

Behandling av alkohol- och drogmissbrukare i beroendevården

Hur går det för patienterna?



ANDERS ROMELSJÖ, professor, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet, och affilierad pro-

fessor, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm
 anders.romelsjo@sorad.su.se

Under de senare åren har det vetenskapliga stödet ökat för att det finns effektiv behandling av alkohol- och drogmissbrukare [1]. I den största slumpmässigt randomiserade behandlingsstudien Project Match [2] fanns ingen betydande skillnad i den goda effekten av kognitiv beteendeterapi, motiverande samtalsmetodik och tolvstegsmodellen, tre vanliga behandlingsformer. Flera randomiserade studier med obehandlad kontrollgrupp har funnit att strukturerade behandlingsmetoder har effekt [1, 3].

Hälso- och sjukvårdsforskningen har stärkts inom alkohol- och drogområdet i efterdyningen till Project Match, inte minst i USA. Denna forskning är ganska svagt utvecklad i Sverige, trots förekomst av bl a väl utvecklad offentlig statistik och trots olika register varifrån uppgifter kan kopplas samman med t ex intervjuuppgifter. En gren av denna forskning avser studier av »vanlig behandling« inom hälso- och sjukvården, dvs studier av »real world conditions« [4]. Många uppföljningsstudier från andra länder visar att en betydande andel av patienterna med alkohol- och drogproblem förbättras i »sedvanlig behandling« [5-7].

Begränsningar i randomiserade studier har också uppmärksamats mer. Ofta utsluts stora grupper av vanligt förekommande patienter [8], t ex blandmissbrukare och patienter med psykisk sjukdom, vilket begränsar generaliserbarheten. I förslaget till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård april 2006 nämns att resultat från randomiserade studier av psykosocial behandling inom alkoholområdet verkar gälla även utanför den experimentella situationen [3]. Man anser också att det är brist på uppföljningsstudier och att väl upplagda kohortstudier med entydiga resultat bör ha evidensgrad 2, den näst högsta.

Stort behandlingsutbud i Sverige

Alkoholkonsumtionen i Sverige och Stockholms län har ökat 30 procent sedan inträdet i EU 1995 [9], och andelen högkonsumenter har också ökat [10]. Antalet vårdade på sjukhus med somatiska alkoholdiagnoser, inklusive alkoholförgiftning, har ökat med 25 procent bland kvinnor och med 14 procent bland män mellan 1997 och 2002 [11]. En ökning har också skett i Stockholms län [12].

I en jämförelse mellan 16 länder på 1980-talet låg Sverige högt vad gäller behandlingsutbudet för alkohol- och drogmissbruk [13]. Sannolikt gäller detta även idag. Under det senaste decenniet har en övergång skett från slutet till öppen vård. Sjukvårdens andel av behandling har ökat i Sverige, medan socialtjänstens har minskat [14]. Andelen patienter som behandlas i privat vård har också ökat. År 2002 återfanns omkring 40 procent av

de personer som en given dag får behandling för alkohol- och drogproblem i Sverige inom sjukvården [14]. Sjukvårdens andel är sannolikt högre för Stockholms län [15]. År 2003 vårdades i landet ca 16 000 individer på sjukhus, de allra flesta inom beroendevården, med någon av diagnoserna alkoholberoende, alkoholintoxikation, alkoholpsykos och alkoholmissbruk (AAAA) som huvuddiagnos vid ca 27 000 vårdtillfällen (medelvårdtid fyra dygn) samt ca 4 600 individer med narkotikaberoende eller narkotikamissbruk som huvuddiagnos vid ca 8 200 vårdtillfällen (medelvårdtid sju dygn), enligt landstingens vårdregister. Det är okänt hur många unika personer som får missbrukarvård under ett år [16]. Dessutom sker omfattande insatser inom annan slutet och öppen vård för personer med alkohol- och drogrelaterade hälsoproblem, bl a inom psykiatri, kroppssjukvård och allmänmedicin, utan att alkohol- och drogvänor efterfrågas.

Enligt beräkningar svarar alkohol för drygt 9 procent av DALY (disability-adjusted life years) i utvecklade europeiska länder som Sverige, nästan lika mycket som tobak, och för 4 procent i hela världen [17]. Därtill kommer droger och omfattande sociala problem och kriminalitet relaterade till alkohol- och droganvändning. Man uppskattar att 115 000 människor i Europa årligen dör en alkoholrelaterad död och att samhällskostnaderna uppgår till 125 miljarder euro [18]. De totala vårdinsatserna och vårdkostnaderna är betydande.

Betydande förändringar i Stockholms län

I Stockholms län har beroendevården genomgått betydande förändringar. 1998 ställde sig landstingets och kommunernas

SAMMANFATTAT

Alkoholkonsumtionen i Sverige har ökat med 30 procent på tio år.

Drogmissbruket har ökat liksom de alkohol- och drogrelaterade problemen och antalet patienter i behandling.

Denna studie presenterar utfallet efter tolv månader för 654 alkohol- och drogmissbrukare som behandlats i landstingets beroendevård i Stockholms län.

Vid uppföljningen uppgav drygt hälften av patienterna med alkohol som dominerande problem och två tredjedelar av dem med drogproblem att de slutat eller minskat sitt bruk kraftigt.

Förbättringen är i nivå med

andra kroniska sjukdomar som astma, diabetes och hypertoni.

Både sociala förhållanden, beroendegrad och olika behandlingsfaktorer visade ett signifikant samband med förbättring.

Avsaknaden av en obehandlad jämförelsegrupp försvårar tolkningen av behandlingseffekten.

Uppbyggande av kvalitetsregister baserat på datajournaler bedöms kunna medföra ett väsentligt förbättrat underlag för fortlöpande utvärdering och uppföljning för olika patientgrupper, behandlingar och behandlingsenheter inom beroendevården.

TABELL I. Karaktistik (procent) av patienter inom beroendevården i Stockholms län 2001.

Variabel	Alkohol som dominerande problem			Narkotika som dominerande problem		
	Män (n=290)	Kvinnor (n=134)	Alla (n=424)	Män (n=153)	Kvinnor (n=81)	Alla (n=234)
Gift eller sambo	33,4	37,8	34,8	18,7	35,8	24,7
Lever med alkohol-/drogmissbruk	6,6	17,8	10,1	13,7	21,0	16,2
Hemlös	9,3	0,7	6,6	13,7	9,8	12,3
Har barn	60,3	68,9	63,1	53,6	53,1	53,4
Har körkort	52,2	57,8	54,0	30,9	38,3	33,5
Svenskt medborgarskap	90,3	92,5	91,0	84,4	91,3	86,8
Nordiskt medborgarskap	5,9	6,7	6,1	4,1	5,0	4,4
Annat medborgarskap	3,8	0,7	1,9	11,5	3,7	8,8
<i>Socioekonomisk grupp</i>						
Aldrig arbetat	0	0	0	4,6	2,5	3,9
Ej facklärdd arbetare	34,5	29,9	33,0	44,7	52,5	47,4
Facklärdd arbetare	31,5	12,7	25,5	30,3	21,3	27,2
Lägre tjänsteman	15,2	20,1	16,7	8,6	13,8	10,3
Mellan/hög tjänsteman	6,6	15,6	9,4	2,6	5,0	3,4
Högre tjänsteman	7,2	18,5	10,8	3,3	3,8	3,4
Företagare	5,2	3,0	4,5	5,9	1,3	4,3
<i>Huvudsaklig försörjning</i>						
Förvärvsarbete	47,2	41,2	45,3	25,5	23,8	24,9
Sjukpenning, sjuksättning	33,5	44,3	37,0	18,3	27,5	21,5
Socialbidrag	11,2	3,8	8,8	30,7	25,0	28,8
Arbetslöshetsersättning	1,9	6,9	3,5	0,7	0	0,4
Arbetat någon av senaste 30 dagarna	45,7	45,9	45,8	28,5	34,1	30,5
Genomsnittligt antal alkohol-/drogberoendekriterier (0–6)	4,2	4,2	4,2	4,7	4,8	4,8

politiker bakom ett gemensamt policydokument för alkohol- och drogmissbrukare inriktat på minskad slutenvård, ökad öppen vård och med särskild satsning på gemensamma öppenvårdsmottagningar för beroendevård och socialtjänst [19].

I praktiken skedde en tydlig sådan utveckling inom Beroendecentrum Nord men inte inom Beroendecentrum Syd [15]. Landstinget beslöt att från 1 september 2001 slå samman dessa två beroendecentra till Beroendecentrum Stockholm. Det största sjukhuset på sydsidan privatiserades 2002 under namnet Maria Beroendecentrum. Resurserna till beroendevården uppskattas till 420 miljoner kr 1998 och till 500 miljoner 2002. Medelkostnaden per unik individ har minskat med 11 procent mellan 1998 och 2004 och än mer per besök, eftersom antalet besök har ökat mer än antalet individer i behandling [20].

I Stockholms län vårdades år 2003 ca 4 200 personer på sjukhus med någon av AAAA-diagnoserna som huvuddiagnos vid 15 200 tillfällen med en medelvårdtid på två och ett halvt dygn, lägre än genomsnittligt i landet. Motsvarande siffror för narkomani var 3 100 vårdtillfällen med 14 900 vårddygn och medelvärdtiden fem dygn. Omkring 290 000 besök skedde år 2003 i öppen beroendevård av ca 19 000 individer, varav en del även vårdats på sjukhus; en ökning med 75 procent (antal besök) och 48 procent (antal individer) mellan 1998 och 2003.

Den kraftiga uppgången av antalet patienter torde bero på ökning av storkonsumtion, alkoholberoende och behandlingsbehov men sannolikt också på en ökning av antalet lokala mottagningar med behandling som vanligen är kostnadsfri för patienten. Policybeslutet torde ha bidragit till detta.

Utfallen av behandlingen av patienter med alkohol- och drogrelaterade problem inom beroendevården i Sverige är väsentligen ökända. Undantag utgör främst substitutionsbehandling av intravenösa opiatmissbrukare med metadon och buprenorfin (Subutex), som medför lägre dödlighet, vårdkonsumtion och kriminalitet och bättre social funktion [1]. Syftet med förelig-

gande artikel är att analysera ändring av alkohol- och drogvanor och alkohol- och drogrelaterade problem hos patienter i beroendevården i Stockholms läns landsting under en 12-månadersperiod samt att diskutera utvärdering och uppföljning.

MATERIAL OCH METOD

I november 2000 inleddes den första stora allsidiga studien av patienter och klienter inom vanlig svensk missbrukarvård [14] av Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet med medel från Socialdepartementet. Intervjuer skedde med 942 patienter på olika enheter (rekryteringsenheter) inom landstingets beroendevård, utvalda med hänsyn till sociodemografiska förhållanden, och från olika delar av verksamheten. Dessa patienter/klienter hade inte besökt rekryteringsenheten under de gångna tre månaderna. Dessutom intervjuades 936 klienter inom socialtjänsten och ett slumpvis urval av 3 557 personer i den vuxna befolkningen. Detta kompletterades med intervjuer av nyckelpersoner, personalenkäter och registerdata.

Den studerade patientgruppen

Denna artikel avser de 654 (69,4 procent) av de 942 patienterna inom landstingets beroendevård som också deltog i en telefonintervju efter ca tolv månader, med litet internt bortfall för enstaka variabler. Intervjuformuläret omfattade många områden. Vanligen användes etablerade frågor, bl a de frågor från det mycket använda Addiction Severity Index (ASI) [21, 22] som behövs för att bilda de centrala måtten, »composite scores» (CS) (variationsvidd 0,00–1,00), som avser förhållanden under de senaste 30 dagarna inom sju områden: fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkoholanvändning, narkotikaanvändning, kriminalitet, familj och umgänge samt psykisk hälsa.

Diagnosen alkohol- respektive drogberoende enligt ICD-10 ställdes med användning av alkohol- och drogfrågorna i Com-

posite International Diagnostic Instrument (CIDI) [23]. Vid uppföljningen ställdes dels liknande frågor som vid basintervjun, dels frågor om händelser under de gångna tolv månaderna, bl a om behandling. Intervjuerna utfördes av särskilt tränade universitetsstudenter med samhällsvetenskaplig utbildning. Samtliga respondenter fick 100 kr. Projektet var godkänt av forskningsetisk kommitté.

Materialet kom att domineras av patienter från slutenvården. En viktning har skett med utgångspunkt från uppgifter om antal män och kvinnor i olika vårdformer i beroendevården i olika delar av länet för att få en patientgrupp som är tämligen representativ för hela landstingets beroendevård [14].

Patienterna indelades och analyserades i två grupper: de som enligt egen uppfattning hade alkohol som dominerande problem och de som hade narkotika som dominerande problem. Vid denna viktning justerades antalet patienter från det reella antalet (n=654) till 687. Av dessa kunde 658 klassificeras, varav 424 hade alkohol som dominerande problem och 234 narkotika som dominerande problem.

Patientkaraktäristik

Patientkaraktäristika framgår av Tabell I. Omkring en tredjedel av patienterna var kvinnor. Medelåldern var knappt 49 år för män och kvinnor med dominerande alkoholproblem och knappt 36 år för dem med narkotikaproblem. Omkring en tredjedel av alkoholpatienterna och en fjärdedel av narkomanerna var gifta eller samboende. Andelen hemlösa var större bland narkotikamissbrukarna och större bland män än bland kvinnor. Drygt hälften i alkoholgruppen och ungefär en tredjedel av narkomanerna hade körkort. Knappt hälften av alkoholpatienterna och en fjärdedel av narkomanerna hade arbete.

Ändring av alkohol- och drogbruk, beroendegrad och problem efter tolv månader har beräknats. Sambandet mellan vissa sociodemografiska förhållanden och beroendegrad, som kan ha prognostisk betydelse [1, 2, 6], och utfallet av abstinens eller kraftigt minskad alkohol- respektive drogkonsumtion analyserades först i logistiska regressionsanalyser. Variablerna var kön, ålder, gift/sambo eller ej, barn, hemlöshet, boende med missbrukare, socioekonomisk klass, arbete de senaste 30 dagarna, rekryterad från öppen eller slutenvård respektive från enhet i södra/norra länsdelen, svårighetsgrad av eventuella psykiska problem samt antal beroendekriterier (0–6).

Behandlingsvariabler

Därefter inkluderades behandlingsvariabler, en i sänder, tillsammans med de statistiskt signifikanta i multivariata logistiska regressionsanalyser. Behandlingsvariablerna omfattade:

- Patientens behandlingsmål (abstinens eller minskat alkohol- respektive narkotikabruk).
- Behandlingens innehåll (avgiftning, substitutionsbehandling, annan farmakologisk behandling, rådgivning/samtalsterapi).
- Upplevt stöd i behandlingen från personalen på rekryteringsenheten. Frågorna kan sägas avspegla olika aspekter på empati, en central framgångsfaktor vid behandling [24].
- Orsak till förbättring. Dessa frågor innefattade bl a behandling på rekryteringsenheten, behandling efter rekryteringsenheten, förstående personal, positiv livshändelse (börjat umgås med dem som inte använder droger, blivit trött på det liv jag levde).
- Behandlingens längd.
- Behandling under 12-månadersperioden inom sjukvård, socialtjänst och frivillig vård.
- Upplevd samordning av vården under den gångna 12-månadersperioden.

TABELL II. Ändring av alkoholvanorna vid 12 månaders uppföljning bland patienter med alkohol som dominerande problem som behandlades inom beroendevården i Stockholms län 2000–2001.

	Män (n=289)	Kvinnor (n=135)	Alla (n=424)
Slutat helt, procent	16	28	20
Slutat helt eller minskat kraftigt, procent	50	60	53
Minskat motsvarande 75 cl sprit/ per vecka, procent	25	27	26
<i>Genomsnittlig minskning av alkoholkonsumtionen</i>			
gram 100-procentig etanol/dag	24	39	82
procentuell minskning	28	55	35
<i>Genomsnittlig minskning av antal dryckestillfällen med 12 drinkar eller mer under en dag</i>			
	33/år	63/år	43/år
procentuell minskning	29	58	46
<i>Genomsnittlig minskning av antal kriterier på alkoholberoende (3–6)</i>			
	1,4	1,3	1,3
<i>Andel patienter med förbättring av alkoholrelaterade problem inom minst 3 av 5 områden¹, procent</i>			
	24	16	21
Förbättring av fysisk hälsa, procent	32	22	27

¹ Relationer, familj, arbete, ekonomi, hälsa.

TABELL III. Statistiskt signifikanta variabler associerade med markant förbättrade alkoholvanor (n=178) efter 12 månader vid multivariat logistisk regressionsanalys. Oddskvoter (OR) med 95 procents konfidensintervall (95 procents KI).

Variabel	OR (95 procents KI)
Kvinna (jämfört med man)	2,26 (1,29–4,10)
50–59 år	2,72 (1,31–5,67)
Bor med alkoholmissbrukare	0,41 (0,18–0,94)
Patientens behandlingsmål abstinens	1,87 (1,15–3,02)
<i>Orsak till förbättring enligt patienten</i>	
omvälvande livshändelse	1,99 (1,57–2,54)
behandling på rekryteringsenheten	2,44 (1,07–5,57)
behandling efter rekryteringsenheten	3,82 (1,16–8,93)
personalen förstod mig och brydde sig om mig helt och hållet	3,80 (1,03–14,71)
Upplevt vården väl samordnad	3,57 (1,62–7,89)
Antal besök rekryteringsenheten (kvartiler)	2,15 (1,64–2,82)
Antal besök under de 12 månaderna (kvartiler)	1,37 (1,16–1,63)

Bortfall

I bortfallsgruppen ingick 288 personer, varav 140 hade alkohol och 89 hade droger som dominerande problem, medan 59 personer inte kunde klassificeras i någon av dessa grupper. Bland dem med alkohol som dominerande problem var den sociala situationen sämre och alkoholproblemen mer uttalade än bland dem som deltog i uppföljningen (Tabell I). Endast 30 procent hade förvärvsarbete som huvudsaklig sysselsättning, och 50 procent levde på främst sjukpenning eller sjukersättning, me-

TABELL IV. Förbättring (procent) av narkotikavanor (slutat helt eller minskat kraftigt) vid 12 månaders uppföljning bland patienter med narkotika som dominerande problem som behandlades inom beroendevården i Stockholms län 2000–2001.

	Män, antal	Män, procent	Kvinnor, antal	Kvinnor, procent	Alla, antal	Alla, procent
Opiater	85	72	35	68	120	71
Opiater, behandlad med metadon/buprenorfin	26	65	9	89	25	71
Cannabis	29	50	11	67	40	54
Amfetamin	18	41	9	78	27	56
Dämpande mediciner	8	100	75	75	24	84
Kokain	3	100	100	100	6	100
Hallucinogener	3	100	0	0	6	50

dan 24 procent var gifta eller samboende och 8,5 procent hemlösa. Genomsnittligt antal beroendekriterier låg på 4,5, och man hade upplevt alkoholproblem 18 av de senaste 30 dagarna, jämfört med 13 dagar i uppföljningsgruppen.

De narkomaner som inte deltog i uppföljningen var också mer socialt belastade, men skillnaderna var mindre. I ett slumpvis urval av 712 av de 942 patienterna i denna studie hade 26 av 546 patienter (5 procent) som deltog i uppföljningen avlidit fram till och med 2003 och 31 av 166 (19 procent) som inte deltog i uppföljningen.

RESULTAT

Sexton procent av männen och 28 procent av kvinnorna med alkohol som dominerande problem uppgav efter tolv månader att de helt slutat att dricka alkohol, medan 50 procent av männen och 60 procent av kvinnorna uppgav att de slutat helt eller minskat kraftigt (Tabell II). Genomsnittlig alkoholkonsumtion och tillfällen av storkonsumtion (tolv drinkar eller mer per dag) hade minskat markant, framför allt bland kvinnorna.

Minskning av alkoholproblem

Alkoholrelaterade problem hade minskat betydligt, framför allt hos män. Vid uppföljningen rapporterades nio färre dagar med alkoholbruk under de senaste 30 dagarna. Måttet CS i ASI för alkohol låg på 0,51 bland män i alkoholgruppen och förbättrades 0,21 enheter av maximalt 1 vid 12-månadersuppföljningen, medan motsvarande siffror för kvinnor var 0,54 och 0,24 enheter. För CS inom andra områden (fysisk hälsa, arbete/försörjning, narkotikaanvändning, kriminalitet, familj och umgänge) noteras mindre (0,09–0,02 enheter av 1) men positiva förändringar, vilka som regel var statistiskt signifikanta. ASI-frågor avseende psykisk hälsa ställdes inte vid 12-månadersuppföljningen.

Tabell III visar att vissa sociodemografiska förhållanden och behandlingsfaktorer har samband med en markant förbättring av alkoholvanorna. Prognosen var klart bättre för kvinnor och för personer i övre medelåldern men sämre för dem som bodde tillsammans med alkoholmissbrukare.

Minskning av drogmissbruk

Sextiosex procent av männen och 70 procent av kvinnorna med narkotika som dominerande problem rapporterade att de slutat med sitt drogbruk eller minskat detta kraftigt, medan 44 respektive 37 procent uppgav att de slutat helt. Tabell IV visar att detta gäller för alla typer av dominerande narkotikabruk. Andelen som uppger förbättring är ungefär lika stor för opiatmissbrukare som fått respektive inte fått substitutionsbehandling.

ASI visar en statistiskt signifikant minskning av CS för drogbruk, med 0,29 enheter. För CS inom andra områden noteras mindre (0,11–0,04 enheter av 1) men positiva förändringar, vilka som regel var statistiskt signifikanta. Tabell V visar att so-

TABELL V. Statistiskt signifikanta variabler associerade med markant förbättrade narkotikavanor (n=159) efter 12 månader vid multivariat logistisk regressionsanalys. Oddskvoter (OR) med 95 procents konfidensintervall (95 procents KI).

Variabel	OR (95 procents KI)
Besvär, oro på grund av psykiska problem senaste 30 dagarna	
måttligt problem/inget–litet problem	0,22 (0,06–0,87)
påtagligt problem/inget–litet problem	0,08 (0,02–0,31)
mycket stort problem/inget–litet problem	0,21 (0,05–0,80)
Grad av drogberoende (antal positiva kriterier)	1,42 (1,03–1,96)
Orsak till förbättring	
behandling på rekryteringsenheten	5,37 (1,33–21,67)
börjat umgås med dem som inte använder droger	7,98 (1,07–59,48)
blev trött på det liv jag levde	11,90 (1,34–111,11)
Antal besök på rekryteringsenheten	1,04 (1,02–1,07)
Antal besök under de 12 månaderna	1,43 (1,07–1,91)
Personalen hade tid att uppmuntra och hjälpa mig	5,26 (1,89–14,29)
Jag fick all hjälp jag behövde	4,22 (1,48–12,05)
Jag är nöjd med behandlingen	3,41 (1,11–12,05)
Behandling pågår vid uppföljningen	3,64 (1,36–9,76)
Upplevt vården väl samordnad och integrerad	1,45 (1,05–1,99)

ciala förhållanden och behandlingsfaktorer hade betydelse för patienter som slutat med eller kraftigt minskat sitt narkotikabruk. Prognosen var sämre för dem som upplevt stor oro över psykiska problem under de gångna 30 dagarna och för dem som hade fler kriterier på drogberoende, men bättre för dem som börjat umgås med personer som inte använder droger och dem som blivit trötta på sitt liv som drogmissbrukare. Upplevelse av empati och stöd från personalen, liksom omfattningen av öppenvårdsbehandling och upplevd samordning av behandlingen, hade också samband med förbättringen.

DISKUSSION

Vi fann att en majoritet av de uppföljda patienterna rapporterade inget eller kraftigt reducerat bruk av alkohol och droger efter tolv månader. Men vi vet inte hur det gått för dem som inte deltog i uppföljningen. De hade en sämre social situation och högre beroendegrad, och det är också vanligt att patienter i en bortfallsgrupp har ökad förekomst av sådana prognostiskt ogynnsamma faktorer [25]. Den stora skillnaden i dödlighet väcker frågan hur pass aktiv man varit på olika mottagningar då en patient inte kommit till avtalat besök. Den höga andelen patienter

med körkort väcker frågan om man inom vården kände till detta och hur man pass aktivt man handlagt denna fråga.

Stora sociala skillnader

Patientgruppen är socialt marginaliserad, med en stor andel som är ensamboende och som står utanför arbetsmarknaden. En analys av vårdutnyttjandet inom olika grenar av den landsfinsfinansierade sjukvården i Stockholms län visade också att de sociala skillnaderna bland patienterna år 2001 var större inom beroendevården än inom andra vårdgrenar [27]. En liknande marginalisering fanns 25 år tidigare bland patienter på Magnus Huss klinik (alkoholkliniken) vid Karolinska sjukhuset [26]. Det är nu angeläget att ta reda på om utbyggnaden av beroendevårdens öppenvård under 2000-talet har medfört att mindre socialt marginaliserade grupper nu söker vård, inte minst då en överväldigande dokumentation visar god effekt av begränsade insatser för mer socialt integrerade högkonsumenter av alkohol [1].

Oklart vad som är bästa utfallsmått

Det finns ingen enighet om vilka som är de »bästa« utfallsmåtten i behandlingsstudier, till en del naturligt förklarligt, då olika studier har olika syften. I en genomgång av behandlingsstudier 1968–1998 fann Finney och medarbetare [5] att uppgifter från patienterna är den viktigaste källan i vetenskapliga behandlingsstudier. Uppnådd abstinens och kraftig minskning av alkoholkonsumtion (som vi använt som kombinerat mått) är de vanligaste utfallsmåtten.

En viktig fråga är tillförlitligheten i patienternas uppgifter. Denna kan påverkas av bl a glömska, medveten felrapportering och social önskvärd. Flera studier visar god samstämmighet mellan uppgifter från patienter i behandling och anhöriga. Vi har inte kunnat intervjua anhöriga och saknar uppgifter om alkoholrelaterade laboratorie- och urinprov. I Project Match fann man 98 procent överensstämmelse mellan 1 726 patienter och anhöriga i uppgifter om hög alkoholkonsumtion, medan överensstämmelsen med det vanliga alkoholrelaterade blodprovet gammaglutamyltranspeptidas låg på 40 procent [28]. Här är läget sämre än för vissa andra kroniska sjukdomar med tillförlitliga test, som diabetes (B-glukos), astma (peak expiratory flow) och hypertoni (blodtryck).

Vi fann att drygt 50 procent av alkoholpatienterna rapporterade att de slutat dricka helt eller kraftigt minskat konsumtionen efter tolv månader, med en högre andel bland kvinnor. En kraftig minskning skedde också för andra alkoholmått. Vissa studier visar att kvinnor uppnår bättre behandlingsresultat än män, och andra anger att de ligger på samma nivå för de två könen [5].

Andelen som rapporterade en kraftig minskning av alkoholrelaterade problem var större bland männen, vilket delvis kanske förklaras av att den genomsnittliga probleminivån vid inträdet i studien var högre bland männen. Olika behandlingsfaktorer (behandlingens innehåll, längd, grad av samordning och olika aspekter på upplevd empati) hade statistiskt signifikant betydelse för förbättringen. Moos och Moos [29] redovisar ett positivt samband mellan behandlingens längd och bra utfall. Upplevd empati var associerat till bra utfall, vilket man även funnit tidigare [24].

Behandlingens betydelse

Kan vi uttala oss om betydelsen av behandlingen för de positiva utfallen? Detta är ingen randomiserad studie, och jämförelsegrupp saknas, vilken är en svaghet. Flera studier visar att en stor andel av alkohol- och drogberoende patienter vid uppföljning rapporterar förbättring, även om de inte fått behandling. Detta

gäller både randomiserade studier med standardiserade insatser enligt manual och i mer naturliga behandlingssammanhang [1, 3, 30–32].

I ett arbete jämfördes personer med alkoholproblem i behandling med ett slumpvis urval av obehandlade alkoholproblematiker i befolkningen [6]. Efter tolv månader fann man att 57 procent av de behandlade patienterna varit nyktra under de senaste 30 dagarna, jämfört med 12 procent av de obehandlade. Författarna menar att dessa resultat är konsistenta med andra studier av behandlingens effektivitet, inklusive randomiserade kliniska studier, och att det talar för behandlingseffekter.

Förbättring jämförbar med vissa kroniska sjukdomar

En markant förbättring för 40–60 procent av behandlade patienter, dvs samma nivå som i denna studie, har rapporterats för andra kroniska sjukdomar som astma, hypertoni och diabetes [7]. Förbättringen var stor för alla grupper av narkomaner och bland opiatmissbrukare lika stor för dem i drogfri behandling som för dem i substitutionsbehandling. Det senare kan te sig överraskande men är i samklang med resultaten från stora fleråriga uppföljningsstudier från USA och Storbritannien [31, 32]. Det finns inga säkra förklaringar till detta. Patienter söker också oftast vård efter en period med särskilt stor konsumtion eller vid stora problem (liksom astmatiker och diabetiker), och sannolikheten för förbättring efter ett år är ganska stor (regression mot medelvärdet).

Rapporteringsfel förekommer. I en stor studie från Storbritannien fanns dock god korrelation mellan patienternas egna uppgifter och analyser av urinprov [31]. Möjligen kan de sämre resultaten för kontrollgrupper i många randomiserade studier bero på att personer i denna grupp visste att de gick miste om önskad substitutionsbehandling. Att patienter frivilligt söker sig till drogfri behandling kan kanske bidra till positiva resultat.

Alkoholberoendegrad ingen signifikant prediktor

Det kan te sig överraskande att graden av alkoholberoende (antal positiva kriterier) inte var en signifikant prediktor. Dock var nästan alla patienter alkoholberoende, dvs variationen kan ha varit alltför liten. Det är möjligt att det av oss tillämpade traditionella sättet att »mäta« graden av alkoholberoende [33], dvs antalet positiva kriterier som ger lika vikt åt varje kriterium, inte är det lämpligaste.

Liksom i andra utvärderingar [34] fann vi störst förändringar av CS i ASI för alkohol- respektive drogbruk. Många behandlingsforskare tycker att ASI innehåller uppgifter som bör ingå i en bra anamnes, men kritik har riktats mot värdet av ASI som utfallsmått [34]. Invändningar har riktats mot den traditionella utformningen av behandlingsstudier med mätning vid behandlingsstart och uppföljning efter t ex tolv månader. De ger föga information om händelser under den mellanliggande perioden, vid sidan av patientens anamnes, som rimligen ofta inte kan återge variationer i t ex alkoholkonsumtion, astma eller hypertoni. Vid diabetes är upprepade mätvärden av patienten viktiga för bedömning av sjukdomsförloppet.

KONKLUSION

McLellan och medarbetare föreslår utifrån beroendevårdens perspektiv ett slags fortlöpande utvärdering (»concurrent recovery monitoring«, CRM) [7]. För att realisera detta kan ett databaserat journalsystem som underlag till kvalitetsregister vara av stort värde. Där kan centrala uppgifter från besök och andra kontakter registreras och analyseras fortlöpande och jämföras med data från t ex andra enheter och förslag i evidensbaserad litteratur. Detta skulle innebära en markant utveckling av kunskapen om (kostnads)effektivitet och bakgrundskarakt-

teristika för olika patienter [35] och sannolikt förbättrade behandlingsrutiner på kort tid. Ett kvalitetsregister inom beroendevården är idag mycket angeläget.

I analogi med de upprepade mätningarna av B-glukos hos diabetiker som en central del i uppföljningen och behandlingen kan man tänka sig upprepade mätningar med alkometer som en del av behandlingen. Man kan också tänka sig försök med alkometer utlånade till patienter för slumpmässiga mätningar, t ex efter signal via telekommunikation med återkommande rap-

portering. Dessutom behövs fler randomiserade studier inom beroendevården, där man även kan inkludera de stora grupperna med blandmissbruk och psykisk sjuklighet. Det behövs också fler naturalstudier inom beroendevården, med längre uppföljningstid, multipla mätpunkter (databaserat kvalitetsregister) och adekvata resurser för att även nå bortfallsgruppen, åtminstone via registerdata.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm: SBU; 2001.
2. Project Match. Research group matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project Match posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. 1997;58:7-29.
3. Nationella riktlinjer för missbrukarvården. Remissversion april 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
5. Finney JW, Moyer A, Swearingen C. Outcome variables and their assessment in alcohol treatment studies: 1968-98. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;62:211-20.
6. Weisner C, Matzger H, Kaskutas LA. How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*. 2003;98:901-11.
7. McLellan T, McKay J, Forman R, Cacciola J, Kemp. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*. 2005;100:447-58.
9. Leifman H, Gustafsson NK. En skål för det nya millenniet. Stockholm: SoRAD; 2003. Forskningsrapport nr 11.
12. Allebeck P, Andreasson S, Brännström R, Leifman H, Ramstedt M, Romelsjö A. Alkoholen i Stockholm. Tillgänglighet, konsumtion, skador. Stockholm: Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Epidemiologiska enheten; 2004. Rapport 2004:4.
13. Takala JP, Klingemann H, Hunt G. Afterword: common directions and remaining divergences. I Klingemann H, Hunt G, Takala JP, editors. *Cure, care and control: alcoholism treatment in sixteen countries*. Albany: State University of New York Press; 1992.
14. Room R, Palm J, Romelsjö A, Stenius K, Storbjörk J. Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. Beskrivning av en studie i Stockholms län. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*. 2003;20:91-100.
19. Samverkan i missbrukar- och beroendevården. En gemensam policy för missbrukarvård och specialiserad beroendevård i landstinget och kommunerna i Stockholms län. Stockholm: Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län; 2003.
22. Andréasson S, Lindström U, Armelius BÅ, Larsson H, Berglund M, Frank A, et al. ASI - en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999. CUS skrift 1999:2.
24. Hester E, Miller WR. *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Boston: Allyn and Bacon. 3rd ed; 2003.
26. Damström-Thakker K. Long-term utilization of medical and social services in a population of clinical alcoholics [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1990.
28. Babor T, Steinberg K, Anton R, Del Boca F. Talk is cheap: measuring drinking outcomes in clinical trials. *J Stud Alcohol*. 2000;61:55-63.
29. Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction*. 2003;98:325-37.
30. Blomqvist J. Inte bara behandling. Stockholm: Bjurner och Bruno; 1999.
31. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. The national treatment outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*. 2003;98:291-303.
33. Romelsjö A, Room R, Ellström E. Är alkoholberoende en mellankommande faktor mellan alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem? En studie av en klinisk population i Stockholms län. *Nordisk Alkohol- och narkotikatidskrift*. 2003;20:101-11.
34. Mäkelä K. Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*. 2004;99:398-410.