.

I RCT-studier är deltagarna i försöket eller experimentet ofta föremål för en väl definierad och avgränsad intervention och det är resultatet av denna man vill undersöka. Det kan t.ex. handla om ett läkemedel i kombination med samtal eller en mer omfattande terapeutisk insats, medan man försöker kontrollera övriga faktorer av betydelse för behandlingsresultatet (personens karaktäristika samt behandlarens kompetens och empatiförmåga). Ibland kan själva interventionen få en mycket påtaglig effekt, andra gånger marginell. Inte sällan är det emellertid svårt att koppla den iakttagna förändringen till just interventionen eller testade metoden. Inom forskningen är man överens om att interventionen i sig svarar för en ganska måttlig del (15–20 procent) av alla de faktorer som man vet påverkar den enskilde. Inom behandlingsforskningen studeras därför även andra faktorer, s.k. *common factors* och behandlar- och terapeuteffekter⁷, som

⁶ Ett trettiotal studier har dock sammanlagt publicerats enligt en opublicerad förteckning av Mats Berglund som han redovisade för projektet i november 2006.

⁷ En diskussion om dessa faktorer förs bl.a. i Läkartidningen (se nr 42, 2006).

kan ha stor betydelse för de förändringar vi kan iaktta hos den enskilde (se även bilaga 3). Det kan gälla förhållanden hos behandlaren, hur metoden praktiseras och i vilket sammanhang, men även faktorer utanför behandlingssammanhanget. Utöver dessa faktorer kan t.ex. vårdorganisationens utformning eller den enskildes specifika förutsättningar spela en viktig roll. Dessa andra faktorer har alltså en stor betydelse när man värderar eller bedömer klientens eller patientens situation i stort.

En annan aspekt av det kontrollerade försöket är att de slutsatser som dras om interventionens effekt baseras på gruppvisa jämförelser – skillnader i utfallet mellan experimentgrupp och kontrollgrupp. När data sammanförs (aggregeras) och man uttalar sig om gruppen i sin helhet riskerar alltid information på individnivå att försvinna. Personer med missbruks- och beroendeproblem är en mycket heterogen grupp. Påtagliga eller anmärkningsvärda förändringar hos den enskilde riskerar därför att ”försvinna” när informationen behandlas som gruppdata. Det är en komplikation och något som alltid bör uppmärksammas vid alla typer av RCT-studier, men särskilt inom alkohol- och narkotikaområdet. Socialstyrelsen menar att det är viktigt att upprätthålla en hög vetenskaplig standard genom RCT-studier. Därigenom kan vi stödja kunskapsutvecklingen och öka möjligheterna att dra allmängiltiga slutsatser (om t.ex. verksamma metoder). Andra forskningsstrategier är dock nödvändiga för att möta komplexiteten i missbruks- och beroendetillstånd och olikheterna (heterogeniteten) mellan klienter och patienter.

Studier inom hälso- och sjukvård dominerar

En annan aspekt är att forskningen, särskilt RCT-studier inom missbruks- och beroendområdet, till stor del har en medicinsk orientering. Skälen till detta är många, bl.a. skillnader i traditioner, kunskapssyn och förutsättningar för kliniska prövningar eller studier. Riktlinjerna har därför fått en slagsida åt det medicinska hållet. Socialstyrelsen anser att en ökad medvetenhet om detta kan leda till ökade ansträngningar från forskningsrådets sida att stödja socialvetenskaplig forskning med inriktning på missbruk och beroende. Det är naturligtvis också en fråga om villkor och förutsättningar för forskningen inom socialtjänstens område.

Riktlinjernas legala ställning

I lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. I socialtjänstlagen (2001:453, 3 kap. 3 §) sägs att insatserna ska vara av god kvalitet. Förutsättningarna för god kvalitet är, som sägs i förarbetena, en systematisk dokumentation som

bl.a. tar sikte på egenutvärdering och egenkontroll. Riktlinjer har dock inget uttalat stöd i lagstiftning.

Även om lagstiftningen ger visst stöd för ett vetenskapligt förhållnings-sätt, finns alltså inga krav i lagstiftningen på att huvudmännen ska följa några riktlinjer. Socialstyrelsen kan därför inte föreskriva att kommuner och landsting ska följa dem. Vi menar dock att den evidensbaserade kunskap som riktlinjerna representerar är ett mycket viktigt professionellt incitament, inte minst gentemot de personer som missbruks- och beroendevården ska möta. För yrkesgrupperna inom området bör det rimligen vara självklart att använda det bästa tänkbara kunskapsstödet. En slutsats är således att riktlinjerna inte är formellt tvingande. Vid den tillsyn som länsstyrelserna och Socialstyrelsen bedriver gentemot huvudmännen bör dock den tillgängliga kunskapen vägas in. Genom riktlinjerna kan vårdgivarna skaffa sig information om vilka metoder och interventioner som tillsynsmyndigheterna förväntar sig av verksamheten.

Ekonomiska perspektiv

Vid bedömningen av insatsernas och behandlingarnas kostnadseffektivitet har vi även arbetat fram andra underlag. Detta material kommer att finnas tillgängligt på en särskild webbsida på Socialstyrelsens webbplats. I ett arbete med arbetstiteln *Samhällsekonomiska kostnader för alkohol och narkotika*⁸ görs ett försök att skatta samhällets totala kostnader. I ett annat arbete, *Effektmått för insatser inom socialtjänsten*, diskuteras tänkbara effektmått för olika insatser där kostnaderna kan beräknas. Dessutom har Socialstyrelsen gjort en genomgång av några studier som innehåller ekonomiska utvärderingar av insatser inom socialtjänstens område, *Ekonomisk utvärdering av missbrukarvård*. I denna kunskapsöversikt granskas studier där kostnadseffektiviteten analyseras. Slutligen har en undersökning, *Kostnader för psykosocial behandling av missbruk*, granskat fem psykosociala behandlingar vid ett urval av svenska behandlingshem och beräknat kostnaderna för dessa behandlingar.

Gemensamma termer underlättar arbetet

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

De termer som används är i hög grad influerade av lagstiftning, men också av tradition, vetenskapssyn och ideologi. Terminologin inom soci-

⁸ Detta arbete publiceras senare under år 2007.

altjänstens respektive hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård skiljer sig åt på vissa avgörande punkter.

Även om det vore önskvärt, är det i dag omöjligt med en gemensam terminologi på grund av de administrativa, lagmässiga och innehållsliga skillnader som finns mellan verksamheterna. På sikt anser vi dock att det är viktigt att utveckla en gemensam terminologi, där det är möjligt.

Socialstyrelsen vill därför i detta avsnitt ta ett första steg för att utveckla en gemensam terminologi.

I detta avsnitt behandlas följande termer:

- Missbruks- och beroendevård 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 är ett psykiologiskt tillstånd med flera samtidiga symtom (syndrom) samt starka kulturella och sociala inslag, ofta med en multifaktoriell bakgrund.
- Behandling 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 inom detta område bör förbehållas den behandling som nämns ovan, i kombination med kraven på att den främst inriktas på den enskildes psykologiska situation och sociala förhållanden samt med fokus på missbruket eller beroendet. 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 och kontaktperson (4).

Kärnbegreppen är *insatser*⁹ och *bistånd*, som i princip täcker alla de

⁹ I Socialstyrelsens författningssamling 2006:6 om föreskrifter och allmänna råd om handläggning och dokumentation under genomförande av beslut som rör enskilda inom socialtjänsten finns denna definition av **insats**: "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".

åtgärder som kan komma i fråga inom socialtjänstlagens ram (5). Det gäller även åtgärder som vidtas för personer med missbruks- och beroendeproblem. De viktigaste termerna inom detta område är avgiftning, motiverande samtal samt vård och behandling (i form av öppenvård eller institutionsvård).

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

De vanligaste termerna är här abstinensbehandling, behandling med registrerade läkemedel (såsom Subutex®, Metadon, Revia®, Campral® och Antabus®) ofta kombinerad med psykosociala behandlingsmetoder, kort rådgivning (brief intervention, företrädesvis inom primärvården) och motiverande samtal (Motivational Interviewing, MI). Av naturliga skäl är terminologin medicinskt orienterad och kopplad till både klinisk verksamhet och forskning.

Termer i riktlinjerna

– missbruks- och beroendevård och abstinensbehandling

Oavsett om det gäller missbruk eller beroende kommer vi fortsättningsvis att benämna behandling av dessa tillstånd som missbruks- och beroendevård. Termen avgiftning ersätts fortsättningsvis i denna text med termen abstinensbehandling. Med abstinensbehandling menar vi här eventuell avgiftning eller s.k. nedtrappning samt behandling av abstinenssymtom.

Termen missbrukarvård bör således ändras för att den har en utpekande innebörd när den betecknar målgruppen som missbrukare (se vidare avsnitt 5). Med missbruks- och beroendevård menas i stället verksamhet som riktar sig till en bred målgrupp, personer som söker hjälp eller stöd för sitt eget eller någon annans problem med alkohol eller narkotika.

Den andra termen, avgiftning, används mer sällan i internationell litteratur eller i medicinska sammanhang vid behandling av abstinensproblem vid missbruk och beroende av alkohol (den förekommer dock oftare vid missbruk och beroende av narkotika). Abstinensbehandling anses vara en mer korrekt term som bättre motsvarar det faktiska innehållet (se vidare avsnittet om ”Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk och -beroende, 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 spänn-

vidd i behandlingsutbudet och frågan som man ställer sig är om vad som helst kan vara behandling.

I riktlinjerna definierar vi termen behandling så här:

Systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från sitt missbruk eller beroende.

För att kunna bedriva behandling och i praktiken tillämpa de metoder och tekniker som här avses, menar vi att utövarna måste ha lämplig 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. behandlingssforskningen ska visa att metoden har säkerställda, evidensgrundade effekter. Termen behandling kommer därför att innefatta följande kriterier:

- Evidenskriteriet (avser systematiska och teoretiska metoder med stöd i forskning).
- Intensionskriteriet (avsikten att hjälpa enskilda individer att komma från sitt missbruk eller beroende och inte återvända till det).
- Kompetenskriteriet (utövare av behandlingen ska ha lämplig kompetens).
- Kriteriet om terapeutisk kontext (praktik som utövas inom en verksamhet som är anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter).

Psykosocial behandling och sociala insatser

I arbetet med riktlinjerna har vi återkommande behandlat frågan om hur termen *psykosocial behandling* ska definieras. Oklarheten gäller även termerna *psykosocialt stöd* och *sociala insatser*, och därför är det motiverat med ett försök till klarläggande.

Socialstyrelsen menar att begreppet psykosocial behandling inom missbruks- och beroendevården bör uppfylla dels de ovan nämnda kriterierna (evidens, intention, kompetens och terapeutisk kontext), dels följande kriterier:

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

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

Psykoanalys eller psykoterapi, där det terapeutiska intresset är inriktat på att aktivera den enskildes självreflektion och insikt och med fokus på missbruket eller beroendet, kan också inordnas i definitionen psykosocial behandling. Psykosocialt stöd kan naturligtvis ha inslag av behandling men uppfyller inte de kriterier som avser behandling. Denna term bör därför i stället reserveras för sådana insatser som främst är ägnade åt att förbättra den enskildes sociala situation.

I SBU-rapporten (kapitel 2 i den engelska upplagan) definieras inte termen psykosocial behandling, däremot görs ett försök att kategorisera den i fem grupper:

1. Metoder för att motivera till förändring.
2. Metoder för att ändra själva beteendet.
3. Metoder som fokuserar förmodade bakomliggande faktorer.
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 där finns inget begreppsligt klargörande. 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 som olika former av stödinsatser, riktade mot missbruk och beroende. Man kan 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. Termen psykosocial refererar då till vilka aspekter hos den enskilde som är föremål för behandling, och i det sammanhanget ska psykosocial förstås som att behandlingen syftar till att behandla både den enskildes psykologiska och sociala situation (13, 14).

I stället för att knyta definitionen av psykosocial behandling till behand-

lingens innehåll kan definitionen fokuseras på tekniker. I detta fall skulle t.ex. psykoanalytisk och psykodynamisk metod kunna inordnas under begreppet psykosocial behandling. Det betyder att vissa tekniker eller metoder accepteras inom ramen för begreppet psykosocial behandling, andra inte.

Psykosocialt stöd eller *sociala insatser* brukar vanligtvis gälla stödjande insatser både för den enskildes sociala situation (arbete, bostad m.m.) och livssituationen 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 punkten 4 allmänt stödjande metoder). Därmed förstås att insatserna inte baseras på en specifik eller systematisk metod eller teknik. Det handlar alltså 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 osystematiskt eller ostrukturerat.

En annan skillnad är möjligen 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 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 giltighet, menar vi att det enda rimliga förhållningssättet till tillstånden missbruk och beroende är att de är multifaktoriella fenomen. Med det menas att många faktorer, ibland i samverkan, har betydelse vid utvecklingen av missbruk och beroende.

Vården och behandlingen bör präglas av en öppen och kritisk hållning till förenklade synsätt och endimensionella förklaringsmodeller, men också acceptandet 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.

I olika sammanhang framhålls att missbruk och beroende av droger är en *sjukdom*. Sjukdomsbegreppet används emellanåt för att beskriva det tvångsmässiga beteende som ingår i tillstånden missbruk och beroende.

Många andra hävdar att missbruk och beroende i sig inte är en sjukdom, men att dessa 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. Forskningen om orsaker (etiologisk forskning) spänner över ett brett register och många olika förklaringsmodeller om alkohol- och narkotikaproblemens bakomliggande orsak har framförts, alltifrån drogernas tillgänglighet och 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, och fortfarande finns bland allmänheten och inom professionerna. Förespråkare för sjukdomsmodellen menar att den modellen garanterar 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. Hon eller han kan naturligtvis på goda grunder då begära sjuk- eller arbetsskadeersättning från Försäkringskassan m.m.

Socialstyrelsen menar att samhällets möjligheter att hjälpa den enskilde ökar med varje försök att avdramatisera begreppen missbruk och beroende, eller med arbetet för att personer med missbruks- och beroendeproblem blir mindre moraliskt belastade. Samtidigt är detta problematiskt eftersom vi varken är beredda att stödja den ena eller andra förklaringsmodellen. Att utmönstra moraliserande aspekter på missbruk är självklart, men inte till priset av accepterandet av en förklaringsmodell som inte har ett vetenskapligt stöd. Vi menar också att legitimeringen av en förklaringsmodell inte ensamt är nog för att avlägsna 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 förespråkar 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 i detta sammanhang 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 (”cluster”) av symtom eller fenomen som uppträder med ”sufficient frequency to constitute a recognizable occurrence”, men där alla dessa symtom eller

fenomen inte behöver uppträda samtidigt och med samma styrka. Här refererar termen alltså till ett beroende av alkohol, men det bör enligt Socialstyrelsens uppfattning även vara överförbart till andra beroendetillstånd, till exempel narkotika.

Det som talar för WHO:s synsätt är försöken att klargöra beroendets kärna genom att förflytta intresset från dess natur och orsak (etiologi) till dess yttringar i form av symtom. 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. WHO:s definition utesluter inte att sjukdomsbegreppet kan utnyttjas av dem som ser fördelar med detta begrepp inom t.ex. utbildning och hälsoinriktade verksamheter.

Missbruk och beroende

Vad innebär *missbruk och beroende av alkohol och/eller andra droger*? Som framhållits tidigare används flera olika termer för ett ”problematiskt förhållande till alkohol eller andra droger”. Termerna har också olika betydelser beroende på vilken verksamhet eller yrkesgrupp som uttalar dessa.

I riktlinjearbetet har framförts önskemål om att socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillämpa samma definitioner av termerna. Vi delar denna 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 det ska vara frågan om ett *missbruk* 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 både DSM-IV och ICD-10. För *beroende* enligt ICD-10 gäller att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda.

Missbruk och beroende enligt DSM-IV

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

Missbruk	Beroende
<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 hemmet. 2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet. 3. Upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket. 4. Fortsatt användning trots återkommande problem. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt. 2. Abstinensbesvär när bruket upphör. 3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs. 4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget. 5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika. 6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas. 7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Beroende enligt ICD-10 (WHO)

I Sverige används främst ICD-10 vid diagnostik av sjukdomar m.m. inom hälso- och sjukvården. DSM-IV används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet. De båda diagnostiska systemen stämmer till stora delar överens när det gäller beroendetillstånden.

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 ”missbruk”, eftersom det är kriminaliserat.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Stark längtan efter drogen. 2. Svårighet att kontrollera intaget. 3. Fortsatt användning trots skadliga effekter. 4. Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser. 5. Ökad tolerans. 6. Fysiska abstinenssymtom |
|---|

Socialtjänsten saknar gemensamma definitioner

Inom socialtjänsten gör man i praktiken inga diagnostiska överväganden, såvida det inte är frågan om ett regelrätt samarbete 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 gäller frågan om tvångsvård.

Problemet har också uppmärksamrats i en avhandling (8). I den konstateras att det inte finns någon definition av termen ”missbruk”, varken i LVM

(lagen om vård av missbrukare) (9), SoL (socialtjänstlagen) (4) eller LVU (lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) (10), och att det inom socialtjänsten inte används någon särskild etablerad metod för att utifrån objektiva kriterier bedöma om det är frågan om ett missbruk 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 använder ett enhetligt vedertaget system för att bedöma frågan om ett missbruk (sid. 314). Likformiga bedömningsgrunder är betydelsefulla eftersom de gör arbetet förutsägbart och jämlikt.¹⁰

Även om socialtjänsten gör svåra utredningar finns ett mått av rättsosäkerhet och godtycke som motiverar större tydlighet. Det finns även en risk att den enskilde individen med missbruks- eller beroendeproblem redovisar sin situation bara i stora drag och att socialtjänstens beslut fattas på vaga grunder. Detta gäller särskilt när det saknas mer objektiva kriterier i form av standardiserade bedömningsinstrument.

Dokumentation är nödvändigt

Frågan om diagnoser och bedömningen av den enskildes faktiska situation i förhållande till alkohol och narkotika har dock en vidare innebörd. Kommunerna ställer allt strängare krav på att skattemedlen används så effektivt som möjligt. Beslutsfattarna kräver därför information om verksamhetens resultat. För att kunna följa upp och utvärdera de insatser som görs krävs en form av systematisk dokumentation av data.

Inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård gör man ibland sådana dokumentationer. Det är framför allt två system som används: ASI och DOK (se kapitel 4).

Vi menar också att ett av de föreslagna bedömningsinstrumenten (AUDIT, se kapitel 4) skulle kunna användas även som instrument för att bedöma alkoholproblemets tyngd. I dag används det enbart som ett instrument för att identifiera alkoholproblem. Instrumentet bör i princip kunna avgöra om en person har ett missbruk eller ett beroende. En utförlig diskussion om bland annat s.k. klient- och patientdokumentationssystem 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 missbruks- och beroendevården finns många olika termer och beteckningar för att benämna personer som har alkohol- och narkotikaproblem. Några av dessa speglar mer missbrukets

¹⁰ För en utförligare diskussion om subjektiviteten i de bedömningar som görs i LVM-ärenden hänvisas läsaren till sid. 335 ff. i samma avhandling, referens nr 8.

omfattning och konsekvenser, t.ex. hög- och riskkonsumenter som är en beteckning som främst används inom hälso- och sjukvården för personer som ännu inte utvecklat några 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.

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

Allvarligare är dock den stigmatisering som dessa beteckningar ofrånkomligen innebär. Kritiken pekar också på den distansering och objektivisering som de ger upphov till. Detta uppmärksammades även i LVM-utredningen (11), där man önskade utmönstra termen *missbrukare* och ersätta det med *personer med missbruksproblem*. Vi ser tydliga fördelar med neutrala språkliga konstruktioner. Därför vill vi rekommendera socialtjänsten och hälso- och sjukvården att konsekvent använda begreppen *personer med missbruks- eller beroendeproblem*.

Vad är narkotika?

Narkotika är ett samlingsbegrepp för ett stort antal preparat med avsevärda skillnader när det gäller t.ex. ”farmakologisk profil”, missbruks- och beroendepotential och hur de används i olika droggkulturer. 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 läkemedel 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 missbruket eller beroendet bör man å ena sidan se till preparatet och å andra sidan till intagningssättet och intensiteten. Dessutom bör man ta hänsyn till det sociala sammanhanget (kontexten).

I allmänna beskrivningar av narkotikamissbruk och -beroende förekommer olika termer för att karaktärisera preparatval, intagningssätt och intensitet. Dessa termer är ibland glidande, vilket skapar problem bland annat vid jämförelser mellan olika grupper med narkotikaproblem.

Den skillnad som brukar anföras om lätt respektive tung narkotika framstår som oväsentlig, även om man på gruppnivå kan se betydande skillnader när det gäller missbrukets art. Med andra ord kan till exempel intensiv användning av rökheroin eller cannabis för en person väl jämföras med injektioner av heroin eller amfetamin.

Skillnaderna mellan olika former av missbruk är mer kopplade till kulturella värderingar kring preparatet, och har i regel mindre med missbrukets eller beroendets styrka att göra.

I stället verkar det mer angeläget att nyansera beskrivningen av missbruket. Det gäller bl.a. det huvudsakliga intagningssättet, frekvensen och intensiteten samt det dominerande preparatet (t.ex. daglig injektion av amfetamin, sporadisk injektion av heroin, användning av rökheroin vid enstaka tillfällen eller kombinationer där alkohol och psykofarmaka ingår).

För att närmare beskriva missbrukets eller beroendets tyngd eller allvarlighetsgrad kan man använda de etablerade diagnostiska kriterierna.

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

2. Vägledning och implementering

2

Inledning

I detta kapitel redovisas en vägledning för missbruks- och 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 organisatoriska, ekonomiska och kompetensmässiga krav som är avgörande för att rekommendationerna ska få genomslagskraft. Kapitlet inleds med en läsanvisning.

Vägledning

Principer för redovisningen av rekommendationerna

Principerna för redovisningen av rekommendationerna, som huvudsakligen gäller del 1, är att de för det första följer våra huvudområden

1. bedömningsinstrument och dokumentation
2. upptäckt och rådgivning
3. behandling vid missbruk och beroende av narkotika
4. behandling vid missbruk och beroende av alkohol
5. missbruk och beroende under graviditet
6. samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykisk och somatisk (kroppslig) sjukdom.

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 hur viktigt det är att åtgärden eller interventionen blir ett inslag i verksamheterna. När det gäller redovisningen av bedömningsinstrument och dokumentation presenteras rekommendationen på ett annat sätt, nämligen som *effekt och testets till-*

*förlitlighet och utförande*¹¹, *kostnad* och *tillgänglighet*. Det främsta skälet är att värderingen av ett bedömningsinstrument i hög grad handlar om dess tillförlitlighet (t.ex. validitet och reliabilitet), precisionen i testinstrumentet och dess utförande (enligt de krav som anges under kapitel 4), men även den faktiska kostnaden för att utföra testet. Vi anser att vissa åtgärder eller insatser har svagt eller obefintligt vetenskapligt stöd (tabell 5). För dem har ingen ekonomisk bedömning gjorts.

Rekommendationerna baseras på en sammanvägning av i första hand *evidensgrad* och den *ekonomiska bedömning* som gjorts. Ibland har även andra förhållanden påverkat 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. Någon rangordning av rekommendationerna har inte gjorts.

Den ekonomiska bedömningen bygger på Socialstyrelsens analyser av den tillgängliga forskningen, dvs. de ekonomiska utvärderingar av specifika interventioner eller insatser inom missbruks- och beroendeverksamheter och annan kunskap som finns i dag. Denna kunskap är dock inte tillräcklig för att kunna bedöma rekommendationernas kostnadseffektivitet, eftersom detta bl.a. kräver ett gemensamt mått på de effekter som insatserna resulterar i. Inom socialtjänstens område finns i dag inget sådant mått som beskriver alla effekter på ett tillfredsställande sätt. Rekommendationerna har därför 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 i dag 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 missbruks- 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

¹¹ En diskussion om på vilka grunder en diagnosmetod kan bedömas görs i SBU:s nyhetsbrev, nr 3-4, 2006.

behöver inte nödvändigtvis 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 delen Implementering i detta kapitel diskuteras organisation, kompetens och ekonomi, och där pekar vi på några förutsättningar för att rekommendationerna ska få genomslag i verksamheten. Diskussionen bygger i regel inte på evidensbaserad kunskap – generellt sett saknas forskningsunderlag – och därför har vi valt att inte redovisa några förslag i tabellerna.

Underlaget för detta avsnitt 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 dem 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 centrum. Även "Allt eller inget"-studier som visar en dramatisk och odis-kutabel 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 fallkontrollstudier med entydiga resultat. Även flera 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 fallkontrollstudier med divergerande resultat. Även flera 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 (ingår inte i överenskommelsen enligt ovan)
Den vetenskapliga bakgrundsdokumentationen uttrycks på följande sätt för slutsatser som baseras på något 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 riktlinjer”.

Rekommendationer

Tabell 1. Rekommendationer för bedömningsinstrument och dokumentation.

Målgropper och intervention/åtgärd	Effekt och testets tillförlitlighet och utförande ^{1,2}	Kostnad för test (formulär m.m.) 2005	Tillgänglighet	Kommentar
Personer i riskzon eller med redan identifierade alkoholproblem.	Identifiering av pågående eller just avslutad alkoholinlag.	Kostnad för instrument och kalibreringsringar.	Kan göras vid de flesta verksamheter där kunskapen finns.	Se kapitel 4.
Mätning av alkoholhalten i utandningsluft.	Hög prestanda om kvalitetssäkrad utrustning används. Känsligheten (sensitiviteten) är hög endast under en kortare tidsperiod.			
Personer i riskzon eller med redan identifierade alkoholproblem.	Identifiering av pågående eller just avslutad alkoholinlag.	Analys av alkohol i blod kostar cirka 100–200 kr.	Kan göras vid de flesta laboratorier.	Se kapitel 4. I de flesta fall kan detta instrument ersättas av mätning av alkoholhalten i utandningsluft och bedöms ha lägre angelägenhet. Gäller endast hälso- och sjukvård.
Mätning av alkoholhalten i blod.	Hög prestanda om kvalitetssäkrad utrustning används. Känsligheten (sensitiviteten) är hög endast under en kortare tidsperiod.			
Personer i riskzon eller med redan identifierade alkoholproblem.	Identifiering av riskkonsumtion och långvarigt alkoholbruk.	CDT: cirka 100–200 kr. GT: cirka 10 kr.	Analys av CDT utförs vid de flesta större laboratorier och GT vid rutinlaboratorier.	Se kapitel 4. Gäller endast hälso- och sjukvård.
GT (laboratorietest) i kombination med CDT (laboratorietest).	CDT har en hög specificitet och sensitiviteten är likvärdig eller högre än dagens rutinmetoder. GT har en betydligt lägre specificitet.			Kan användas för att identifiera dold hög alkoholkonsumtion.

Målggrupper och intervention/åtgärd	Effekt och testets tillförlitlighet och utförande ¹²	Kostnad för test (formulär m.m.) 2005	Tillgänglighet	Kommentar
Personer i riskzon eller med redan identifierade alkoholproblem.	Identifiering av riskkonsumtion och långvarigt alkoholbruk.	Cirka 10 kr/prov.	Analys utförs vid rutinlaboratorier.	Se kapitel 4. Oftast ingår testen i ruttmåssiga hälsoundersökningar, men tillförligheten bedöms vara lägre än för GT i kombination med CDT och har därför lägre angelägenhet. Gäller endast hälso- och sjukvård. Kan användas för att identifiera dold hög alkoholkonsumtion.
ASAT, ALAT och MCV (laboratorier tester).	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).			
Patienter med redan diagnostiserade alkoholproblem.	Identifiering och uppföljning av långvarigt alkoholbruk.	Cirka 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.
GT.	GT har en relativt låg specificitet.			
Personer i riskzon eller med redan identifierade narkotikaproblem.	Identifiering av narkotikaintag.	Första provet 30–50 kr per substansgrupp. Andra provet (verifikation) 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).
Urinprov enligt rutiner i Socialstyrelsens meddelandeblad januari 2004.	Vid laboratorieanalys som följer rutinerna uppnås hög kvalitet. Vid positivt utfall ska ytterligare analys (verifikation) göras.			

Målgropper och intervention/ åtgärd	Effekt och testets tillförlitlighet och utförande ¹²	Kostnad för test (formulär m.m.) 2005	Tillgänglighet	Kommentar
<p>Patienter med redan diagnostiserade narkotikaproblem.</p> <p>Snabbtest med remsa i urin enligt Socialstyrelsens meddelandeblad Januari 2004.</p> <p>Personer i riskzon eller med redan identifierade alkoholproblem.</p>	<p>Identifiering av narkotikaintag.</p> <p>Otillfredsställande specificitet.</p>	<p>I princip kostnadsfritt.</p>	<p>Snabbtest kan utföras vid de flesta verksamheter där kunskapen finns.</p>	<p>Se kapitel 4.</p> <p>Får inte användas som beslutsunderlag utan bekräftelse av klienten eller patienten eller via verifikation genom laboratorieanalys.</p>
<p>AUDIT (frågeformulär).</p>	<p>Identifiering av alkoholproblem (riskkonsumtion, skadlig konsumtion och beroende).</p> <p>För identifiering är AUDIT väl utprovad och kvalitetssäkrat. Svensk manual finns.</p>	<p>Instrumentet är kostnadsfritt.</p>	<p>Elektronisk version tillgänglig på Internet.</p>	<p>Se kapitel 4</p>
<p>Personer i riskzon eller med redan identifierade alkoholproblem.</p> <p>AVI alternativt AUDIT.</p>	<p>Bedömning av problemtyngd (riskkonsumtion, skadlig konsumtion och beroende) för klienter eller patienter med alkoholproblem.</p> <p>För bedömning av problemtyngd uppfyller AUDIT inte alla kvalitetskriterier.</p>	<p>Instrumentet är kostnadsfritt.</p>	<p>Elektronisk version tillgänglig på Internet.</p>	<p>För att bedöma problemtyngd föreslog expertgruppen AVI. Pga. dess komplexitet föreslås här även AUDIT (se vidare kap. 3 och kap. 4).</p>

Målgrupper och intervention/ åtgärd	Effekt och testets tillförlitlighet och utförande ¹²	Kostnad för test (formulär m.m.) 2005	Tillgänglighet	Kommentar
<p>Personer i riskzon eller med redan identifierade narkotikaproblem.</p> <p>DUDIT (frågeformulär).</p>	<p>Identifiering av narkotikaproblem.</p> <p>Instrumentet är väl utprovat och kvalitetssäkrat dock inte lika väl utprovat som AUDIT.</p> <p>Svensk manual finns.</p>	Instrumentet är kostnadsfritt.	Elektronisk version tillgänglig på Internet.	Se diskussion om gränsvärden i kapitel 4. Dudit mäter, som där framgår, både legala och illegala preparat.
<p>Personer i riskzon eller med redan identifierade narkotikaproblem.</p> <p>DUDIT (modul E).</p>	<p>Bedömning av problemtyngd för klienter och patienter med narkotikaproblem.</p> <p>Bedöms ha tillfredsställande kvalitet.</p>	Instrumentet är kostnadsfritt.	Elektronisk version tillgänglig på Internet.	Se kapitel 4.
<p>Personer i riskzon eller med redan identifierade alkohol eller narkotikaproblem.</p> <p>ASI eller DOK (bedömningsinstrument).</p>	<p>Bedömning av problemtyngd och hjälpbehov samt uppföljning av insatser resp. klienter och patienter med alkohol- och narkotikaproblem.</p> <p>ASI-intervjuns validitet och reliabilitet är tillfredsställande.</p> <p>Motsvarande validitets- och reliabilitetstest har inte utförts för DOK.</p>	Utbildnings- och systemkostnader.	Båda instrumenten är lätt tillgängliga.	Se kapitel 4.

Målgrupper och intervention/ åtgärd	Effekt och testets tillförlitlighet och utförande ¹²	Kostnad för test (formulär m.m.) 2005	Tillgänglighet	Kommentar
<i>Ungdomar i riskzon eller med redan identifierade alkohol- eller narkotikaproblem.</i>	<i>Bedömning av behov, problemtypgd samt uppföljning av insatser för ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem.</i>	Utbildningskostnad.	Information om intervjuformulär och manualer kan fås genom Statens institutionsstyrelse.	Se kapitel 4.
ADAD alternativt Euro-ADAD (bedömningsinstrument).	Kvaliteten är god för ungdomar generellt, men sämre för dem i behandling. Svensk manual finns.			

¹² För medicinska testmetoder används vanligen begreppet prestanda (eng. performance). Här tar tillförlitlighet och utförande även hänsyn till att värderingen gäller både medicinska och psykologiska bedömningsinstrument.

Tabell 2. Rekommendationer för upptäckt och rådgivning.

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
Uppsökande verksamhet bland grupper med risk för utveckling av alkohol- och narkotikaproblem.	Personer kan få tillgång till hjälp i ett tidigt skede.	Beprövad erfarenhet.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.	Se kapitel 3.
Fältarbete ska bedrivas i riskmiljöer och i samverkan mellan socialtjänst och berörda aktörer.			Socialstyrelsens bedömning.	
Upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem bland hälso- och sjukvårdens patienter.	Personer kan få tillgång till hjälp i ett tidigt skede.	Beprövad erfarenhet.	Ej bedömbaar.	Se kapitel 3.
Vid kontakt med hälso- och sjukvården för sådana diagnoser och tillstånd som kan vara relaterade till alkohol och narkotika ska detta förhållande närmare belysas.				T.ex. skador vid olycksfall, leversjukdomar, hjärtrytmi, bukspottskörtelinfektion.
Upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem bland socialtjänstens klienter.	Personer kan få tillgång till hjälp i ett tidigt skede.	Beprövad erfarenhet.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.	Se kapitel 3.
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.			Socialstyrelsens bedömning.	

Målgrupper och intervention/ åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Patienter i primärvård och akutsjukvård som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i>	Minskad alkoholkonsumtion.	Evidensgrad 1.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Vetenskapligt underlag.	Se kapitel 3.
Kort rådgivning.				
<i>Patienter inom psykiatri som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i>	Minskad alkoholkonsumtion.	Evidensgrad 3.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 3.
Kort rådgivning.				
<i>Klienter inom socialtjänsten som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i>	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.	Eftersom interventionen inte har studerats inom socialtjänsten bör verksamheten nog utvärderas. Se vidare kapitel 3.
Kort rådgivning.				
<i>Patienter inom hälso- och sjukvård som har identifierats ha riskfylld alkoholkonsumtion.</i>	Minskad alkoholkonsumtion.	Gott vetenskapligt underlag.	Ej bedömlar.	Se kapitel 3. Kan även användas av socialtjänsten i samarbete med hälso- och sjukvård.
Uppföljning med GT i kombination med kort rådgivning.				

Målgrupper och intervention/ åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Klienter och patienter som har identifierats ha risk- fylld alkoholkonsumtion.</i>	Minskad alkoholkon- sumtion.	Beprövad erfaren- het.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 4.
Uppföljning med AUDIT i kombination med kort rådgivning.				

Tabell 3. Rekommendationer för behandling av personer med narkotikaproblem.

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Patienter med akuta medicinska riskillstånd orsakade av narkotikaintag.</i>	Reducerar abstinenssymtom.	Beprövad erfarenhet.	Ej bedömbär.	Se kapitel 5. Efter genomförd akut abstinensbehandling ska patienten erbjudas fortsatt behandling enligt nedan.
Abstinensbehandling ska ges.				
<i>Klienter och patienter i behov av planerad abstinensbehandling.</i>	Reducerar abstinenssymtom. Förbättrade förutsättningar för långsiktig rehabilitering.	Beprövad erfarenhet.	Minskade kostnader för bl.a. behandling, hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 5.
Abstinensbehandling ska erbjudas tillsammans med uppföljande behandling.				

Målgropper och intervention/ åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Klienter och patienter med missbruk eller beroende av narkotika.</i>	Minskad narkotikaanvändning, förbättrad social situation. Stannar längre i behandling.	Evidensgrad 1.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 5. Gemensamt för de metoder som visar effekt är att behandlingen utmärks av <ul style="list-style-type: none"> • klar struktur • fokus på missbruket och beroendet • väldefinierade åtgärder • detaljerade riktlinjer (månad).
Psykosocial behandling i form av: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk. • Kort intervention/Motivational Interviewing (MI). • CRA-behandling. • Dynamisk terapi. • Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende. 				
<i>Klienter och patienter med missbruk eller beroende av cannabis.</i>	Ökad drogfrihet. Förbättrad kognitiv förmåga.	Evidensgrad 2.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 5. Behandlingens längd ska avgöras efter en ingående bedömning av problembilden.
Behandlingen ska inriktas på – omedelbar avhållsamhet med regelbundna övervakade urinprov – störningar i kognitiva funktioner.				

Målgrupper och intervention/ åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Klienter och patienter med långvarigt missbruk och beroende av opiatier.</i>	Minskad narkotikaanvändning, reducerad dödlighet, förbättrad social situation. Patient och klient stannar längre i behandling (retention).	Evidensgrad 1.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 5. Information kan hämtas i Socialstyrelsens särskilda föreskrifter SOSFS 2004:8 och kunskapsöversikten "Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbruk".
Läkemedlen Metadon® och Subutex® i kombination med psykosocial behandling enligt föreskrifter SOSFS 2004:8.				
<i>Klienter och patienter med missbruk och beroende av kokain.</i>	Minskad användning av kokain.	Evidensgrad 2.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 5.
Läkemedlet disulfiram (Antabus®).				
<i>Klienter och patienter med missbruk och beroende av kokain.</i>	Minskad användning av kokain.	Evidensgrad 1.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 5.
Kognitiv beteendeterapi.				
<i>Klienter och patienter med missbruk eller beroende av narkotika.</i>	Minskad risk för återfall. Förbättrad behandlingskontinuitet.	Visst vetenskapligt underlag.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 5. Barn till föräldrar med missbruk eller beroende bör särskilt uppmärksammas.
Identifiera och ge stöd åt de personer i den enskildes nätverk som kan understödja behandling och rehabilitering.				

Tabell 4. Rekommendationer för behandling av personer med alkoholproblem.

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

Målgrupper och intervention/ åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk be- dömning	Kommentar
<i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i>	Nykerhet. Minskad konsumtion och färre dagar med missbruk. Förbättrad livskvalitet.	Evidensgrad 1.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 6. Gemensamt för de metoder som visar effekt är att behandlingen utmärks av <ul style="list-style-type: none"> • klar struktur • fokus på missbruket och beroendet • väldefinierade åtgärder • detaljerade riktlinjer (månad).
Psykosocial behandling i form av: <ul style="list-style-type: none"> • 12-stepsprogram. • Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk. • Motivationshöjande behandling. • CRA-behandling. • Kort intervention. • Interaktionell terapi. • Dynamisk terapi. • Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende. 				
<i>Patienter med långvarig och kraftig alkoholkonsumtion.</i>	Förhindrar utveckling av Wernicke Korsakoffs syndrom.	Evidensgrad 1.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 6. Behandlingen ska påbörjas innan patienten ges dropp eller mat och dryck.
Tiamin (vitamin B1).				

Målgrupper och intervention/ åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk be- dömning	Kommentar
<i>Patienter med alkoholberoende.</i>	Minskad risk för återfall. Minskat alkoholsug. Fler helnyktra dagar.	Evidensgrad 2.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 6. Preparatet kan användas vid behandling av alkoholbero- ende generellt inom hälso- och sjukvården i kombination med omhändertagande som innefat- tar medicinska råd, stöd och noggrann uppföljning.
Behandling med akamprosat (Campral®).				
<i>Patienter med alkoholberoende.</i>	Minskad risk för återfall. Minskat alkoholsug. Fler helnyktra dagar.	Evidensgrad 2.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 6. Se kommentar ovan för Cam- pral.
Behandling med naltrexon (Re- via®).				
<i>Patienter med alkoholmissbruk el- ler -beroende.</i>	Nyktighet. Färre missbruksdagar.	Evidensgrad 1.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 6. Intag ska ske i närvaro av t.ex. personal eller arbetskamrat. Regelbunden kontroll av le- verfunktion (ref. Läkemedels- verket).
Läkemedlet disulfiram (Anta- bus®) som ges under uppsikt.				
<i>Klienter och patienter med alkohol- missbruk eller -beroende.</i>	Ökad nyktighet. Minskat missbruk.	Evidensgrad 2.	Ej bedömlbar.	Se kapitel 6. 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.
Behandlingens intensitet anpas- sas till missbrukets eller beroen- dets svårighetsgrad.				

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende med svår social problematik.</i> Behandling med beteendeterapeutiska tekniker i kombination med strukturerat, samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser.	Förbättrad social situation och minskad risk för återfall.	Evidensgrad 2.	Minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 6. Med individuellt anpassade insatser avses t.ex. boendestöd och arbetsträning.

Tabell 5. Åtgärder och insatser med svagt eller obefintligt vetenskapligt stöd.

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Kommentar
<i>Klienter och patienter med missbruk och beroende av alkohol eller narkotika.</i> Ospecifik stödbehandling.	Inga eller svaga effekter.		I SBU-rapporten framhålls att s.k. specifik (anges även som ostrukturerad eller ofokuserad) stödbehandling eller rådgivning i jämförelse med specifik behandling har svagt vetenskapligt dokumenterad effekt på såväl missbruk som kvarstående (retention) i behandling. Se kapitel 6.
<i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i> Öronakupunktur.	Inga effekter på alkoholkonsumtion.	Gott vetenskapligt underlag.	Inga studier som har prövat öronakupunktur med specifik eller specifik teknik visar effekt på alkoholkonsumtionen. Det utesluter inte att metoden kan ha positiva effekter på andra problemområden.

<i>Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.</i>	Svaga eller obefintliga effekter.	Gott vetenskapligt underlag.	Se kapitel 6. Användning av disulfiram ska ske under uppsikt av behandlare eller motsvarande.
Disulfiram (Antabus®) utan uppsikt.			
Klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende.	Inga effekter.	Evidensgrad 1.	Se kapitel 6. Implantat av disulfiram bör inte utföras.
Implantat av disulfiram (Antabus®).			

Tabell 6. Rekommendationer vid bruk eller beroende av alkohol och narkotika under graviditet

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Gravida kvinnor.</i>	Minskad risk för fosterskador.	Gott vetenskapligt underlag.	Minskade kostnader för bl.a. neonatal vård. Socialstyrelsens bedömning.	Se kapitel 7. Rekommendationen vilar på det oklara kunskapsläget om när skador uppträder (mängd, frekvens och tidpunkt för alkoholkonsumtion). Om kvinnan använder alkohol under graviditet bör hon erbjudas kontakt med specialistbarnmorska för rådgivning.
Information lämnas om att helt avstå från alkohol under graviditet.				

Målgropper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
Gravida kvinnor med alkohol- eller narkotikadiagnos.	Lämplig hjälp för missbruks- och beroendeproblem och därmed minskad risk för fosterskador.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömlig.	Se kapitel 7. I första hand ska kontakten tas i samråd med kvinnan.
Verksamheter som kommer i kontakt med målgruppen kontaktar socialtjänsten.				
Gravida kvinnor med alkohol- och narkotikaproblem i behov av behandling.	Nytkerhet och drogfrihet. Minskade missbruks- och beroendeproblem och därmed minskad risk för fosterskador.	Beprovad erfarenhet.	Ej bedömlig.	Se kapitel 7. Olika behandlingsalternativ med hög evidens finns (se tidigare rekommendationer).
Behandlingen utformas				
<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. 				
Gravida kvinnor med opiatmissbruk eller -beroende.	Kvarstående i behandling, förbättrad hälsa och social situation för kvinnan.	Evidensgrad 3.	Ej bedömlig.	Se kapitel 7. Klinisk erfarenhet visar att buprenorfin (Subutex®) ger färre komplikationer hos det nyfödda barnet jämfört med Metadon. Kunskap om långtidseffekter saknas.
Läkemedelsassisterad behandling, se SOSFS 2004:8.				

Tabell 7. Rekommendationer för samsjuklighet vid missbruk och beroende och samtidig psykisk och/eller somatisk sjukdom.

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

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 – bukspottsörtelinflammation. <p>Identifiering av missbruk och beroende av alkohol eller narkotika.</p>	<p>Förbättrad somatisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.</p>	<p>Beprovad erfarenhet.</p>	<p>Ej bedömlbar.</p>	<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>Om det gäller missbruk bör vården samverka med socialtjänst eller beroendevård.</p>
<p><i>Klienter och patienter med psykisk sjukdom eller störning och missbruk eller beroende.</i></p> <p>Efter akuta insatser samordnas behandlingen. Behandlingen av ett av tillstånden får inte fördröjas i avvaktan på att det andra tillståndet förbättrats.</p>	<p>Förbättrad psykisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.</p>	<p>Evidensgrad 2.</p>	<p>Minskade kostnader för behandling, hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Vetenskapligt underlag.</p>	<p>Se kapitel 8.</p>

Målgrupper och intervention/åtgärd	Effekt	Evidens för effekt	Ekonomisk bedömning	Kommentar
<i>Klienter och patienter med psykisk sjukdom/störning och missbruk eller beroende.</i>	Förbättrad psykisk hälsa samt minskat missbruk eller beroende.	Beprövad erfarenhet.	Minskade kostnader bl.a. för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsande.	Se kapitel 8. Specifica 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.
Behandling av missbruk eller beroende ska ske enligt rekommendationer i tabell 3 resp. 4.				
Behandling av psykisk sjukdom/störning sker enligt sedvanlig praxis.				

Implementering

I detta avsnitt diskuteras de organisatoriska konsekvenserna av och förutsättningarna för dessa rekommendationer som i hög grad påverkar införandet av riktlinjerna. Framställningen är indelad i tre grupper: organisation, kompetensutveckling och ekonomi.

Kunskaperna om hur organisationen påverkar behandlingen eller behandlingsresultatet är mycket bristfälliga. Riktlinjer kring de frågor som rör organisation kan därmed inte ges med stöd av ett evidensbaserat underlag. Av detta skäl har ett flertal seminarier anordnats där expertgruppernas slutsatser diskuterats med dessa frågor i fokus. Kompetens- och utbildningsfrågor diskuterades t.ex. under ett eget seminarium.

Andra underlag för de resonemang och riktlinjer kring organisatoriska frågor som förs fram i detta avsnitt 2 är de studier (16, 61) som Socialstyrelsen genomfört om narkomanvårdens organisation. Även om dessa studier i första hand berör narkotikaområdet är de organisatoriska problemen troligen generella för missbruks- och beroendevården. Information om brister och förtjänster i de existerande organisationerna har också inhämtats genom ett stort antal fokusgrupper inom ramen för det nämnda kvalitetsprojektet.

Organisation

Detta avsnitt utgår ifrån rekommendationerna i tabellerna 1–7. Vissa av dessa rekommendationer kräver olika organisatoriska förutsättningar. De har diskuterats i olika sammanhang och resonemangen som förs här bygger på en samstämmighet från dessa seminarier, diskussioner och de ovan nämnda undersökningarna.

I framställningen diskuteras olika typer av samarbete mellan kommuner sinsemellan och mellan kommun och landsting. I sådana sammanhang bör formella avtal upprättas.

Kort rådgivning som rutinåtgärd

Inom socialtjänsten är det ett känt faktum att en del av de personer som man kommer i kontakt med till följd av t.ex. ekonomiska problem antingen har ett begynnande eller ett utvecklat missbruk eller beroende. Det är en grupp som aldrig eller mer sällan identifieras som just personer med missbruks- eller beroendeproblem. I princip gäller även detta hälso- och sjukvården. 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 skapar högre kostnader för dessa verksamheter. Socialstyrelsen

föreslår att en kort rådgivning utvecklas som rutin för de personer som hälso- och sjukvården samt psykiatrien identifierar ha en riskfylld alkoholkonsumtion. Som tidigare har framförts bör sådan kort rådgivning kunna införas på prov inom socialtjänsten.

System för att identifiera missbruksproblem

Det är angeläget att verksamheter – t.ex. socialtjänst, primärvård och akutsjukvård – utvecklar ett system eller en organisation som rutinemässigt använder instrument (AUDIT eller något annat jämförbart instrument) för att identifiera missbruks- och beroendeproblem. I dag provas bl.a. inom akutsjukvården en datorunderstödd modell, där patienten i väntrummet kan besvara några frågor, bl.a. om sina alkoholvanor. Resultatet, dvs. svarsbilden, är sedan omedelbart tillgänglig för den mottagande läkaren eller sjuksköterskan. Liknande system med eller utan datorstöd bör vara möjligt att etablera inom mottagningsfunktioner i socialtjänsten eller i hälso- och sjukvården. Om man kan konstatera problem med missbruk eller beroende måste personen ges stöd att förändra sin situation, antingen via kvalificerad personal inom verksamheten eller genom hänvisning till en annan vårdgivare. Det är dock en fördel om en kort rådgivning eller ett motiverande samtal kan ske i direkt anslutning till kartläggningen av alkohol- och narkotikavanorna.

Specialisering av insatserna

De diskussioner som förts om de organisatoriska förutsättningar som krävs 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 kan samlas i *en* organisatorisk enhet. Det är vår bedömning att en sådan resurssamordning i regel leder till ökad effektivitet, förutsatt 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 (personal, utrustning, lokaler m.m.) som sammanförs i sig skapar möjligheter att utnyttja och utveckla kompetensen inom området. Det ger en ”kritisk massa”, dvs. det faktum att fler samarbetar och strävar mot samma mål leder till en ökad stimulans. På så sätt 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.

Samverkan mellan mindre kommuner

Inom mindre kommuner, kanske särskilt glesbygdskommuner, saknas i regel tillräcklig personal för att specialisera verksamheten. Det framgår bl.a. av den studie Socialstyrelsen genomförde 2003 (16). Av det skälet kan 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 orten dit verksamheten lokaliseras. Av den anledningen behövs en analys av missbrukssituationen i de kommuner där samordning kan vara aktuell, men även en diskussion om hur detta ska finansieras.

Samverkan mellan kommuner och landsting

I en region eller ett geografiskt avgränsat område finns i regel resurser inom både den kommun- och landstingsbaserade vården. Ibland ligger det närmare till hands att diskutera ett utvecklat samarbete mellan de båda vårdgivarna. Vi menar här i första hand att lokal- och personalmässig förä samman dessa resurser i en och samma verksamhet för att kunna samarbeta med de enskilda klienterna eller patienterna.

Utöver det som har nämnts ovan kan ett organisatoriskt samgående mellan socialtjänst och landsting leda till att skilda kompetenser kommer närmare varandra och man då kan 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 och beroende ibland är komplext och kan kräva kompetenser från olika områden. Bland annat bedöms cirka hälften av dem som söker kontakt med missbruks- och beroendevården ha allvarliga psykiska problem. Det är vår bedömning att en nära eller omedelbar tillgång till olika kompetenser ökar effektiviteten.

Samverkan mellan vårdgivarna angående samsjuklighet

En särskild grupp som ställer höga krav på omhändertagande och vårdgivaransvar är personer med s.k. *samsjuklighet*, ofta missbruk eller beroende och psykisk sjukdom eller störning. Det är allmänt omvittnat att dessa personer far illa, bl.a. som en följd av att de hamnar mellan olika ansvarsområden och givetvis behöver behandling och stöd för såväl missbruket eller beroendet som den psykiska sjukdomen eller störningen. 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 oftast mycket stora vårdbehov och kräver ett allsidigt och kompetent bemötande. Över huvud taget där olika eller många tillstånd eller behov aktualiseras finns skäl för ett samordnat be-

mötande. 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 ett avtal eller motsvarande. Hur samarbetet ska utformas är naturligtvis upp till vårdgivarna, men som framgår av faktaunderlaget ska det 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 eller 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 kan, menar vi, nyttjas inom den professionella vården och behandlingen. De verksamhetsansvariga kan 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 beroendevården – och därför ska självhjälsgrupper i första hand ses som ett kompletterande stöd. Vårdgivarna måste avgöra hur erfarenheterna från självhjälsgrupper kan tillvaratas och kontaktarna förmedlas, men det är en fördel om samarbetet kan formaliseras. Från ett brukarperspektiv bör information om att ett sådant samarbete förekommer finnas tillgänglig.

Kompetensutveckling

En fråga som bedöms vara central för införandet av riktlinjerna är personalens kompetens. Flera aspekter har här uppmärksammats 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 behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Det gäller också *fortbildning* av redan verksamma och slutligen *specifika utbildningsinsatser* som knyter an till sådan praktik som lyfts fram i faktaunderlaget eller i våra

rekommendationer, t.ex. kort rådgivning inom socialtjänsten och ökade behandlingsinsatser inom primärvården.

De olika grundutbildningarna uppvisar vissa brister. Den kritik som framförts, framför allt vid det seminarium vi anordnade angående kompetensbehov, riktade bland annat in sig på stora skillnader mellan olika universitet och lärosäten när det gäller omfattningen av de inslag som rör missbruks- och beroendefrågor. En annan kritik gäller själva innehållet. En ytterligare kritik handlar om att grundutbildningen inte matchar praktikens krav, dvs. att utbildningen inte i tillräcklig grad förbereder studenten för arbetet med personer med missbruks- och beroendeproblem.

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 missbruks- och beroendeproblem. Det gäller i hög grad även sådana yrkesgrupper som i sitt arbete möter dessa personer, men inte specifikt ägnar 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 förbättrar både det uppsökande och det förebyggande arbetet.

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

För en fördjupad utbildning inom hälso- och sjukvårdens område är det önskvärt att specificerade krav i beroendelära ställs för specialistkompetens som psykiatriker, allmänläkare och sjuksköterska (här avses även distriktssköterskor och barnmorskor med sjuksköterskeexamen i botten). För socionomer skulle en speciell magisterutbildning kunna ge motsvarande kunskaper.

För närvarande pågår en utredning inom Socialstyrelsen om vilka krav – utformade som allmänna råd – som ska ställas på personalen inom socialtjänsten. Inom hälso- och sjukvårdens område, där legitimationskrav finns, skulle man kunna ställa krav på innehållet i t.ex. AT-tjänstgöring och specialistutbildning. Varken på det ena eller andra området ges dock möjligheter att formellt utöva något inflytande över själva grundutbildningen. Det är en sak främst för de enskilda lärosätena.

Ekonomi och kostnadseffektivitet

Förutsättningen för att diskutera behandlingens kostnadseffektivitet är naturligtvis att behandlingen i sig har påvisats ha positiva effekter för klienter och patienter.

Utvärdera behandlingen

Kostnaderna för missbruk och beroende av alkohol och narkotika berör hela samhället: stat, landsting, kommuner, näringsliv, organisationer och enskilda.

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

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

I detta projekt har vi studerat de ekonomiska utvärderingar som finns inom området. 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 samla kunskap inom ett område som i dag uppvisar 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 samtidigt som man gör en bedömning av om resultaten av studien kan överföras till behandlingsenheten. Under en period kan det ske förändringar som påverkar effekter och kostnader. Det är därför viktigt att kontinuerligt få information om förändringar och hur de ser ut. Om inte behandlingsenheten kan påvisa några positiva resultat kan behandlingen heller inte rekommenderas. Vårdgivarna bör specificera och klargöra följande:

1. Målet med behandlingen (t.ex. nykterhet, minskat missbruk eller beroende, minskad konsumtion eller avhållsamhet från narkotika).

2. Vilken målgrupp behandlingen riktar sig till.
3. Behandlingens varaktighet.
4. Behandlingsfrekvens.
5. Behandlingens innehåll.
6. Personalens antal och utbildning.
7. Vad behandlingen kostar.
8. Vilka kostnader som ingår i priset eller som kan uppstå till följd av behandlingen.
9. Vilka kostnadsbesparingar som behandlingen ger på kort och lång sikt.

Mätning av kostnader och effekter

På detaljnivå bör kravspecifikationen innehålla underlag som kan ge upplysning om kostnader och effekter, bl.a. 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. Även om behandlingen sker inom huvudmannens egen verksamhet bör dessa uppgifter finnas tillgängliga, eftersom det möjliggör jämförelser med andra behandlingar och behandlingsenheter.

Uppföljning och revidering av riktlinjerna

Socialstyrelsen kommer att följa upp och revidera riktlinjerna. Uppföljningen innebär bl.a. att följa i vilken utsträckning riktlinjerna tillämpas och vilka eventuella problem som verksamheterna har med implementeringen.

De kräver även en kontinuerlig bevakning av kunskapsläget för att kunna revidera riktlinjedokumentet och göra en översyn av metodiken som berör både hälso- och sjukvård och socialtjänst. I detta dokument har till exempel inga prioriteringar gjorts, vilket är rutin för de riktlinjer som utarbetas inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har dock för avsikt att i kommande revisioner lägga förslag till prioriteringar, där det är möjligt med hänsyn till lagstiftningen och det existerande kunskapsläget.

3. Upptäckt och förebyggande verksamhet

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Ett system för hälso- och 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 för såväl hälso- och sjukvården som samhället i stort. 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.
- Sekundärprevention¹³ genom s.k. kort rådgivning hjälper många patienter oberoende av kön och är dessutom kostnadseffektivt. Detta gäller i första hand primärvården (evidensgrad 1), akutmottagningarna (evidensgrad 1), psykiatri (evidensgrad 3) och företagshälsovården (evidensgraden har inte kunnat bedömas).
- Kort rådgivning kan kompletteras med återföring (feedback) av resultat från mätning av biologiska markörer (visst vetenskapligt underlag).
- Det saknas studier beträffande kort rådgivning inom socialtjänsten och därmed saknas vetenskaplig evidens. Men erfarenheterna från primärvården är goda, och därför kan en liknande verksamhet inom socialtjänsten få positiva effekter.

Avgränsningar i kapitel 3

I riktlinjerna behandlas inte de s.k. *primärpreventiva* insatserna. Med detta menas insatser som syftar till att förmå människor att inte börja med riskfylld konsumtion av alkohol eller att över huvud taget att pröva narkotika. ”Det man bör inrikta förebyggande åtgärder mot är fler än de som bör få behandling, men behandling och prevention förstärker och griper in i varandra inom ett brett spektrum av dryckesbeteende och alkohol-

¹³ Sekundärprevention innebär att hindra riskabel konsumtion att utvecklas till missbruk.

problem.” (Edwards, 64 sid. 39.) ”Behandling och prevention kompletterar varandra och utgör ofta sammanflätande aktiviteter inom de totala folkhälsoinsatserna” (64, sid. 223.) ”Ser man problemen som ett kontinuum så bör de alkoholpolitiska åtgärderna också utgöra ett kontinuum och hänga samman. Prevention och behandling överlappar varandra och stödjer varandra ömsesidigt.” (64 sid. 233.)

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

1. Kontakt med klienten eller patienten.
2. Problemidentifiering.
3. Problembedömning.
4. Sekundärpreventiva insatser, kort rådgivning.

Olika verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, inklusive företagshälsovården, tas upp utifrån dessa fyra faser. De instrument som kan användas för problemidentifiering och problembedömning beskrivs och diskuteras i kapitel 4.

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 dem som verkligen behöver vård. Dess kurativa egenskaper definieras som förmågan att avhjälpa eller lindra problemen för socialtjänstens eller sjukvårdens klienter och patienter. 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. Det gäller också att försöka upptäcka problemen hos personer som kanske inte primärt besöker socialtjänsten eller hälso- och sjukvården på grund av sina 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. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” (17).

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 t.ex. i att man söker upp riskgrupper i speciella riskmiljöer.

I socialtjänstlagen står också: ”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 inga regler som direkt berör missbruks- och beroendeproblem, men vissa av Arbetsmiljöverkets föreskrifter tar upp alkohol- och drogfrågor. Enligt Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (18) ska arbetsgivaren se till att det finns rutiner för verksamheten när det gäller arbetsanpassning och rehabilitering (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 riskfyllt bruk av alkohol och/eller narkotika så tidigt som möjligt, dvs. innan bruket har blivit hälsovådligt eller gett upphov till andra negativa konsekvenser.

Alkohol- och narkotikaproblem kan upptäckas på en del olika sätt. Det mest uppenbara är att personen själv söker för problemen. En annan möjlighet är att man vid uppsökande verksamhet identifierar riskmiljöer och riskgrupper och då får kontakt med personer som behöver hjälp. Slutligen

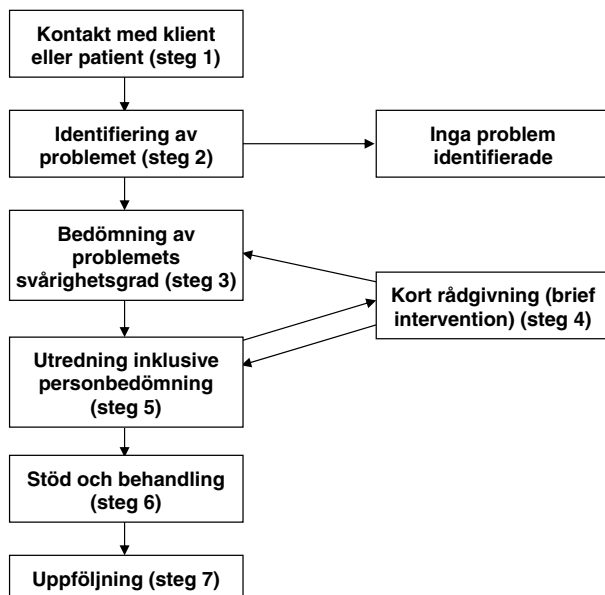
kan det röra sig om personer som söker socialtjänst eller hälso- och sjukvården för helt andra orsaker men där man kan misstänka att ett alkohol- eller narkotikaproblem bidrar till den totala problemsituationen.

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 hjälp.

Även inom många andra samhällsområden finns möjligheten att identifiera och påverka individer i riskzonen för missbruk eller beroende. Exempel på det är arbetet inom frivilligorganisationerna, skolorna, universitetet och högskolorna (inom och utanför ramen för studenthälsan). 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 också ett stort ansvar för att utforma en verksam alkohol- och narkotikapolitik på arbetsplatsen, men de har också ansvar för att hjälpa den enskilde anställda att bekräfta och försöka minska eller komma ifrån ett eventuellt missbruk eller beroende.

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



I figuren beskrivs hur processen att hjälpa personer med missbruk eller 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 en fråga som vi återkommer till senare.

Man kan således se insatserna för individer med missbruk eller beroende som en kedja där första länken är att etablera kontakt (steg 1). När en person själv söker hjälp för missbruks- eller beroendeproblem är ju redan en fysisk kontakt tagen. I många fall handlar det dock om att identifiera ett problem hos en person som av någon annan anledning kommer i kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Det gäller då att skapa ett förtroende hos klienten eller patienten så att denne vill berätta om ett eventuellt missbruk eller beroende. Frågor om alkohol- och narkotikavanor bör ställas, och ofta kan frågorna ingå som en naturlig 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 stor vikt läggas på just arbetssättet 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 ett alkohol- eller narkotikaproblem hos en klient eller patient måste man alltså vidta effektiva åtgärder, antingen i form av sekundärprevention eller renodlad behandling och därtill kopplade insatser.

Identifiering och bedömning av problemet

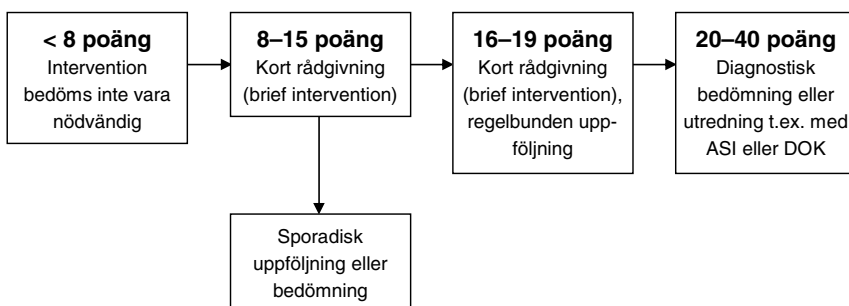
Exempel på modell för identifiering, bedömning och förslag till åtgärder

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska använda metoder som effektivt *identifierar* personer med riskfyllda alkoholvanor eller narkotikakonsumtion. Man ska också motverka en vidare utveckling av vanorna i negativ riktning. Om det finns ett problem ska man också bedöma omfattningen av det.

Nästa steg efter identifieringen är alltså att bedöma problemet. Som hjälp vid bägge dessa steg finns biologiska och psykologiska test som

beskrivs i kapitel 4. Här nedan används AUDIT som exempel, ett test för att identifiera alkoholproblem. Det innehåller tio frågor. Utifrån resultatet från dessa test kan man också göra en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara.

I exemplet nedan visas hur olika poäng på AUDIT-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 AUDIT-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 problemlösningsprocessen, dvs. om klienten eller patienten i exemplet ovan hamnar under 8 poäng, är en rimlig bedömning att det inte är nödvändigt med några ytterligare åtgärder. Något högre poäng kan ge anledning att överväga om man bör ge en *kort rådgivning* (se nedan). Ännu högre poäng kan ge anledning att diskutera olika andra behandlingsalternativ.

AUDIT och andra bedömningsinstrument behandlas som nämnts ovan ingående i kapitel 4. Det bör dock redan här sägas att de inte ersätter t.ex. den erfarna läkarens, barnmorskans eller socialsekreterarens eget omdöme utan är ett komplement som kan vara till hjälp för att komma fram till en samlad bedömning.

Oberoende av om klienterna eller patienterna finns inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska alla åtgärder beslutas i samverkan med dessa. Det är viktigt att de känner sig delaktiga i beslutsprocessen. Na-

turligtvis finns situationer (t.ex. när det gäller tvångsvård) då jämvikten mellan beslutsfattare och klienten eller patienten är förskjuten, men inte ens i dessa fall kan man åsidosätta klientens eller patientens åsikter.

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

Utredningen kan resultera i att ytterligare insatser föreslås. I bedömningen av lämpliga insatser ingår naturligtvis också en bedömning av klientens eller 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 snarare är i behov av olika typer av andra sociala insatser än av en regelrätt behandling.

Oberoende av vilka rutiner som införs förutsätts att det finns resurser i form av tillräcklig personal och kompetens.

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 riskfyllda alkohol- eller narkotikavanor. 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 alkohol- och narkotikaproblem medför 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 missbruks- eller beroendeproblem.

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 alltså 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, i stället för enbart till klienter och patienter som från början definieras som del av en särskild riskgrupp.

Socialtjänsten – identifiering och bedömning

Metoder för socialtjänsten att upptäcka missbruk

Risksituationer som även 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, psykiatrin, arbetslivet och kroppssjukvården (somatisk sjukvård) där man kan misstänka att alkohol eller narkotika är orsaken eller 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 de ovanstående problemen är det alltså inte orimligt att anta att 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 eller beroende, att förändra sina konsumtionsvanor.

Följande frågor och svar är aktuella i fältarbetet:

1. Vad är syftet med fältarbetet? Upptäcka, ge råd, motivera, behandla, stärka och utveckla.

2. Vilka är målgrupperna? Enskilda individer, grupper eller utsatta lokalsamhällen.
3. I vilka sociala sammanhang kommer fältarbetet in? Offentliga platser, skolor, fritidsverksamheter, hemmen och arbetsplatser.
4. Vilka metoder kan man använda? Öka klientens egenmakt (empowerment), föräldraträning, systematisk terapi, undervisning, hälsosamtal, självförvaltning, kulturarbete eller utarbetande av handlingsplaner.

Dessa aktiviteter är en viktig del av socialtjänstens verksamhet och bör självklart också dokumenteras, samtidigt som metoderna bör vidareutvecklas.

Uppspårande arbete kan vara den typ av arbete som bedrivs för att upptäcka begynnande missbruk och beroende 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 personer som dömts för rattfylleri eller narkotikabrott är självklart en viktig metod för att spåra klienter med begynnande eller pågående missbruk eller beroende, även om denna metod inte finns systematiskt vetenskapligt studerad och belagd. Detta bör naturligtvis gälla även andra incidenter som t.ex. våld, s.k. LOB:ar (lagen om omhändertagande av berusad person) osv. De flesta studier handlar om uppsökande arbete, dvs. man arbetar med personer med kända missbruks- och beroendeproblem eller personer som söker för missbruk eller beroende.

I en studie i England har man kunnat påvisa 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 psykiatrisk och socialt stöd, och de hade tidigare vanligtvis frisläppts utan denna typ av utredning. Vid sådan verksamhet har man kunnat konstatera en trefaldig ökning av antalet gripna som fått kontakt med vård- och stödgi-vare. Studiens relevans för svenska förhållanden kan dock diskuteras.

Sedan 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 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, nämligen bedömning av problemet.

I kapitel 4 beskrivs olika test som anses vara lämpliga för att identifiera problemen. Bland annat utifrån resultatet från dessa test kan man göra en bedömning av problemets allvar och vilken nästa insats bör vara.

De psykologiska testen har hittills framför allt 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 missbruks- och beroendeproblem. Inom både kroppssjukvården och den psykiatriska sjukvården finns patienter som behandlas för olika symtom och diagnoser där ett bidragande eller bakomliggande alkohol- eller narkotikaproblem inte upptäckts eller uppmärksammats.

Till sårbara grupper hör t.ex. gravida kvinnor där fostret ska skyddas från alkohol och narkotika (detta räknas egentligen som en 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 uppgett att de använder narkotika.

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

Utifrån de tidigare nämnda skotska riktlinjerna, ”Riktlinjerna för behandling av skadlig alkoholkonsumtion inom primärvården”, identifieras här ett antal områden och situationer då det finns 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 eller narkotikamissbruk eller -beroende:

- Upprepad sjukfrånvaro, speciellt efter helgerna.
- Försämrade arbetsprestationer.

Inom psykiatrin kan man nämna följande tillstånd:

- Depressioner (t.ex. utmattningsdepressioner och sömnstörning).
- Upprepad självdestruktivt beteende.
- Olika slag av ångestsyndrom.

Inom kroppssjukvården kan man som exempel nämna följande tillstånd eller 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 befolkningsgrupper (populationer) när det gäller vissa symtom eller riskfaktorer. Ibland utförs screening på speciella riskgrupper, och andra gånger på hela befolkningsgrupper.

Det är vanligt att screening genomförs med frågeformulär som personerna själva får fylla i. Ett alternativ till detta förfarande är att genomföra screeningen, med samma frågor som i frågeformuläret, via datorer som personerna själva hanterar.

Att någon ingår i en screening beror alltså inte på kända egenskaper hos individen, utan på att han eller hon 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 alkoholrådgivning till patienter i primärvården ska baseras på allmän screening eller på en 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 an-

ledning att utelämna alkohol och narkotika. Det borde även vara mindre utpekande om frågan ställs till alla, än enbart till en enskild patient som anses tillhöra en viss riskgrupp.

Socialstyrelsen 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 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 interventionen varit ineffektiv.

Förespråkare för screening hävdar emellertid 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 framför allt identifierar personer som redan utvecklat allvarligare alkoholproblem, och dem går mer sällan att påverka med kort rådgivning. Förespråkarna 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 eller samtal med patienten. Om läkaren vill utreda detta problem närmare kan han eller hon välja 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 flera 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 gäller dock allmänt för samtal som rör livsstilsfaktorer, och borde således vara ett problemområde som alla allmänläkare någon gång ställs inför, eftersom metoden inte är begränsad till enbart alkohol- och narkotikaområdet.

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 narkotikarådgiv-

ning, exempelvis sjuksköterska, barnmorska eller psykolog. 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. Socialstyrelsens bedömning 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. socialtjänst, hälso- och sjukvård samt rättsväsende. Socialstyrelsen gör därför 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 eller beroende är en både human och kostnadseffektiv åtgärd. Det är också en genomgående tanke i lagstiftningen att man ska verka för tidig upptäckt.

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

Man kan dela in den korta rådgivningen i två metoder: *FRAMES*¹⁴ som är en s.k. motiverande rådgivning, och *Motivational Interviewing (MI)* som är ett s.k. 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 får hjälp att för sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst beteende. I den-

¹⁴ FRAMES bygger på följande inslag: Feedback – 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 olika alternativ; Empathy – ett empatiskt förhållningssätt fungerar bäst; Self-efficacy – behandlaren kan stärka patientens tilltro till sin förmåga att göra förändringar.

na metodik inarbetas flera av de inslag som visat sig verksamma i olika förändringsmodeller: att ge positiv förstärkning, stärka självtilliten och övervinna ambivalens. Med ökad medvetenhet kan den ambivalens som ofta präglar människors beteenden reduceras och det blir lättare att fatta beslut om förändring. MI är principiellt intressant inom det förebyggande arbetet eftersom metodens kärna består av en öppen diskussion om fördelar och nackdelar med ett visst beteende. En sådan diskussion är dock 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 missbrukar- och beroendeproblematik därför att den är generaliserbar till arbete med andra riskfaktorer och flera 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 (motiverande samtal) 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, och därtill ställs 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 inom missbrukar- och beroendevården som tillämpar MI.

Socialtjänsten

Det är viktigt att insatserna som man gör bl.a. i socialtjänsten dokumenteras och diskuteras inom yrkesgrupperna. 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 i stället beskrivs utan evidensbaserade resultat. Detta gör det svårt att komma med råd och rekommendationer eftersom det saknas ett systematiskt kunskapsunderlag.

När det gäller t.ex. effekter av kortare insatser inom socialtjänsten finns det alltså få övergripande kunskapssammanställningar grundade på empiriska studier med acceptabel metodologisk kvalitet. De flesta av studierna som redovisas i kunskapssammanställningarna är dessutom utförda

på collegestudenter och därmed begränsas möjligheten att generalisera resultaten.

Även om det inte finns några bevis för effekterna av kort rådgivning inom socialtjänsten är erfarenheterna så goda inom hälso- och sjukvården att metoden bör provas även inom socialtjänsten. Man bör i sådana fall nog dokumentera och utvärdera verksamheten.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att t.ex. 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 lika 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, metoder för kort rådgivning och hur man motiverar dessa patienter till förändring.

I Sverige har verksamhet med 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 omfattande bevis som stöder effektiviteten av kort rådgivning inom sjukvården. Evidensen bygger främst på ett antal systematiska litteraturöversikter 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 primärvården finns flera hälsoekonomiska studier som talar för att kort rådgivning är kostnadseffektiv i jämförelse med många andra åtgärder inom sjukvården. Viktiga kunskapsluckor återstår dock när det gäller att införa och sprida kort rådgivning inom hälso- och sjukvården.

Merparten av alla refererade studier har varit s.k. efficacy-studier, dvs. studier genomförda under kontrollerade betingelser men 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 leda till några slutsatser (27). En svensk studie visar reducerad dödlighet i interventionsgruppen efter 16 år, medan en australiensisk studie inte fann någon kvarvarande effekt på alkoholkonsumtion efter en uppföljning 10 år senare. Då man i den sistnämnda studien kunde notera effekter vid nio månaders uppföljning, talar resultaten för att återkommande kontakter skulle vara nödvändiga för att behålla de initiala effekterna.

Kort rådgivning inom primärvården

Merparten av alla studier av kort rådgivning har genomförts i primärvården. De övergripande slutsatserna är att kort rådgivning har effekt (evidensgrad 1). 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 fann 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 akutsjukvården 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 flera välgjorda RCT-studier och därmed är kraven för evidensgrad 1 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 30 minuter långt samtal. Liknande resultat finner man i en annan studie där metoden utgjordes av MI. Man finner också att ett extra behandlingstillfälle (s.k. booster-session) 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 förändra 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 enligt MI-metodik eller av skriftlig information resulterade i signifikant färre vårdtillfällen under en femårig uppföljning. Däremot sågs ingen skillnad mellan MI-gruppen och informationsgruppen. Eftersom endast en RCT-studie har kunnat hittas, bedöms det vetenskapliga underlaget som begränsat (evidensgrad 3).

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 verksamt.

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 företags-hälsovården. 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 hälso- och sjukvården

Det finns en metastudie och en enskild svensk studie som studerat hur man inför 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 uppmuntras 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 man misslyckats med det nationella arbetet med alkoholfrågan ute i primärvården.

Socialstyrelsen fick 2004 i uppdrag av regeringen att kartlägga sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (35). Inom ramen för kartläggningen genomfördes i december 2004 en enkätundersökning vid samtliga vårdcentraler i Sverige (cirka 950 stycken). Svarsfrekvensen var 82 procent. I undersökningen efterfrågades om vårdcentralen hade utarbetade rutiner och program inom nio områden, varav sex områden var livsstilsrelaterade: 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.

När det gäller alkohol var det endast 30 procent av vårdcentralerna (222 stycken) 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 och växande problemområde för vårdcentralerna. Inom region- och landstingsledningarna anses däremot alkoholfrågan vara viktig att lyfta upp i patientarbetet. Socialstyrelsen har inom ramen för det ovannämnda regeringsuppdraget låtit göra en innehållsanalys av övergripande styrdokument av typen landstingsplaner, verksamhetsplaner, årsredovisningar etc. för de 21 landstingen

och motsvarande regioner när det 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 endast 14 procent av de vårdcentraler som besvarat enkäten 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. För det konkreta innehållet i rutinerna och programmen för alkoholfrågor var det 24 procent av samtliga deltagande vårdcentraler som uppgav att rutinen innehöll en fritt formulerad fråga om patientens bruk av alkohol. Endast 8 procent av vårdcentralerna använde hjälpmedel av typ strukturerade frågeformulär, t.ex. AUDIT eller CAGE (se kapitel 4).

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 eventuella identifierade problem inte kan åtgärdas.

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

Biofeedback som sekundärpreventiv metod

Den enda primärundersökningen om biofeedback (återkoppling av resultaten) som sekundärpreventiv metod som redovisas är en studie som använt GT (se kapitel 4) som screeningsinstrument, kompletterat med ett frågebatteri (36). Dessutom har man använt resultaten av GT-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. När det gäller GT-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. I kombination med andra psykologiska diagnostiska test har de dock en god förmåga att identifiera riskbruk och i kombination med olika typer av rådgivning tycks de även 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 också studier av hur metoden kort rådgivning kan införas i socialtjänsten och vilken effekt den skulle få.

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 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 sina eventuella alkohol- och narkotikarelaterade problem.

4. Bedömningsinstrument och dokumentation

Inledning

I kapitel 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 rörande insatser för klienter och patienter med olika grader av alkohol- och narkotikaproblem, där olika bedömningsinstrument kan användas som beslutsunderlag. Sådana instrument utnyttjas sedan länge inom sjukvården och har under senare år även börjat användas i socialtjänstens missbrukarvård.

För 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 olika typer av *beteendevetenskapliga frågebatterier eller test* (i fortsättningen kallas de för psykologiska test).

Både de biologiska och psykologiska 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 eller beroende. 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 pga. de skillnader som präglar olika slags organisationer. Biologiska test bör i princip användas av sjukvårdspersonal medan psykologiska 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 psykologiska test har ökat. För klienten eller patienten innebär det en garanti för att bedömningen av problemet blir likartad oberoende av var man söker hjälp. Andra skäl är minskade ekonomiska resurser med ökade effektivitetskrav som följd och bättre tillgång till kunskap om sådana metoder.

Det finns ett stort antal utländska, oftast amerikanska, psykologiska 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 och beroende av andra beroendeframkallande medel än alkohol är ännu färre.

Den första fråga man bör ställa sig är om klienten eller patienten över huvud taget 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 missbruks- och beroendeproblem konstaterats blir den andra frågan aktuell, nämligen problemens karaktär och svårighetsgrad. 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 missbruks- och beroendeproblem. För att kunna bedöma personens behov, planera ett behandlingsprogram och välja rehabiliteringsinsatser måste man därför ta hänsyn till de särskilda förhållanden som utmärker varje människa. Det är klientens eller patientens behov som avgör val av behandlingsinsatsen.

Resultatmätning behövs även när man ska återkoppla (feedback) 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 och patienterna utan är också motivationsskapande och kan i vissa sammanhang ses som ett första steg i missbruks- eller beroendebehandlingen.

Ibland kan t.o.m. en sådan information vara tillräcklig för att minska en riskabel eller skadlig alkohol- eller narkotikakonsumtion. Forskning visar att återkoppling för vissa grupper med missbruk eller beroende kan vara lika effektivt som mer omfattande behandlingsinsatser.

När man sedan följer upp en klient eller patient efter behandlingens avslutande, måste man ha en utgångspunkt att jämföra med för att avgöra om en behandlingsinsats lett till önskat resultat. Mätningar och jämförelser av behandlingsresultat kan också ge sakliga argument för fördelning av ekonomiska och personella resurser. Slutligen möjliggör och underlättar användning av standardiserade biologiska och psykologiska test kommunikationen såväl mellan olika vårdgivare som inom olika samhällssektorer.

Det kan emellertid vara svårt att välja rätt bland olika test. Det underlättar därför om man är klar över 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.

I detta kapitel redovisas endast de tester och markörer som bedöms uppfylla de kvalitetskrav man kan ställa enligt nedan.

I faktadokumentet¹⁵ redovisas ett stort antal markörer och psykologiska tester som är under utveckling eller som expertgruppen av någon annan anledning bedömer att inte fylla kvalitetskraven. I detta finns också utförligare beskrivningar av de olika testerna.

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 psykologiska test för att upptäcka alkohol- eller narkotikaproblem hos en individ samt bedöma svårighetsgraden 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 och 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 när man använder den för upprepade mätningar av en och samma timmerstocks längd, men är ändå värdelös om man i stället vill uppskatta vikten, dvs. väga stocken. Tumstocken saknar i detta sammanhang relevans.

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

Anta att man har en tumstock som mäter exakt och ger samma resultat vid flera upprepade mätningar av samma objekt – man vill mäta längd-

¹⁵ Se Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se.

den på en bräda men mäter hela tiden 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 psykologiskt 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 varken har ett missbruk eller beroende.

Siffervärdet för sensitivitet och specificitet påverkas av hur pass avancerade problem de klienter och 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.¹⁶ Detta innebär att insamlade klient- och patientuppgifter ska vara 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 eller -beroende 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 fiska med urinprov eller att inte besvara frågor sanningsenligt.

¹⁶ Se fotnot nr 11 ang. prestanda.

- Det förekommer också fel som beror på själva testen. För de biologiska testen är detta numera ett mindre problem eftersom de flesta laboratorier som utnyttjas är ackrediterade enligt SWEDAC:s¹⁷ bestämmelser, vilket garanterar rätt rutiner för provtagning ("insamling" av t.ex. blod eller urin) och analyser och rätt mätmetod. För de psykologiska 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 det inte finns några bruksanvisningar. Andra fel kan bero på att frågorna är oklara och därför svåra att besvara, särskilt för personer som inte behärskar det svenska språket.
- Även faktorer hos provtagaren, testledaren eller bedömaren kan äventyra resultaten. Det är nödvändigt att personen ifråga har tillräcklig utbildning för provtagning och testning, och att det finns tydliga rutiner. Resultaten påverkas också av andra egenskaper hos testledaren eller intervjuaren som klienten eller patienten kan se (testledar- respektive intervjuarbias), något som man måste ta hänsyn till vid utförandet av psykologiska test. Unga intervjuare får troligen andra resultat än äldre, kvinnor annorlunda resultat än män osv. När man vill jämföra resultat av psykologiska test hos samma individ vid två eller flera olika tidpunkter för att studera effekten av de givna insatserna är det därför önskvärt att ha samma intervjuare eller testledare vid varje tillfälle. I varje fall får de inte vara alltför avvikande från varandra när det gäller egenskaper som klienten eller patienten kan lägga märke till.

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

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

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

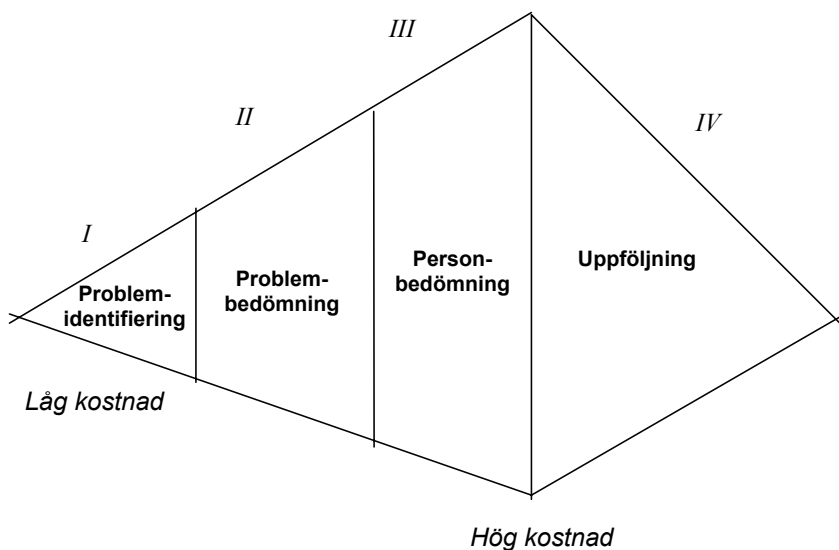
¹⁷ Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll.

Modell för datainsamling och utredning av missbruksproblem

Nedan visas en modell för datainsamling och utredning som i stort ansluter sig till den som presenteras i kapitel 3. Den är lämplig som styrinstrument när man ska välja 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 psykologiska test vara aktuella.

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 riskabla alkoholvanor eller alkoholproblem alternativt använder narkotika. De som i testen inte visar sig ha ett sådant riskbeteende eller sådana problem avfärdas samtidigt från fortsatt utredning.



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

Steg 2 rör 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 missbruks- eller beroendeproblem. I detta ingår bl.a. att ställa diagnos, t.ex. betr. 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 de insatta hjälpinsatserna eller behandlingsåtgärderna 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 man mäta alkohol (etanol) i blod eller urin eller i utandningsluft med kvalitetssäkrad utrustning.
- För att påvisa aktuellt alkoholintag under senaste dygnet eller dygnet, men där alkohol (etanol) inte längre kan påvisas, är mätning av EtG, EtS eller 5-HTOL i urin användbar.
- För att identifiera ett långvarigt, högt alkoholintag (riskkonsumtion, missbruk eller beroende), kan man använda en kombination av biologiska test, i första hand CDT och GT.
- För att identifiera långvarig alkoholkonsumtion kan även ASAT, ALAT och MCV användas. Eftersom dessa test, i likhet med GT, visar utslag av andra orsaker än alkohol, måste det vid en bedömning tas hänsyn till annan information, speciellt icke alkoholrelaterade leversjukdomar (gäller samtliga test), läkemedelsbehandling (ASAT och ALAT) samt blod- och näringsbrist och rökning (MCV).

Sammanfattningsvis kan sägas att dagens rutintest för alkohol (etanalanalys), 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, dvs. de senaste timmarna före 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.

Etanalanalys har en hög känslighet enbart i ett kort tidsperspektiv. Även om alkoholtest i allmänhet anses vara mycket tillförlitliga när det gäller att påvisa förekomst av måttliga till större mängder alkohol i kroppen, är det en nackdel att alkoholen 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 med en hastighet som motsvarar en sänkning av blodalkoholhalten med 0,15–0,20 promille per timme, vilket följaktligen innebär att en person kan ha en blodalkoholhalt som överstiger 1,5 promille på kvällen och ändå inte ha någon påvisbar blodalkoholhalt 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 etanolhalten 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 alkoholkoncentrationen är lägre än 3–5 mmol/l (cirka 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 är 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 förhållandevis låg.

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 dygnet, 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 disulfiram¹⁸ (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 cirka 300 kr.

¹⁸ Används vid återfallsprevention. Se vidare kapitel 5.

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 personer med alkoholmissbruk eller -beroende 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 (ett plasmaprotein) och ökar andelen glykoformer (proteiner som innehåller kolhydrater) 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 transferrinvarianter. 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 och därför kan referensintervallet 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 kommit 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 om inte dessa störande faktorer uppmärksammas.

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 man ska även ta hänsyn till personens ålder. 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 cirka 10 kr.

Långvarig överkonsumtion av alkohol – MCV

Bestämning av de röda blodkropparnas (erytrocyternas) medelvolym MCV (Mean Corpuscular Volume) ingår vid rutinmässig 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 och beroende av alkohol. MCV har måttlig sensitivitet som alkoholmarkör och det tar lång tid för MCV att normaliseras vid avhållsamhet från alkohol. MCV har dessutom 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 blod (inom 24 timmar). Analysen finns tillgänglig vid de flesta rutinlaboratorier och analyskostnaden är cirka 10 kr.

Långvarig överkonsumtion av alkohol – ASAT och ALAT

Analys av ALAT (alaninaminotransferas) och ASAT (aspartataminotransferas) används som alkoholmarkör för att indikera leverskada som ofta uppkommer efter långvarig överkonsumtion av alkohol. 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 och ALAT som screeningtest för leverfunktion i samband med hälsoundersökning och som rutinmarkörer för vävnadsskada vid alkoholmissbruk. Halveringstiden för ASAT och ALAT i blodbanan är kort (en fråga om dygn) men eftersom båda testen visar resultatet av en organskada tar det oftast lång tid (veckor eller månader) för värdena att återgå till det normala vid total avhållsamhet från alkohol.

ALAT och ASAT är enzymer som är inblandade i tillverkningen av byggstenar för äggviteämnen (aminosyror). ALAT finns framför allt i levern medan ASAT även finns i hjärtat och skelettmuskulaturen.

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

Psykologiska test för att upptäcka ett alkoholproblem

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

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- För identifiering av alkoholproblem med psykologiskt 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 leda till kort rådgivning alternativt fortsatt utredning.

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 alkoholbeteende, och särskilt de tre konsumtionsfrågorna tar upp detta.

AUDIT är ett enkelt och snabbt psykologiskt 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 tillgång- en på jämförelsedata från befolkningen.

Testet har blivit populärt i många länder. Den svenska versionen av AUDIT har använts i Sverige i drygt tio år och är kvalitetssäkrad. En utförlig svensk manual finns och 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. fem 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 cirka två 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.

Beroendecentrum i Stockholm ordnar endagsutbildningar i användningen av AUDIT inklusive återkoppling (feedback) av resultaten och kort rådgivning (motivational interviewing, MI). 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 -beroende 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 cirka 150 kr. Kostnad för utbildningen är cirka 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 personer med alkoholmissbruk eller -beroende. Ursprungsversionen av testet innehåller 25 frågor som ger en snabb och effektiv identifiering av personer som någon gång under livet haft alkoholrelaterade problem.

Jämfört med AUDIT är testet är mindre lämpat för att mäta förändringar. I Sverige har framför allt 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 cirka fem minuter. Testet är inte mönsterskyddat och kostar inget att använda. Endast nej- eller ja-svar avges som poängsätts manuellt med 0 respektive 1 poäng. Poängsättningen tar cirka två 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 och -beroende.

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 patientens frihet eller olika behandlingsalternativ. Testresultaten måste bekräftas antingen av klienten eller patienten eller genom laboratorieanalyser.

Användningen av narkotikatest i missbruks- och 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 att identifiera och behandla missbruk och beroende. 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 patientnära narkotikatest, s.k. snabbtest (remsa för urinprov), blivit allt vanligare vilket ytterligare ökat tillgängligheten och användningen.

En anledning till den omfattande användningen av narkotikatest är att de är lätta att genomföra (urinprov) och förhållandevis billiga. Analysen av urin kostar cirka 30–50 kr per substansgrupp (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, och därför behövs ofta en ytterligare analys (s.k. verifikation). Denna utförs med avancerad s.k. masspektrometrisk teknik, vilket ger ett helt säkert resultat när det gäller såväl identitet (typ av narkotika) som halt av substansen. Kostnad för verifikation är 200–400 kr per narkotikatyp (substansgrupp).

Som tillägg till det säkra analysresultatet behöver man ofta komplettera med en farmakologisk och medicinsk tolkning, då andra orsaker till ett positivt resultat än intag 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 att 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 THC-karboxylsyra 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 cirka 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. Genom en förfinad analys kan man också skilja ut heroinintag från intag av morfin eller kodein.

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 cirka 2–4 dagar. Provtagning oftare än 3 gånger per vecka är därför inte nödvändig. Dock kan vissa läkemedel påverka resultaten och därför är det viktigt med uppgifter om eventuell medicinering för att få korrekt tolkning av analysresultaten.

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 samt 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 för både analys och tolkning. Eventuell medicinering måste vara väl dokumenterad.

Psykologiska test för att upptäcka narkotikaanvändning

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- För identifiering av narkotikakonsumtion och narkotikaproblem med psykologiskt 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 att identifiera personer med riskabla och skadliga narkotikavanor eller narkotikarelaterade problem. Innehållet i DUDIT:s droglista är en blandning av narkotikaklassade och icke narkotikaklassade preparat. Man likställer alla preparat om de antingen är narkotikaklassade eller används utan recept respektive används i större utsträckning eller i andra sammanhang än vad som föreskrivs av en läkare.

DUDIT 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 tar 4–7 minuter att besvara och innehåller 11 frågor. Maximalt kan 44 poäng fås. DUDIT är mönsterskyddat men får användas kostnads-

fritt. 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 av narkotika förutom läkarordinerade otillåten, och därför ska alla klienter eller patienter med poäng över noll på DUDIT utredas vidare för att av-göra huruvida det rör sig om illegalt bruk.

Frågorna rör både den aktuella situationen och det senaste året eller åren. DUDIT är således känsligt för förändringar i klientens eller 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 både en svensk- och en engelskspråkig manual. Instrumentet lämpar sig väl för att ge återkoppling av resultaten till klienter och patienter, och kontinuerligt stöd för användare kan ges. Beroendecentrum i Stockholm ger utbildning i att använda DUDIT liksom även att återkoppla resultatet till klienten eller patienten.

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 dock 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 man använda en kombination av biologiska test och psykologiskt test. Som biologiska test är en kombination av CDT och GT speciellt användbar. Som psykologiskt test skulle AUDIT kunna användas som rutin inom socialtjänst samt primär- och kriminalvård även om dess validitet i egenskap av bedömning av problemets svårighetsgrad inte är utvärderad. För bedömning inom specialistvården kan det vara bättre med ett mer avancerat test, t.ex. AVI-R2.
- För bedömning av svårighetsgrad när det gäller narkotikamissbruk finns det psykologiska testet DUDIT-E.

Den redogörelse som hittills gjorts av olika test har haft som främsta syfte att beskriva metoder för att identifiera riskfylld eller skadlig alkohol- eller narkotikakonsumtion. I flera fall kan också dessa test utnyttjas för bedömning av problemens 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 med testningen, dvs. antingen identifiera ett enstaka aktuellt intag eller en långvarig överkonsumtion.

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

Ett etanoltest (alkoholtest) visar om personen är påverkad av alkohol, medan EtG, EtS och 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 under längre tid (veckor till månader).

Användning av biologiska alkoholmarkörer vid problembedömning, enskilt eller i kombination, 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.

Psykologiska test för att bedöma alkoholproblemets svårighetsgrad – AVI-R2

AVI-R2 (Alkoholvaneinventoriet, andra reviderade upplagan) är ett självskattningsformulär som vidareutvecklats i flera omgångar sedan 1980-talet. Det syftar till att ge en differentierad och standardiserad kartläggning av alkoholvanor, 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 som tobak, tillsammans med 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 cirka 15 minuter och att rätta testet för hand cirka 5 minuter. Att använda testet kräver ingen särskild utbildning men det är nödvändigt med en manual för att kunna sätta rätt poäng.

AVI-R2 kan användas för att karakterisera enskilda klienter och patienter och för att jämföra 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.

Expertgruppen har inte föreslagit AUDIT som instrument för bedömning av alkoholproblemets svårighetsgrad eller tyngd, men internationellt används det även i detta sammanhang. Även om man inte kopplar utfallet av AUDIT till några diagnoskriterier torde det vara ganska uppenbart att mycket höga poäng på testet kräver andra åtgärder än vad låga poäng gör.

Biologiska test för att bedöma narkotikaproblemets svårighetsgrad

När det gäller att bedöma narkotikaproblemets svårighetsgrad hos den enskilda individen finns det inga biologiska test. Man är därför hänvisad till ett psykologiskt test.

Psykologiskt test för att upptäcka narkotikaproblemets svårighetsgrad – DUDIT-E

DUDIT-E (Drug Use Disorders Identification Test, modul E) är ett nykonstruerat svenskt diagnostiskt test för att kartlägga 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 (s.k. narkotikastatus).

Testet ger därför goda möjligheter att återkoppla resultatet till klienter och patienter.

Det finns inga liknande alternativa testmetoder i Sverige men nyligen startades en utbildning i DUDIT-E-användning. 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 att bedöma 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 institutionsstyrelses (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, EuroADAD eller MAPS krävs det en omfattande utbildning och helst även mer eller mindre kontinuerliga kontroller för att garantera tillförlitliga resultat.

Två metoder för bedömning av hjälpbehov

Det behövs breda klient- och patientbedömningsinstrument för val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av klientens och patientens situation och behov. Kunskap om klientens eller 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 personens situation och problem som kan ligga till grund för en bedömning av hjälpbehovet. Den kan också användas för den enskildes vård- och behandlingsplanering.

Om ASI-intervjun genomförs med en viss systematik, kan den ge verksamheter och enheter beskrivningar av klient- och patientgrupper som kan användas som underlag för att planera 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 klient- och patientgrupper och de kan därför inte generaliseras. Detta gäller särskilt intervjuarskattningarna.

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

ASI-intervjun innehåller cirka 180 frågor som täcker 7 livsområden av betydelse för personer med missbruks- eller beroendeproblem. Förutom frågor om alkoholanvändning och narkotikabruk ställs frågor om arbete och försörjning, familj och umgänge, brott och kriminalitet samt fysisk och psykisk hälsa. Därutöver ställs frågor om missbruk och beroende 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 cirka 70 minuter och uppföljningsintervjun på cirka 30 minuter. ASI-metoden är väl lämpad för återkoppling av resultaten till klienten/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 samt granskar utbildningens och utbildarnas kvalitet. Det finns ett datorprogram med inmatningsmodul, uttag av rapporter, statistik och supportfunktion. Kostnaden för detta 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 framför allt 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 eller patienten om problem och behov. Inom SiS (Statens institutionsstyrelse) finns därutöver möjlighet att få underlag för verksamhetsplanering.

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

Förutom de frågor kring de sju livsområden som finns i ASI innehåller ADAD 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 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 svensk översättning av Euro-ADAD (*European version of the adolescent assessment dialogue*), vilket är ett instrument som framtagits av ADAD:s upphovsmän. I Euro-ADAD ingår *ADAD Feedback Form* (AFF) som en del i av metoden. AFF underlättar intervjuarskattningen och användningen av Euro-ADAD i klientarbetet.

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. Manualen 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 vad 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 och det finns en utförlig manual.

Formulären bedöms ha god innehållsvaliditet men har endast i begränsad utsträckning blivit föremål för psykometrisk prövning. En sådan kvalitetsgranskning har dock 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 data-program, 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 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 eller mellan yrkesgrupperna.

Det är viktigt att både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens missbruks- och 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 eller patientens förändring för att kunna modifiera insatserna om det är nödvändigt (klient- och patientsäkerhetskrav).

Kraven på att göra ordentlig dokumentation av de vidtagna insatserna 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 för myndigheter att utan hinder av denna lag sinsemellan utbyta information om en 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 ofta 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 när det gäller systematisk dokumentation, publicering och diskussion av klient- och patientfall. I det sammanhanget är det viktigt med en enhetlig terminologi och enhetliga definitioner av centrala begrepp som behandling, missbruk, beroende osv.

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 (s.k. intraindividuell) förändringen över tid som ska studeras. Referensvärden som bygger på undersökningar av olika befolkningsgrupper (populationsbaserade referensvärden) är av mindre intresse. Därför är det väsentligt att omständigheter 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 eller -beroende är en kombination av markörer ofta att rekommendera. Upprepade mätningar av CDT och GT kan användas för att klargöra om klienten eller patienten rehabiliterats eller fortfarande har ett pågående riskbruk, missbruk 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 alkoholmissbruket, 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. För mer omfattande kartläggningar kan ASI eller uppföljningsformulären i DOK 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 förhållanden på en mer generell nivå.

Den enskilde individen gynnas av att man fortlöpande följer resultaten av behandlingen 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 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 psykologiska 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 frågan är vidare om man ska 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 s.k. intraindividella förändringen). Referensvärdet är alltså utgångsvärdet man uppmätte för individen när han eller hon 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 klientens eller patientens 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 (test som direkt mäter förekomsten av etanol i kroppen) inte ger resultat. Alkoholen (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. Anledningen är att det senare endast kan jämföras med *referensvärdena* för en allmän population. Det ska understrykas att samma mätmetod ska användas vid sådana intraindividuell uppföljningar.

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-nivån 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 är frågan hur säkert man kan identifiera respektive avfärda att narkotika har använts. Då gäller samma råd som getts i avsnittet om problemidentifikation, med följande tillägg: En individ kan efter avslutat bruk av cannabis få positivt resultat i narkotikatest 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 eller uteslutas.

Psykologiska test för att följa upp behandlingen

Både vid biologiska och psykologiska metoder gäller att man vid uppföljningen ska relatera det första mätresultatet till resultaten i samma test vid senare mättillfällen för att se om en förändring skett och, om så är fallet, i vilken riktning.

När man vill använda samma testmetod vid två eller flera tillfällen ställs man dock inför flera metodproblem. Dessutom måste man kontrollera om frågorna och svarsalternativen verkligen täcker de tidsperioder man är intresserad av.

Både AUDIT och DUDIT kan komma ifråga för sexmånadersuppföljningar när det 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 resultaten också påverkas av egenskaper hos intervjuaren eller testledaren som klienten eller patienten lägger märke till, något som man måste ta hänsyn till.

När man vill jämföra olika resultat av psykologiska test hos samma individ är det därför viktigt 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 med avseende på t.ex. kön och ålder.

Etiska aspekter vid användning av test

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

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

Etiska aspekter vid biologiska test

Användningen av biologiska test förekommer främst inom hälso- och sjukvården och då tillämpas de etiska regler som gäller för all annan diagnostik och behandling. Framför allt innebär dessa regler att 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 psykologiska test

Sedan många år finns ett etiskt regelverk för förhållningssätt vid och användning av psykologiska 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 psykologiska test hänvisas till detta

regelverk som noggrannare presenteras i faktaunderlaget. Resultat från psykologiska test måste hanteras med stor varsamhet.

Inför testningen eller intervjun kan en del klienter och patienter vara rädda för 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 klienten eller patienten får en möjlighet att diskutera sina resultat och de slutsatser de gett upphov till och att klienten möts med respekt och empati.

5. Narkotika – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling

Begränsade kunskaper om narkotikamissbrukets eller -beroendets omfattning

Det är svårt att få tillförlitliga uppgifter om narkotikamissbrukets omfattning, dvs. hur många narkotikamissbrukare det finns. I en studie från 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 år.¹⁹

Den information som finns täcker ett brett spektrum av narkotikamissbrukare, från dem med långvariga och intensiva kontakter med en eller flera vårdgivare till dem som över huvud taget 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 och -beroende 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 behandlingen har effekt, och om det är möjligt att i dag ange vilka tekniker eller metoder som kan anses ha effekt och i så fall under vilka förutsättningar.

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

¹⁹ Totalt fann CAN 1998 i sin studie av det tunga missbruket 26 000 personer som definierades som tunga missbrukare

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 personer som injicerar narkotika, främst i form av olika leverinfektioner (hepatiter) och hiv, är här en komplicerande omständighet.

En annan tvistefråga på vårdens område är nyttjandet av läkemedel för att behandla 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 en ersättning eller ett substitut som konserverar och bevarar det drogmissbruk- eller beroende som behandlingen ska få bukt med.

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

Ständigt nya narkotikapreparat 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 Läke-medelsverkets förteckningar, men de starka ekonomiska drivkrafterna gör att nya preparat ständigt utvecklas och förändrar drogmarknaden.

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

Narkotika är således inget enhetligt fenomen, vilket bl.a. försvårar forskningen kring dessa preparat.

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

Inte bara behandling påverkar

Av erfarenhet vet vi att specifik behandling endast är en liten del av en komplex verklighet som den enskilde befinner sig i och påverkas av. Om

man granskar betydande förändringar i personernas liv och försöker isolera eller identifiera faktorer som kan anses ha haft ett inflytande över dessa förändringar, framstår medvetna interventioner riktade mot missbruket eller beroendet 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, behandlingsklimatet och behandlingsstrukturen.

Förändringar som leder till ”tillfrisknande” är således långt mer komplexa än vad man i allmänhet föreställer sig.²⁰ Sannolikt är förändringarna resultat av många olika, ibland samverkande faktorer. Interaktions- eller synergieffekterna är förmodligen betydande, vilket talar för att en rad förhållanden och omständigheter i den enskildes liv måste uppmärksammas, och behandlingen måste fogas in i en helhet. Det utesluter dock 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 1.

Slutenvård eller öppenvård?

Behandling av personer med missbruks- eller beroendeproblem har de senaste femton åren delvis skiftat inriktning; från slutna till öppna vårdformer. 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 bevis som talar till något av alternativens fördel?
- För vem eller vilka grupper ska det ena eller andra alternativet väljas?

För socialtjänsten spelar tvångsvården 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 dömts till tvångsvård.

²⁰ Frågan om andra faktorer betydelse och långtidsförloppet för ”obehandlade” narkotikamissbrukare diskuteras i riktlinjerna under rubriken *Långtidsförlopp vid narkotikamissbruk*, i detta kapitel.

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 Statens institutionsstyrelse som ansvarar för tvångsvården. Här behandlas dock inte frågor om effekter av tvångsvård²¹.

Med stöd av 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 uppmärksammats 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 också med vissa svårigheter. Det har uppmärksammats i det nyligen genomförda arbetet med att inventera forskningsresultaten inom området (se faktaunderlaget, under avsnittet om psykosocial behandling av narkotikamissbrukare) där evidensfrågan särskilt uppmärksammats. 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 visar minskade kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Få av dessa studier har särskilt studerat missbruk och beroende av olika narkotiska preparat. Vilken psykosocial metod som är mest kostnadseffektiv har därför inte kunnat 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 är abstinensbehandling synnerligen viktig, oavsett möjligheterna att kunna erbjuda mer långsiktig behandling.
- Det saknas specifik läkemedelsbehandling för abstinenssymtom när det gäller amfetamin, kokain, cannabis och hallucinogener. För can-

²¹ I betänkandet Tvång och förändring, SOU 2004:3, behandlas denna fråga mer ingående.

nabis finns rapporter om farmakologisk behandling, men de är få och inga säkra slutsatser kan därför dras. För symtomatisk behandling vid agitation och oro föreslås generellt bensodiazepinbehandling.

- Abstinensbehandling som inte följs av vidare behandling gagnar inte patientens situation på längre sikt. Genom att erbjuda denna behandling i ett sammanhang, s.k. ”vårdkedja”, kan däremot patientens situation stärkas. Redan vid inläggning i sjukhusvård är samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården väsentlig.
- Åtgärder som gäller 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 (evidensgrad 4).
- Informationssamtal med patienten före inläggning för abstinensbehandling tycks förbättra resultaten av denna (evidensgrad 2).

Inledning

Abstinensbehandling har traditionellt kallats avgiftning inom hälso- och sjukvården. Termen avgiftning anses dock inte medicinskt korrekt och har både i Sverige och i internationella sammanhang alltmer kommit att ersättas 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 att intaget av drogen eller drogerna upphör. Syftet med abstinensbehandling är ofta också att förbereda eller motivera till fortsatt behandling i andra vårdformer. Likaså är abstinensbehandling ibland nödvändig vid allvarliga psykiatriska och 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 mångfacetterad. För att bli effektiv måste höga krav på verksamheten ställas under och efter behandling. Det är viktigt att både socialtjänst och hälso- och sjukvård tar ett gemensamt ansvar för att klientens eller patientens vidare vårdbehov ska kunna tillgodoses.

Även om det i dag saknas kunskapsunderlag om abstinensbehandling-

ens långtidseffekter finns en klinisk konsensus om att abstinensbehandlingar som inte följs av vidare behandling ger sämre effekt eller behandlingsresultat, men fyller ändå en viktig funktion för att behandla akuta psykiatriska och somatiska komplikationer och 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. Den omfattar i dag missbruk eller beroende av opiater, bensodiazepiner²² och alkohol.

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

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 förhöjd kroppstemperatur (hypertermi).

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

Cannabis: Det finns ingen etablerad farmakologisk behandling mot abstinenssymtom till följd av cannabismissbruk. Oro, agitation och psykotiska symtom kan symtomatiskt behandlas med bensodiazepin eller antipsykosmedicin (neuroleptika).

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

Abstinensbehandlingens vårdstruktur

Det finns ett 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 (s.k. drop-out) är den kanske vanligaste komplikationen vid abstinensbehandling.

²² Beroende av bensodiazepin m.m. behandlas inte i dessa riktlinjer, se kapitel 1.

Det viktigaste målet är att klienten eller patienten ska förmås att genomföra hela abstinensbehandlingen. Skälet är att behandlingen kan bereda vägen för planering och genomförande av ytterligare vårdinsatser. 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).

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

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

Effektiviteten av korta abstinensbehandlingar är starkt ifrågasatt och studier talar för att korttidsbehandling av abstinens är ineffektiv. Forskning pekar dock möjligen på att slutenvård är att föredra framför öppenvård vad gäller abstinensbehandling.

En åtgärd som visats påverka abstinensbehandlingen är att regelmässigt kalla patienterna till informationssamtal före intagning för abstinensbehandling. 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 en 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 opiatbruk. Dessutom stannar man längre tid i behandling (s.k. retention) på en sådan avdelning. Eftersom det inte finns några entydiga svar i litteraturen på vilket sätt allvarliga personlighetsstörningar inverkar på vårdförloppet kan det inte uteslutas 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 år 2007.

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 behandling bedöms även vara ekonomiskt försvarbar med minskade kostnader för bl.a. behandling i hälso- och sjukvård, socialtjänst och åtgärder i rättsväsende.

Utvecklings- och forskningsbehov

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

Behandling vid cannabisberoende

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Behandlingen vid cannabisberoende inriktas på omedelbar avhållsamhet, med regelmässigt övervakat urinprov (se kapitel 4), (evidensgrad 2).
- För en effektiv behandling är det viktigt att behandlingspersonalen har kunskap om kognitiva funktioner och att de kan identifiera eventuell kognitiv funktionsnedsättning. Behandlingen fokuseras på cannabismissbrukets eller -beroendets negativa effekter på tankefunktionen (evidensgrad 2).
- Behandlingen inriktas på bruket i sig med samtidiga stödinsatser för drogrelaterade kompetensbrister. Det gäller främst träning i psykologisk och social kompetens (evidensgrad 2).
- En systematisk undersökning av det s.k. drogrelaterade episodiska minnet kan ge ett underlag för självkänedom hos klienten eller patienten. Denna kan i sin tur utnyttjas för att utveckla kognitiva strategier för att stärka dennes självkänsla (evidensgrad 3).
- Behandlingen för den grupp som har mindre uttalade problem inriktas på korttidsbehandling (tre till sex gånger), medan längre behandlingsprogram (minimum fjorton sessioner över en fyramånadersperiod) reserveras för dem som haft ett så gott som dagligt missbruk under de senaste sex månaderna före behandlingsinsatsen (evidensgrad 2). De längre programmen kombineras med uppföljande stödinsatser.
- I de fall det bedöms vara rimligt kan behandlingen kombineras med stödinsatser för familj eller närstående (evidensgrad 3).

Inledning

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

I Sverige genomförs årliga undersökningar av narkotikabruk 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. 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. I Sverige är 50 procent av dem som söker behandling 20 år eller yngre.

Cannabis är dock inte enbart en ”ungdomsdrog”. MAX-undersökningen 1998 visade att bland äldre, mer belastade personer med missbruks- och beroendeproblem (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. I faktaunderlaget framhålls att termen, eller definitionen av, *cannabisberoende* bör förbehållas de personer som trots att de upplever flera beteen-demässiga, 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 eller -beroende 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 cannabisbruk och dess följsjukdomar

1997 gav Socialstyrelsen ut en rapport om skador till följd av cannabisbruk och -beroende (45). Rapporten redovisar det skadepanorama som då var känt i litteraturen²³, främst genom kunskapsöversikter (46). Skadorna

²³ En förnyad bedömning genomfördes 2002 av en av våra experter. En senare engelsk version (*Adverse Health Consequences of Cannabis Use*) har utgivits av Folkhälsoinstitutet, rapport 2004:46.

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 eller -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.

Skador och sjukdomar som kan följa av ett cannabismissbruk

Psykiska effekter	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 osv.)	Cannabismissbruk under graviditet ökar risken för lägre födelsevikt och kroppslängd hos det nyfödda barnet
Toxisk psykos		Det kan inte uteslutas att cannabismissbruk under graviditet ger upphov till missbildningar hos fostret, skador på psykiska funktioner och processer och akut s.k. icke-lymfatisk leukemi
Schizofreniliknande tillstånd	Försämring av förmågan till omvärldsförståelse	Kronisk lungsjukdom (bronkit) och cancer i luftvägarna
Ängestillstånd	Stelhet i tankestruktur (rigiditet), minnesstörningar och svårigheter att hantera förändringar	Misstanke om fertilitetsminskning hos båda könen
Depersonalisationssymtom (upplevelse av överklighet som rör den egna personen)	Försenad 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 cannabismissbruk och -beroende 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 cannabismissbruk 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).²⁴

Behandling av cannabismissbruk 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 om maximalt tre månader. 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 ytterligare stöder slutsatsen att behandling av cannabisberoende personer bör innehålla stödsatser för deras familjer eller närstående.

Det kan även nämnas att det sedan 20 år finns en modell i Sverige för behandling av äldre cannabisbrukare. Sedan 1996 finns också en manualbaserad 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 och -beroende. Studien har gjorts på ungdomar 12–18 år och visar att kostnaderna för bl.a. hälso- och sjukvård och rättsväsende minskar. Vi gör bedömningen att behandlingar vid cannabisberoende som inriktas på omedelbar avhållsamhet och med regelbundna övervakade urinprov samt på störningar i kognitiva funktioner är ekonomiskt försvarbara.

²⁴ I handboken "Hash-samtalen" betonas vikten av att professionella, dvs. lärare, pedagoger och sacionomer som har kontakt med och känner ungdomarna väl på ett respekt- och tillitsfullt sätt vågar diskutera cannabis.

Utvecklings- och forskningsbehov

En angelägen fråga för forskningen är vilka personer som befinner sig i riskzonen för att utveckla ett cannabismissbruk eller -beroende. Sådan kunskap har stor betydelse för möjligheterna till tidig upptäckt och att behandling kan påbörjas i ett tidigt stadium.

Ett annat särskilt angeläget forskningsfält är unga kvinnor som missbrukar och/eller är beroende av cannabis. Det handlar främst om att utveckla kunskaperna om och förståelsen för unga kvinnor i behandling. Det är vidare 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, tomhetskänslor och förföljelsetankar (paranoida tankar)?

Faktaunderlaget pekar också 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. Preparaten ger upphov till speciella effekter, som ibland liknar psykotiska fenomen. Bland annat är det vanligt med störningar i varseblivningen (perceptuella störningar) när det gäller syn och hörsel. 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 sänkt medvetandegrad (koma).

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

Skador vid missbruk av hallucinogener

I uppställningen nedan har de vanligaste rapporterade symtomen och tillstånden kategoriserats. Dessa redovisas liksom de effekter som uppmärksamats 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.

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 ögonrörelser (horisontell och vertikal nystagmus).

Behandling vid missbruk av hallucinogener

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

I faktaunderlaget konstateras också att missbruk och beroende av hallucinogener ofta tenderar att sammanfalla med annat drogmissbruk och beroende. Ofta rapporteras psykiatriska symtom i samband med bruket 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 bruket av två eller flera droger (s.k. blandmissbruk) eller dubbeldiagnoser.

I ett senare avsnitt i faktaunderlaget, som tar upp abstinensbehandling av personer med narkotikamissbruk eller -beroende, redovisas s.k. symptomatisk behandling för vissa av hallucinogenerna. Därutöver finns översiktsartiklar som föreslår möjliga farmakologiska behandlingsalternativ. Dessa bör dock ses som hypotetiska eftersom 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 behandlingsalternativ vid alkohol- 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 genomföra en nationell 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 stimuleras.

Behandling av missbruk och beroende av centralstimulantia

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Läkemedelsbehandling med disulfiram (Antabus®) (evidensgrad 2–3) har gynnsam effekt vid kokainberoende.
- Behandling med kognitiv beteendeterapi har effekt (evidensgrad 1) vid kokainmissbruk och -beroende.

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 Läkemedelsverkets 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 dock 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 och beroende 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 att drabbas av fysiska komplikationer. I följande uppställning redovisas några av de effekter som kan uppträda vid missbruk och beroende 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 Blodförgiftning (sepsis) Virusinfektioner; gulsot – hiv, kronisk leverinfektion (hepatit)

Hur identifieras personer som missbrukar centralstimulantia?

Den klassiska ruseffekten av centralstimulantia består av en kortvarig euforisk och en långvarig dysforisk (nedstämdhet) komponent. Den euforiska delen är färgad av självhävelsebehov 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

SBU genomförde en metaanalys av sammanlagt 25 studier som var inriktade på interventioner vid kokainmissbruk och -beroende. Samtliga studier var RCT och varierade i storlek från 12 till 1973 patienter. I analysen jämfördes tre olika interventionstyper: stödjande metoder, omlärande och beteendeterapeutiska metoder samt psykoterapeutiska metoder. SBU konstaterade att endast omlärande och beteendeterapeutiska metoder uppvisade signifikanta positiva effekter, särskilt under de första sex månaderna, vid jämförelse med en behandlad kontrollgrupp. Däremot kunde endast psykoterapi visa på ett ökat kvarstannande (retention) i behandling.

Inom området läkemedelsbehandling av missbruk och beroende av centralstimulantia finns det inte tillräckligt med studier för att kunna dra några långtgående slutsatser. I flera RCT-studier har det emellertid under senare år rapporterats resultat av farmakologisk behandling av amfetaminmissbruk och -beroende och kokainmissbruk och -beroende. 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 framför allt amerikanska studier som har studerat kokainmissbrukare. Undersökningsgrupperna har varierat från cirka 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 (s.k. counselling) 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 framför allt kokainmissbruk. Tveksamheter finns dock beträffande baklofen och naltrexon.

Socialstyrelsen gör dock bedömningen att resultaten av studierna av koka-
missbruk till viss del är tillämpliga även för andra centralstimulantia.

Utvecklings- och forskningsbehov

Faktaunderlaget pekar på behovet av ytterligare forskning. Det gäller främst preparat som naltrexon och baklofen och andra preparat än kokain 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.

Psykosocial behandling av opiatmissbruk och -beroende

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Psykosocial behandling i sig har effekter på missbruket, vilket innebär att sådan kan bli aktuell när det inte är möjligt med en kombinationsbehandling.
- Ingen enskild psykosocial behandlingsmetod som varit föremål för analys framstår som överlägsen någon annan (evidensgrad 2).
- Psykoterapier (med psykoterapiutbildade utövare i familjeterapi, dynamisk terapi eller kognitiv terapi) framstår dock som effektivare när det gäller kvarstannande i behandling (visst vetenskapligt stöd).

Inledning

Socialstyrelsen har tidigare gett ut en kunskapsöversikt samt en föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2004:8) angående läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Även en handbok som vägledning har publicerats. Därför har Socialstyrelsen i dessa riktlinjer inte behandlat läkemedelsassisterad behandling. Föreskrifter är bindande och alltså starkare än rekommendationer. I både kunskapsöversikten och föreskrifterna dras följande slutsatser:

Tre olika typer av läkemedel diskuteras och dokumentationen är mest omfattande för Metadon. Detta medel ger goda effekter för kvarstannande i behandling, minskat missbruk och förbättrad social funktion. Medlet har även en dokumenterad effekt när det gäller att minska dödligheten. För buprenorfin (Subutex®) finns en mindre omfattande men samstämmig dokumentation med avseende på samma effektmått. Medlet erbjuder en attraktiv farmakologisk profil, eftersom dess partiella agonist-egenskaper begränsar risken för överdos och för att utveckla ett beroendeberoende.

Dokumentationen för naltrexon (Revia®) är splittrad, och även om positiva effekter beskrivits på kort sikt verkar få individer genomföra behandlingen. Medlet kan sannolikt få betydelse för patienter i en tidig fas av beroendet, eller för socialt stabila patienter där det finns hög grad av socialt tryck för att kvarstanna i behandlingen.

Behandlingsstrukturen för läkemedelsassisterad behandling är viktig. För både Metadon- och Subutexbehandling finns omfattande och mycket positiva erfarenheter av integrerade kombinationer av läkemedel och psykosocial behandling. I detta avsnitt behandlas enbart psykosocial behandling av opiatmissbruk.

Opiater är starkt beroendeframkallande och får vid fullt utvecklat beroende 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 och beroende 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 hjärnpåverkande (centralnervös), narkotisk verkan. Hit hör främst morfin och kodein (metylmorfin). Den vidare benämningen opioider omfattar både de opiatier 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 Läkemedelsverkets narkotikaförteckningar I–III.

SBU redovisade 2001 en kunskapsöversikt om psykosocial behandling av narkotikamissbrukare. Den omfattade sammanlagt cirka 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 kombinationsbehandlingar mellan effektiva evidensbaserade farmakologiska metoder vid opiatmissbruk och -beroende med psykosociala metoder utan lika stark evidens.

Skador på grund av opiatmissbruk och -beroende

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

Det som är särskilt markant för missbruk och beroende av opiatier 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 Avtrubning – uppmärksamhet och risk för fysiska skador Kronisk nedstämdhet	Nedsättning av tarm- och njurfunktion Lunginflammation och lungsjukdomar 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 förorenade preparat) Komplikationer vid graviditet

Hur kan opiatmissbrukare identifieras?

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

Olika psykosociala behandlingsmetoder

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 och patienternas drogmissbruk och -beroende och kvarstannande i behandling (retention). I analysen konstaterades att omlärande och psykoterapeutiska metoder har effekt på opiatmissbruk och -beroende, men endast psykoterapi har effekt på graden av retention. I SBU-analysen framhålls att tre faktorer utmärker studier som visar positiva effekter både för alkohol- och narkotikabehandling:

- a) Tydlig struktur i behandlingen.
- b) Fokus på missbruket eller beroendet.
- 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. kontingensträning²⁵, motiverande

²⁵ En närmare beskrivning av kontingensträning ges i faktaunderlaget. I korthet syftar sådan terapi till att förstärka önskvärda beteenden genom olika belöningssystem (teckenekonomi; vouchers eller att i farmakologisk behandling öka metadon- eller naltrexondosen).

samtal (Motivational Interviewing, MI), återfallsprevention (s.k. relapse prevention), kognitiv beteendeterapi (KBT), dynamisk psykoterapi och olika former av familjeinterventioner.

SBU:s analyser av pekar på att klienter och patienter som fått någon av de nämnda behandlingarna 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.

Psykosocial behandling ensamt har effekt vid opiatmissbruk, dvs. beroende av samtidig farmakologisk intervention. Det finns i dag sex RCT-studier av opiatberoende personer som stöder denna slutsats.

Har psykosocial behandling en effekt som inte kan tillskrivas valet av kontrollbetingelse? En slutsats av analysen är att psykosocial behandling uppvisar tydliga effekter i jämförelse med alternativa välstrukturerade kontrollbehandlingar (andra terapimetoder) och med standardbehandlingen.

Analysen försöker också klarlägga vilken betydelse olika vårdmiljöer kan ha 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.

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), – uppdelat på olika uppföljningstider vid effektmätning – visar 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 framgår att en del av de beteendeterapeutiska interventionerna inte heller påverkar att man stannar kvar i behandlingen som vid 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 när det gäller beskrivningarna av dem som deltar. Det kan bland annat gälla uppgifter om hälsa, ålders- och könsfördelning och eventuella psykiska besvär, särskilt när personlighetsstörning förekommer hos personer med missbruk eller beroende av narkotika.

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 som är svårt belastade med missbruks- eller beroendeproblem. Det gäller bl.a. begåvningshandikapp. Här kan regelmässiga kartläggningar av den enskildes vårdkonsumtion ge viktiga upplysningar.

5

Långtidsförlopp vid missbruk och beroende av narkotika

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Samhället behöver 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 (s.k. natural recovery) kan systematiskt utnyttjas för utvecklingen av den professionella behandlingsverksamheten.
- Det är viktigt att socialtjänst och hälso- och sjukvård etablerar kontakter med självhjälpgrupper för erfarenhetsutbyte eller bistår personer med narkotikaproblem eller -beroende med hjälp till sådana kontakter. Sådant stöd kan initieras både under och efter en behandling.

Inledning

Här redovisas huvuddragen i den forskning som bedrivits kring långtidsförloppet vid narkotikamissbruk och -beroende och kring lösningar utanför vårdssystemet ("sjävläkning"). Även om dessa studier inte kan inordnas i den typ av evidensgradering som i övrigt använts i faktaunderlaget, är de ändå värdefulla eftersom de

- speglar narkotikaproblemens komplexitet
- visar behovet att utveckla strategier för att hjälpa personer med narkotikamissbruk och -beroende 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 bredare socialpolitiskt och narkotikapolitiskt sammanhang.

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

Långtidsförloppet vid narkotikamissbruk och -beroende och chansen till sjävläkning

I några undersökningar har man under flera decennier följt upp behandlade heroinmissbrukare, och där framstår missbruket eller beroendet 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 provat olika narkotiska preparat – inklusive opiater – och upphört med detta, gjort detta utan professionell hjälp. Det visar s.k. tvärsnittsstudier av representativa befolkningsurval. En mycket stor majoritet av de amerikanska soldater som blev beroende av heroin i Vietnam slutade således med sitt bruk på egen hand efter hemkomsten. En senare långtidsuppföljning bekräftar att sjävläkning snarare varit regel än undantag. De studier som mer specifikt fokuserat på lösningar utanför vårdssystemet ger en varierad bild, delvis beroende på metodologiska skillnader mellan olika studier.

En rimlig sammanfattande slutsats av långtidsförloppet vid narkotikamissbruk är att de flesta 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. Det finns dock inget entydigt svar på frågan om hur vanligt det är, 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 eller beroendet i kombination med omständigheter som ger hopp om eller pekar på möjligheten till ett annat liv. Dessutom verkar möjligheten till en bestående frihet från missbruk eller beroende i hög grad hänga ihop med kulturella faktorer och andra faktorer i omgivningen (s.k. kontextuella faktorer), t.ex. stöd från betydelsefulla personer och tillgång till attraktiva alternativ till missbruket.

Individens personliga och inte minst sociala resurser är en viktig faktor. 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.

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. Senare decenniernas forskning har i stället 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 personer med narkotikamissbruk eller -beroende som av varierande skäl drar sig för att söka den hjälp som erbjuds i dag, och på vikten av att på olika sätt stödja den långsiktiga friheten från missbruk hos personer som slutat.

Självhjälpsgrupper inom narkotikaområdet

Enligt den översikt som refereras i kunskapsunderlaget finns relativt få studier om självhjälpsgrupper på narkotikaområdet. En sammanfattande slutsats i översikten är dock att det finns relativt goda belägg för att medlemskap i Anonyma Narkomaner (NA) efter behandling innebär ett bättre långsiktigt utfall och att man därför bör förespråka ett förbättrat samarbete mellan det professionella vårdssystemet och olika självhjälpsgrupper.

De refererade studiernas upplägg ger dock inga möjligheter att upptäcka eventuella negativa effekter av deltagande i självhjälpsgrupper, och därför bör deltagande i sådana grupper även i fortsättningen vara frivilligt.

Utvecklings- och forskningsbehov

Faktaunderlaget pekar på behovet av fler studier, helst med prospektiv ansats²⁶ som närmare granskar vilka faktorer – till exempel individernas personliga eller sociala resurser – som har betydelse i självläkningens dynamik. Sådan forskning bör bl.a. ta sin utgångspunkt i skillnader mellan olika grupper när det gäller narkotikapreparat, missbrukets eller beroendets varaktighet och intensitet samt sociala resurser. Det är dock problematiskt att genomföra sådana studier eftersom narkotikan är illegal. Det gäller inte minst rekryteringen av deltagare (respondenter).

En annan infallsvinkel kan vara att studera gränserna mellan det professionella behandlingssystemet och självhjälpsgrupper. Det vore också givande att närmare utvärdera om och på vilket sätt webbaserade självhjälpsmanualer och liknande används.

Sociala stödåtgärder

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Det är viktigt att utvärdera om samhället klarar av att erbjuda de stödåtgärder som behövs.
- Det är viktigt att vården verkar för att underlätta situationen för de familjemedlemmar som kan stödja personer med missbruk eller beroende av narkotika.
- En kombination av hemlöshet och missbruk eller beroende är ett hinder när det gäller förmågan att tillgodogöra sig boendestöd samt annan social service och behandling.

²⁶ Här avses forskning som följer deltagarna framåt i tiden, i motsats till retrospektiv där den behandlade följs bakåt i tiden.

Inledning

Många vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblem som har kontakt med vården har även andra problem och sociala svårigheter. Ungefär en sjättedel av de vuxna missbrukare som har kontakt med det svenska behandlingsväsendet är hemlösa. Vi vet också att en stor del av missbruks- och beroendevårdens klienter är ensamstående eller frånskilda 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 är vanligare bland drogmissbrukare än i den totala befolkningen. Dessutom samvarierar (korrelerar) självmord med bristande familjestöd, svåra psykosociala problem och blandmissbruk samt med en (ouppfylld) önskan att få vård.

Forskningen kring naturlig läkning (se avsnittet ”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 eller beroendet, med eller utan behandling.

I den följande redovisningen uppmärksammas kunskapsläget när det gäller familjens roll, personalens 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 den enskildes 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 framför allt 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 också vara ett viktigt motiv för kvinnor att ändra sitt riskbeteende.

Familjen och närstående kan spela en viktig roll för att en person med missbruks- eller beroendeproblem ska upprätthålla drogfrihet, ta kontakt

med vården eller behålla en sådan kontakt. Anhöriga som genomgått s.k. community reinforcement training (CRA) lyckades bättre än kontrollgruppen med att motivera personerna att söka vård, men det är inte klart i vilken mån resultaten kan generaliseras.

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 personer med missbruk eller beroende av narkotika. Enligt vissa forskare finns det däremot ingen vetenskaplig kunskap 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 den enskilde i ett missbruk eller beroende. Att leva med en annan person med missbruk eller beroende i familjen kan enligt forskningen öka narkotikabruket. Det är svårt att dra några 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. exosystem²⁷), som:

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

Föräldrar med missbruks- och beroendeproblem som är stödjande och närvarande i barnens liv kan ändå ge barnen den nödvändiga grundtryggheten om familjen får socialt och ekonomiskt stöd av sin omgivning. Även andra förhållanden än föräldrarnas missbruk eller beroende i sig påverkar den avgörande kvaliteten i relationen mellan föräldrar och barn. Narkotikamissbruk eller -beroende 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

²⁷ Med exosystem menas andra miljöer än de som barnet direkt har relation till och som indirekt påverkar barnets utveckling, t.ex. föräldrars förhållande och position i arbetslivet.

informella nätverket verkar 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 narkotikabruk kan leda till social isolering, men det kan också leda till nära band med andra personer med missbruk eller beroende, 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 personerna 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.

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 hjälpomöjlighet 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 ge en väg ut ur missbruk och beroende.

Hemlöshet och boendestöd

Personer med missbruk eller beroende av narkotika har, enligt en samstämmig forskningsbedömning, svårare än andra att ta sig ur sin hemlöshet. Hemlösa med s.k. dubbeldiagnos (samtidigt missbruk eller beroende och psykisk störning eller sjukdom) kan ha särskilt svårt att få kontakt med vården och få socialt stöd. Samma grupp får i mindre grad tillgång till samhällets service än andra personer med missbruks- och beroendeproblem.

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 hemlöshetsproblemen²⁸, prioriteringar av insatser för bl.a. personer med missbruks- och beroendeproblem 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 resultatmåtten 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 t.ex. kvarstannande i behandling (retention) eller behandlingseffekter påverkas av om man har arbete före eller efter behandlingen.

Studier av effekter av manualbaserad träning för personer med missbruks- och beroendeproblem 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 en narkotikafri miljö kan vara viktiga för en framgångsrik arbetsrehabilitering.

Utvecklings- och forskningsbehov

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

Studier av olika metoder för stöd till anhöriga och närstående 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 motivera till abstinensbehandling eller annan behandling.

Inom detta område är det viktigt med 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.

Flera forskare efterlyser kvalitativa studier för att få en bättre insikt i

²⁸ Socialstyrelsen redovisade 2006 en nationell kartläggning ”Hemlöshet i Sverige 2005, omfattning och karaktär”.

hur man blir hemlös eller hur tillståndet kan brytas, samt en bättre kunskap om förhållandet (interaktionen) mellan personal och hemlösa. Eftersom det är svårt att göra kontrollerade studier på detta område, kan man med hjälp av omfattande kartläggningar (s.k. surveys) försöka få fram resultat som ger information om de strukturer och processer som påverkar 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 på så sätt att interventionerna ofta är 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.

Etiska aspekter

Vi menar att behandling av personer med missbruk och/eller beroende ska ske med utgångspunkt i en humanistisk värdegrund som syftar till att bevara och beakta människors värdighet. För detta krävs en etisk hållning präglad av engagemang och respekt för klienternas och patienternas integritet och självbestämmande. Deras inflytande och delaktighet är av största vikt, även om detta naturligtvis begränsas avsevärt inom den vård som ges med stöd av tvång. Inom sådan vård är det än viktigare att se till och nyttja de möjligheter för inflytande och delaktighet som ändå finns.

För att inflytande och delaktighet ska kunna äga rum i praktiken krävs att klienten eller patienten ska vara väl informerad (s.k. informerat samtycke) om syftet med behandlingen, formerna för denna och dess innehåll. Detta är en förutsättning för att behandlingens form och innehåll ska kunna utformas i samråd mellan klienten eller patienten och personalen. Förutom att en sådan hållning är etisk i sig själv så minimerar den också risken att klienten eller patienten avbryter behandlingen i förtid eller lämnar behandlingen på ett oplanerat sätt. Det kan antas att sådana erfarenheter har negativ inverkan på möjligheterna att motivera framtida behandlingsinsatser, om sådana skulle bli aktuella.

Vi menar även att den vård och behandling som ges ska grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. De behandlingsmetoder som praktiseras bör därför kunna visa på evidensbaserade effekter, såvida inte be-

handlingen är inordnad i en vetenskaplig studie eller undersökning, där metoden eller metodiken är föremål för granskning. Metoden ska primärt syfta till att klienten eller patienten får stöd och hjälp att uppnå alkohol- eller drogrelaterade mål och vara inriktad på att förändra den enskildes missbruk- eller beroende. Det bör uppfattas som oetiskt att använda metoder som inte har ett vetenskapligt stöd. Det utesluter inte att andra insatser, t.ex. omvårdnad eller boende, kan förekomma. Det ska dock klart framgå för klienten eller patienten att dessa insatser inte primärt syftar till att behandla alkohol- eller drogproblemet i sig.

6. Alkohol – psykosocial behandling och läkemedelsbehandling

Inledning

Alkoholfrågan var en av de viktigare socialpolitiska frågorna under 1900-talet och kommer med stor sannolikhet också att vara ett viktigt inslag i debatten om den framtida välfärden och särskilt folkhälsopolitiken.

Under det förra seklet 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 värnandet av alkoholpolitiska erfarenheter med djupa rötter i bl.a. nykterhetsrörelsen och arbetarrörelsen. Frågor som dominerat debatten är bl.a. alkoholskatten, monoopolet 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 anses ha ökat behovet av upplysande och förebyggande insatser liksom behovet av vård och behandling.

I praktiken betyder det att kraven successivt har 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 däremot aktuell kunskap kring behandling av alkoholmissbruk och beroende.

Alkoholabstinens

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Bensodiazepiner motverkar både ospecifika och specifika abstinenssymtom och verkar i dag vara det mest verksamma medlet. Inget enskilt preparat inom denna grupp kan anses överlägset något annat. Behandling innebär en risk för beroendeutveckling och det bör särskilt uppmärksammas vid långtidsbehandling (evidensgrad 1).
- Klometiazol (Heminevrin) har vetenskapligt dokumenterad effekt när det gäller ospecifika abstinenssymtom, men uppvisar biverkningar – främst ökad sekretion i andningsvägarna (visst vetenskapligt stöd).
- Betareceptorantagonister är effektiva vid ospecifika abstinenssymtom, men har ingen dokumenterad effekt på specifika symtom som delirium tremens eller kramper (evidensgrad 2).
- Vetenskapligt underlag saknas för att bedöma effekterna vid abstinensbehandling med anti epileptiska medel som till exempel karbamazepin, fenytoin och valproat. En rad biverkningar av dessa preparat är kända.
- Vid alkoholabstinens ges Tiamin innan patienten får mat och dryck eller dropp. Svåra hjärnskador och andra allvarliga komplikationer kan därmed undvikas (evidensgrad 1).

Inledning

En av konsekvenserna av alkoholberoende är abstinenssymtom efter det att alkoholintaget har upphört. De bakomliggande neurofysiologiska faktorerna till abstinenssymtom är till stora delar kända. I regel är abstinensbesvären 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 s.k. 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, tremor eller abstinenskramp.

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 kroppslig sjukdom eller skada (t.ex. lunginflammation, urinvägsinfektion, skelettfRACTUR och ansiktstrauma), långvarigt intag av stora mängder alkohol och tidigare erfarenheter av delirium, tremor eller svåra abstinenssyndrom.

I vissa fall kan abstinenssymtom uppträda flera veckor efter det att alkoholkonsumtionen upphört. Detta kan bero på exempelvis missbruk av bensodiazepin, men också på exempelvis depression och bipolär sjukdom.

Det vanligaste sättet att bedöma effekten av behandlingen är att undersöka graden av abstinenssymtom. Antalet abstinenskramp, delirium tremens och dödsfall förekommer också som mått. Bedömningen sker i regel med en utprovad skattningsskala, men 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 re-

sultaten av 3 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 B₁) kan bl.a. utlösa Wernickes encefalopati, som är ett tillstånd med hög dödlighet och risk för kvarstående hjärnskador, och Korsakoffs sjukdom (se ”Alkoholbetingad varaktig minnesstörning” enligt DSM-IV). Direkta drogeffekter 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 (till exempel i form av saft eller kolhydratrika livsmedel men även kolhydratdropp) kan utlösa en latent tiaminbrist, ska tiamin alltid ges innan patienten får sådant dropp eller några kolhydratrika livsmedel.

b. Profylax mot abstinenskrampor och delirium tremens

Bensodiazepiner utgör en grupp kemiska ämnen med en förhållandevis komplex verkan. De har framför allt en ångestdämpande effekt. Flera preparat har också kramphämmande, antiepileptisk eller sömngivande verkan. En rad olika preparat av bensodiazepin-typ (t.ex. oxazepam, klordiazepoxid, diazepam och 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 verkar ha en signifikant påvisbar effekt vid abstinenssymtom jämfört med tableter utan aktiv substans – sockerpiller – s.k. 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 säkerställt förebyggande effekt mot abstinenskrampor och delirium tremens.

Klometiazol (bl.a. Heminevrin som tidigare använts i stor utsträckning i abstinensbehandling) och antiepileptika är preparat som förenar lugnande, kramphämmande och antiepileptisk verkan. Även här har flera olika preparat prövats. Dokumentationen är dock begränsad och antalet patienter är för litet för att man ska kunna dra några säkra slutsatser om effekterna. 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 s.k. agonister med andra preparat, bl.a. bensodiazepin och klometiazol. Studierna visar att klonidin minskar ospecifika abstinenssymtom. Underlag saknas dock för slutsatser om effekterna 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 framför allt propranolol och atenolol som använts. Studierna belägger som väntat goda effekter mot förhöjt blodtryck, hjärtklappning och diarréer. Inga andra effekter kan anses belagda. Betablockerare anses kunna maskera tidiga symtom på delirium tremens.

Lustgas (N_2O) ger narkoseffekt och ges ofta i samband med *syrgas* (O_2), en omdiskuterad metod för att lindra abstinenssymtom. Vetenskapligt stöd saknas, bl.a. på grund av att de fåtaliga studierna inte upprepats vid andra oberoende centrum.

Psykologisk behandling vid lättare alkoholabstinens (ospecifika symtom) har ansetts lämplig eftersom skillnaderna i effekt mellan placebo-behandling och det aktiva läkemedlet i vissa studier varit obefintlig. Det vetenskapliga underlaget är dock för närvarande svagt.

Övriga preparat som prövats är *nimodipin* (s.k. kalciumantagonist), *caroverin* (också kalciumantagonist), *tiaprid* (dopaminantagonist) och *liti-um* (medel vid manodepressiva tillstånd samt etylalkohol). Inget av dessa preparat har någon dokumenterad effekt som förebyggande behandling (profylax) mot kramper eller delirium. Både litium och etylalkohol dämpar ospecifika symtom som oro och rastlöshet, men får inte användas förutom efter intag av träsprit (metylalkohol).

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, somliga med 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 inom intensivvården.

Bensodiazepiner rekommenderas i flera översikter som behandling vid delirium tremens. Det är främst diazepam som prövats. Vid jämförelser mellan olika preparat ses inga skillnader i effekt. *Klometiazol* (Hemineurin) har inte prövats 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 (Catapresan) 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 (ECT) kan användas rutinmässigt vid olika typer av psykiatriska tillstånd, men det finns inga randomiserade kontrollerade studier av denna behandling vid delirium tremens.

Utvecklings- och forskningsbehov

Det finns effektiv och väldokumenterad behandling för att förebygga abstinenskramper 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 av alkoholmissbruk och -beroende

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Behandling med akamprosot (Campral) och naltrexon (Revia®) har effekt, särskilt om dessa kombineras med medicinsk rådgivning, stöd och noggranna medicinska uppföljningar (evidensgrad 1).
- Behandling av personer med alkoholmissbruk eller -beroende kan med fördel bedrivas som en kombination av läkemedelsbehandling och samtidig psykosocial stödinsats eller psykosocial behandling (evidensgrad 1).
- Disulfiram (Antabus®) har visat sig ha effekt när intaget sker under överinseende av en annan person, företrädesvis en behandlare (evidensgrad 1). Behandling med disulfiram förutsätter kontroll av leverfunktionen.
- Behandling av alkoholmissbruk och -beroende med antipsykosmediciner (neuroleptika), antidepressiva och annan medicin mot ångest har ingen effekt, men kan ha effekt på det psykiatriska tillståndet.
- Behandling av alkoholmissbruk och -beroende med örönakupunktur har enligt expertunderlaget ingen evidens.
- Behandling med implantat av disulfiram (Antabus®) har enligt expertunderlaget ingen bevisad effekt.
- Behandling med neuroleptika mot återfall saknar evidens.

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 missbruk och beroende. Med undantag för behandling med disulfiram används dock läkemedelsbehandling fortfarande i begränsad omfattning i Sverige.

Forskningen inom området visar individuella variationer i hur den enskilde förändrar sitt drickande efter behandlingen. Det har lett till antaganden om att valet av läkemedel och psykosocial behandling kan anpassas efter den enskildes särskilda förutsättningar och att kombinationer av läkemedel också 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 (Revia[®]), akamprosat (Campral), kombinationer av dessa och ytterligare några läkemedel granskats i följande uppställning:

Läkemedel	Några fysiologiska/farmakologiska karakteristika
Disulfiram	Blockerar enzymet acetaldehyd-dehydrogenas och orsakar ansamling av acetaldehyd i samband med alkoholin-tag som leder till obehagliga reaktioner, bl.a. illamående
Naltrexon	Opiatreceptorantagonist som anses minska alkoholsug hos nyktra personer med missbruks- eller beroendeproblem och merbegär efter det första alkoholintaget.
Akamprosat	Taurin-analog med komplex verkningsmekanism. Preparatet anses minska alkoholsuget hos nyktra personer med missbruks- eller beroendeproblem respektive merbegär efter första alkoholintaget.
Naltrexon + akamprosat	Se ovan.
SSRI	Selektiva serotoninupptagshämmare som verkar på serotonin-systemen. 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 och studier visar svaga eller obefintliga effekter. Ett undantag utgör behandling där disulfiram ges under övervakning, dvs. i närvaro av annan person som till exempel en behandlare, arbetskamrat eller kollega. Det finns inte heller något vetenskapligt stöd för behandling genom implantation av disulfiram.²⁹

Naltrexon bedömdes enligt SBU:s genomgång 2001 vara effektivt endast om det kombineras med strukturerade och väldefinierade psykosociala metoder. Senare metaanalyser och översikter har dock inneburit en

²⁹ Implantat kan i dag utföras med stöd av licens från Läkemedelsverket.

omprövning av denna slutsats. Enligt en behandlingsrekommendation som antagits av Läkemedelsverket³⁰ bedöms naltrexon vara av värde utan tillägg av psykosocial behandling som intervention vid alkoholberoende. 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, s.k. compliance) anses lovande. Män minskade sitt alkoholmissbruk vid användning av långtidsverkande naltrexon, men detta gällde inte kvinnor.

Akamprosat har i ett stort antal prövningar visat sig förlänga tiden till återfall, minska antalet dagar med alkoholkonsumtion och öka andelen helnyktra. Behandling med akamprosat har visat måttliga till höga effektstorlekar när det gäller andelen helnyktra efter tre, sex respektive tolv månader. Preparaten (naltrexon och akamprosats) 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). S.k. typ A-alkoholister (sen alkoholdebut, lindrigare alkoholberoende och färre psykopatologiska symtom) svarade dock positivt på behandlingen.

Ondansetron har tillsammans med beteendeterapeutiskt inriktad behandling visat effekt på en grupp patienter med tidig debut, men ingen på personer med sen debut. Fler studier är nödvändiga innan detta läkemedel kan rekommenderas.

Buspiron tycks ha vissa effekter för personer med alkoholberoende och samtidig ångest, dvs. personer med samsjuklighet. Buspiron har dock inga effekter på missbruket i sig, utan enbart på ångestsymtom.

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, såsom antalet helnyktra dagar och suget efter alkohol. Större och längre studier krävs dock för att avgöra om medlet kan rekommenderas.

³⁰ Vid ett expertmöte anordnat av Läkemedelsverket den 26 oktober 2006 enades om ett förslag till behandlingsrekommendation för underhållsbehandling av alkoholberoende. Bakgrundsdokumentationen bestod av en litteraturgenomgång och uppföljning av SBU-rapporten av Mats Berglund, professor i klinisk alkoholforskning vid UMAS.

Behandling med *neuroleptika* har tidigare utvärderats av SBU (51). För närvarande saknas dock evidens för detta läkemedel vid behandling av beroendetillstånd i sig.

I ett antal RCT-studier har *akupunktur* med både ospecifik och specifik teknik inte kunnat påvisa några 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 (evidensgrad 1).
- Specifika behandlingsmetoder visar bättre effekt på missbruket än ospecifika (evidensgrad 1).
- Ingen specifik metod visar bättre effekt än någon annan för individer med psykisk störning eller personlighetsstörning (evidensgrad 2).
- Visst stöd finns för att anpassa eller matcha behandlingens intensitet mot missbrukets svårighetsgrad – vid svårare beroende krävs mer omfattande behandling (evidensgrad 2). Däremot saknas stöd för att matcha en viss behandlingsmetod till individuella karaktäristika (evidensgrad 1).
- Vid behandling av psykiskt störda missbrukare och hemlösa missbrukare är det viktigt att såväl missbruk som psykisk störning och andra livsproblem behandlas samtidigt (evidensgrad 2).
- Positiva effekter uppnås vid behandling av socialt utsatta personer med alkoholmissbruk- eller beroende, om beteendeterapeutiska tekniker och ett strukturerat, samordnat patientstöd kombineras (evidensgrad 2).

Inledning

Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende. Psykosocial syftar här närmast på att interventionerna riktar sig både mot den enskildes missbruks- eller beroendeproblem och eventuellt andra problem som kan ha funnits före missbruksproblemet, eller som är konsekvenser av det.

Definitionen av psykosocial behandling är oklar och en precisering är nödvändig (se kapitel 1). 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 röra metoder som ska öka den enskildes psykologiska och sociala förmåga och färdigheter att hantera sitt missbruk eller beroende, samt en eller flera insatser som syftar till att stödja 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 missbruks- och beroendevården. Den kan i praktiken bedrivas inom alla områden av denna.

Olika typer av psykosocial behandling

Nedan presenteras SBU:s analys av faktaunderlaget följt av en genomgång av övriga systematiska översikter och jämförelser med andra forskningsresultat. 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 missbruks- eller beroendebeteendet (främst varianter av kognitivt beteendeterapeutiska metoder och 12-stegsbehandling).
- Metoder inriktade på möjliga bakomliggande faktorer till missbruket eller beroendet (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 effekterna när det gäller etnicitet.

I få studier har analyser av effekterna på kvinnor kunnat göras på ett tillfredsställande sätt, men i de aktuella studierna framkommer inga skillnader, dvs. behandlingarna visar sig lika bra. Ibland har man dock kunna visa på 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 missbruk eller beroende av flera droger (blandmissbruk).

Inom två områden ger arbetet med riktlinjerna kompletterande information och något starkare stöd för tidigare slutsatser, som bör beaktas i behandling. Det ena området gäller anpassning eller matchning av behandlingens intensitet (längd, mängd och vårdform) till missbrukets eller beroendets svårighetsgrad. Behandlingsresultatet för personer med svårare missbruks- eller beroendeproblem blir bättre med mer behandling, medan detta inte tycks spela någon roll för personer med mindre allvarliga problem.

Det andra området gäller behandling av personer med missbruk eller beroende med samtidig psykisk sjukdom eller störning (se vidare kapitel 8). Analysen ger visst stöd för 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 med de svåraste psykiatriska tillstånden.

Det är alltså viktigt med samordning i olika former. Det kan gälla konsultation av specialister (t.ex. att beroendevården stöder psykiatrin i frågor om missbruk) eller samordnad vårdplanering mellan olika verksamhetsansvariga.

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- och beroende visar minskade kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Vilken psykosocial metod som är mest kostnadseffektiv har dock inte kunna bedömas. Någon bedömning om metoderna är ekonomiskt försvarbara har inte heller varit möjlig, bl.a. eftersom kostnaderna skiljer sig åt väsentligt inom olika verksamheter trots att samma metod används.

Behandling där intensiteten anpassas till missbrukets eller beroendets svårighetsgrad bedöms vara kostnadseffektivt jämfört med behandling där man inte gör någon anpassning till svårighetsgraden. Det har dock inte varit

möjligt att bedöma om insatsen alltid är ekonomiskt försvarbar.

Behandling med beteendeterapeutiska tekniker kan kombineras med strukturerat och samordnat stöd av andra individuellt anpassade insatser. Detta bedöms vara kostnadseffektivt för personer som utöver sitt alkoholmissbruk eller -beroende har en svår social problematik, t.ex. hemlöshet, jämfört med enbart behandling med beteendeterapeutiska tekniker. Bedömningen är att sådan behandling är ekonomiskt försvarbar och ger minskade kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.

Utvecklings- och forskningsbehov

Behovet av överblick ställer krav på återkommande översikter. I SBU-rapporten³¹ sammanfattas de krav som bör ställas på behandlingsstudier.

I behandlingsstudierna tycks ett gemensamt drag vara att de uppgifter som finns om deltagarna 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 behandlingsmiljöer och behandlingsgrupper. Det saknas också studier specifikt inriktade på kvinnor. Mer forskning om kombinationer av psykosocial behandling och läkemedelsbehandling bör därför initieras.

Det finns även ett behov av att närmare granska vilka effekter som missbruks- och beroendebehandling har på andra områden, som hälsa och socialt och psykologiskt välbefinnande. Ökad uppmärksamhet bör också riktas mot att andra insatser för andra typer av livsstilsrelaterade problem kan få effekt på missbruk och beroende. Sådan forskning skulle kunna öka möjligheterna att få fram 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 insatser. Det gäller både effekterna av korta interventioner för personer med mindre allvarliga problem och av längre behandlingar för dem med svårare problem.

³¹ I SBU:s genomgång föreslås fem krav:

1. Interventionen (behandlingen) ska kunna beskrivas (t.ex. tid, intensitet och vårdform).
2. Klienter och patienter ska kunna beskrivas (demografiska uppgifter, grad av alkoholberoende, social situation m.m.).
3. Hur behandlingen genomförs (behandlarkompetens, kvalitetssäkring, handledning, uppföljning m.m.) ska redovisas.
4. Resultat ska redovisas när det gäller effektstorlek och uppgifter om dryckesbeteende.
5. Möjlighet att beräkna kvalitetspoäng (score) ska finnas, dvs. uppgifter om tekniska kvaliteter hos studien för att öka möjligheterna till jämförelser med andra studier.

Rehabilitering utanför vårdsystemet

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Alkoholmissbruk är ett komplext problem som kan lösas både med och 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 sjävläkning?

Även om det råder stor enighet om att sjävläkning 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 sjävläkta. 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 beror på 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 personer bland dem som gått ur sitt alkoholberoende.

Förekomsten av lösningar utanför vårdssystemet kan också bero på faktorer såsom vårdsystemets utformning och omfattning, men också 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 narkotikamissbruk och -beroende framstår vägen ut ur alkoholmissbruk och -beroende som en ofta långvarig process med flera olika faser, vars konkreta förlopp varierar med individuella omständigheter. På samma sätt som vid narkotikamissbruk och -beroende tycks också den enskildes beslut att förändra sitt drickande influeras av en kombination av negativa och positiva drivkrafter, samtidigt som en bestående lösning verkar hänga samman med att man finner nya livsperspektiv och nya engagemang, som inte låter sig förenas med ett missbruk eller beroende.

Man har samtidigt funnit att det finns mer som förenar än som skiljer dessa förlopp. Exempelvis verkar både självläkning och utfallet av behandlingen gynnas av goda psykiska och sociala resurser. Förändringsprocessen, vare sig den innehåller 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 eller beroendet.

Sammantaget 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 levnadsmiljö.

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 också ytterligare studier, framför allt där deltagarna följs framåt i tiden (prospektiva studier). 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 eller patientens roll i behandlingen.

Långtidsuppföljningar vid behandling av alkoholmissbruk

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Behandling kan ha långsiktiga positiva effekter på alkoholmissbruk och -beroende (visst vetenskapligt stöd).
- Vid svårare alkoholmissbruk och -beroende har snabb initial behandling, längre initiala vårdtider och kompletterande efterföljande behandling samband med ett positivt utfall (visst vetenskapligt stöd).
- Stödjande sociala faktorer som deltagande i AA och andra självhjälpgrupper och ett stabilt socialt nätverk har ett positivt samband med utfallet (visst vetenskapligt stöd).
- Det saknas stöd för att s.k. korttidsintervention för högkonsumenter (riskbrukskonsumenter) har bättre långtidseffekter på alkoholkonsumtion, missbruk och beroende än enkel rådgivning, se vidare genomgången i kapitel 3 (visst vetenskapligt stöd).

Inledning

Slutsatserna i faktaunderlaget om långtidsuppföljningar är inte baserade på den gängse evidensgraderingen för systematiska kunskapsöversikter. Evidensvärderingen följer i stället 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, självhjälpgrupper och kort rådgivning

Man har studerat sambandet mellan individ- och behandlingsrelaterade faktorer eller variabler och behandlingsutfall och sett ett positivt utfall för

dem som snabbt kom i behandling, fick ytterligare öppenvård under uppföljningsperioden och deltog i AA. Faktorer 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 i rehabiliteringsprocessen är avgörande för ett positivt utfall.

Manliga missbrukare i Japan har studerats och man fann att deltagande i självhjälpgrupper kort efter den inledande behandlingsinsatsen var en väsentlig faktor för behandlingsutfallet, tillsammans med att inte vara socialbidragsberoende. 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 slutenvård för personer med svårt alkoholberoende har man sett att andelen förbättrade ökade med tiden. Man har också kunnat visa att ett 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 några självhjälpgrupper.

När man följde personer med ett svårt alkoholberoende som tidigare inte fått behandling, fann man ett positivt samband mellan graden eller omfattningen av öppenvård, deltagande i AA-möten och förbättringar i alkoholrelaterade faktorer. En slutsats var att lätt tillgängliga, privata och offentliga resurser troligen påverkar missbrukets eller beroendets 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 (KBT) 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.

Forskare 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. Man kan dock konstatera att det är problematiskt att studera effekter av en kort behandlingsinsats som ligger långt tillbaka i tiden.

Etiska aspekter

Etikfrågorna vid behandling av personer med alkoholproblem är likartade med dem som kan finnas vid behandling av personer med narkotikaproblem. En allmän diskussion av dessa etiska aspekter återfinns i slutet av kapitel 5.

7. Gravida kvinnor

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Alkoholintag under graviditet har visats ha skadliga effekter på fostret. Det finns ingen bevisad ofarlig kvantitet alkohol för fostret under graviditeten.
- Det saknas evidens för specifika test för gravida kvinnors alkoholintag, men vedertagna psykologiska test, speciellt AUDIT, kan även användas för att utreda gravida kvinnors alkoholbruk (evidensgrad 2).
- Det visar sig vara mycket svårt att identifiera narkotikaanvändning bland gravida kvinnor inom mödrahälsovården. Underrapportering gäller i de flesta studier. Det är inte heller lätt att identifiera narkotikabruk genom biokemiska metoder (evidensgrad 1).
- Det är viktigt att erbjuda olika typer av socialt stöd till gravida kvinnor med missbruksproblem, som komplement till behandlingsinsatser. Den involverade partners alkohol- och narkotikavanor har förmodligen också ett avgörande inflytande på den blivande moderns alkohol- och narkotikavanor.
- Experterna förordar utbildning av obstetrisk personal (personal inom gynekologi och mödravård) för såväl inledande screening som kort intervention (evidensgrad 2).
- När det gäller olika behandlingsalternativ där läkemedel används (t.ex. metadon eller Subutex®) för narkotikamissbruk är det viktigt att efter en noggrann utredning väga metodens effektivitet 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 begreppet riskbruk och 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 ett risk- eller 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 (som rör ämnesomsättningen) och andra biologiska förändringar kan påverka t.ex. biologiska test eller effekten av olika läkemedel som används i behandlingen av missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. 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 dem 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 eller 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, och därför är det viktigt 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 mödrahälsovården (MVC), klinik för barnsjukdomar (pediatrik) och klinisk farmakologi. Tillstånden är också så pass sällsynta att få kliniker hinner samla den nödvändiga kunskapen.

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 (sista tremånadersperioden av graviditeten) och nyföddhetsperioden (neonatalperioden), och därför kan alkoholkonsumtion också under denna period 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 där de flesta födslar sker. Ökningen i denna grupp har dock varit mindre än för flera andra åldersgrupper.

Det är också viktigt att uppmärksamma enstaka större konsumtionsfall 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 tioårigt intervall?
- Hur många barn föds varje år med skador på grund av att mödrarna konsumerat alkohol och/eller narkotika 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 (bland vissa ganska hög) av alkohol och narkotika även under graviditeten.

Alkoholkonsumtionen bland gravida kvinnor i USA ökade 1991–1995 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 det är svårt att få tag på uppgifter om prevalens (antalet som finns vid ett givet tillfälle) och incidens (antalet nya fall som inträffar under en specificerad tidsperiod) av skadade barn, bland annat pga. 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 alkoholkon-

sumtion. 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 hjärnskador. Barnen behöver dock inte få alla dessa skador utan kanske bara en del av dem. Tillståndet benämns då som FAE (Fetal Alcohol Effects).³² Man har också funnit att barnen kan få neuropsykologiska störningar, t.ex. ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

FAS och många av de andra typerna av skador kan ofta diagnostiseras först när barnet nått 4–5-årsåldern.

Man har i många fall observerat att samma alkoholintag verkar medföra olika risk för fosterskada hos olika individer. Man har därför föreslagit att såväl olika ärftliga (genetiska) faktorer som alkoholverkan under olika kritiska skeden i fosterutvecklingen skulle kunna förklara skilda verkningar och risker. En rimlig slutsats är därför att alkohol och narkotika verkar olika på olika personer. Såväl hur alkohol bryts ned (farmakokinetiken) som hur alkohol verkar (farmakodynamiken) kan vara olika hos olika individer.

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?

³² En ny terminologi har börjat användas, nämligen "Fetal Alcohol Spectrum Disorder", eller på svenska fetalt alkohol spektrum, som täcker både FAS och FAE.

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 cirka 6,5 månader gamla uppvisade brister i ett intelligenstest³³ om modern enligt egna uppgifter druckit i genomsnitt en drink per dag.

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, och man har i studier inte kunnat komma fram till en konsumtionsnivå som är ofarlig för fostret.

Grundinformation och det allmänna budskapet bör därför vara att ingen alkohol alls bör intas under graviditeten. Även internationellt sett, t.ex. i USA³⁴, hävdas på många håll att graviditet bör vara helt alkoholfri (52, 53). För narkotika gäller motsvarande nolltolerans generellt.

Narkotikans skador på fostret

Det är välkänt att barn ofta far illa i familjer där narkotika missbrukas. Många gånger har man då bara poängterat de sociala och psykologiska aspekterna. Att fosterhjärnan kan skadas anatomiskt och funktionellt om den gravida kvinnan använder narkotika under graviditeten är en vedertagen men inte helt spridd kunskap.

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 belönings-systemen. Skadornas natur och frekvens är tillsvidare dock ofullständigt kända. I det verkliga livet är blandmissbruk mycket vanligt, särskilt vid svårt narkotikamissbruk och -beroende. Det innebär att både kvinnan och fostret exponeras för flera droger. En av dessa är vanligen alkohol, vilket ytterligare ökar risken för fosterskador.

Narkotikaintag under fosterstadiet kan störa såväl den motoriska som

³³ Fagan Test of Infant Intelligence,

³⁴ Två av de främsta forskarna på området, Ed Riely, San Diego, och Ann Streissguth, Seattle, hävdar att noll är den enda säkra konsumtionsnivån.

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 upp vuxna i hem med låg socioekonomisk klass hade hög frekvens av ADHD. Däremot kunde en uppväxt i en hög socioekonomisk klass klart förbättra utvecklingen. Uppväxtmiljön hade starkt inflytande på barnets intellektuella förmåga men inte på den motoriska. Huruvida resultaten kan appliceras på svenska förhållanden är dock osäkert.

Man vet att *kokain* passerar fritt genom både moderkakan och blodhjärnbarriären och kan försäkra syrebrist hos fostret genom att dra samman livmoderartären. I djurstudier visar sig kokainintag under fostertiden kunna ge skador på beteenden i vuxen ålder. Man har också funnit att råttornas inlärningsförmåga försämrades och att de valde kokain när de fritt fick välja mellan olika typer av föda. Detta antyder att den vuxna hjärnans belöningsystem kan skadas om djuret utsatts för kokainintag i fosterstadiet. I vilken utsträckning fynden gäller för människan är osäkert, men djurfynden är alarmerande.

Cannabis som givits moderdjuret före ungarnas födelse anses ändra reaktionen på morfinintag hos ungarna när de blivit vuxna. Detta pekar på korsverknings 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 eftersom riskfaktorerna ofta är kopplade framför allt till hög konsumtion av alkohol och/eller narkotika.

Av de genomgångna studierna framgår att åtskilliga av de gravida kvinnor som använder alkohol och narkotika under graviditeten även bär med sig psykosociala och medicinska riskfaktorer, t.ex. våld, psykisk sjukdom eller hiv-infektion.

Vissa av studierna har dock låg evidensgrad. Detta beror främst på att det finns många andra möjliga 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 eller medicinska ”bristsituationerna”, eller är det tvärtom?

Det framgår dock tydligt i studierna att kvinnor som utsätts för våld också har en ökad benägenhet att använda alkohol och/eller 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 verksam. Eftersom dessa studier är gjorda utomlands (USA) bör dess relevans för svenska förhållanden prövas och fler studier initieras i Sverige.

Ekonomisk bedömning

Kostnaderna för att lämna information till gravida kvinnor om att helt avstå från alkohol under graviditeten är relativt låga. Kostnaderna för 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 de bör 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 och/eller narkotika är svåra att nå just på grund av de villkor de lever under. Svårigheten att kunna uttala sig säkert om orsakssambanden kan också bero på att det finns många olika variabler som man bör ha kännedom om och kontroll över.

Inte heller samband mellan våld och missbruk hos gravida har studerats tillräckligt i Sverige. Sådana riskfaktorer måste beaktas i behandlingen, och mer forskning om dessa riskfaktors 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.

Var och hur hittar man klienterna och patienterna?

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 användning av narkotika. Vid det inledande inskrivningssamtalet på MVC ställs en rad frågor om hälsotillstånd och den sociala situationen. Samtliga gravida erbjuds i dag också testning för hepatit B och C liksom för hiv-smitta (54).

Det kan dock hända att ett alkohol- eller narkotikabruk inte identifierats vid besöken på MVC. Det finns emellertid andra kontaktytor inom hälso- och sjukvården där ett alkohol- eller narkotikaproblem skulle kunna upptäckas, t.ex. inom akutsjukvården eller den psykiatriska öppnen- eller slutenvården. Även inom den somatiska öppnen- och slutenvården kan sjukvården komma i kontakt med gravida kvinnor som är riskkonsumenter eller har missbruks- eller beroendeproblem. Vårdcentralen är en viktig kontaktplats dit den gravida kvinnan kan söka sig för alla typer av problem.

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 livsstil, inklusive alkohol- och drogvänor.

En annan viktig kontaktplats är 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 problem uppmärksammas. Det kan ske genom anmälningar från anhöriga, andra myndigheter eller allmänheten. Men kvinnorna kan också själva ha sökt sig dit på eget initiativ pga. oro för sina alkohol- eller narkotikavänor.

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 över huvud taget använder alkohol och narkotika under graviditeten, dels identifiera de 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. Syftet är 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 tidigare inte upptäckts, för att kunna erbjuda lämpliga 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 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. Under graviditeten ställs dock många funktioner som ämnesomsättning och hormonella processer om, och därför kan man inte utan vidare använda samma metoder som för resten av 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 hans eller hennes konsumtion av alkohol och/eller narkotika. Det blir inte lättare av om den rådande värderingen innebär en återhållsam eller ingen konsumtion alls, vilket är fallet vid graviditet. Då torde risken för underrapportering 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 konkreta förbättringar.

Först på senare år har de biologiska respektive de psykologiska testen börjat prövas på gravida kvinnor. I de allra flesta fall har detta gjorts på antingen 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 sällan något utslag åtta timmar efter konsumtionen. En sådan markör används således för att identifiera enstaka intag och inte långvarig alkoholkonsumtion.

Eftersom det är önskvärt med total avhållsamhet från alkohol under graviditeten kan identifiering av enstaka intag 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 alkohol (etanol) samt akutmarkörerna EtG, EtS och 5-HTOL.

Samtidigt är det viktigt att kunna identifiera ett mer långvarigt missbruk eller beroende 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 GT och CDT kunna vara användbar.

Även om idealet är att man tidigt under graviditeten uppmärksammar kvinnans alkoholkonsumtion kan det vara av intresse att analysera det nyfödda barnets avföring (mekonium) på substanser som är specifika för alkoholkonsumtion. En sådan analys kan vara viktig för att upptäcka alkoholkonsumtion hos modern som inte identifierats tidigare, för att 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 som beskrivs i kapitel 4. Urintest bland gravida kvinnor kräver dock troligen känsligare analyser.

Mekoniumanalys har ansetts som ett alternativ till urinanalys eftersom det innehåller en hög koncentration när fostret har utsatts för droger

under graviditeten. Det är framför allt kokain som kan identifieras genom mekonium. Mekoniumanalys är dock tekniskt besvärligt och innebär högre kostnader än urinanalys.

En annan testmetod för gravida kvinnor är *håranalys* 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.

Psykologiska test

För en grundligare beskrivning av möjliga psykologiska test hänvisas till kapitel 4.

I framför allt amerikanska studier har man undersökt olika testers förmåga att identifiera alkoholkonsumtion under graviditet. När det gäller psykologiska test finns det risk för underrapportering både för alkohol- och narkotikamissbruk och -beroende eftersom de flesta test bygger på självrapportering. Därför skulle de biologiska testen kunna vara ett bra komplement.

Det går inte att generellt 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 kontakt 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 (se kapitel 4) är det mest använda av de båda testen och är väl utprovad 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 över huvud taget dricker alkohol, men gränsvärdena är alltså inte satta för detta syfte.

TWEAK har i huvudsak validerats för kvinnor (även gravida) men en svensk översättning saknas och den är inte psykometriskt³⁵ kvalitetssäkrad.

Narkotika

Det finns få studier där enbart frågeformulär använts för att identifiera 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 psykologiska test som finns för praktiskt bruk är DUDIT (se kapitel 4), vilket i huvudsak är en tillämpning av AUDIT men på narkotikaområdet.

Slutsatserna är att man knappast kan använda enbart psykologiska tester eller frågeformulär för att identifiera flertalet av gravida kvinnor med narkotikaproblem. Samtidigt verkar 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. Även här finns det säkert ett mörkertal.

Utredning och bedömning av hjälpbehov

Lagar och regler

Om man misstänker att en kvinna missbrukar eller är beroende av alkohol eller narkotika ska en utredning påbörjas för att bedöma kvinnans behov av vidare insatser. I olika sammanhang har diskuterats om missbruk un-

³⁵ Psykometri är en statistisk disciplin för att kvalitetsgranska psykologiska test.

der graviditet i sig är grund för ett omhändertagande enligt LVM (lagen om vård av missbrukare (9)), 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 eller LPT (lagen om psykisk tvångsvård (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 kap. 1 § socialtjänstlagen att anmäla eller lämna uppgifter till socialnämnd omfattar inte ofödda barn. Av 14 kap. 2 § sjätte stycket sekretesslagen framgår emellertid att sekretessen inte hindrar att uppgifter om en gravid kvinna eller närstående till henne lämnas från en socialtjänst- eller hälso- och sjukvårdsmyndighet till annan sådan myndighet om det behövs för att skydda 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 socialtjänsten och hälso- och sjukvården utbyter uppgifter. Barnets intresse går emellertid före kvinnans rätt till integritetsskydd.

Samverkan kring ett väntande barn

Den instans som upptäcker att en gravid kvinna har missbruksproblem eller ett beroende, vanligtvis MVC, måste tillsammans med kvinnan ta kontakt med socialtjänsten för vidare utredning och bedömning av hjälpbehovet.

Om kvinnan inte varit i kontakt med MVC bör socialtjänsten 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 vi-

sar 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 finns en 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, både när det gäller den inledande screeningen och den korta rådgivningen. Även BVC-personal (barnavårdscentral) 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 mer omfattande behandling om det bedöms som relevant. 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 erbjudas 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 kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem. De studier som finns och som belyser behandling av gravida med omfattande missbruk eller beroende har vissa problem som gör det svårt att dra några

slutsatser om att en specifik behandling är att föredra. Detta beror dels på att de kvinnor som är aktuella för behandling ofta har varierande missbruk av olika droger, dels på 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 naltrexon (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 uppföljningar 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. Typen av behandling varierade mellan studierna och därför kan ingen enskild metod anges som bättre än någon annan.

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 (The Norwegian Center for Health Technology Assessment – Norges motsvarighet till svenska SBU).

Det verkar inte finnas några större skillnader i födelsevikt mellan barn födda av mödrar som behandlats med metadon under graviditeten respektive missbrukat heroin.

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 det tycks ge mindre abstinenssymtom hos de nyfödda.

Blandmissbruk

I både mödrahälsovård och missbruks- 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 kombinerats. 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 missbruks- och beroendebehandling.

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 månaderna efter födseln är en speciellt kritisk period för kvinnan och hon bör därför alltid erbjudas stödande insatser om hon har haft ett missbruk eller beroende.

Ekonomisk bedömning

Studier visar att lämplig hjälp till gravida kvinnor med alkoholproblem minskar antalet fosterskador. Kostnaderna bedöms också som låga för de verksamheter som kommer i kontakt med gravida kvinnor med alkohol- eller narkotikaproblem, och som kontaktar socialtjänsten. Eftersom insatsen uppskattas minska antalet fosterskador görs bedömningen att det är ekonomiskt försvarbart att ta kontakt med socialtjänsten.

En 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 försvarbar. 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 att ställa en FAS-diagnos. Flera barnläkare har varit kritiska till att ställa en sådan diagnos eftersom de inte vill skuldbelägga modern. Man föredrar att ställa andra diagnoser som kan uppkomma pga. alkohol, nämligen mental retardation, ADHD etc. På så sätt hoppas man att barnet ändå kan få tillräcklig hjälp.

Det är viktigt att barn som drabbats av svårigheter och brister på grund av moderns missbruk under graviditeten får lämplig 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.

8. Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom (samsjuklighet)

Experternas faktaunderlag ger stöd för följande slutsatser:

- Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom (samsjuklighet).
- Om man misstänker att en klient med missbruks- och beroendeproblem som söker inom socialtjänsten också har en psykisk störning eller sjukdom respektive somatisk sjukdom, ska man omedelbart ta kontakt med hälso- och sjukvården för en bedömning.
- För lämplig behandling av en klient eller patient med missbruks- eller beroendeproblem och samtidig psykisk störning eller sjukdom är det viktigt att behandlingen för de båda problemen sker samtidigt och i samordnade former efter den första akuta insatsen.
- Det finns ingen evidensbaserad specifik behandling för samsjuklighet. Inget talar dock emot att använda de metoder som visat effekt vid behandling av missbruk och beroende respektive psykiatrisk störning och sjukdom.

Inledning

Detta kapitel tar upp klienter och patienter med missbruk och 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- och/eller narkotika-problem.

I nästan alla studier om samsjuklighet är både den psykiska störningen eller sjukdomen och missbruket eller beroendet bedömda enligt DSM-systemet, med diagnoserna missbruk och/eller beroende. Därför används dessa beteckningar även här. Även riskkonsumtion hos personer med psykisk störning eller sjukdom behandlas.

Vanligt med samsjuklighet

Det är väl visat i befolkningsstudier att personer som har alkohol- och/eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. 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 haft alkoholproblem (missbruk eller beroende) jämfört med befolkningen i övrigt. Liknande eller starkare samband finns också för missbruk eller 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 eller beroendet upplevs som svårare än om de förekommit ensamma. Dessutom behöver klienten eller patienten naturligtvis hjälp med båda tillstånden.

Personer med två diagnoser är vanliga inom hälso- och sjukvården, såväl inom missbruks- och beroendevården som inom psykiatri och även i övrig sjukvård. Bland klienter och patienter som söker hjälp för missbruk eller beroende inom missbruks- och 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 eller -beroende. Personlighetsstörningar är vanliga hos individer som söker inom missbruks- och 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 cirka en femtedel samtidigt ha ett missbruks- eller beroendeproblem, vanligast av alkohol. Dessa klienter och patienter 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 med varierande svårighetsgrad av missbruket eller beroendet, till personer med svårt missbruk eller beroende som även har psykiska sjukdomar med varierande svårighetsgrad. Individer med svåra problem kring ett eller båda tillstånden kan också samtidigt ha andra problem och därmed behov av ytterligare stöd och insatser från socialtjänst och/eller kroppssjukvård.

Alla har således det gemensamma behovet av vård och behandling för båda eller flera av sina tillstånd och inte sällan också för andra problem, och därför berörs flera myndigheter och behandlingsverksamheter.

En mindre grupp av de personer med missbruk eller beroende och samtidig psykisk störning eller sjukdom 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 klienter och patienter 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 missbruk) 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 en psykisk sjukdom eller störning och en somatisk sjukdom bland personer med ett missbruk eller beroende. Omvänt innebär det också att identifiera förekomst av missbruk och/eller beroende bland individer med psykisk sjukdom eller störning och/eller somatisk sjukdom.

En patient som kontaktar hälso- och sjukvård för en psykisk störning eller sjukdom ska därför generellt också bedömas för eventuellt missbruk och/eller beroende (se vidare i kapitel 3). Vid behov bör patienten kunna hänvisas till socialtjänstens missbruks- och beroendevård som har kompetens att bedöma svårighetsgraden av missbruket eller beroendet, eller till hälso- och sjukvårdens beroendevård, om sådan finns tillgänglig.

En grundläggande förutsättning för att kunna bedöma och säkert fastställa samtidig psykisk sjukdom eller personlighetsstörning hos individer med missbruk eller beroende är att klienten eller patienten inte brukat alkohol eller narkotika under senaste tiden (vanligen 1–4 veckor). Anledningen är att missbruk och beroende av alkohol och andra droger kan ge upphov till psykiska symtom såväl under konsumtionsperioder 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 alkohol- och narkotikaproblem i många fall finnas 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 eller sjukdom ska bedömning av denna alltid ske inom hälso- och sjukvården. Beroende på svårighetsgraden av de uppgivna eller uppmärksammade psykiska symtomen ska

socialtjänsten få hjälp hos hälso- och sjukvården, antingen via primärvården (lättare fall) eller den allmänpsykiatriska verksamheten (tyngre och svårare fall). Där det finns en speciell vårdenhet för missbruk och beroende med kompetens för att bedöma om det finns något psykiatriskt tillstånd är denna naturligtvis ett alternativ. Det är lika angeläget att man inom somatisk och psykiatrisk hälso- och sjukvård uppmärksammar eventuell förekomst av samtidigt missbruk eller beroende hos patienter med psykiatriska och/eller somatiska tillstånd. Såväl inom somatisk som inom psykiatrisk sjukvård finns ett antal patienter med behandling för olika symtom och diagnoser, där de bidragande eller bakomliggande alkohol- och/eller narkotikaproblemen är svåra att upptäcka. Flera studier visar att missbruk och beroende är underdiagnostiserat bland psykiatriska patienter, och samma förhållande gäller sannolikt patienter inom kropps- sjukvården.

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 samtidiga psykiska störningar och sjukdomar. Screeningstest som används är

- biologiska test såsom CDT och GT för alkohol
- urinalys för narkotika och läkemedel
- psykologiska 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 alkoholbruk och/eller narkotikabruk hos personer med en psykisk störning eller sjukdom ska det göras en bedömning om huruvida personen har ett missbruk eller beroende. Även om dessa diagnostiska kriterier (missbruk alternativt beroende) inte uppfylls bör denna grupp uppmärksammas och kort rådgivning ges.

Screeningsinstrument som hjälp att identifiera psykiatriska problem används sällan inom missbruks- och beroendevård, men bör kunna komma till användning i större utsträckning (se kapitel 4). Dessutom bör man

använda riskbedömningsinstrument som utvecklats inom psykiatri för självmordsbenägenhet, aggressivitet eller farlighet.

I Sverige används inga testinstrument (varken biologiska eller psykologiska) som är speciellt utformade för klienter och patienter med samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykiatriska sjukdomstillstånd. 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 psykologiska test. Det bör dock observeras att behandling för vissa psykiska och somatiska tillstånd med farmaka kan påverka utfallet av biologiska test (se kapitel 4).

Allmänt om behandling av samsjuklighet

Sedan man inom sjukvården blivit medveten om hur vanligt förekommande samsjuklighet är, har man försökt finna lämpliga behandlingsformer och metoder för denna grupp patienter. Från att fokus i början riktades mot personer med framför allt psykosjukdomar och svåra psykiska sjukdomar har man under senare år även börjat uppmärksamma och behandla personer med andra psykiska sjukdomar.

Grundläggande för lämplig behandling är att dessa personer får en noggrann bedömning av såväl det psykiska tillståndet som sitt missbruk och beroende. En sådan bedömning ska också gälla den kroppsliga hälsan.

Tidiga erfarenheter av behandling av personer med svår psykisk störning visar att remittering till behandling för missbruk eller beroende 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 framför allt inom psykiatri.

Som redan nämnts är gruppen med samsjuklighet heterogen när det gäller svårighetsgrad och typ av missbruk eller beroende, och framför allt när det gäller psykiska störningar och sjukdomar. Detta har medfört svårigheter att jämföra resultat mellan studierna som ibland är små, och har olika design och resultatmått. Det finns fortfarande få RCT-studier om patienter och klienter med samtidigt missbruk eller beroende och psykiatriska tillstånd och sjukdomar, 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 och samtidigt missbruk eller beroende omfattande och sannolikt växande.

Skillnaderna i sjukdomssymtomen inom denna grupp är betydande, och tillsammans med problem kring huvudmannaskap försvårar det möjligheten till bedömning av både psykisk störning eller sjukdom och missbruk eller beroende, liksom möjligheten till kontinuitet i behandlingen.

Narkotika – behandling av missbruk eller beroende vid samtidig somatisk eller psykisk sjukdom eller störning

Vid samtidig somatisk sjukdom är problemet i första hand att upptäcka ett eventuellt narkotikabruk. Behandlingen av sådan form av samsjuklighet bör dock i princip inte skilja sig från behandling som inte gäller en samtidig somatisk sjukdom. Avsnittet är inriktat på missbruk eller beroende av narkotika i kombination med psykisk störning eller sjukdom.

Beskrivning av psykiska effekter efter intag av olika former av narkotika återfinns i kapitel 5 som också behandlar abstinens, farmakologisk och psykosocial behandling.

Abstinensbehandling vid narkotikamissbruk eller -beroende med samtidig psykisk sjukdom har inte studerats specifikt. Man får därför tills vidare använda sig av de metoder som visat sig fungera för personer med narkotikaproblem eller -beroende utan samtidig psykisk störning eller sjukdom.

Ännu finns inga studier som visar att någon specifik behandlingsmetod med farmakologisk behandling ska användas för patienter med samtidig psykiatrisk störning eller sjukdom. Inte heller för psykosocial behandling har man funnit några studier som rekommenderar särskilda psykosociala behandlingsmetoder för denna grupp. Man bör därför generellt använda sig av de behandlingsmetoder som visat sig fungera för personer med narkotikamissbruk och -beroende utan annan problematik. Centralt är dock att samordna behandlingen av den psykiska störningen eller sjukdomen och narkotikaproblemet.

När det gäller personer med narkotikaproblem med samtidig personlighetsstörning eller -sjukdom visar korttidsuppföljningar att institutionsbehandling kan vara mer effektivt då det gäller missbruket eller beroendet än öppenvårdsbehandling. Bland slutsatserna om utformning av behandlingsinsatser för personer med missbruk eller beroende kombinerat med personlighetsstörning nämns i SBU följande punkter (1):

- Fokus på ändrat drog beteende.
- Välstrukturerad intervention.
- Tillräckligt långvarig (minst tre månader) intervention för att åstadkomma förändring.
- Hjälpa med att lösa relevanta problem parallellt med fortsatt drogfrihet.

De få studier som SBU publicerat om samsjuklighet hos personer med narkotikaproblem ändrar inte de slutsatser som här redovisas.

Alkohol – behandling av missbruk eller beroende vid samtidig somatisk eller psykisk sjukdom eller störning

När det gäller tillstånd med både missbruk eller 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 alkoholmissbruk eller -beroende från behandling av samma problem då det inte finns någon samtidig somatisk sjukdom. Det här avsnittet koncentreras därför till alkoholmissbruk och -beroende kombinerat med psykisk störning eller sjukdom.

Behandling av abstinens beskrivs i kapitel 6. Det finns inga specifika studier om abstinensbehandling av patienter med samtidig psykisk störning eller sjukdom. Principer för abstinensbehandling vid enbart alkoholmissbruk eller -beroende bör därför tills vidare tillämpas även för personer med samsjuklighet.

Farmakologisk behandling av alkoholmissbruk eller -beroende omfattar ett relativt begränsat antal preparat varav disulfiram (Antabus[®]) är det mest kända. De nyare läkemedlen, naltrexon (Revia[®]) och acamprosat (Campral[®]), har i några enstaka studier prövats vid alkoholmissbruk och -beroende med samtidig psykisk sjukdom eller störning och har då visat effekt, men enbart på missbruket eller beroendet.

Läkemedel mot depression (antidepressiva, exempelvis SSRI) eller mot ångest (exempelvis buspiron, Buspar[®]), är effektiva mot patientens depression och ångest, men påverkar inte alkoholmissbruket eller -beroendet. Slutsatsen är därför att alkoholmissbruk och -beroende måste behandlas samtidigt med en psykisk sjukdom eller störning och på sedvanligt sätt.

Det finns ett fåtal studier om psykofarmakologisk behandling av patienter med alkoholmissbruk eller -beroende och svår psykisk sjukdom som schizofreni eller manodepressiv sjukdom. Sådan behandling visar effekt även på missbruk och/eller beroende. Dessa resultat behöver dock prövas i fler studier.

Inga slutsatser kan dras om att psykosocial behandling av klienter och patienter med alkoholmissbruk eller -beroende och samtidig psykiatrisk störning eller sjukdom ska vara annorlunda än vad som rekommenderas vid behandling av missbruks- och beroendetillstånd utan samtidig psykiatrisk problematik. Insatserna bör dock vara motiverande och långsiktiga.

Personer med samtidig psykisk sjukdom eller störning och missbruk eller beroende av alkohol utgör en heterogen grupp, framför allt när det gäller den psykiska sjukdomen eller störningen. Studier från såväl bero-

endevården som psykiatrisk verksamhet har genomförts. Följande resultat kan urskiljas:

- a) Ingen specifik psykosocial metod för missbruks- eller beroendebehandling visar bättre effekt än någon annan.
- b) Resultaten från studierna varierar och studierna är dessutom för få för att man ska kunna dra några entydiga slutsatser.

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 och gett positiva resultat (kapitel 3). Som nämnts i detta kapitel finns betydligt fler studier av tidig intervention med kort rådgivning för patienter som sökt kroppssjukvård.

Samordnad behandling

Samordnad behandling av missbruk eller beroende och samtidig psykiatrisk störning eller sjukdom sker oftast i ett gemensamt team 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 missbruket eller beroendet och den psykiatriska störningen eller sjukdomen behandlas separat inom olika verksamheter. Ofta har dessa studier rört personer med psykosjukdom 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 verksamheter 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 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/eller verksamheter om arbetsfördelning och med en ekonomisk grund för samverkan. Att samordna behandlingen inom samma verksamhet har ännu inte visats vara bättre än att samordna behandlingen mellan flera verksamheter. Det avgörande är att samordningen utgår från den enskilde klientens eller patientens behov.

Etiska aspekter

Målet för samordnade och integrerade insatser är att patienten eller klienten ska få lämplig behandling och stöd oberoende av om ansvaret för de olika tillstånden ligger inom skilda verksamheter eller myndigheter. I övrigt gäller samma etiska hållning som vid behandling av personer med missbruk eller beroende utan annan samtidig problematik. Dessa diskuteras i kapitel 5 och 6.

Ekonomisk bedömning

Bedömningen är att samordnad behandling är mer kostnadseffektiv än behandling som inte är samordnad. Den verkar också vara ekonomiskt försvarbar med minskade kostnader för bl.a. hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende.

Utvecklings- och forskningsbehov

Kombinationen av missbruk eller beroende och psykisk störning eller sjukdom och/eller somatisk sjukdom är vanligt förekommande. Screeninginstrument för att spåra upp och bedöma om en person har en psykisk sjukdom eller störning vid samsjuklighet behöver utvecklas och utprövas. Likaså behöver både medicinska och psykosociala behandlingsmetoder vid samsjuklighet ytterligare utvecklas och då med hänsyn till faktorer som behandlingens omfattning och längd. Dessutom behövs ytterligare forskning om hur behandlingar för de båda tillstånden ska samordnas och integreras.

Sammantaget behövs betydligt mer forskningsresurser inom detta område både av humanitära skäl och på grund av de stora samhällskostnader som samsjukligheten medför.

Referenser

1. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2001. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunskapssammansättning. 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. Arbetarskyddsstyrelsen 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. Alkoholinförelsetredningens 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 Behaviours* 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 symtom. 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.
60. Treating Alcohol and Drug Abuse, M. Berglund, ed., Wiley-VCH GmbH&Co. KGaA.
61. Socialstyrelsen 2004. Narkomanvård på lika villkor? En studie av förhållanden som kan ha betydelse vid val av insatser inom narkomanvård.
62. Socialstyrelsen 2004. Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare, en kunskapsöversikt.
63. Socialstyrelsen, SOSFS 2004:8 om läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende.
64. Edwards, G (redaktör), Alkoholpolitik för bättre folkhälsa, svensk översättning Natur och Kultur, Stockholm 1996.

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 Socialstyrelsens principer för hantering av jäv.

Projektgruppen

Projektgruppen består av en ordförande som samtidigt ansvarar för samordningen av Socialstyrelsens *råd för missbruksfrågor* (ett verksövergripande organ), projektledarna för både riktlinje- och kvalitetsprojektet³⁶ och intern personal som representerar sakkunskap inom Socialstyrelsen när det gäller missbruksfrågor både inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, juridik, ekonomi, information och datasökning. Referensgruppens 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. Uppläggningsarbetet, 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 på både operativ och beslutande nivå.

I referensgruppen finns en bred representation av myndigheter och organisationer. Vissa har anknytning till missbruksfrågor, som Landstings- och Kommunförbundet, kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS), länsstyrelserna, Riksförbundet för alkoholmottagningar och Svenska narkomanvårdsförbundet, Kriminellas revansch i samhället (KRIS). Andra är representanter för forskning och praktik, t.ex. ordföranden i SBU-projektet och olika verksamhetschefer.

³⁶ Kvalitetsprojektet.

Expertgrupper

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

Koordinatorerna har sedan diskuterat sina instruktioner och beställningar med referensgruppens ordförande, ordföranden i projektgruppen och projektledaren. 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 de flesta aktiva forskare kliniskt verksamma, ett förhållande som är ovanligt inom sociala området. Samtliga utvalda expertgruppsmedlemmar är disputerade och många har docent- eller professorskompetens.

Följande expertgrupper tillsattes:

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

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

Expertgrupp 3. Upptäckt och förebyggande verksamhet.

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

Expertgrupp 5. Gravida kvinnor.

Arbetets utförande

Referensgruppens uppgift har varit att bedöma kvaliteten 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

riktlinjerna har ett särskilt projekt pågått för att utveckla kvalitetskriterier och kvalitetsmått.

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.

När det inte finns tillräckligt kunskapsunderlag i form av systematiska kunskapsöversikter eller om underlaget behöver kompletteras på annat sätt, har expertgruppen bedömt om det finns nog med studier för att ta fram detta. Om så har varit fallet skulle de ange vilken ytterligare kunskap 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 utarbetade med stöd av expertgruppens kunskapsunderlag skulle 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: Speciellt viktigt när man bedömer effekter av olika behandlingar. Studier med långa uppföljningstider (t.ex. fem 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 ålders-

specifika 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 behandlingarna 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 ska 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 sluten vård eller institutionsvård effektivare än behandling i öppen vård?

En annan aspekt som berör möjligheterna att införa riktlinjerna är om de även ska behandla organisationsformer, kompetensutveckling etc. Expertgrupperna har fått instruktioner 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 belysas, både när det gäller kostnader och eventuella besparingar genom minskat missbruk.

Bilaga 2. Metodik

Inledning

Expertgruppernas huvuduppgift har varit att ta fram ett underlag som kan användas för att utarbeta riktlinjer. Detta innebär att utifrån det givna uppdraget granska det kunskapsunderlag som finns i form av kunskapsöversikter eller andra sammanställningar.

Som tidigare nämnts har en utgångspunkt 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).

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 det. Slutligen diskuteras vilka resultat- eller utfallsmått som är tänkbara och vilka som används i de aktuella kunskapsöversikterna.

Kunskapsöversikter

Ett första steg vid genomförandet av en kunskapsöversikt är att utifrån tänkta frågeställningar göra en litteratursökning för att orientera sig om vilken tidigare forskning som finns. En sådan översikt är ofta lite slumpartat tillkommen. Ofta är denna första sökning osystematisk, dvs. sökningen omfattar 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 man identifierar så mycket som möjligt av den forskning som behandlar översiktens frågeställningar. 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 finns av hur arbetet med översikten genomförts
- 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 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 osv.

I en systematisk kunskapsöversikt bedömer forskaren noggrant kvaliteten 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, en statistisk metod som innebär en kvantitativ analys av resultaten. Metaanalys kräver dock att frågeställningarna och metoderna i de gjorda studierna 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. De 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 (SoS), SBU och Läkemedelsverket (LV) 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 de ovanstående kriterierna håller en god kvalitet kan siffergraderas enligt det evidensgraderingssystem som SBU, LV och SoS kommit överens om.

Följande system för gradering av *evidensstyrka* har använts för att gradera slutsatserna i systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet. Detta system får inte användas för att gradera slutsatser från något annat underlag än systematiska kunskapsöversikter av god kvalitet.

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 centrum. ”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 fallkontrollstudier 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 bakgrundsdocumentationen 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”, ”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 rör instrumentets förmåga 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 i stället 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 framför allt medicinska sammanhang framförs att RCT (Randomized Controlled Trials) är ”golden standard”. 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 matchning). Tvillingen ska ha samma värde på variabler som är viktiga för behandlingsresultaten, t.ex. kön, ålder, utbildning, andra sjukdomar, geografisk hemvist osv.

Man kan inte utan vidare säga att RCT alltid är överlägset andra metoder med kontrollgrupper. Det är viktigt att tydligt redovisa hur man har bedömt bevisvärdet för de rekommendationer som ges.

Alternativ till randomiserade kontrollerade studier är till exempel *kvasiexperimentella* 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). När 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 resultaten 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 som kostar pengar.

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 skapa 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 fjärrnar 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 för en relativt liten andel av den s.k. utfallsvariansen, vilket också framhålls i narkotikakapitlet (kapitel 5). 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 vi diskuterat frågan om vilka eller vilket resultat (utfall och utfallsmått) som är intressant vid behandling av personer med alkoholmissbruk och -beroende eller annat missbruk.

Traditionellt har behandlingens resultat vid t.ex. alkoholberoende bedömts i termer av helnykterhet. Utfallet var därmed en fråga om antingen eller, och man satte 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 – men som 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 naturalförlopp, 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 att utveckla särskilda kognitivt orienterade program med målsättning att etablera ”kontrollerat” drickande som en möjlighet efter avslutad behandling.

Till dessa mer allmänna tendenser hör också 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 sociala, psykologiska och fysiska förändringar, men naturligtvis också om de specifika förhållanden som rör symtomet eller symtomen i sig.

I praktiken är det dock som regel inte möjligt att spanna över alla de aspekter som är intressanta, samtidigt som det finns behov från den be-

handlande 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 artikel³⁷ 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 metaanalyser³⁸):

- 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 tillräckliga data kring klient- och patientkarakteristika.

Slutsatsen är att resultaten av de översikter som inte kan handskas med dessa problem på ett tillfredsställande sätt 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 narkotika-problem redovisas den aktuella forskningen inom detta område (del II, s. 11–121). Slutsatserna från denna genomgång har kritiserats bl.a. mot bakgrund av de ovan nämnda grundproblemen.

I en ny analys som redovisas i faktaunderlaget grundas genomgången på ytterligare studier, men också på en modifierad gruppering och katego-

³⁷ *Evidensfrågan och kunskapsläget beträffande behandlingsåtgärder för narkotikaproblem*, författad av Anders Bergmark, en av koordinatörerna i expertgrupp 1.

³⁸ Statistiska analysmetoder.

risering av dessa som i viss mån tagit hänsyn till den kritik som framförts. Enligt vår värdering av det aktuella kunskapsunderlaget bör analysen kunna ligga till grund för vissa slutsatser, om än försiktiga och formulerade med nödvändiga reservationer. Vi menar att den inomvetenskapliga kritik som är nödvändig och självklar på sikt måste leda till internationellt vedertagna modeller för hur man ska utforma systematiska kunskapsöversikter (t.ex. metaanalyser), i första hand när det gäller att bedöma och kategorisera 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. Detta är 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 (RCT) och deras relevans för de behandlingsmiljöer som finns inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inom ramen för de betingelser som 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. Vi menar att man därför bör vara försiktig vid tolkning av resultat som framkommit i studier även om de håller hög vetenskaplig nivå.

Inom alkoholområdet (vid studier av psykosocial behandling som kan antas ha giltighet även 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 på längre sikt händer personer som utvecklar missbruk eller beroende. Det är ett forskningsfält där RCT-studier i regel inte kan ge information. Vi är i stället 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 metoder eller interventioner som är hårt avgränsade i tiden. 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 och det andra om sociala stödåtgärder (båda i kapitel 5).

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 resultatet speglar gruppen i sin helhet relativt väl, men inte de enskilda individerna.

Detta aktualiserar frågan 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 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. vårdorganisationerna och ledningen.

Bilaga 4. Förutsättningar för lokal och regional uppföljning av kvalitet

Inledning och bakgrund

Som framhållits tidigare har vården och behandlingen av personer med missbruksproblem genomgått stora förändringar under senare år. En allt viktigare fråga som utvecklingen aktualiserat är om kvaliteten i verksamheterna har försämrats. Lokala studier och länsstyrelsernas tillsyn pekar på att så är fallet. Några tillförlitliga eller objektiva mått för att mäta kvaliteten i verksamheten saknas dock och det är mycket osäkert vilka effekter förändringarna har lett till för den enskilde.

I ett projekt som pågått jämsides med riktlinjearbetet har missbruks- och beroendevårdens kvalitet stått i fokus. Vad menar vi när vi talar om god vård och behandling inom detta område och vilka kvalitetskrav kan vi ställa på verksamheten? Denna mer allmänt hållna frågeställning har aktualiserat många komplexa frågor. De har bl.a. handlat om vad som konstituerar kvalitet inom denna verksamhet, hur vi kan utveckla en modell för kvalitetsbestämningar och om det är möjligt att förena kvalitet i hälso- och sjukvårdens mening med socialtjänstens. Ett försök att besvara dessa frågor inleddes hösten 2002 och utmynnade i rapporten *Kvalitet inom missbrukarvård – Ett försök att utveckla kvalitetskriterier* (Socialstyrelsen 2005). Sedermera har frågan också aktualiserats i ett ytterligare projekt inom Socialstyrelsen, ”Kvalitetsindikatorer i socialtjänsten”. Det projektet har kommit att bli ett paraplyprojekt för diskussioner inom flera områden av socialtjänstens verksamhet.

En utgångspunkt för det förstnämnda projektet har varit att utveckla ett stöd för kvalitetsbestämningar som gäller *hela* missbruks- och beroendevården. Till skillnad från arbetet med kvalitet för riktlinjer inom hälso- och sjukvårdsområdet, har projektet alltså inte inriktats på att fastställa lämpliga kvalitetsindikatorer med direkt koppling till de åtgärder eller riktlinjer som föreslås. De experter som anlitas för att utarbeta faktaunderlag inom hälso- och sjukvårdsområdet har därför ett uppdrag att formulera indikatorer som direkt kan kopplas till riktlinjerna. Det betyder att kvalitetsindikatorer här är en integrerad del av riktlinjearbetet.

Kvalitetsfrågorna i det aktuella riktlinjearbetet har med andra ord haft en bred ansats där verksamheten i sin helhet stått i fokus. Inom ramen för detta har dock även indikatorer med direkt bäring på riktlinjer behandlats med det uttalade önskemålet att bedöma om kunskapsrelaterade åtgärder och interventioner får genomslag i praktiken, dvs. om riktlinjerna används som stöd för arbetet.

I det följande redovisas den lagstiftning som finns inom området, utgångspunkter för kvalitetsprojektet och de slutsatser och förslag Socialstyrelsen vill framhålla som grund för verksamhetsuppföljning på lokal och regional nivå.

Lagstiftning

Inom vård och omsorg finns en lång tradition av kvalitetsarbete och en begreppsapparat som är kopplad till detta. Den svarar mot de krav som formuleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Här pekar man på *kvalitet* bl.a. i form av bemötande, väntetider, delaktighet och vårdens resultat (2a §).

I lagen (31 §) framhålls också nödvändigheten av *kvalitetssäkring*, dvs. arbetsprocesser som går ut på att verksamheten försäkras om att kvaliteten är tillräckligt god. I dagsläget finns ett 60-tal så kallade kvalitetsregister inom olika medicinska specialiteter. Dessa register administreras av professionen och de medicinska specialiteterna själva.

Lagstiftaren riktar även kvalitetskrav på *personalens kompetens* i lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Här fastslås bl.a. att personalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Även i socialtjänstlagen (2001:453) sägs att ”insatser inom socialtjänsten skall vara av god kvalitet”. Det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Likaså ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Inom socialtjänsten definieras ”god kvalitet” som insatsernas värde för klienterna, personalens förhållningssätt mot klienterna, rättssäkerhetsaspekter, bemötande, den enskildes medinflytande och att vård och service ska vara tillgänglig (prop. 1996/97:124).

Som framgår spänner lagstiftarens kvalitetskrav över ett stort område. Det omfattar den innehållsliga kvaliteten, krav på egna kontrollsystem som kontinuerligt ska förbättra kvaliteten och slutligen personalens kompetens. I stora drag ställs likartade kvalitetskrav på hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Lagstiftarens ambitioner när det gäller kvalitetssystem har för båda huvudmännens verksamhet klaggjorts i Socialstyrelsens författningssamling.

I Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2005:12 ”Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” preciseras vilka verksamheter som omfattas: den patientinriktade vården, detaljhandel för läkemedel, klinisk forskning, klinisk prövning av läkemedel eller medicintekniska produkter.

Ett systematiskt kvalitetsarbete ska enligt föreskriften 1) förebygga vårdskador, 2) utgå från syftet med verksamheten, dvs. identifierade och priori-

terade vårdbehov samt vårdprocesser, 3) vara anpassat till verksamhetens inriktning, storlek och omfattning, 4) utgå ifrån mätbara mål, dokumenteras och kontinuerligt följas upp och 5) vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen. Det ska också innefatta ett antal områden som bl.a. patientbemötande, diagnostik, kompetens, samverkan samt risk- och avvikelshantering.

Inom socialtjänstens område finns en reglering med snarlik inriktning: ”Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS” (SOSFS 2006:11 (S)). Kvalitetssystemet bör bl.a. vara anpassat till verksamhetens inriktning och omfattning, säkerställa flexibel användning av tillgängliga resurser, vara väl förankrat och användas i det dagliga arbetet.

Ett effektivt kvalitetssystem ska dessutom omfattas av mål och dokumenterade rutiner för hur kvaliteten i verksamheten styrs och för en effektiv analys och utvärdering, samt dokumenteras i en kvalitetsplan. Kvalitetssystemet bör minst omfatta följande områden: behovsbedömning och rättssäkerhet i handläggning och dokumentation, extern och intern samverkan och samarbete, förhållningssätt och metoder, kompetens, upphandling, inköp, tekniska system och produkter, riskanalys, avvikelshantering och klagomålshantering. Av regelverket framgår att kvalitet kan gälla många olika aspekter; från administrativa rutiner till mer generellt hållna kvalitetskrav som ofta tangerar varandra eller kan uppfattas som en och samma sak.

Några utgångspunkter

En viktig utgångspunkt för kvalitetsprojektet har alltså varit lagstiftning, men även de begrepp och definitioner som används inom tjänsteforskningen. Lagstiftaren ger här dock ganska liten vägledning.

I rapporten *Kvalitet inom missbrukarvård – ett försök att utveckla kvalitetsindikatorer* diskuteras begreppet kvalitet och hur en modell för beroendevårdens kvalitet kan utformas. Diskussionen är också gemensam för andra områden inom vård och omsorg och har senare utvidgats till ett försök att klargöra begrepp som *indikator*, *kriterium*, *mått* och *standard*.

En viktig tankeram i sammanhanget har varit de kvalitetsområden som den amerikanske professorn Avedis Donabedian³⁹ föreslagit för att värdera verksamhetens *struktur*, *process* och *resultat*. En kompletterande ansats som även inbegriper nationell nivå (makro), verksamhetsnivå (meso) och individnivå (mikro) har även prövats. Denna utvidgade tankeram innebär att kvalitet i form av t.ex. struktur även kan analyseras på makro-, meso-

³⁹ Donabedian, Avedis, ”An introduction to Quality Assurance in Health Care”, Ed. Rasid Bashshur, Oxford University Press, New York, 2003.

eller mikronivå. Med detta betraktelsesätt kan kvalitet ses ur minst två dimensioner. Ett exempel utgör lagstiftning som kan betraktas som en form av statlig styrning för att uppnå vissa kvalitetsmål. Denna styrning får naturligtvis ofta ett mer eller mindre tydligt genomslag i verksamheten. Den kan även uppfattas som en normering eller standard mot vilken verksamhetens struktur, process och resultat måste förhålla sig. Ett annat exempel är den behandlings- eller vårdgaranti inom missbrukarvård som staten vill ska genomföras på lokal nivå. I kvalitetssammanhang kan det ses som en standard som olika delar av verksamheten måste förhålla sig till och som bör uppmärksammas när kvaliteten ska bestämmas eller mätas.

En annan tankeram har handlat om vad som ska mätas. Finns det områden eller aspekter som är nödvändiga eller oundgängliga och kan dessa sammantagna ge en bild av verksamhetens kvalitet? Vissa aspekter pekar lagstiftningen ut, t.ex. kompetens, tillgänglighet och bemötande, men i princip saknas ett allmänt vedertaget system för att definiera kvalitet och dess komponenter. I brist på vägledning har projektet försökt precisera den arbetsprocess som utmärker beroendevården både med hänsyn till brukarnas perspektiv och till verksamheten som den beskrivs i t.ex. verksamhetsplaner, budget och organisationsskisser. Det innebär kort sagt: Vilka moment kan urskiljas från det att en klient eller patient tar kontakt till det han eller hon är ”färdigbehandlad”? En sådan specificering har legat till grund för den dialog som förts med fokusgrupper inom socialtjänstens och landstingens beroendevård (en närmare redovisning ges nedan.). En diskussion om verksammas beståndsdelar i behandlingen bör naturligtvis även inkludera frågor om de principer som ska vara vägledande och de förhållanden eller faktorer som kan påverka behandlingsutfallet (se diskussion i inledningen om common factors).

En ytterligare fråga har handlat om hur man mäter kvalitet, givet att man definierat de kvalitetsaspekter eller indikatorer man vill använda sig av. Sådana mätningar kan utformas på flera sätt. En möjlighet består i att försöka ange någon slags minimistandard, dvs. ett mått som anger lägsta godtagbara kvalitet inom det specifika området. Mätningen kan då utformas som en undersökning av förekomsten av ett kännetecken, en faktor, situation eller motsvarande med stöd av dikotoma variabler (ja- eller nej-alternativ). Detta kräver att frågorna kan laborera med absoluta värden, dvs. antingen finns faktorn eller så saknas den. Nackdelen med denna typ av frågekonstruktion är risken för att förenkla den verksamhet som ska mätas och beskrivas.

Ett alternativ som diskuterats är att mäta kvalitetsaspekter med hjälp av skalor eller någon form av kontinuerliga variabler. Även om sådan in-

formation kan betraktas som mer ”verklighetsnära” innebär den samtidigt att komplexiteten i kvalitetsundersökningen ökar. Förutom de tekniska problemen, som att konstruera meningsfulla skalor, finns även risken att respondenten tappar intresset och gör schablonmässiga värderingar.

Det leder också över på en annan fråga, nämligen hur många kriterier och indikatorer som ska behandlas i en kvalitetsundersökning. Kan verksamhetens kvalitet mätas med hjälp av några enstaka variabler (s.k. tracers) eller behövs ett batteri med variabler för att vi med rimlig trovärdighet ska kunna uttala oss om verksamhetens kvalitet? I det följande avsnittet redovisas översiktligt resultaten från genomförda undersökningar, diskussioner och de slutsatser som Socialstyrelsen dragit.

Resultat, slutsatser och förslag

För att få ett så gediget och allsidigt empiriskt underlag som möjligt i den fortsatta kvalitetsdiskussionen genomfördes en dialog med ett antal fokusgrupper. De skulle representera både kommun och landsting och om möjligt olika regioner i landet.

Utgångspunkten för dessa var en processbeskrivning av beroendevårdens verksamhet. Den utgjorde ett slags styrdokument för de samtal som genomfördes med fokusgrupperna. Dokumentet skulle här fungera som guide och styrning för att garantera att samtliga moment i processen behandlades. Totalt genomfördes arton fokusgrupper i fyra kommuner och två landsting med ledningspersonal, profession och brukare som målgrupper. I denna dialog formulerades drygt 200 förslag till kvalitetskriterier. Dessa kategoriserades och ordnades i ett fyrtiotal kriterier inom följande områden: Säkerhet, tillgänglighet, rådgivning, samverkan, klient- och patientprocess, utredning och dokumentation, uppföljning, specialiserade och riktade stöd- och vårdformer samt personalfrågor.

Denna explorativa fas följdes av en enkätundersökning till ett antal utvalda enhetschefer inom beroendevården. Enkäten syftade till att pröva rimligheten och den externa validiteten i de kriterier som föreslagits, men även ifall verksamheten i sig kan uppfylla de föreslagna kvalitetskraven. Enkäten visade att en majoritet av kriterierna bedömdes vara relevanta och viktiga. Samtidigt noterades stora variationer i huruvida verksamheten kan leva upp till det efterfrågade kvalitetskravet. Socialstyrelsen gjorde bedömningen att de föreslagna kriterierna med några undantag kunde ligga till grund för ett fortsatt utvecklingsarbete. I ett senare skede har ett stort antal brukarorganisationer getts möjlighet att i detalj diskutera och lämna synpunkter på kriterierna. Till de områden som nämns ovan har även fogats *förebyggande arbete* och *ledning och styrning* som bedömts vara viktiga parametrar vid bedömningen av verksamhetens kvalitet.

Med detta underlag har Socialstyrelsen ytterligare bearbetat förslagen till kvalitetskriterier för beroendevården. Härvid har viss hänsyn tagits till de diskussioner och synpunkter som förts fram inom riktlinjeprojektet. I tabblån nedan redovisas 35 kvalitetskriterier som vi menar kan uppfylla kraven på relevans och extern validitet. De ska dock uppfattas som preliminära och kommer att stämmas av mot de förslag som kommer att utarbetas inom det tidigare nämnda paraplyprojektet (kvalitet inom socialtjänsten i sin helhet). Som framgår av tabblån anges vilken eller vilka huvudmän som avses. Dessutom kan kriterierna komma att kompletteras utifrån rekommendationer i riktlinjedokumentet.

Här är det viktigt att betona att de föreslagna kvalitetskriterierna och -indikatorerna är en bruttolista med exempel som dels kan användas för nationella kvalitetsmätningar, dels nyttjas på lokal och regional nivå. På lokal nivå utgår vi från att kvalitetsutvecklingen även styrs av andra förutsättningar och villkor, t.ex. egna kvalitetssystem, lagstiftning, utveckling av kvalitetsregister och lokalt eller regionalt anpassade kvalitetskrav. I detta sammanhang kan Socialstyrelsens förslag tjäna som underlag för att ta fram lokala kvalitetskriterier. Det bör även påpekas att exemplen på kriterier inte anger miniminivåer eller standarder. Det är i första hand en fråga för huvudmännen. I tabblån har exemplen genomgående formulerats som påståenden. Svarmöjligheterna har här begränsats och förenklats i form av ett ja- eller nej-alternativ.

Exempel på områden för bedömning av kvalitet i beroendevård
<i>Förebyggande arbete</i>
En kartläggning av missbrukssituationen för styrning av det förebyggande arbetet har genomförts.
Tidiga insatser erbjuds för barn i missbruksmiljöer.
<i>Tillgänglighet</i>
Klienter och patienter och andra berörda kan dygnet runt komma i kontakt med missbruks- och beroendevården (t.ex. via telefonist, röstbrevlåda eller e-post) varvid den enskilde kontaktas senast påföljande dag.
Missbruks- eller beroendevården har, eller kan hänvisa till, en beroendemottagning eller akut som är bemannad med vårdpersonal dygnet runt.
Ett första personligt samtal för bedömning av problem sker inom en angiven tid.
Individuell vårdplan upprättas inom en angiven tid räknad från det första besöket.
Verksamheten har uppsökande verksamhet för personer med tungt missbruk.
<i>Rådgivning</i>
Alkohol- och drogrådgivning kan erbjudas.
<i>Samverkan</i>

Skriftliga avtal med annan huvudman om samverkan kring personer med missbruks- och beroendeproblem finns.
Kommunen eller kommundelen samverkar med andra kommuner och kommundelar kring en gemensam missbruksenhet.
Missbruks- och beroendevården samverkar i en öppenvårdsmottagning där landstingets specialiserade beroendevård eller psykiatri och socialtjänsten ingår.
Det finns rutiner som underlättar informationsöverföring mellan huvudmän.
Samverkan sker regelmässigt med kriminalvården, psykiatrin, SIS-hem (m.fl.) om personer med tungt missbruk.
Klient- och patientprocess
En checklista används för uppgifter som inhämtas i samband med en förhandsbedömning av klientens eller patientens situation (t.ex. familj och boende).
En behandlingsplan ⁴⁰ upprättas gemensamt av personal och klienten eller patienten i samband med en behandlingsinsats.
Kontakt förmedlas till stödgrupper (t.ex. AA, NA, Länkarna) eller motsvarande.
Insatser görs för att stärka den enskilde klientens eller patientens nätverk.
Kontakt etableras med psykiatrisk expertis om klienten eller patienten har sådana behov.
Vid behov erbjuds eller förmedlas lämplig sysselsättning (t.ex. studier, arbetsträning och skyddat arbete).
Utredning och dokumentation
För upptäckt och bedömning av missbruks- eller beroendeproblematik används instrument, t.ex. AUDIT och DUDIT.
Vid bedömning av problemtyngd och hjälpbehov används klient- och patientbedömningsinstrument (ASI alternativt DOK).
Klienter och patienter följs upp efter avslutad behandling med hjälp av något eller några bedömningsinstrument.
Uppföljning
Missbruks- och beroendevården använder bedömningsinstrument för att sammanställa uppgifter om grupper av klienter.
Kostnader för insatser och åtgärder sammanställs kontinuerligt.
Information om resultat av insatser och åtgärder sammanställs kontinuerligt.
Brukarundersökningar genomförs återkommande för att kunna förbättra verksamheten.
Specialiserade och riktade stöd- och vårdformer
Vård och behandling kan erbjudas specifika behovsgrupper.
Boendeinsatser erbjuds klienter vid behov.
Personalkompetens
Huvuddelen av personalen som arbetar med missbruks- och beroendeproblem har särskild utbildning inom missbruksområdet.
Personal (vars huvuduppgift är att arbeta med klienter och patienter som har missbruksproblem) får regelbunden extern ärendehandledning.
Säkerhet
Missbruks- och beroendevården har en dokumenterad hot- och våldspan.

Ledning och styrning
Ansvarig nämnd har uttalade krav på att verksamheten tydligt ska kunna beskriva vad medborgarna och brukaren kan förvänta sig av verksamheten.
Ansvarig nämnd har uttalade krav på att verksamheten tydligt ska kunna beskriva arbetssätten för hur man säkerställer att servicen uppfylls.
Ansvarig nämnd har uttalade krav på att verksamheten ska följa upp servicen genom att – fånga in synpunkter från medborgarna och brukarna för att utveckla verksamheten – mäta den upplevda kvaliteten i servicen.

⁴⁰ Detaljerad plan över behandlingsinsatser. Se vidare Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2003:20 (S).