

sammanlagt innefattade 161 patienter. Efter ett år var 78 procent av patienterna fortsatt missbruksfria och kvar i behandlingsprogrammen. Flertalet hade långvarigt missbruk bakom sig och uttalade sociala problem, inklusive kriminalitet.

En jämförelse med kriminalvårdens resultat är naturligtvis vanskelig då de olika populationernas problematik inte dokumenterats i tillräcklig utsträckning. Trots denna begränsning framstår »Erssonmodellen« som överlägset effektiv. Sannolikt skulle platsantalet i kriminalvården kunna reduceras med en tredjedel (i stället för att enligt nuvarande prognoser behöva ökas) inom ca sju-åtta år, om denna pionjärverksamhet

blev norm för missbruksvården i Sverige. Att jämföra med en pessimistisk prognos i psykiatrisamordnarens slutrapport: »Någon genomgripande effekt på den totala brottligheten i landet torde inte kunna utläsas i brottsstatistiken till följd av psykiatrisamordningens här framlagda förslag.«

De mest utsatta missbrukarna och deras anhöriga har anledning att känna uppgivenhet efter att Socialstyrelsen lagt fram sina Nationella riktlinjer. Det krävs sannolikt ytterligare generations-skiften innan det börjar ljusna för dem.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är engagerad i Riksförbundet Attention.*

REFERENSER

1. Modigh K, Berggren U, Sehlin S. Stor risk för DAMP/ADHD-barn att bli missbrukare senare i livet. *Läkartidningen*. 1998;95:5316-9.
2. Modigh K. Under tiden fortsätter eländet. *Socialpolitik*. 2004 (1):38.
3. Modigh K. Erkänn ADHD som dubbeldiagnos! *Läkartidningen*. 2006;103:1534-6.
4. Wielens TE, Faraone SV, Gunarwadene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*. 2003;111:179-85.
5. Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning – en utvärdering av arbetet under åren 2002–2004. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2005. Brå rapport 2005:3.

Replik:

ADHD ingår bland de uppräknade tillstånden

■ Kjell Modigh påstår att Socialstyrelsen har glömt bort personer med ADHD i de nya riktlinjerna för missbruks- och beroendevård. Han säger vidare att personer med ADHD inte ingår i den uppräknade av psykiatriska tillstånd som nämns i kapitlet om samsjuklighet. Vi vill dock hävda att ADHD ingår bland de uppräknade tillstånden.

Med samsjuklighet avses i riktlinjerna, i enlighet med internationell definition, »patienter och klienter med missbruk och/eller beroende som samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för psykiatriska tillstånd«. I texten sägs (sidan 184) att »det kan vara ångestsjukdom, depressionssjukdom, manodepressiv sjukdom eller andra psykostillstånd samt personlighetsstörningar. De uppräknade tillstånden ska i detta sammanhang ses som exemplifieringar«.

Experterna bedömde att det inte var möjligt att inom ramen för dokumentet explicit ange samtliga möjliga diagnoser. Givetvis skulle ADHD ha kunnat nämnas. Enligt vårt svenska diagnossys-

tem ICD-10 inryms ADHD under huvudrubriken »Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar« (F00– F99) och där under rubriken »beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid« (F90–F98) och ingår således inte bland personlighetsstörningarna.

Det är väl känt att personer med samsjuklighet mellan missbruk, beroende och annan psykisk sjukdom är en utsatt grupp. Samsjukligheten identifieras inte alltid, och även om samsjuklighet konstaterats samordnas behandlingarna inte på ett tillfredsställande sätt.

I avsnittet om samsjuklighet anges ansvaret mellan olika instanser för identifikation och behandling, och att det finns stöd för att behandlingarna skall samordnas. I ett annat kapitel presenteras metoder för tidig upptäckt, och riskgrupper inom sjukvården och socialtjänsten exemplifieras. Att också inkludera kunskapsläget om bakomliggande faktorer för missbruk och för samsjuklighet, t ex ADHD, hade, enligt vår be-

dömning, resulterat i ett alltför omfattande dokument.

Kjell Modigh framhåller också den sk Ersson-modellen som en framgångsrik metod. Socialstyrelsens hållning är att behandlingsmetoder kan inkluderas i riktlinjer om deras effekt framkommit i flera studier med högt bevisvärde (ofast randomiserade kontrollerade studier, RCT) och om de är sammanställda i systematiska översikter. Sådana tar i regel lång tid och måste innefatta en tidsgräns (i de aktuella riktlinjerna sattes tidsgränsen för studierna till våren 2004).

Detta medför naturligtvis att riktlinjer, oavsett på vilket område, inte alltid kan redovisa de senaste rönen. Det är också ett av många motiv för att återkommande revidera riktlinjerna och faktaunderlaget. En sådan revidering planeras under 2008.

Ulf Malmström

ordförande i Socialstyrelsens projektgrupp för nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

annons