

SBU-rapport om riskfyllt alkoholbruk, alkohol- och narkotikaberoende

Enkla, men effektiva ingripanden inom vården görs inte tillräckligt ofta

|| Denna artikel utgörs av sammanfattningen och slutsatserna av en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, om tillgängliga metoder för att intervensera mot riskfylld alkoholkonsumtion, och för att behandla och förhindra återfall i missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Rapporten handlar vidare om effekterna av olika behandlingsmetoder enligt de resultat som redovisats i väl genomförda vetenskapliga studier.

Följder av alkohol- och narkotikaberoende

Alkoholproblem är mycket vanligt förekommande i Sverige, liksom i många andra länder. Stora befolkningsundersökningar i USA har visat att 10–15 procent av alla män och cirka 5 procent av alla kvinnor har ett kroniskt alkoholberoende. Av dessa är ungefär en fjärdedel i en fas av aktivt missbruk.

Beroende är en konsekvens av att under en längre tid dricka riskfyllda mängder alkohol. Alkoholberoende får ofta genomgripande sociala och ekonomiska konsekvenser för individen själv och för de närtstående. Självmord, våld, rattfylleri, social utslagning och kriminella handlingar inträffar ofta i spåren av beroendet och missbruket. Alkoholberoende leder ofta även till allvarliga sjukdomar, som framför allt drabbar hjärnan och nervsystemet, men också levern, musklerna, hjärtat och blodkärlen. En betydande del av resurserna för sjukvård används för vård av alkoholrelaterade sjukdomar. Inom socialvården är stora medel och personliga resurser avdelade för att hantera de sociala och ekonomiska konsekvenserna av alkoholproblem.

De samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende av alkohol och narkotika har uppskattats i olika studier i flera länder. Resultaten varierar mellan 2 och 8 procent av BNP, vilket för Sveriges del skulle innebära mellan 30 och 120 miljarder kronor per år. Den missbrukande individen och familjen beräknas svara för nästan hälften av dessa kostnader. Detta pekar på den sociala och mänskliga katastrof som missbruket orsakar även för de anhöriga.

Missbruk och beroende av narkotika är mindre vanligt än alkoholmissbruk och alkoholberoende i Sverige men inte desto mindre allvarligt. Detta i synnerhet som problemet ökar, särskilt bland unga människor. Vissa narkotiska preparat används för medicinsk behandling, men i övrigt är all användning av narkotika illegal i vårt land. Bland de vanligast an-

SAMMANFATTAT

Alkoholskador kan förebyggas. Det är väl dokumenterat i vetenskapliga studier att så kallad mini-intervention inom sjukvården – att identifiera riskfylld konsumtion, ge information samt motivationshöjande insatser och stöd – leder till minskad alkoholkonsumtion och färre alkoholproblem. Denna enkla, men effektiva metod att förebygga både kroppsliga och psykiska skador orsakade av alkohol tillämpas inte i den utsträckning det är motiverat.

Ett flertal specifika psykosociala behandlingsmetoder och läkemedel är vetenskapligt dokumenterat effektiva mot missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Flera andra metoder (som ospecifik stödbehandling) som idag tillämpas mot missbruk och beroende av alkohol och narkotika saknar dokumenterad effekt eller är visat ineffektiva i vetenskapliga studier. Det finns därför utrymme att förbättra vården genom att omfördela resurserna så att de går till metoder som är dokumenterat effektiva.

Svensk missbruksvård bör bygga på evidensbaserad kunskap, vilket kräver en satsning på information, utbildning och forskning. Särskilt angelägna forskningsområden är effekterna av psykosociala och farmakologiska behandlingsmetoder vid missbruk av cannabis och amfetamin; integrerad psykosocial och farmakologisk behandling; optimal intensitet och varaktighet av olika behandlingsinsatser; studier av missbruk och graviditet; olika behandlingars kostnadseffektivitet.

Evidensbaserad medicin

vända narkotiska preparaten återfinns heroin, kokain, amfetamin och cannabis. Samtliga kan ge upphov till psykiska problem, oro och depression, och vissa preparat kan även ge

Kokainsniffning. Inga välgjorda kontrollerade studier har kunnat visa att det finns läkemedel som är effektiva vid beroende av kokain, amfetamin eller cannabis. Arrangerad bild.

långvariga eller obotliga störningar i hjärnan. Under senare år har flera andra substanser utvecklats, vilka felaktigt framställts som tämligen oskyldiga droger. Så är ingalunda fallet. I flera studier har man dokumenterat mycket allvarliga effekter av exempelvis ecstasy, som kan skada signalsystemet i hjärnan.

Alkohol och narkotika kan orsaka ett kroppsligt beroende och en ökad tolerans som gör att allt större doser krävs för att framkalla ett rus. Nervsystemet anpassar sig till intaget, och när missbruket avbryts uppstår abstinens som kan vara mycket plågsamt och ibland livshotande.

Beroende av alkohol och narkotika är ofta ett kroniskt tillstånd även om det är vanligt med långa perioder av nykterhet. Den beroende kan ofta också ha flera, såväl kroppsliga som psykiska, sjukdomar. Behandlingen måste därför inriktas på både beroendetillståndet och samtidiga sjukdomar, och kan behöva upprepas för att förhindra återfall och för att minska skadorna. Denna målsättning liknar den som gäller för behandling av kroniska kroppssjukdomar, som diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Definitioner

Beroende: Med beroende menas att alkohol eller narkotika har fått en mycket större betydelse i individens liv än tidigare och lett till betydande funktionsnedsättning eller lidande. De internationellt vedertagna kriterierna på beroende är bland annat att individen förlorat kontrollen över intaget, att abstinensbesvär uppstår och att allt högre doser behövs för att uppnå ett rus.

De flesta studier som granskats i denna rapport har tillämpat den amerikanska klassificeringen för diagnos av beroende, det så kallade DSM-systemet (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) som, enligt den senaste versionen DSM-IV, innehåller följande sju kriterier, av vilka tre ska vara uppfyllda under ett års tid för att ett beroende kan anses föreligga:

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.

Missbruk: I de granskade studierna har också missbruk oftast definierats enligt det ovan nämnda DSM-systemet. För att missbruk ska föreligga räcker det med att ett av följande fyra kriterier uppfylls under ett års tid, enligt DSM-IV:

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 som en följd av missbruket.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.

Riskfylld alkoholkonsumtion: Det finns ingen vetenskapligt fastlagd definition av riskfylld alkoholkonsumtion, men det finns ett samförstånd om en sådan inom forskarsamhället. Den innebär att ett glas vin per dag för kvinnor och två glas vin per dag för män inte medför någon risk utan kan ha viss skyddande effekt mot hjärt-kärlsjukdom. I olika studier om riskfylld alkoholkonsumtion har man ofta tillämpat följande gränser:

- Tre flaskor vin per vecka, eller 9–12 burkar starköl per vecka, eller 75 cl starksprit per vecka för män.
- Två flaskor vin, eller 6–9 burkar starköl, eller 50 cl starksprit per vecka för kvinnor.

Projektets uppläggning och avgränsning

Projektet har avgränsats till en granskning av de metoder som finns tillgängliga för intervention mot riskfylld alkoholkonsumtion och till metoder för behandling av etablerat missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Studier avseende beroende av bensodiazepiner och andra lugnande läkemedel ingår inte i projektet. Rapporten behandlar inte heller om förebyggande arbete som bedrivs i form av kampanjer, riktad information till olika målgrupper, lagstiftning, prispolitik och annan så kallad primär prevention.

Rapporten har sammanställts av en grupp om elva personer. Gruppen har identifierat relevanta vetenskapliga studier genom sökning i databaser för internationell vetenskaplig litteratur på området. Litteratursökningen har omfattat samtliga studier som publicerats från 1950-talet fram till sommaren år 2000. Enbart i databasen Medline återfinns cirka 23 000 studier om alkoholproblem.

Gruppen har vidare gjort ett urval av studier som har hög vetenskaplig kvalitet. Urvalet har koncentrerats till så kallade randomiserade, kontrollerade studier, det vill säga studier där man slumpmässigt fördelat patienterna till olika typer av behandling för att analysera vilken behandling som ger bästa resultat. Denna metod för utvärdering är den mest pålitliga, men genomförs ofta under tämligen ideala förhållanden, vilket medför att alla slutsatser inte utan vidare kan tillämpas i rutinvården. Totalt identifierades 641 relevanta studier, varav den helt dominerande andelen är randomiserade, kontrollerade studier.

Rapporten innehåller en utvärdering av ett stort antal metoder och kombinationer av metoder, inklusive läkemedel. Den handlar om läkemedelsbehandling mot beroende av alkohol och narkotika samt mot alkoholabstinens, om psykosocial behandling av alkohol- och narkotikaproblem samt om långtidsförloppet av alkoholberoende och om kostnadseffektiviteten hos olika behandlingsmetoder.

Följande frågor stod i förgrunden för gruppens arbete:

- Har en viss behandling bättre effekt i förhållande till ingen behandling?

- Finns det behandlingsmetoder som är effektivare än andra?
- Fungerar vissa behandlingsmetoder bättre för en viss typ av patienter?
- Behövs särskild behandling för missbrukare med psykisk sjukdom?
- Är behandling i slutenvård effektivare än i öppen vård?
- Hur kostnadseffektiva är olika behandlingsalternativ?

Här följer en sammanfattning av rapportens huvudresultat.

Förebygga riskfyllt alkoholbruk inom hälso- och sjukvård

Avsikten med olika typer av interventioner är att tidigt upptäcka och behandla personer med (alltför) hög alkoholkonsumtion för att förhindra att det utvecklas till ett beroende och efter hand till skador på kroppens olika organ. Interventionerna är enkla men förhållandevis effektiva. De flesta metoder bygger i princip på följande:

1. Att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion genom att ställa ett fåtal enkla frågor.
2. Att ge information om riskerna och med empati uppmuntra, ge råd och motivera personen till att minska eller upphöra med alkoholkonsumtionen.

Sammanlagt identifierades nära 500 studier på detta område, av vilka 25 uppfyllde kraven på hög vetenskaplig kvalitet och relevans. I de flesta av dessa studier har de ovan nämnda insatserna utförts av läkare eller sjuksköterskor i primärvård. I flera studier har man funnit att effekterna är oberoende av om de utförs av läkare eller sjuksköterskor. Det krävs dock i regel en kort utbildning, omfattande en eller två dagar, av dem som ska utföra interventionen.

Den helt dominerande andelen studier kunde redovisa signifikant bättre resultat med aktiv intervention mot riskfyllt alkoholkonsumtion. Omkring 30 procent i de grupper som fick råd med mera minskade sin alkoholkonsumtion till riskfria nivåer, jämfört med cirka 20 procent i kontrollgruppen.

Detta är en betydande effekt jämfört med de insatser som krävs för annat förebyggande arbete. Som jämförande exempel kan nämnas att av 18 patienter som behandlas med läkemedel under fyra år för förstörad prostata undviker man operation hos en. Av 128 medelålders patienter som behandlas med läkemedel under fem år för måttligt förhöjt blodtryck undviker man hjärt-kärlsjukdom hos en. Av tio personer som, med ovanstående metodik, ges råd och motivation att minska sin alkoholkonsumtion kommer en person att upphöra med eller minska sin konsumtion till en riskfri nivå.

Psykosocial behandling mot alkoholberoende

Den stora mängd behandlingsmetoder som ingår i begreppet psykosocial behandling kan indelas i följande grupper:

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

I detta avsnitt identifierades 139 randomiserade, kontrollerade studier. Psykosocial behandling jämfört med ingen behandling har studerats i 14 av dessa studier. Generellt uppnås gynnsamma effekter, jämförbara med de resultat som uppnås vid behandling av andra hälsoproblem och sjukdomar inom hälso- och sjukvården.

En jämförelse av olika psykosociala behandlingar visar att flera specifika metoder har likartad effekt. Dessa behandling-

ar utmärks av en klar struktur och väldefinierade åtgärder, vilka ofta är baserade på detaljerade riktlinjer. Detta gäller exempelvis olika former av kognitiv beteendeterapi, så kallad 12-stegsbehandling (exempelvis Minnesota-modellen). Ofta kombineras de med självhjälpsprogram som hos Anonyma Alkoholister samt motivationshöjande behandling. Strukturerad interaktionell terapi och strukturerad modern terapi med psykodynamisk referensram har i några studier visats ha samma effekt som kognitiv beteendeterapi. Studierna av parterapi och anhöriginnsatser uppvisar positiva resultat.

I flera studier används termen »sedvanlig behandling« för en kontrollgrupp. Detta begrepp är dock ofta dåligt definierat. Med sedvanlig behandling menas vanligen stödjande samtal i kombination med socialkurativa insatser. Sådan behandling uppvisar inga effekter jämfört med specifika behandlingsmetoder i de granskade studierna. Denna typ av behandling har inte heller ett lika tydligt fokus på missbruksbeteendet som de specifika terapierna.

Stödet för att en specifik behandlingsmetod skulle ha bättre effekt för vissa patientkategorier är svagt. För patienter med mindre uttalat alkoholberoende förefaller begränsad behandling ha samma effekt som mer omfattande behandling. För människor med svårare alkoholberoende uppnås emellertid bättre resultat med mer omfattande behandling. Även om endast enstaka behandlingsprogram inriktats speciellt på kvinnor, har man i ett antal studier analyserat effekterna för båda könen utan att se några tydliga skillnader.

Vid behandling av psykiskt störda missbrukare och bostadslösa missbrukare måste såväl missbruket som den psykiska störningen och andra livsproblem behandlas samtidigt. Positiva effekter av att behandla hemlösa missbrukare har kunnat uppnås då beteendeterapeutiska tekniker och strukturerat och samordnat patientstöd tillämpats. Stödboende eller slutenvård förefaller inte ge bättre resultat än behandling i öppenvård.

Läkemedelsbehandling mot alkoholberoende

Det finns ett stort antal läkemedel som alltsedan 1950-talet har använts i behandling av alkoholberoende. De tidigare läkemedlen var mindre specifikt inriktade på alkoholberoende jämfört med dem som utvecklats under de senaste decennierna.

Totalt identifierades 104 publicerade och 16 icke publicerade randomiserade, kontrollerade studier som utvärderat olika läkemedels effekter på alkoholberoende. Praktiskt taget alla läkemedel som under olika tidsperioder använts mot alkoholberoende återfinns i dessa utvärderingar. Medel vid alkoholberoende (akamprosot och naltrexon) har väldokumenterade effekter. Akamprosot ökar andelen helynktra, medan naltrexon minskar alkoholmissbruk när läkemedlet kombineras med effektiva psykosociala insatser som kognitiv beteendeterapi. Även Antabus (disulfiram), som utlöser illamående och obehag vid alkoholkonsumtion, har dokumenterad effekt i form av minskat alkoholintag, men endast när intaget av detta läkemedel sker under övervakning.

Läkemedel är effektiva mot den depression eller ångest som alkoholberoende personer kan lida av (antidepressiva/buspiron). De har däremot ingen säkerställd effekt på alkoholberoendet.

För andra läkemedel finns inga effekter på alkoholberoendet fastlagda i vetenskapliga studier.

Läkemedelsbehandling mot alkoholabstinens

Det viktigaste målet med denna behandling är att förebygga och behandla livshotande delirium tremens, epileptiska anfall och andra abstinenssymtom. De vanligaste preparaten som används för detta ändamål är i Sverige bensodiazepiner och klometiazol.

I litteratursökningen identifierades 82 randomiserade,

kontrollerade studier av läkemedelsbehandling vid alkoholabstinens. Ytterligare 13 studier värderade behandling av manifest delirium tremens.

Dessa studier visar att behandling med bensodiazepiner är bäst dokumenterad. Behandlingen minskar risken att utveckla såväl delirium som abstinenskramp. Den minskar också symtom på hyperaktivitet, som svettning, darrning och hjärtklappning. Någon skillnad mellan kortverkande och långverkande bensodiazepiner är inte säkert visad. Det saknas vetenskaplig grund för att rekommendera andra läkemedel som enda behandling mot abstinenskramp eller mot delirium tremens. Dokumentationen för klometiazol, som har fler potentiellt allvarliga biverkningar än bensodiazepiner, är betydligt svagare, även om man i tre mindre studier funnit likvärdiga effekter för bensodiazepiner och klometiazol.

Vid behandling av svåra fall av alkoholabstinens är det vanligt att kombinera bensodiazepiner eller motsvarande preparat med specifika medel mot epilepsi för att förhindra abstinenskramp. Denna rutin saknar tillräckligt vetenskapligt stöd.

Psykosocial behandling mot narkotikaberoende

Totalt identifierades 112 randomiserade, kontrollerade studier om psykosocial behandling av narkotikaberoende. Dessa studier kan indelas i följande grupper:

1. Stödande behandlingsmetoder, som ofta bygger på att man försöker organisera ett bra samarbete mellan patienten, vårdaren och de anhöriga. Behandlingen är inte baserad på manualer, och dess struktur är i regel ot tydligt beskriven i de tillgängliga studierna.
2. Omlärande behandlingsformer som är inriktade på att förändra missbruksbeteendet. Dessa innefattar vanligen beteendeterapi eller riktade beteendeinsatser mot själva missbruket, och ställer därför förenade krav på adekvat utbildning av vårdgivaren. Vissa omlärande behandlingar, exempelvis för att förebygga återfall i ett missbruk, är manualbaserade och kan ges av personer utan speciell utbildning.
3. Psykoterapeutiska metoder, här ingår bland annat familjeterapi, kognitiv terapi och dynamiskt orienterade behandlingar. För dessa typer av behandling finns legitimeringsgrundande utbildning i Sverige.

Omlärande interventioner har effekt på missbruket av såväl heroin som kokain. Samtliga studier har dock gjorts med patienter som också behandlas med metadon. Dynamiska psykoterapier har effekt på heroin-, men inte kokainmissbruket. De är också de enda som har visats ha effekt på kvarstående i behandling; ett primärt mått på behandlingseffekt.

Stödande interventioner har inte visats ha effekt på vare sig missbruk eller kvarstående i behandling.

De negativa resultaten för stödande terapi och de positiva resultaten för omlärande behandling har stora likheter med motsvarande resultat av psykosociala behandlingsmetoder mot alkoholberoende. I det senare fallet uppvisar den vetenskapliga litteraturen positiva effekter för specifika behandlingar (vilket i stort sett motsvarar omlärande behandling mot narkotikaberoende) och avsaknad av positiva effekter för sedvanlig, ospecifik behandling (som motsvarar stödande terapi mot narkotikaberoende).

I sju randomiserade, kontrollerade studier utvärderades effekterna av olika psykosociala behandlingsmetoder mot cannabisberoende. Ingen av de prövade metoderna hade någon säkerställd behandlingseffekt.

Det vanligaste missbruket av narkotika i Sverige avser amfetamin. Det finns ingen randomiserad, kontrollerad studie av

psykosociala behandlingsmetoder mot beroende av amfetamin.

Läkemedelsbehandling vid narkotikaberoende

Långtidsbehandling vid heroinberoende: Ett stort antal (70) randomiserade, kontrollerade studier har utvärderat olika typer av läkemedel mot heroinberoende.

I de fyra studier som utvärderat effekterna av behandling med metadon i förhållande till en obehandlad kontrollgrupp, finner man klart positiva effekter; minskat heroinmissbruk och god följsamhet med behandlingen. Doseringen av metadon är viktig. Studierna visar att doser över 50–60 mg brukar behövas för att uppnå goda behandlingsresultat.

Ett alternativ till metadon är buprenorfin, som dock jämförts med placebo i endast en studie. Den visar en positiv effekt av buprenorfin vid heroinberoende. Ett annat preparat som kan användas mot beroende av heroin är metadonderivatet levoacetylmadol (ORLAAM). Detta läkemedel har dock inte utvärderats i förhållande till placebo.

I de jämförelser som gjorts uppvisas likvärda effekter av behandling med metadon, buprenorfin och levoacetylmadol. Effekterna har mätts i minskat missbruk och kvarstående i behandlingsprogram. Buprenorfin har allmänt tillskrivits vissa fördelar, som lägre missbruk och minskad risk för överdosering, vilka dock inte är tillräckligt dokumenterade i de studier som granskats.

Ytterligare ett behandlingsalternativ är naltrexon som blockerar effekten av heroin, det vill säga missbrukaren får ingen ruseffekt av heroin. I motsats till vad som ofta hävdats visar den aktuella sammanställningen en positiv effekt av naltrexon på heroinmissbruk. Naltrexon är dock inte godkänt i Sverige för användning mot heroinberoende.

Det är vanligt att heroinberoende personer också lider av depression i samband med metadonbehandling. Sex kontrollerade studier av effekten av antidepressiva läkemedel har genomförts. I två av dessa studier fann man en klar effekt på depressionen, men inte mot narkotikaberoendet.

Långtidsbehandling av kokainberoende: Totalt 40 studier har värderat effekten av läkemedel mot kokainberoende. Ingen effekt har dokumenterats i dessa studier.

Långtidsbehandling av amfetamin- och cannabisberoende: Det finns inte heller någon studie som kan demonstrera att något läkemedel är effektivt mot beroende av amfetamin eller cannabis.

Läkemedelsbehandling av heroinabstinens

I sammanlagt 33 randomiserade, kontrollerade studier har man utvärderat de läkemedel som finns tillgängliga för att behandla heroinabstinens.

Abstinensbehandlingen kan genomföras bland annat med vissa läkemedel som används mot högt blodtryck eller med morfinliknande preparat som metadon och buprenorfin.

Av de blodtryckssänkande läkemedlen är klonidin det mest studerade preparatet. Klonidin är effektivare än placebo och uppvisar samma effekt som de morfinliknande substanserna i huvuddelen av studierna. Metadon är likvärdigt med andra morfinliknande preparat, inklusive buprenorfin. Abstinensperioden kan förkortas genom att naltrexon används tillsammans med klonidin och buprenorfin.

Behandling i institutionsvård respektive i öppna vårdformer

Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av bland annat den svenska missbruksvårdens struktur år 1999. Den helt övervägande andelen personer med missbruksproblem behandlades i öppen vård, nära 90 procent. Andelen män var 70

Tabell I. Översikt av några av de viktigaste resultaten av litteraturgranskningen. Enbart metoder vars effekter har stöd i ett flertal studier samt sådana där avsaknad av effekt har påvisats i vetenskapliga studier redovisas.

Åtgärder mot	Har behandling effekt?	Vilken behandling är bäst?	Antal studier
<i>Riskfylld alkohol-konsumtion</i>	Ja	Identifiera riskfylld konsumtion, informera om risker, ge råd och motivation om hur minska eller upphöra.	25
<i>Alkoholberoende</i> Farmakologisk behandling	Ja	Akamprosat Naltrexon Disulfiram (behandling under övervakning)	80
Psykosocial behandling fokuserad på beroendet	Ja	Specifika metoder	139
Abstinensbehandling	Ja	Bensodiazepiner	95
Ospecifik stödbehandling	Nej		
<i>Heroinberoende</i> Farmakologisk behandling	Ja	Metadon, buprenorfin Levoacetylmotadol Naltrexon	71
Psykosocial behandling fokuserad på beroendet	Ja	Omlärande behandling	68
Abstinensbehandling	Ja	Klonidin Buprenorfin Metadon	33
Ospecifik stödbehandling	Nej		
<i>Kokainberoende</i> Farmakologisk behandling	Nej	Ingen	40
Psykosocial behandling	Ja	Omlärande behandling	44
<i>Amfetaminberoende</i>	Ej studerat	Ej studerat	0
<i>Cannabisberoende</i> Farmakologisk behandling	Ej studerat	Ej studerat	0
Psykosocial Behandling	Nej	Ingen	7

procent och andelen kvinnor 30 procent. Vården bedrivs huvudsakligen i kommunal regi eller i samarbete med landstingen. Landstingen bedriver dessutom abstinensbehandling och korttidsvård för alkohol- och narkotikamissbruk vid avdelningar på sjukhus. Ungefär 30 procent av alla enheter för missbruksvård bedrivs i stiftelseform eller av privata vårdgivare. Inom institutionsvården dominerar olika former av miljöterapi.

De studier som jämfört effekterna av olika vårdformer visar att inga säkra slutsatser kan dras om värdet av institutionsbehandling när det gäller alkoholberoende, även om vårdformen bör anpassas till missbrukets svårighetsgrad. För narkotikamissbrukare medför institutionsvård en effekt på social funktion och kvarstannande i vård, men effekten är övergående. Däremot kan bättre resultat uppnås för vissa grupper av narkotikamissbrukare, nämligen de som är psykiskt sjuka och/eller hemlösa. Hos dessa ger institutionsbe-

handling mindre bruk av alkohol och narkotika samt färre psykiska symtom jämfört med behandling i psykiatrisk öppenvård eller allmän social service.

Graviditet och missbruk

Det finns en växande kunskap om de skador på fostret som kan orsakas av att modern använder alkohol eller narkotika. Det finns dock inga kontrollerade studier om förebyggande eller behandlande insatser.

Ekonomiska analyser

Vid sökning i ett flertal databaser (som Medline, EconLit, PsychLit och Current Contents) identifierades omkring 1 200 studier med hjälp av sökorden »kostnader« och olika varianter av begreppet alkohol-/narkotikaproblem. Den helt övervägande delen av dessa studier innefattar dock inte någon egentlig ekonomisk utvärdering utan diskuterar kost-



Annons

Annons

Riskfylld konsumtion, missbruk och beroende av alkohol

- Kortvariga, förebyggande insatser mot riskfylld alkoholkonsumtion som görs inom sjukvården har säkerställda effekter på minskad alkoholförbrukning upp till två år.
- Flera psykosociala behandlingsmetoder, som karaktäriseras av en klar struktur och väldefinierade åtgärder, har gynnsamma effekter mot alkoholberoende. Dit hör kognitiv beteendeterapi, 12-stegsbehandling, strukturerad interaktionell terapi, strukturerad modern terapi med dynamisk referensram, motivationshöjande behandling, parterapi samt strategier där anhöriga engageras i behandlingen.
- Flera av de psykosociala metoder som tillämpas i svensk missbruksvård saknar vetenskapligt dokumenterad effekt (till exempel ospecifik rådgivning).
- Behandling med bensodiazepiner är den bäst dokumenterade behandlingen vid alkoholabstinens. Rutinmässigt tillägg av anti-epileptisk behandling är inte tillfredsställande vetenskapligt underbyggt.
- Vid långtidsbehandling av alkoholberoende har akamprosat (Campral) och naltrexon (Revia) säkerställda effekter, liksom disulfiram (Antabus) om det ges under övervakning.
- Det finns gott vetenskapligt stöd för att behandling med antidepressiva läkemedel och buspiron (Buspar) ger lindring av depression och ångest hos alkoholister, men inte för positiv effekt på alkoholberoendet.

nader och nytta för exempelvis olika behandlingsmetoder. Totalt 24 studier innehöll formella ekonomiska analyser, varav 8 var baserade på någon randomiserad, kontrollerad studie.

Omkring hälften av de 24 ekonomiska analyser som granskats i denna rapport har bedömts vara av låg vetenskaplig kvalitet. De kvarvarande studierna handlar om vitt skilda aspekter av behandling mot alkohol- och narkotikaproblem, vilket medför att för varje studerad behandling finns möjligen stöd, i den ena eller andra riktningen, av endast någon enstaka studie. Det vetenskapliga underlaget är alltså alltför svagt, eller för motsägande, för att det ska vara möjligt att dra slutsatser om kostnadseffektiviteten i olika behandlingsmetoder.

Översikt av olika metoders effekter

I Tabell I ges en översikt av några av de viktigaste resultaten av litteraturgranskningen. Eftersom denna rapport med få undantag baseras på randomiserade, kontrollerade studier av hög och måttlig vetenskaplig kvalitet redovisas enbart metoder vars effekter har stöd i ett flertal studier samt sådana där avsaknad av effekt har påvisats i vetenskapliga studier.

SBU:s övergripande slutsatser

Alkoholskador kan förebyggas: De flesta läkare och sjuksköterskor möter personer med riskfylld alkoholkonsumtion. Det är väl dokumenterat i vetenskapliga studier att så kallad mini-intervention – att identifiera riskfylld konsumtion, att ge information samt motivationshöjande insatser och stöd – leder till minskad alkoholkonsumtion och färre alkoholproblem.

Denna enkla, men effektiva metod att förebygga både

Beroende och missbruk av narkotika

- Bland psykosociala behandlingsmetoder mot heroin- och kokainberoende är effekterna störst av så kallade omlärande terapier som är inriktade på missbruksbeteendet. Dessa är i regel beteendeterapeutiskt baserade. Dynamisk psykoterapi förefaller ha en positiv effekt på heroinmissbruk. Ospecifika, stödjande behandlingar används ofta i svensk missbruksvård, men de saknar säkerställda effekter.
- De psykosociala behandlingar som prövats vid bruk av andra narkotiska preparat saknar effekter (gäller för cannabis) eller är otillräckligt studerade (gäller för amfetamin med flera).
- Heroinabstinens kan framgångsrikt behandlas med klonidin, som saknar beroendepotential. De morfinliknande preparaten metadon och buprenorfin (Subutex) har effekter som är likvärdiga med klonidin.
- Vid heroinberoende ger långtidsbehandling med metadon och buprenorfin i samma utsträckning minskat heroinmissbruk och bättre medverkan i behandlingsprogram. Naltrexon ger också minskat missbruk (Revia är dock inte godkänt för denna indikation i Sverige).
- Inga välgjorda kontrollerade studier har kunnat visa att det finns läkemedel som är effektiva vid beroende av kokain, amfetamin eller cannabis.

kroppsliga och psykiska skador orsakade av alkohol tillämpas dock inte i den utsträckning det är motiverat.

Det finns effektiva metoder att behandla missbruk och beroende av alkohol och narkotika: Ett flertal specifika psykosociala behandlingsmetoder och läkemedel är vetenskapligt dokumenterat effektiva mot missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Flera andra metoder som idag tillämpas saknar emellertid dokumenterad effekt eller är visat ineffektiva i vetenskapliga studier.

Det finns därför utrymme att förbättra vården genom att dels överföra resurser från ineffektiva behandlingsmetoder till metoder som är dokumenterat effektiva, dels förstärka de områden av missbruksvården som tillämpar evidensbaserade metoder.

Det krävs information, utbildning och forskning: Svensk missbruksvård bör bygga på evidensbaserad kunskap, vilket kräver en satsning på information, utbildning och forskning. Informationen och utbildningen bör omfatta de resultat som framlagts i denna rapport och bör bedrivas av alla ansvariga intressenter inom såväl hälso- och sjukvården som socialvården och den privata missbruksvården.

Särskilt angelägna forskningsområden är:

- effekterna av psykosociala och farmakologiska behandlingsmetoder vid missbruk av cannabis och amfetamin;
- integrerad psykosocial och farmakologisk behandling;
- optimal intensitet och varaktighet av olika behandlingssatser;
- studier av missbruk och graviditet;
- olika behandlingars kostnadseffektivitet.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.