



# LUND UNIVERSITY

## Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk

Fridell, Mats; Hesse, Morten

*Published in:*

Hur kan vården bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende? Mobilisering mot narkotika: rapport

2006

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk. I B. Fries, & F. Nyberg (Red.), *Hur kan vården bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende? Mobilisering mot narkotika: rapport* (Vol. 19, s. 12-19). Mobilisering mot narkotika.

*Total number of authors:*

2

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

# **Hur kan vården bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende?**

**Rapport 19, 2006**

**Hjärdis Gustafsson / Jan Blomqvist**

**Mats Fridell**

**Markus Heilig**

**Helen Hansagi**

**Ulla Kahn**

**Per Lindqvist**

**Anders Romelsjö**



**Hur kan vården bli bättre  
och vilken är vägen ur  
missbruk och beroende?**

# Förord

Effektiva åtgärder mot narkotikamissbruket och problematiken kring detta måste baseras på kunskap. Under 1990-talets senare del och vid tidpunkten för det senaste sekelskiftet konstaterades en markant ökning av narkotikamissbruket. Dessutom konstaterades att det fanns stora kunskapsluckor när det gällde vitala frågor kring missbruket och dess konsekvenser. I regeringens narkotikahandlingsplan för åren 2002–2005 betonades särskilt betydelsen av forskning kring såväl förebyggande åtgärder, ungas drogvanor som vård och behandling.

Mobilisering mot narkotika avsatte initialt 42 miljoner kronor i en särskild forskningssatsning, där huvuddelen av dessa medel fördelades efter utlysning om bidrag för forskning inom prioriterade områden. Innan utgången av 2005 hade ytterligare cirka 20 miljoner kronor avsatts för kartläggningar, kvalitativa studier och forskning inom områden, som inte blivit tillgodosedda genom de ansökningar som kommit in vid den första utlysningen. Därmed har Mobilisering mot narkotika under sin första verksamhetsperiod genomfört den i särklass största satsning som någonsin gjorts på svensk narkotikaforskning.

Under de forskningsdagar som Mobilisering mot narkotika genomförde sommaren 2005 presenterades hittills uppnådda resultat av denna forskningssatsning. Drygt 50 av de cirka 70 projekt som stöds av Mobilisering mot narkotika presenterades, de flesta genom muntliga redovisningar.

Huvuddelen av de projekt som presenterades under forskningsdagarna ges nu ut i en serie rapporter, som strukturerats i enlighet med de teman som användes under konferensen. Syftet har varit att presentera skrifter, som på ett enkelt och vardagligt språk förmedlar de resultat som forskningssatsningen producerat.

Det viktiga framöver är att dessa betydelsefulla upptäckter och observationer inte stannar inom forskarvärlden utan blir tillgängliga för – och kan tillvaratas av – de som direkt arbetar med frågor som rör såväl kontrollområdet, prevention, vård och behandling.

*Stockholm i februari 2006*

*Björn Fries*  
Regeringens narkotikapolitiska  
samordnare

*Fred Nyberg*  
Forskningsansvarig vid  
Mobilisering mot narkotika

# Innehåll

<b>Förord</b> .....	3
<b>Projekt i fokus – utvärdering av projektet ”Individen i fokus”</b> .....	7
Sammanfattning .....	7
Bakgrund och inledning .....	7
Metodik .....	8
Resultat .....	8
Kommentarer och slutsats .....	10
Referenser .....	11
<b>Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk</b> .....	12
Sammanfattning .....	12
Bakgrund och inledning .....	12
Metod, frågeställningar och statistik .....	14
Resultat .....	15
Slutsatser .....	18
Referenser .....	19
<b>Systematisk graderad strategi för integrerad behandling av heroinberoende</b> .....	20
Sammanfattning .....	20
Bakgrund .....	20
Metodik .....	22
Resultat .....	23
Kommentarer och slutsats .....	23
Referenser .....	24
<b>Genus och kultur i beroendeforskning: behandling, prevention, utbildning</b> .....	25
Sammanfattning .....	25
Bakgrund och inledning .....	25
Metodik .....	26
Resultat .....	27
Kommentarer och slutsats .....	28
Referenser .....	29
<b>Utökad behandling för opiatberoende patienter – kombinerad underhållsbehandling med Subutex och psykoterapi</b> .....	30
Sammanfattning .....	30
Bakgrund och inledning .....	30
Patienter .....	31
Metodik .....	32
Lägesrapport 15 augusti 2005 .....	33
Kommentarer .....	33

<b>Avgiftning vid opiatmissbruk – vilken betydelse har vårdens utformning för behandlingsresultatet?</b> .....	35
Sammanfattning.....	35
Bakgrund .....	35
Metodik .....	36
Resultat .....	37
Kommentarer och slutsats .....	38
Referenser .....	39

<b>Har rutiner och policy för behandling av opiatberoende patienter ändrats genom introduktion av behandling med buprenorfin (Subutex)?</b> .....	40
Sammanfattning.....	40
Bakgrund .....	41
Metoder i studien .....	41
Resultat .....	42
Kommentarer och slutsats .....	43
Rapporter från projektet .....	44

<b>Studier av opiatmissbrukare i behandlingen i Sveriges största metadonprogram med fokus på långtidsförlopp, missbruk av narkotika under behandling och ofrivillig utskrivning</b> .....	45
Sammanfattning.....	45
Bakgrund .....	46
Metodfrågor och patienter som studeras.....	47
Några resultat hittills .....	48
Kommentarer och slutsats .....	49
Referenser .....	49

# Projekt i fokus – utvärdering av projektet ”Individen i fokus”

*Fil. kand. Hjärdís Gustafsson, forskningsassistent, under handledning av docent Jan Blomqvist, forskningsledare vid Stockholms stads FoU-enhet, Vålfärds- och utbildningsavdelningen, Stockholm.*

## Sammanfattning

FoU-enheten i Stockholms stad har utvärderat ”Individen i fokus”, ett projekt i Stockholm som 2003 fick medel från MOB:s trestadssatsning. Projektet riktade sig till ”etablerade missbrukare” och syftade till att under två år utveckla nya och bättre samarbetsformer mellan olika aktörer, särskilt socialtjänst och kriminalvård. Under projektets första år skulle planeringen av den kommande försöksverksamheten ske. I inledningen av det andra året skulle ett tvärdisciplinärt team stå redo att möta personer som missbrukar narkotika.

När projektet enligt planerna skulle ha påbörjat ett arbete med klienter fanns dock ingen ny modell som var möjlig att pröva; samverkansparterna hade inte enats. Sammanfattningsvis kan sägas att en bristfällig och kort förberedelse i planeringen av projektet samt ett tillvägagångssätt där väsentliga led hoppades över och en otydlig rollfördelning är faktorer som har verkat mot att en verksamhet skulle komma igång. Då allt material ännu ej är insamlat från den andra perioden redovisas enbart resultat från det första året i denna sammanställning.

## Bakgrund och inledning

I MOB:s engagemang för de tre städerna Stockholm, Göteborg och Malmö, benämnd trestadssatsningen, ingick en särskild satsning på ”etablerade missbrukare”, närmare bestämt på kriminella narkotikamissbrukare. ”Individen i fokus” i stadsdelsområdet Vantör, är det projekt i Stockholm som fick ekonomiska medel för att satsa på denna kategori. Liksom projekten i Göteborg och Malmö syftade detta till att utveckla nya och bättre samarbetsformer mellan olika aktörer. I projektplanen för ”Individen i fokus” beskrivs hur brister i samverkan inom och mellan myndigheter som socialtjänsten och kriminalvården leder till dubbelarbete och att ”den enskilde missbrukaren måste ’springa runt’ och träffa olika handläggare vid de olika myndigheterna för att få alla sina behov tillgodosedda” (Projektplan). Genom att dessa organisationer bättre samordnar sina insatser var målsättningen att göra vården mer tillgänglig för klienterna, åstadkomma en snabbare beslutsgång, få till stånd mer individanpassade åtgärder samt få fler genomförda behandlingsplaner, högre klienttillfredsställelse, bättre utfall och minskade samhällskostnader.



Projektet fick pengar för två år. Under det första året skulle idén förankras och ett tvärdisciplinärt team byggas upp, under det andra skulle teamet ta emot klienter. Genom att pröva idén i ett projekt, och senare genomföra den i ordinarie verksamhet, tänktes narkotikamissbrukare få bättre hjälp än tidigare.

Dokumentationen och utvärderingen har pågått parallellt med projektet. Då projektet inte följde tidsplanen försköts således planeringen. Dokumentationen av den första perioden, som var inriktad på att analysera möjligheter och svårigheter med att etablera en fungerande samverkan, förlängdes därför från ett år till ett och ett halvt. Under det andra året, när teamet skulle ta emot klienter, var tanken att dokumentera måluppfyllelser samt jämföra projektets arbete – sett ur klienternas och personalens perspektiv – med socialtjänstens gängse arbete med motsvarande grupp. När det tvärdisciplinära teamet började arbeta med klienter återstod ett halvt år av projektperiodens två år. För att få möjlighet att följa arbetet med klienterna en längre period förlängdes tiden för dokumentation och utvärdering ett drygt halvår. Den första rapporten, Projekt i fokus 2005, handlar om förberedelserna för projektet och dess första år. Den resterande projektperioden samt klienternas perspektiv på verksamheten under ytterligare ett halvår kommer att behandlas i en kommande rapport (2006). Samverkan mellan olika aktörer pekas i regeringens handlingsplan ut som ett viktigt medel för att motverka narkotikamissbruk. Detta anges också som en central del av projektet "Individen i fokus". Samverkan har därför stått i centrum för de analyser som gjorts i utvärderingen av projektets planeringsfas.

## Metodik

Materialet till den första rapporten består av intervjuer, mötesanteckningar samt skrivna dokument. Totalt är fjorton personer intervjuade en eller flera gånger, sammanlagt har trettiofem intervjuer gjorts. Samtliga intervjupersoner har på något sätt deltagit i projektet, antingen i förberedelser, projektledning, styrgrupp eller i projektgrupp. De representerar missbrukssektionen och sektionen för ekonomiskt bistånd och arbete vid socialtjänstförvaltningen i Vantör, kriminalvårdens frivårdsdel i Hornstull, Maria beroendecentrum samt Kris. Intervjuerna gjordes med strukturerade frågor som gav möjlighet till sidospår. Material som är hämtade från möten bygger på anteckningar som fördes vid och strax efter mötestillfällena. Slutligen ingår skrivna dokument, som inbjudningar, mötesprotokoll, minnesanteckningar, e-post och annat material från projektledaren till deltagarna, som även skickats till utvärderaren.

## Resultat

Arbetet med att etablera samverkan och utveckla en modell för projektets fortsatta arbete kan i punktform beskrivas på följande sätt:

- Juli 2003. En projektledare anställdes.
- Projektledaren bildade tillsammans med projektets initiativtagare, chefen för missbrukssektionen, en styrgrupp. I denna ingick representanter från social-

tjänstens sektion för ekonomiskt bistånd och arbete, kriminalvårdens frivårdsdel, landstingets beroendevård samt organisationen Kriminellas revansch i samhället, Kris. Styrgruppens uppgift var inledningsvis att konkretisera projektiden.

- November 2003 – januari 2004. Styrgruppen hade tre möten. Representanten från landstingets beroendevård deltog inte efter dessa tre tillfällen.
- Februari 2004. En projektgrupp bildades. Den bestod av två deltagare från missbrukssektionen, en från sektionen för ekonomiskt bistånd och arbete, två från frivården samt en från Kris. Beroendevården hade ingen representant.
- Februari 2004. Styrgrupp och projektgrupp deltog i ett tredagarsinternat.
- Februari – april 2004. Styrgruppen hade fyra möten. Under och efter denna period slutade fyra personer. Endast chefen för missbrukssektionen, projektets initiativtagare, var kvar i styrgruppen. Styrgruppen lyckades inte komma överens om ett gemensamt uppdrag till projektgruppen.
- April – juni 2004. Projektgruppen träffades tre gånger. Under och efter denna period slutade tre personer av de ursprungliga sex.
- Juni 2004. En ny styrgrupp, med fyra nya deltagare, träffades för att boka in tider för hösten. En ny person tillkom i projektgruppen.

Bland deltagarna i den första styrgruppen fanns en samstämmighet om att vård och behandling för målgruppen, kriminella narkotikamissbrukare, behöver förbättras. Trots engagemanget hade dock, efter ett års arbete, den ursprungliga projektplanen inte förverkligats. Hur kan detta förstås?

En första faktor, som kan sägas ha verkat mot att en verksamhet skulle komma igång, är den knappa tiden för förberedelse. Vidare informerades inte de tilltänkta samverkansparterna om projektet i planeringsstadiet då projektets initiativtagare dels förutsatte att alla var intresserade, dels bedömde att det saknades tid. Samverkansparterna informerades först när pengar tilldelats. Projektet föregicks alltså inte av att de deltagande organisationernas önskemål och förutsättningar inventerades. Lika lite som i planeringen av projektet tydliggjordes de deltagande organisationernas önskemål och förutsättningar för deltagande vid möten och internat under projektperiodens inledningsfas. Istället valde man en arbetsmodell som innebar att tiden framför allt ägnades åt försök att forma en grupp av deltagarna och att identifiera möjligheter och svårigheter i projektiden.

Projektarbetets organisering, med en uppdelning efter näringslivsmodell i styrgrupp, utförargrupp och projektledare har också varit otydlig. Projektledarens roll som ansvarig för skapandet av styrgruppen och för projektets genomförande samt missbrukschefens roll som initiativtagare har kommit i konflikt med styrgruppens ansvar för att konkretisera projektplanen. En bristfällig och kort förberedelse i planeringen av projektet samt en otydlig rollfördelning och ett tillvägagångssätt där väsentliga led hoppades över är faktorer som har verkat mot att en verksamhet skulle komma igång.

Även om de olika organisationerna delar målgrupp kan de ha olika synpunkter på vad som behövs, och på vad de har förutsättningar att erbjuda. Representanterna från organisationerna har till exempel haft olika åsikter om styrgruppsdeltagarnas mandat samt projektgruppens sammansättning, mandat, arbetsmetoder och arbetstid. Bakgrunden till de olika uppfattningarna om hur mycket arbetstid som skulle förläggas på projektverksamheten var olika ekonomiska resurser. De medel som erhöles från MOB lades på en projektledare. Tanken var att varje organisation skulle

stå för de kostnader som den hade i projektet. Att organisationernas behov och förutsättningar inte var utredda när projektledare respektive styrgrupp och projektgrupp engagerades har bidragit till att såväl projektledarens som styrgruppens och projektgruppens uppdrag varit oklara. Deltagarna visste alltså i flera fall inte vad de tackade ja till. Brister i planeringen ledde till förvirring och oklarheter i det fortsatta arbetet.

## Kommentarer och slutsats

Att flera parter samverkar är något som värderas högt när stat och kommun ger pengar till konkreta verksamheter. Det är också något som finns i de deltagande organisationernas direktiv. Att människor far illa och faller mellan stolar när myndigheter och organisationer inte samverkar är något som återkommande hörs i samhällsdebatten. Trots att det är känt att samverkan är en svår sak att omsätta i praktiken och trots brist på forskning om effekter på klienter av samverkan finns det en tro på samverkans positiva krafter, skriver Åke Bergmark och Tommy Lundström (2005). Berth Danermark (2000:46) nämner några förutsättningar för att få till stånd en fruktbar samverkan: Det måste finnas en tydlig och klar ledning, ett klart uttalat mål och tillräckliga resurser. Dessutom måste skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk ha identifierats samt hindrande skillnader undanröjts eller om detta inte går, sätt att hantera dem utvecklats. I projektet "Individen i fokus" har dessa förutsättningar till stor del saknats. Det har alltså saknats en tydlig och klar ledning, ett klart uttalat mål och tillräckliga ekonomiska resurser. De olika parternas synsätt, organisation och regelverk identifierades inte inledningsvis.

Förutsättningarna för projektet "Individen i fokus" kan sägas vara typiska för sin tid. Uppmaningen är att under en begränsad period bygga upp samverkan mellan organisationer. Det är så målet, att fler missbrukare skall upphöra med sitt missbruk, skall nås. Resultaten tycks också hittills vara typiska: samverkan mellan organisationer har i detta projekt såväl under förberedelserna som under projektets första år varit svår att realisera.

En del av de problem som projektet "Individen i fokus" har haft kan sägas vara generella för projekt. Andra har varit specifika för detta. För att nå resultat i ett samverkansprojekt, som omfattar flera organisationer, tycks det vara betydelsefullt med en noggrann förberedelse och tydlighet vad gäller parternas förutsättningar. Kanhända är den inledande perioden i ett projekt en slags provotid för deltagarna då förutsättningar som projekttid, ledning och övriga projektdeltagare står under granskning. Om dessa inte uppfyller de respektive organisationernas behov kommer deltagandet att upphöra i förtid alternativt inte fortsätta efter projekttidens slut. Fungerande samverkan kräver att parterna uppfattar att det finns ett behov och att det finns resurser. Att bygga upp samverkan fordrar resurser över tid, snarare än korta, intensiva insatser. Det finns en risk för att satsningen annars inte blir något annat än ett mål i sig.

## Referenser

Bergmark, Åke & Lundström, Tommy, 2005. Med förenade krafter? Om individ- och familjeomsorgens samverkan med andra myndigheter. Socionomens Forskningssupplement nr 17. I: *Socionomen* nr 1, 2005, sid. 2–11.

Danermark, Berth, 2000. *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Förlagshuset Gothia AB.

Gustafsson, Hjärdis, 2005. *Projekt i fokus – en processutvärdering av projektet "Individen i fokus"*. FoU-rapport 2005:16. Forsknings- och Utvecklingsenheten, Vårhålls- och utbildningsavdelningen, Stockholms stad.

Projektplan. *Klienten i fokus*. Individ- och familjeomsorg, Vantörs stadsdelsförvaltning. 2003-01-16.

# Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk

*Mats Fridell, docent, universitetslektor, leg psykolog/psykoterapeut, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet, Lund i samarbete med Morten Hesse, leg psykolog, Center för Rusmedelforskning, Århus Universitet, Köpenhamn, Danmark.*

## Sammanfattning

En komplettering av tidigare SBU-analyser gjordes för psykosocial behandling av opiatberoende, ettdera i kombination med agonist, med antagonist eller utan farmakainervention. I en systematisk sökning, april 2004, registrerades 117 Randomiserade Kontrollerade Studier (RCT) av vilka 63 kunde analyseras. *Frågeställningarna* rörde sig om psykosocial behandling var beroende av samtidig farmakologisk behandling för att ha effekt; huruvida visade effekter kunde tänkas uppkomma pga. snedselektion av kontrollbetingelser i studierna samt om målsättningarna influerade effektstorlekarna. *Effekter* registrerades i opiatanvändning och retention. Analysen visade bl.a. att det finns effekter i psykosociala interventioner såväl i förening med pågående farmakologisk agonistintervention som vid antagonistintervention liksom vid drogfri behandling. Vidare varierar effektstorlekarna beroende på typen av kontrollgrupp, men effekterna kvarstår i de flesta jämförelserna. Effekterna av psykosocial intervention kvarstår vidare oberoende av målsättning vid behandlingen. Slutligen illustreras hur kontingensförstärkning har höga effekter främst i anslutning till pågående behandling, medan kognitiv beteendeterapi har små effekter under behandling men höga seneffekter. Ingen enskild psykosocial behandlingsmetod av dem som studerats framstår som överlägsen någon annan psykosocial intervention.

## Bakgrund och inledning

Rapporten är en av två rapporter som utgår från den genomgång av den internationella litteraturen av Randomiserade Kontrollerade Studier (RCT) som genomfördes i regi av SBU 2001. Litteraturen kring narkotikamissbruk analyserades av Fridell (2001; 2003). De initiala analyserna sårredovisade effekterna av psykosocial behandling vid opiatberoende, kokainberoende, cannabissmissbruk och på missbruk i samband med komorbiditet. I samband med Socialstyrelsens expertarbete med riktlinjer för missbrukarvården bedömdes att de tidigare analyserna av effekter på kokain- och cannabissmissbruk var tillräckliga som underlag för rekommendationer, och att nytillkomna studier inte ändrade de tidigare slutsatserna, medan frågan om psykosociala interventioner i samband med behandling av opiatberoende behövde klargöras dels ifråga om de psykosociala interventionerna förutsatte farmakologisk

intervention (Metadon, Buprenorfin, LAAM, Naltrexone), dels om effekter av psykosocial intervention fanns oberoende av farmaka.

Litteraturen visar att opiatmissbruk medför allvarliga livsstilsproblem med låg rehabiliteringsgrad, ökad dödlighet, smittspridning, kriminalitet och somatiska komplikationer. Standard Mortality Rate (SMR) var i Stockholmskohorten 1971–72, SMR = 15 och ökade i den 10 år senare kohorten 1980–81 till SMR = 22. Opiatmissbrukare hade dubbelt så hög dödlighet som amfetaminmissbrukare (Adamsson-Wharen, 1997). Studier vid Ulleråkers metadonprogram under 1970-talet visade höga effekter i drogfrihet och socialt förbättrad situation för 75 % av dem som behandlades med metadon (Grönbladh & Gunne, 1989). I en RCT-studie visade man minskad dödlighet som en tydlig effekt: 4/73 ggr högre mortalitet än förväntat i experiment- kontra kontrollgruppen. Mortaliteten bland "street addicts" vid samma tid var ännu mycket högre. De som skrevs ut frivilligt fick en måttligt förhöjd mortalitet (8 ggr förväntat, Grönbladh, Öhlund och Gunne, 1990). Metadonunderhållsbehandling är hittills den enda behandlingen för narkotika som regleras av Socialstyrelsens föreskrifter (SOF 1990:16, 1991:33 och 1994:19) med riktlinjer (SoS 1997).

Men hoppet att farmakologiskt understödd behandling skulle lösa hela problemet har bara delvis infriats. En rad problem kring behandlingen av opiatberoende kvarstår: låg kompliance, låg retention, hög kriminalitet och sidomissbruk både med och utan metadon. Det finns idag belägg för att behandling av opiatmissbrukare utan farmakologiskt stöd ger sämre utfall. Och underhållsbehandling är samtidigt effektivare än enbart avgiftning (Sees et al., 2002). Det finns forskare som menar att psykologiska motivationsfaktorer kan betyda mer för utfallet än preparat (De Leon & Melnick & Kressel, 1997). Och många opiatmissbrukare efterfrågar drogfri behandling (McKeganey, Morris, Neale & Robertson, 2004).

SBU-rapporten (2001) omfattade alla internationellt publicerade RCT-studier till år 2000. Analysen av farmakologisk behandling av opiatberoende omfattade ursprungligen 70 studier med 7 941 patienter, varav 34 uteslöts. Det fanns två med placebokontroll och 16 med alternativ agonist som kontrollbetingelse. Ytterligare några studier har tillkommit efter år 2001. Underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin är klart evidensbaserade strategier (SBU 2001), liksom behandling med en del andra agonister (t.ex. LAAM).

De psykosociala behandlingsinterventionerna omfattade i SBU-rapporten (2001) totalt 104 studier per juli 1999. Systematiska litteratursökningar gjordes av SBU och varje studie skattades efter en kvalitetsskala om 12 variabler. För de psykosociala interventionerna kunde beräkningar göras på ungefär hälften av opiatstudierna, 24 med 5 721 patienter. Som teoretisk modell användes en indelning i tre huvudtyper av terapeutisk behandling, här operationaliserade så att studierna delades in i tre grupper efter stigande krav på struktur, krav på behandlingsmanual, krav på terapeutkompetens, sofistikeringsnivå osv.: a) stödjande, b) omlärande och beteendeterapeutiska samt c) psykoterapier. Effektmått var *drogbruk* och *retention* baserade på hela gruppen som gick in i behandling liksom de som avbröt (*intention-to-treat*). Effekttorlekar beräknades enligt Hedge's  $d'$  och vid gruppjämförelser användes viktade  $d$ . Stödjande interventioner hade ingen effekt ( $dV = .13$ ) medan omlärande

---

<sup>1</sup>Hedge's  $d$  är ett standardiserat mått där  $d < .20$  betecknas som ingen effekt,  $d = .21-.50$  som låg effekt,  $d = .51-.80$  som medelhög effekt och  $d > .81$  motsvarar en hög effekt.

hade en låg signifikant effekt på bruk av opiater ( $dV = .23$ ), liksom psykoterapier ( $dV = .34$ ). Retention gav en medelhög effekt enbart för psykoterapier ( $dV = .56$ , beräknat på 3 380 patienter). Se Fridell (2001)<sup>2</sup>.

Det fanns dock ett par begränsningar i SBU-rapporten:

- Några av undersökningarna som ingick i analysen var primärt farmakastudier med psykosocialt stöd. Emellertid är det stor skillnad på att genomföra medicinskt understödd behandling och drogfri behandling när rutinerna för den psykosociala interventionen sannolikt är styrda av den medicinska behandlingsregimen.
- Det var stor variation mellan typen av kontrollgrupp mellan olika studier. Vi har försökt att ta hänsyn till denna begränsning genom att undersöka om denna variation har betydelse för effektstorleken i undersökningarna.

En senare Cochrane-analys av Amato, Minozzi, Davoli et al. (2004) redovisar effekter bara för 8 RCT-studier. Slutsatsen var att patienter i behandling som kombinerar underhållsbehandling och psykosocial intervention hade högre effekt än farmaka enbart, att ingen av behandlingsbetingelserna var överlägsen någon alternativ intervention. Slutligen att kombinerad behandling hade en gynnsam effekt på följsamhet i behandling (komplians).

## Metod, frågeställningar och statistik

En systematisk uppdatering av tidigare litteratur gjordes av Socialstyrelsen i april/maj 2004. Samma sökbegrepp som i SBU-sökningarna användes, vilket gav 6 200 träffar, av vilka 199 identifierades som RCT-studier, varav 117 rörde behandling av opiatberoende. Hälften var nyutgivna publikationer sedan 1999. Våra delvis modifierade inklusionskriterier var bl.a. att a) studierna måste ha RCT-design; b) endast psykosocial intervention skulle skilja mellan experiment- och kontrollbetingelserna (om t.ex. enbart kontroll- eller experimentbetingelsen fick en farmakologisk tilläggsbehandling så exkluderades studien); c) utfallsmått i opiatanvändning måste finnas. Ett försök att öka den externa validiteten var att öka kravet på att minst 50 % av patienterna i en studie skall ha utfall i opiater för att studien skall inkluderas. Av de slutliga 117 identifierade studierna, hade 102 standardiserade utfallsmått av opiatbruk och 63 inkluderas i analyserna. Effektmåtten var *drogbruk* och *retention*, samt i en tilläggsstudie – *kriminellt beteende*. *Bortfallet* analyserades i SBU-rapporten och var bara 1 %. Generaliserbarheten bedömdes som god. Effekten i Hedge's  $d$  uttrycks i standardavvikelseenheter.

**Frågeställningarna i studien var:** a) Om effekter fanns både i samband med agonist- och antagonistbehandling liksom drogfri öppenvårdsbehandling och öppenvårdsavgiftning; b) om effektstorleken kunde tillskrivas valet av kontrollbehandling i respektive undersökning; samt c) vilka effektstorlekar som belagts för olika behandlingsinterventioner eller grupper av behandlingsinterventioner.

---

<sup>2</sup> Det finns 8 metaanalyser av drogberoende men få av dessa berör opiatberoende. Redovisas i originaltexten.

**Statistik:** Effektstorlekar uttryckt i Hedge's  $d$  är medeleffektstorleken för varje grupp av studier vid avslutad behandling minus medeleffektstorleken i kontrollgruppen vid avslutad behandling dividerat med den gemensamma standardavvikelsen (Hedges, 1994). Effektstorleken kan på så vis förstås som skillnaden i standardavvikelseenheter mellan experimentbetingelsen patienter i genomsnitt och den genomsnittliga patienten i kontrollgruppen. Effekter redovisas i görligaste mån enligt Intent-to-treat<sup>3</sup> där både completers och drop-outs tas med i beräkningarna. Viktning av effektstorlekar gjordes vid jämförelser på gruppnivå med kvadratroten på variansen.

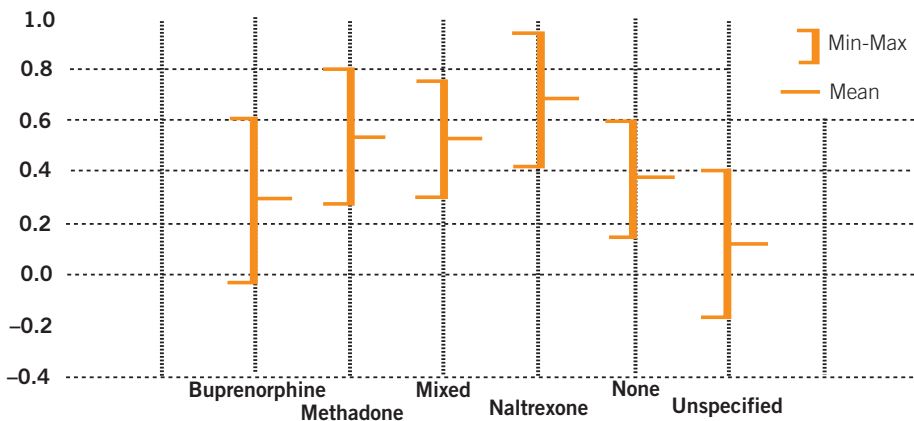
## Resultat

### Forskningsfråga 1:

*Spelar det någon roll vilken typ av medicinering som används som tillägg till psykosociala interventioner?*

Diagram 1 visar jämförelserna av psykosociala interventioner i kontroll- och experimentbetingelserna i studier om olika farmaka använts samtidigt. Höga effektstorlekar observeras enbart för Naltrexonbehandling. Beträffande Metadonbehandling (61 studier), liksom oklart definierad farmakaintervention (1 studie) är effekterna medelhöga. Också drogfri behandling i 8 studier visar en medelhög effekt. Buprenorfin (1 studie) visar ingen signifikant effekt liksom inte heller de 2 ospecificerade farmakainterventionerna (diagram 1).

**Diagram 1**



Effekter av psykosociala interventioner i kombination med olika farmakologiska interventioner.

**Notes:** Buprenorphine K = 1, (n = 39), Methadone K = 61, (n = 6 439), Mixed K = 1, (n = 80), Naltrexone K = 6, (n = 559), None K = 8, (n = 720), Unspecified K = 2, (n = 100).

<sup>3</sup>vilket innebär att alla patienter, också drop-outs ur studien, beräknats i effektanalysen.

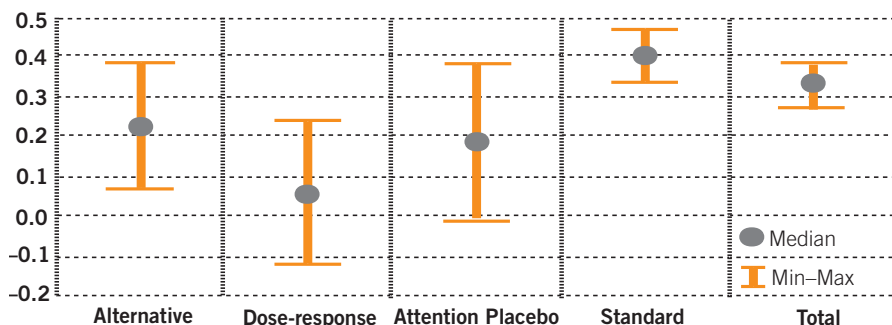


## Forskningsfråga 2:

*Vilken roll har kontrollbetingelsen för att förklara effekterna av olika interventioner?*

Studierna delades in i fyra olika kontrollbetingelser: a) en *alternativ kontrollbehandling* (vs. en ny och en experimentell betingelse – 7 studier); b) *dosresponsstudier* (där huvudskillnaden mellan experiment- och kontrollbetingelsen är *mängden* av behandling eller varaktigheten i densamma – 2 studier); c) *uppmärksamhetsplacebo* (där kontrollbehandlingen teoretiskt förutsätts vara ineffektiv – 4 studier); samt d) *ospecifik kontrollintervention* ("treatment as usual", ej aktiv kontrollbehandling – 47 studier).

Diagram 2.



Effekter av psykosociala interventioner vid narkotikamissbruk vid olika kontrollbetingelser.

**Notes:** Alternative: K = 7, n = 685. Dose response: K = 2, n = 471. Standard: K = 47, n = 4 134. Attention-placebo: K = 4, n = 444.

Av diagram 2 framgår att högst effekt, som är en "låg effektnivå", uppnås enbart vid jämförelse med "standardbehandling" som kontroll. Finndet kan dock betecknas som "robust" eftersom det baseras på 47 studier. Effekterna i samband med dosrespons är icke signifikanta, medan effekterna i övriga jämförelser är låga men stabila. Visserligen kan vi i likhet med kritikerna hålla med om att kontrollbetingelserna ger en variation i effekt, dock bortförklarar detta faktum inte den låga men robusta effekten av de psykosociala interventionerna ( $dV = .34$ ).

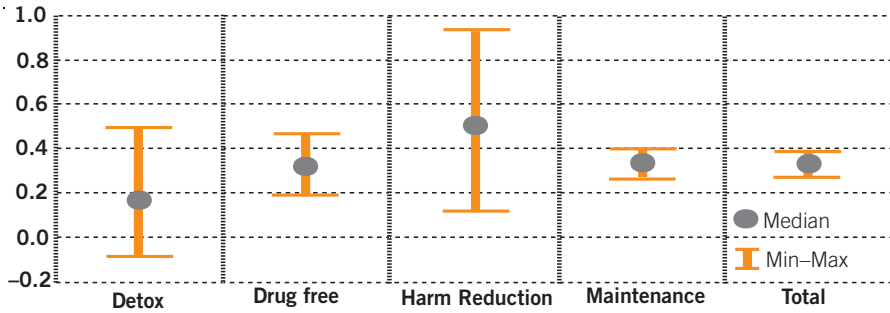
## Forskningsfråga 3:

*Vilken roll spelar typen av mål som ställts för behandlingen?*

Målen för behandlingen är en annan viktig fråga: Är psykosociala interventioner en effektiv stödintervention vid t.ex. avgiftning, vid underhållsbehandling, vid drogfribehandling eller vid skadereduktion (harm reduction)?

Diagram 3 illustrerar att effektstorlekarna vid de flesta målsättningar är ungefär lika stora. Psykosocial behandling i samband med avgiftning visar ingen effekt och den högre effekten av skadereduktion får tolkas med försiktighet, eftersom urvalsgrupperna är små (2 studier i respektive betingelse).

Diagram 3.



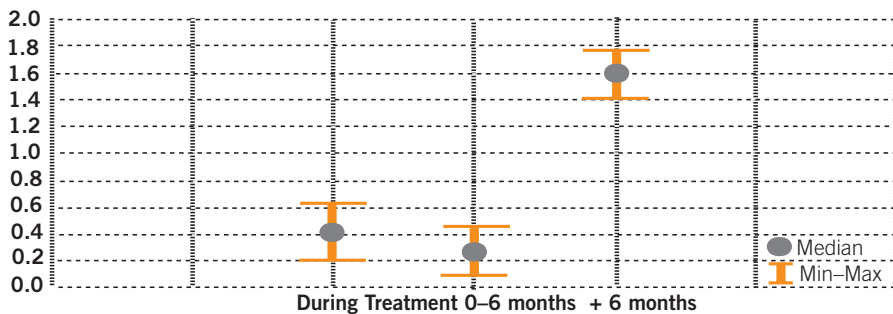
Effekter av psykosociala interventioner vid fem olika typer av målsättningar. **Notes:** K = 62. Detox: K = 4, n = 178, Drug free = K = 11, n = 1 073. Harm reduction: K = 2, n = 95. Agonist maintenance: K = 45, n = 4 388.

#### Forskningsfråga 4:

*Finns variationer i omedelbara effekter och seneffekter i två typer av kognitiv beteendeterapeutiska terapier respektive kontingensförstärkning?*

De två grupperna av behandlingsmetoder som publicerats oftare än andra under de senaste tre åren är kontingensförstärkning (contingency management/training) och några typer av kognitiv beteendeterapi. Intressant är att utfallsmönstren skiljer sig åt. Tidigare studier av bl.a. kognitiv beteendeterapi vid kokainmissbruk har visat seneffekter efter 6 månader eller längre (Fridell i SBU, 2001 och i Berglund et al., 2003). Seneffekter uppkommer när både experiment- och kontrollgrupper fortsätter att förbättras efter avslutad behandling och detta inte kunnat utläsas omedelbart vid avslutad behandling. Dessa förändringar är i linje med inlärningsteorin där förvärvade kompetenser fortsätter att utvecklas genom förstärkning. En rent beteendeterapeutisk modell som kontingensträning använder däremot förstärkning av typen kliniska belöningar, betalning eller vouchers som betingas av drogfria urinsampel. Kontingensträning har som regel inte visat bestående effekter över längre tid efter avslutad behandling. Denna skillnad illustreras i följande två diagram (diagram 4.1 och 4.2).

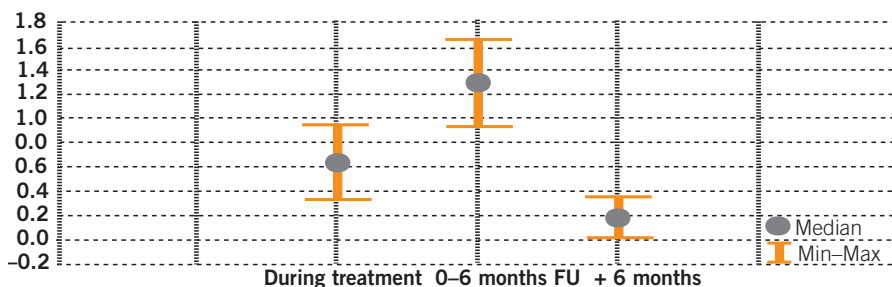
Diagram 4.1



Effekter av kognitiv beteendeterapi under behandling, under de första 6 månaderna efter behandling och vid uppföljning senare än 6 månader efter behandling. **Notes:** K1 = 11, n = 1 582, K2 = 2, n = 375, K3 = 3, n = 379.

Effekterna av KBT är således små under och omedelbart efter behandling medan de vid senare uppföljning visar hög effektstorlek. Diagram 4.2 visar att effekterna av kontingensförstärkning är medelhöga eller höga under behandling resp. omedelbart efter avslutad behandling, men skillnaderna mellan experiment- och kontrollgruppen upphör vid längre uppföljningstid.

Diagram 4.2.



Effekter av kontingensförstärkning under behandling, under de första sex månaderna efter behandling och vid uppföljning sex månader eller senare. **Notes:** K1 = 33, n = 2 279, K2 = 5, n = 509, K3 = 2, n = 303.

## Slutsatser

Resultaten av metaanalyserna går i samma riktning som tidigare SBU-rapport även om grupperingen av studier inte är helt identiska, i praktiken en skärpning av kraven för att visa effekt. Psykosocial behandling har effekt både med och utan farmakologisk intervention. En del studier påvisar högre effekt om en psykosocial intervention adderas till pågående agonistbehandling. Inte heller valet av kontrollgrupp är något som eliminerar slutsatserna men den nyanserar dem. Dosresponsstudier indikerar inte att mer behandling ger högre effekter och de högsta effekterna nås vid jämförelse med standardbehandling. Det är olika faktorer för olika metoder som avgör skillnaden, snarare än en enskild metodik. Detsamma gäller valet av målsättning där endast avgiftning, något inkonklusivt, inte ger samma effekt som övriga målsättningar. Det är dock få studier. Ingen enskild terapimetod är överlägsen någon annan, men det finns intressanta variationer mellan olika metoder när effekter manifesteras, här illustrerat av seneffekter för KBT respektive korttidseffekter för kontingensträning. Slutsatserna ligger i linje med dem i andra jämförbara analyser.

# Referenser

Adamsson-Wahren, C. (1997). *Mortality and Psychiatric Morbidity among Drug Addicts in Stockholm*. Acad Dissertation, Dept of Clinical neurosc., Karolinska Institute, Stockholm.

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M., Mayet, S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(4): CD004147.

Fridell, M. (2001). Effekter av psykosocial behandling av opiatberoende. I: SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad översikt*. Stockholm, SBU.

Fridell, M. (2003). Effects of psychosocial interventions in Drug dependence. In: M. Berglund, S. Thelander, & E. Jonsson (Eds.): *Treating Alcohol and Drug problems. An Evidence-based Review* (pp. 325-414). Weinheim, Wiley-VCH Verlag.

Fugelstad, A. (1997). Drugrelated deaths in Stockholm during the period 1985–1994. Causes and manners of death in relation to type of drug abuse, HIV-infection and methadone treatment. Acad Dissertation, Dept of Forensic Medicine, Karolinska Institute, Stockholm.

Grönbladh, L. & Gunne, L. (1989). Methadone-assisted rehabilitation of Swedish heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence* 1989 (24), 31–37.

Grönbladh, L., Öhlund, L.S., Gunne, L.M. (1990). Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990 (82), 223–227.

Kirchmayer, U., Davoli, M., Verster, A. Naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (2): CD001333.

## Publikationer från denna studie:

Hesse, M., Balsby, H. (2004). Dosis-respons-forholdet i behandling for stofmisbrug. Et review af randomiserede kontrollerede undersøgelser. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift* 2004; 21 (4–5):327–338.

Fridell, M., & Hesse, M. (2005). *Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk – randomiserade kontrollerade studier*. Rapport till Socialstyrelsen 2005.

En fullständig litteraturlista med inkluderade och exkluderade studier (130 referenser) kan beställas direkt från författarna: mats.fridell@psychology.lu.se.

# Systematisk graderad strategi för integrerad behandling av heroinberoende

*Markus Heilig, klinisk forskningschef, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA.*

## Sammanfattning

Underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin har entydigt evidensstöd vid heroinnarkomani. Specifika beteendetekniker har dokumenterat förmåga att förbättra utfallet när de kombineras med läkemedelsbehandling, men ej annars. Endast ca 20 % av svenska heroinister erhåller verksam läkemedelsbehandling. Principerna för hur denna utformas är inte evidensbaserade, utan politiskt reglerade. En övergripande rationell strategi för val mellan metadon och buprenorfin saknas. Istället har underhållsbehandling med dessa två medel av historiska och administrativa skäl kommit att etableras inom separata verksamheter.

I detta projekt utvärderas en för Sverige ny behandlingsmodell. Dess grundläggande utformning baseras på tillgängligt evidens vad gäller psykologiska principer, och är icke-konfrontativ. Inom modellen jämförs, i en 6 månaders randomiserad kontrollerad design vid Karolinska Institutet och Uppsala Universitet, traditionell metadonunderhållsbehandling med en systematisk tvåstegsstrategi, där samtliga patienter påbörjar behandling med buprenorfin, får doserna flexibelt anpassade efter kliniska indikatorer, och går direkt vidare till metadon om högsta buprenorfin-dos ej är tillräcklig. Om den graderade strategin har en effektivitet jämförbar med en traditionell metadonunderhållsbehandling har denna modell fördelar eftersom buprenorfinets säkerhetsprofil är fördelaktig.

I dagsläget har ca 80 av totalt 96 patienter slutfört studietiden. Preliminära data tyder på ett kvarstannande i behandling för ca 70 – 75 %, vilket ter sig fördelaktigt jämfört med traditionell metadonunderhållsbehandling. Ca 50 % av patienterna som påbörjat behandling med buprenorfin tycks behöva gå vidare till metadon. En prediktor av detta tycks vara beroendets längd. Om de preliminära resultaten kvarstår kommer de att ge underlag för en genomgripande förändring av svensk behandling av heroinnarkomani.

## Bakgrund

Ungefär 0,15 procent av svenskarna i åldrarna 15–57 år är beroende av heroin, en markant ökning under det senaste decenniet (1). Heroinberoende är förenat med

kraftig överdödlighet (2) och ligger bakom majoriteten av de över 300 narkotika-relaterade dödsfall, som nu årligen inträffar i Sverige. Heroinberoende medför också omfattande sjuklighet och sociala komplikationer, såväl hos missbrukaren själv som hos närstående. Flertalet svenska opiatnarkomaner behandlas inte idag med tillfredsställande resultat. I avsaknad av verksam behandling är färre än 10 procent av heroinisterna kvar i behandling efter ett år.

Läkemedelsassisterad behandling intar en central plats i långtidsbehandlingen av heroinnarkomani, medan specifika psykosociala behandlingsmetoder kan förbättra utfallet endast i kombination med läkemedelsbehandling. Idag finns en omfattande och samstämmig dokumentation som visar på effektiviteten av metadonunderhållsbehandling, MMT (3). Goda effekter uppnås vad gäller kvarstannande i behandling, minskat missbruk och förbättrad social funktion. Medlet har även en väl dokumenterad effekt vad gäller att minska dödlighet. Sammantaget gör detta MMT till en "gold standard" mot vilken annan behandling måste jämföras. En till omfattningen mer begränsad men samstämmig dokumentation finns med avseende på samma effektmått vad gäller buprenorfin (4). Detta medel erbjuder samtidigt en attraktiv farmakologisk profil, då det endast delvis aktiverar opiatreceptorer, vilket begränsar överdoserisken. Vi har nyligen i en uppmärksamman randomiserad kontrollerad studie (5) studerat buprenorfin i kombination med kontingensförstärkning, manualbaserad återfallsprevention och individuellt samtalsstöd. Anmärkningsvärt positivt resultat uppnåddes under ett års behandling, inte bara vad gäller retention, utan också beträffande drogfrihet, sysselsättning, kriminalitet och bostadssituation.

Genomtänkt användning av agonister i högkvalitativa verksamheter kan minimera problem med läckage till okontrollerad gatuansvändning och samtidigt säkerställa god tillgänglighet till verksam behandling för patienterna. Hittills har dock strukturen för den svenska agonistbehandlingen styrts av politiska och administrativa beslut, och därmed inte tillvaratagit tillgängligt evidens. Ett utslag av detta har varit att de övergripande principerna för behandlingen varit konfrontativa och straffande. Ett annat har varit att metadon- och buprenorfinbehandling utan någon rationell grund följt helt separata spår. Vår hypotes är att en icke-konfrontativ behandling som tillvaratar modern beteendepsykologisk kunskap generellt kan leda till förbättrade resultat; samt att en genomtänkt, flexibel strategi som inte från början binder sig för ettdera av preparaten kan maximera tillgången till behandling för patienter som behöver sådan, samtidigt som användningen av metadon kan begränsas till nödvändigt minimum. Denna tanke har nyligen lanserats även av ledande internationella experter (6), men dess potential har inte hittills undersökts i större skala.

Vårt projekt syftar till att vetenskapligt utvärdera en sådan strategi i en randomiserad kontrollerad studie. Avsikten är att patienter försöksvis behandlas med ett paket innefattande modern psykosocial metodik enligt den modell vi utvecklat för den publicerade RCT:n av buprenorfin. Vid strukturerad, regelbunden uppföljning blir det inom ett ca 3 månaders perspektiv uppenbart för vilka av patienterna denna behandling är tillräcklig, men också vilka som behöver fortsätta till nästa nivå, som då innefattar samma psykosociala behandling understödd av medicineri med metadon.

# Metodik

Studien genomförs i Stockholm och Uppsala, inom naturalistiska behandlingsmiljöer vid Beroendecentrum Stockholm respektive Beroendekliniken Uppsala. Totalt inkluderas 96 patienter. Urvalet sker enligt nedanstående inklusionskriterier, i huvudsak baserade på en tidigare framgångsrikt genomförd studie (5). Inklusionskriterierna är fyllda 20 års ålder; heroinberoende enl. DSM IV; intravenös användning dominerar och användningen är daglig eller i stort sett daglig; duration för beroendet är >1 år. Exklusionskriterierna är psykos, hjärnskada, förvirringstillstånd eller liknande tillstånd, som förhindrar informerat samtycke; annan allvarlig psykisk eller kroppslig sjukdom, om den inte är stabil under en behandling som inte i sig utgör kontraindikation för metadon eller buprenorfinbehandling; beroende av annat preparat som medför oacceptabla medicinska risker i kombination med metadon eller buprenorfin. Detta gäller framför allt högradigt beroende av alkohol och/eller sedativa-/hypnotikagruppen; däremot ej komplementärt missbruk av preparat i denna grupp, som finns hos i stort sett samtliga heroinberoende patienter.

Patienter rekryteras genom "word-of-mouth" och information till beroendemottagningar. De inlämnar intresseanmälan och undersöks av sjuksköterska och läkare. Vid inklusion inhämtas baslinjedata genom en intervju enl. den validerade ASI-intervjun (7). Samtliga patienter erhåller ett intensivt psykosocialt behandlingspaket, enl. den modell som utvecklats i den nyligen publicerade buprenorfinstudien, bestående av:

1. Daglig behandlarkontakt i samband med medicinutdelning.
2. Individuellt samtalsstöd 40 minuter/vecka som grund, med ev. utökning enl. det kontingensförstärkningsschema som beskrivs nedan.
3. Deltagande i manualbaserad återfallsprevention på kognitiv/beteendeterapeutisk grund enl. Marlatt (8), såsom denna anpassats av oss för användning vid heroinberoende.
4. Objektiv uppföljning av drogfrihet med urintoxikologisk screening 2 gånger per vecka under betingelser som utesluter provmanipulering. Provtagning sker i tydligt uttalat syfte att förse behandlare och patient med gemensamt underlag för att fortlöpande utvärdera och anpassa behandlingsinnehållet, ej som underlag för att straffa ut patienten ur behandlingen.
5. Kontingensförstärkning, innebärande att fullbordade perioder av följsamhet i behandlingen (negativa urinprover, inga missade besök) leder till att "take-home" doser tillåts i ökande omfattning; medan positiva urinprover eller missade besök leder till en återgång till daglig medicinutdelning i den händelse sådan lämnats, samt individuellt utarbetad intensifiering av besöksfrekvensen för individuellt samtalsstöd.

Utöver de psykosociala åtgärderna, som alltså är samma för alla, randomiseras patienterna till två betingelser. Upplägget är dubbelblint under den första månaden, varefter det övergår till att vara singelblint. Betingelserna är:

1. *Graderad behandling (experimentell grupp)*. I denna ges initialt en preparation av buprenorfin (Suboxone) som även innehåller naloxone. Det senare medlet är överksam vid avsedd användning eftersom det inte tas upp ur mag-tarmkanalen,

men blockerar buprenorfineffekterna vid ev. intravenöst missbruk. Detta eliminerar väsentligen risken för överdos och förbättrar därmed ytterligare säkerhetsprofilen. Behandlingen inleds med 16 mg dagligen under en månad. Den upptrappas vid terapivikt till högst 32 mg, i steg om 8 mg, och intervaller om 2 veckor. Om den maximalt tillåtna dosen inte leder till stabilisering överförs patienten till metadon enligt nedan.

2. *Metadonunderhållsbehandling (jämförelsegrupp)*. I denna grupp ges metadon på sedvanligt sätt, med upptrappning av alla patienter till 70 mg, och därefter individuell dositering baserad på samma kliniska indikatorer av klinisk svikt som ovan, i steg om 10 mg och i intervaller om 2 veckor, upp till en maximal dos om 120 mg.

## Resultat

Samtliga 96 patienter har inkluderats. Tolerabiliteten och säkerheten har visat sig god, särskilt mot bakgrund av målgruppens svåra livsförhållanden och höga sjuklighet i övrigt. Modellerna för induktion, som framför allt för metadon markant skiljer sig från dagens kliniska praxis, har fungerat helt utan bekymmer, liksom den helt nya proceduren för överställning mellan buprenorfin och metadon. Vid tidpunkten för rapporteringen har ca 80 av de planerade 96 patienterna slutfört studieperioden. Resultaten är ytterst preliminära till dess samtliga patienter slutfört behandlingen och data sammanräknats. Över lag tycks kvarstannande i behandling ligga kring 70 – 75 %, vilket ter sig fördelaktigt jämfört med traditionell behandling. Ingen tydlig skillnad har noterats mellan de två betingelserna. Ca 50 % av buprenorfinpatienterna har behövt ställas över till metadon. Intrycket är att en lång missbruksduration är en prediktor för ett behov av att i slutändan kräva metadon.

## Kommentarer och slutsats

Om de preliminära resultaten står sig kommer de att ge underlag för en genomgripande förändring av den svenska behandlingsstrategin för heroinberoende. En sådan förändring bör generellt skifta till icke-konfrontativa psykologiska metoder enligt kontingensförstärkningsmodellen; integrera buprenorfin- och metadonunderhållsbehandling ”under samma tak”; inleda behandling i flertalet fall med buprenorfin; justera dosen utifrån kliniska indikatorer och i samråd med patienten; och sömlöst skifta till metadon i de fall högsta acceptabla buprenorfindos är otillräcklig.



## Referenser

- (1) Olsson, B., Adamsson-Wahren, C., Byqvist, S. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. Stockholm: CAN; 2001.
- (2) Grönbladh, L., Ohlund, L.S., Gunne, L.M. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990 Sep.; 82 (3): 223–7.
- (3) Mattick, R.P.B. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4): CD002209, 2002.
- (4) Mattick, R.P.K. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4): CD002207, 2002.
- (5) Kakko, J., Svanborg, K.D., Kreek, M.J., Heilig, M. 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2003, Feb. 22; 361 (9358): 662–8.
- (6) Ling, W., Smith, D. Buprenorphine: blending practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002, Sep. 23 (2): 87–92.
- (7) McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1992; 9 (3): 199–213.
- (8) Larimer, M.E., Palmer, R.S., Marlatt, G.A. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health: the Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism* 1999; 23 (2): 151–60.

# Genus och kultur i beroendeforskning: behandling, prevention, utbildning

*Helen Hansagi, docent; Valerie DeMarinis, professor; doktorand Christina Scheffel-Birath; fil.kand. Madeleine Guillo; doktorand Marie Väfors. Beroendecentrum Stockholm, Karolinska Institutet, Solna.*

## Sammanfattning

Kvinnor som missbrukar droger och alkohol är en stigmatiserad grupp – i ännu högre grad än män med motsvarande problematik. Det är därför viktigt att genomföra studier både ur ett biologiskt könsperspektiv och ur ett genusperspektiv där kvinnors missbruk sätts in i ett könsrollssammanhang. Kunskapen kan användas till att utforma vården så att den möter kvinnors särskilda behov.

Enligt preliminära resultat av kartläggningen av patientgrupperna vid de två behandlingsenheterna vid Beroendecentrum Stockholm, som vänder sig specifikt till kvinnor, har en stor majoritet av dessa kvinnor psykosociala problem, ofta beroende på övergrepp och andra traumatiserande upplevelser.

Gravida patienter blir i stor utsträckning drogfria under graviditeten, vilket öppnar viktiga preventiva möjligheter ur ett flergenerationsperspektiv. En empowermentinriktad behandlingsmodell med syfte att medvetandegöra patienterna om sina resurser kommer att utarbetas utifrån resultatet av kartläggningsdelen i projektet.

## Bakgrund och inledning

Det saknas för närvarande tillräcklig kunskap om kvinnors missbruksmönster, sociala resurser och särskilda behov av behandling. Vården har hittills i stor utsträckning bedrivits utifrån kunskapen om mäns missbruk och behov.

Internationell forskning framhåller nödvändigheten av att analysera missbruk och beroende såväl ur ett biologiskt könsperspektiv som ur ett genusperspektiv (Zilberman et al., 2003; Wilsnack & Wilsnack, 2002; Brady & Randall, 1999). Genus (eller "gender") ses som en psykosocial och kulturell konstruktion som, uttalat eller outtalat, föreskriver olika roller, förpliktelser och aktivitetsfärer för män och kvinnor i ett givet samhälle. De genus specifika och sociokulturellt betingade normerna styr även individernas attityder till alkohol och droger (Hensing, 2003; Kirmayer, 2001). Inom de flesta kulturer, inklusive den västerländska, stigmatiseras kvinnor betydligt mer än män av ett missbruk. Detta förmodas leda till att kvinnor underrapporterar sin konsumtion och undviker eller dröjer med att söka vård, vilket kan ha negativa

konsekvenser för dem själva och deras barn (Jakobsson, 2003; Weisner & Schmidt, 1992).

För att möta svaga och stigmatiserade gruppers behov i vården har vikten av en "empowermentinriktad" vårdfilosofi betonats (Mertens, 2003). Empowerment innebär att individen får hjälp att identifiera sina specifika skydds- och riskfaktorer för att därigenom inse sina möjligheter att ta kontroll över sitt liv och själv styra sitt beteende. En sådan empowermentmodell, som använder sig av ett helhetsperspektiv på kvinnans missbruksproblematik i relation till hennes livssituation och familjeförhållanden, torde kunna tillämpas i vården av kvinnliga missbrukare.

Det aktuella projektet genomförs vid Beroendecentrum Stockholm där två behandlingsenheter vänder sig specifikt till kvinnor: Familjesociala mottagningen, som erbjuder specialismödravård för gravida kvinnor med missbruksproblem samt EWA-mottagningen för missbrukande kvinnor som har minderåriga barn.

### **Syftet med projektet är:**

- Att kartlägga respektive patientpopulations karaktäristika, missbruksmönster och övriga problembild samt effekten av behandlingsenheternas vårdinsatser;
- Att utveckla, implementera och utvärdera en empowermentinriktad modell för behandling och prevention av drogmissbruk hos kvinnor.

### **Frågeställningar att besvara i projektets första del:**

1. Vilken sammansättning har patientpopulationen på Familjesociala respektive EWA-mottagningarna vad gäller ålder, social bakgrund, personlighetsfaktorer, missbruksbild, komorbiditet, riskfaktorer, skyddsfaktorer och behandlingsmotivation?
2. Hur har kvinnans missbruk startat och fortskridit ur ett livsförloppsperspektiv?
3. Vilka erfarenheter har kvinnorna av vård och behandling för missbruksproblem?
4. Vilken vårdfilosofi ligger till grund för den nuvarande behandlingen på resp. enhet?
5. Finns det generella/individuella behandlingsprogram?
6. Vilket innehåll och inriktning har den nuvarande behandlingen?
7. Hur dokumenteras behandlingens innehåll och behandlingens effekter?
8. Vilken effekt har behandlingsprogrammet på olika patientkategorier?

## **Metodik**

En kombination av kvantitativa och kvalitativa datainsamlings- och analysmetoder tillämpas. En sådan "mixed-methods design" anses ha de bästa möjligheterna att på ett adekvat och allsidigt sätt belysa patienters problembild (Tashakkori & Teddlie, 2003). Arbetet bedrivs aktionsinriktat, med kontinuerlig återkoppling till den kliniska verksamheten. Tillvägagångssättet för datainsamlingen har utprovats inom, och är numera en integrerad del i, det sedvanliga vårdarbetet. Data samlas in via enkäter och intervjuer, med instrument såsom AUDIT, ASI, Timeline-follow up, samt för respektive mottagning specifikt anpassade frågeinstrument för att kartlägga livssituation och mäta subjektiv hälsa, behandlingsmotivation och behandlingstillfredsställelse.

Genom att – med särskilt fokus på genus- och kulturperspektivet – analysera patienternas livssituation, omständigheterna kring missbruket, attityderna till missbruket samt identifikation av risk- och skyddsfaktorer på olika nivåer, förväntar vi oss finna viktiga ledtrådar till mekanismerna kring kvinnors missbruk/beroende. Även personalens attityder till missbruk samt den underliggande vårdfilosofin på Familjesociala mottagningen och EWA-mottagningen kommer att analyseras. Den ”empowermentinriktade” preventions- och behandlingsmodellen kommer att grundas på resultatet i projektets första del.

Hela forskningsprojektet beräknas pågå under fyra år. Under innevarande år genomförs projektets första del som avser datainsamling och analys av respektive patientpopulations karaktäristika.

## Resultat

Hittills insamlade data och preliminära analyser visar på följande huvudsakliga patientkaraktäristika på de två studerade behandlingsenheterna:

### **Familjesociala mottagningen**

- Problemfylld uppväxt, med trauma efter övergrepp.
- Otrygg social situation ifråga om arbete och bostad.
- Tidig drogdebut (vid ca 14 års ålder).
- 40 % bor med partner (inte alltid det väntade barnets fader).
- 78 % använder droger/droger + alkohol, medan 22 % använder enbart alkohol.
- 20 % uppger att de brukar använda flera droger vid samma tillfälle.
- Under graviditeten lyckas patienterna i stor utsträckning hålla sig drogfria.

Det sistnämnda, att patienterna blir drogfria under graviditeten, öppnar viktiga möjligheter ur ett flergenerationsperspektiv, nämligen insättande av preventiva insatser för att förhindra att de blivande småbarnsmödrarna återupptar sitt missbruk.

### **EWA-mottagningen**

- Problemfylld uppväxt, med trauma efter övergrepp.
- Relativt trygg social situation ifråga om arbete och bostad.
- Tidig alkohol- och drogdebut (vid ca 14 års ålder).
- 10 % använder droger/droger + alkohol, medan 90 % använder enbart alkohol.
- Överkonsumtion av alkohol/droger i syfte att lösa, minska eller undvika problem.
- Missbruksproblemets genomsnittliga grad = 7,4 (på en 10-gradig skala där 1 = lägst; 10 = högst).
- 80 % förväntar sig gott stöd från sina anhöriga när det gäller behandlingen.

## Kommentarer och slutsats

Både på Familjesociala mottagningen och på EWA-mottagningen är det således vanligt att kvinnornas missbruksproblem är kombinerade med psykiska och till viss del sociala problem. Trauma, såsom övergrepp och misshandel, är ofta förekommande i ett livsförloppsperspektiv. Kvinnorna har stort behov av en trygg behandlingsmiljö.

Behov finns av att tydliggöra en genuspecifik och helhetsinriktad vårdfilosofi, som är gemensam för hela behandlingspersonalen på respektive vårdenheter.

- Ytterligare data behöver samlas in för att kunna analysera vad i vårdfilosofin och behandlingsinsatserna som skiljer dessa mottagningar från andra behandlingsenheter inom beroendevården.

(Projektet erhöll ekonomiskt stöd från MOB i december 2004. Medlen används under år 2005. Under år 2005 räknar vi med att genomföra projektets första del och efter årsskiftet 2005/2006 avrapportera denna del som avser kartläggningen av patientpopulationen.)

## Referenser

- Brady, K.T., Randall, C.L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 22; 241–52.
- Hensing, G. (2003). Genusidentitet och risken för alkoholproblem bland kvinnor. *Socialmedicinsk tidskrift* 4: 340–345.
- Jakobsson, A. (2003). Att söka eller inte söka vård – könsperspektiv på vårdsökande vid alkoholproblem. *Socialmedicinsk tidskrift* 4: 347–354.
- Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 62 Suppl. 13: 22–8; discussion 29–30.
- Mertens, D. (2003). Mixed methods and the politics of human research: the transformative-emancipatory perspective, in: Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Eds. Tashakkori, A., Teddlie, C. London: Sage Publications.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2003). Handbook of mixed methods in social and behavioral research (Eds.). Thousand Oak, CA: Sage.
- Weisner, C., Schmidt, L. (1992). Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA* 268; 1872–6.
- Wilsnack, S.C., Wilsnack, R.W. (2002). International gender and alcohol research: recent findings and future directions. *Alcohol Res Health* 26: 245–50.
- Zilberman, M., Tavares, H., el-Guebaly, N. (2003). Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol and other substance-related disorders. *J Addict Dis* 22: 61–74.

# Utökad behandling för opiatberoende patienter – kombinerad underhållsbehandling med Subutex och psykoterapi

*Ulla Kahn, överläkare, leg psykoterapeut, Beroendecentrum Stockholm, Stockholm.*

## Sammanfattning

Behandling med Subutex (buprenorfin) är effektiv vad gäller att ta bort suget efter opiater hos opiatberoende patienter, som önskar behandling för att komma ifrån drogmissbruket. Denna farmakologiska behandling leder dock inte generellt till drogfrihet. Vad utgör hinder för att uppnå stadigvarande drogfrihet? Vid ett 2-årigt projekt erbjuds opiatberoende patienter psykodynamisk psykoterapi parallellt med underhållsbehandling med Subutex. Studien syftar till att belysa några psykiatriska och psykologiska svårigheter, som opiatberoende patienter kan uppleva, när de blivit missbruksfria samt att studera den sammantagna effekten av Subutexbehandling kombinerad med psykodynamisk psykoterapi.

## Bakgrund och inledning

Subutex (buprenorfin) har sedan några år sin givna plats vid behandling av opiatberoende, vid sidan av metadon. Att buprenorfin är till god hjälp när patienter önskar bryta opiatmissbruket och i stor utsträckning eliminerar symtomen på opiatabstinens, är numera en väl etablerad klinisk erfarenhet. Likaså om patienten efter avgiftning får underhållsbehandling med Subutex innebär behandlingen att suget efter opiater försvinner. Patienten ges därmed möjlighet till drogfrihet, Subutex tar effektivt bort suget efter heroin och, som många patienter säger: "Man kan tänka på annat."

I underhållsbehandling, när den första lättningen över att ha lämnat heroinmissbruket lagt sig, befinner sig patienterna i en situation där verkligheten tränger sig på samtidigt som patienten är psykologiskt illa rustad att möta denna verklighet. Att leva drogfritt efter år av heroinmissbruk innebär att det mesta känns nytt, när "man kommer ut ur dimmorna": hur man upplever sig själv, hur man upplever andra. Det är svårt för patienterna att överblicka sin inre belägenhet, ofta svårt att uppfatta och beskriva känslor och reaktioner. En upplevelse av inre kaos infinner sig lätt. Därmed stiger ångesten och risken för att patientens sedan länge inarbetade mönster vid psykisk belastning gör sig påmint igen: att droga sig för att slippa upp-

leva verkligheten.

Patienter med diagnos opiatberoende har alla flerårigt heroinmissbruk bakom sig, dvs. det har gått lång tid sedan patienterna fungerade i ett vanligt vuxenliv med vad det innebär av relationer till andra, ansvar och förpliktelser, om patienten nu någonsin haft ett sådant vuxenliv. En del patienter har ett så gott som kontinuerligt missbruk sedan tonåren. Hos en person där drogmissbruk allt mer kommit att dominera tillvaron inte bara försvinner möjligheten till successivt fortsatt personlig mognad, det sker dessutom en regression till ett allmänt mer omoget fungerande.

Den patient i behandling, som nyligen kunnat lämna ett kontinuerligt drogmissbruk, befinner sig därför psykologiskt i ett mycket sårbart läge med bräcklig ångest- och frustrationstolerans. Samtidigt väcker den verklighet patienten tidigare kunnat hålla borta med hjälp av droger, men nu möter, smärta och ångest: raserade relationer, raserad social situation, kanske överträdelse patienten gjort sig skyldig till i sitt missbruksbeteende, kanske försämrad hälsa. I detta läge kan åtgärder för att hjälpa patienterna bli bättre psykologiskt rustade komma att få stor betydelse för hur patienterna skall kunna gå vidare med sina liv och kunna uppnå stadigvarande drogfrihet. Det har också numera blivit ganska vanligt att patienter i detta skede efterfrågar psykoterapi.

För att kunna utveckla den behandling som i dag finns att erbjuda opiatberoende behöver vi kunskap om hur det är att bli drogfri: Hur upplevs tillvaron? Vad är särskilt svårt? Med ökad kunskap om patienternas behov kan vård och behandling utvecklas för att öka patienternas möjligheter att få ett bättre liv. Subutex, liksom metadon, tar effektivt bort suget efter opiater, men många som får den medicinska behandlingen klarar ändå inte att lämna missbrukslivet.

Syftet i detta projekt för kvalitetssäkring, där farmakologisk behandling kombineras med psykoterapi, är

- att förmedla patienternas berättelser om hur det är att lämna ett liv i missbruk och i stället leva drogfritt
- att studera vilken den sammantagna effekten blir av kombinationen Subutex och psykodynamisk psykoterapi.

## Patienter

Patienterna skall ha fyllt 20 år och ha ett dokumenterat opiatberoende sedan minst två år, enligt Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. Ett hinder för intagning i projektet utgörs av annat missbruk i en omfattning som kan innebära abstinenssymtom, t.ex. bensodiazepinberoende. De flesta opiatberoende patienter blandmissbrukar bl.a. bensodiazepiner, men merparten av patienterna har dock inte utvecklat ett bensodiazepinberoende. Dessa patienter kan tas emot i projektet. Patienter där man däremot kan förvänta sig en långdragen abstinens efter bensodiazepiner tas inte emot, därför att symtomen på bensodiazepinabstinens kommer att prägla patientens mående och innebära stor risk för återfall, eftersom Subutex hjälper mot suget efter opiater, men inte mot suget efter bensodiazepiner.



Patienter med svår leversjukdom kan inte tas emot, därför att Subutex kan förvärra tillståndet. Subutex är inte heller förenligt med viss typ av medicinering mot epilepsi.

## Metodik

Tjugo patienter erhåller substitutionsbehandling med Subutex i kombination med psykodynamisk psykoterapi i två års tid. När projekttiden är slut kommer patienterna att fortsätta den farmakologiska behandlingen på sin lokala beroendemottagning, varifrån varje patient ursprungligen har remitterats. För en del patienter kommer terapin inte att kunna avslutas efter 2 år, utan kommer att behöva förlängas. Ökad psykiatrisk sjukdomsgrad ökar vanligen även behovet av längre terapitid, exempelvis personlighetsstörningar. Då görs en prövning gällande fortsatt psykoterapi och patienten kan få fortsätta terapin hos sin terapeut, även om den farmakologiska behandlingen sköts av den lokala beroendemottagningen.

Det *subjektiva upplevandet* redovisas i form av vinjetter från terapisaftal och i form av beskrivningar av återkommande teman i terapierna, samt i självskattningar (KASAM, SCL -90). Det personliga upplevandet hos människor i denna situation är väsentligen okänt. I psykoterapi står patientens upplevelsevärld med sina meningsstrukturer i centrum. Ur patienternas berättelser hur de upplever sin situation, som erhålls under behandlingen, skall försök göras att sammanfatta återkommande teman och att med vinjetter beskriva patienternas upplevelser av att vara drogfria i olika skeden av behandlingen.

Livsfrågeformuläret KASAM: Ett självskattningsformulär, som beskriver i vilken utsträckning en person upplever sin tillvaro som begriplig, meningsfull och möjlig att klara. Denna självskattning görs vid behandlingsstart, efter 3 månader samt vid projektets avslutning efter två år.

Symptom Check List 90 – SCL -90: Ett självskattningsformulär, som mäter psykiska och kroppsliga symtom. Denna självskattning görs samtidigt med livsfrågeformuläret enligt ovan.

För att studera den *sammantagna effekten av kombinationen psykodynamisk psykoterapi och Subutex*: Följs drogfrihet med övervakade urinprov.

Psykiatrisk diagnostik: Samtliga patienter, som är med i studien, har diagnos opiatberoende. Därutöver görs DSM IV-diagnostik av psykiska symtom så snart det finns indikation på psykiskt sjukdomstillstånd eller störning. DSM är ett multiaxialt, deskriptivt diagnossystem, utarbetat i USA, som fått stor spridning, det är ett ateoretiskt diagnossystem som befrämjar en klinisk helhetsbild. DSM IV Axial V: Global Assessment Functioning (GAF) skattas en månad efter behandlingsstart samt vid projektets slut efter två års behandling.

Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP: Ett bedömningsinstrument baserat på psykoanalytisk teori, i 18 delskalor bedöms karaktärsdrag och mentala förhållningsätt och skattningen ger på det sättet en personlighetsprofil. KAPP-skattningen utförs 3–6 månader efter behandlingsstart. I uppföljningsarbetet planeras KAPP att göras igen ca 3 år efter behandlingsstart.

# Lägesrapport 15 augusti 2005

Första patienten började 2005-03-21. Det team, som arbetar i projektet (under-tecknad, som arbetar halvtid i projektet, samt två sjuksköterskor på halvtid) hade en tid innan bedrivit informationsarbete till alla lokala mottagningar inom Beroendecentrum Stockholm. Vi informerade på olika typer av möten, på intranet och via e-post och vi besökte flertalet beroendemottagningar för att informera både lands-tingets och socialtjänstens personal om projektet. Den kö av personer vilka var intresserade av Subutexbehandling, som vi föreställde oss fanns på varje beroende-mottagning, visade sig dock inte existera. Det innebar att beroendemottagningarna inte genast hade några patienter i behov av substitutionsbehandling att remittera till oss. Vi valde då att sätta ut annons i dagspressen för att få kontakt med opiatberoende som ville få behandling.

Sammanlagt 32 patienter finns nu anmälda. Sammanlagt 7 av dessa 32 patienter är remitterade från beroendemottagning, övriga har således på egen hand tagit kontakt. Detta har inneburit att "vägen in" i projektet har blivit krångligare än vad som förutsågs från början. Det är inte ovanligt att patienterna som anmält sig till projek-tet inte har någon kontakt alls med någon beroendemottagning, denna kontakt skall då etableras för remiss till projektet och provtagning. För några patienter beror det på att de avtjänar frihetsstraff. Aktuell kontakt med socialsekreterare finns vanligen. Intrycket så här långt är att de flesta patienterna som hört av sig uppfyller Social-styrelsens krav på 2-årigt dokumenterat opiatberoende. Mer tveksamt är läget för ett antal anmälda patienter vad gäller andra beroendetillstånd. För bedömning vad gäller denna fråga skall patienten gå och lämna urinprov regelbundet under några veckor. Det gäller framför allt bensodiazepinmissbruk/beroende – om bensodiazepi-nabstinens sammanfaller med behandlingsstart, är risken mycket stor att patienten inte kan tillgodogöra sig Subutexbehandlingen. Vi är förvånade att så många opiat-beroende inte har en aktuell kontakt med beroendevården.

Ytterligare en komplicerande faktor är att en av projektets två sjuksköterskor kommer att sluta och lämnar Beroendecentrum Stockholm fr.o.m. 2005-09-01. Tills vi har fått en ny sjuksköterska till projektet, kan vi den närmaste månaden ta in högst 5 patienter. En patient var inplanerad att börja 2005-08-01, men det fick skjutas upp, då patienten uppvisade bensodiazepiner i de senaste urinproven.

## Kommentarer

Mer omfattande och tidskrävande procedur än vad som avsågs i projektplaneringen innan patienterna kan starta i behandling. Vi är förvånade att så få av patienterna, som anmält intresse, har aktuell kontakt med beroendevården. Vi hoppas att det inte är ett uttryck för att önskan om behandling är av mer tillfällig natur. Vi har minst två informationssamtal med patienten, och då är också patientens socialsekre-terare med åtminstone en gång, för att ta ställning till bl.a. om patienten har en upp-riktig önskan att bli missbruksfri. Vår erfarenhet är att de patienter, som kommer till informationssamtalen, har en seriös önskan att sluta med droger. Några av patienterna, som har anmält sig, har uteblivit från informationssamtalen och vi har då tolkat det

så att ambivalensen fortfarande är mycket stor hos dessa patienter mellan vad drogerna kan ge och att satsa på att försöka bli missbruksfri. För att en drogberoende person skall kunna satsa helhjärtat på behandling, behöver den personen inom sig vara klar över att det som drogerna kan ge inte är värt att satsa på längre. En mera utdragen procedur innan behandlingsstart har ju då den fördelen, att påtaglig ambivalens i så fall hinner bli tydlig.

Det blir också tydligt i vad mån annat beroende spelar in. Subutex (buprenorfin) hjälper mot sug efter opiater, men inte exempelvis mot sug efter bensodiazepiner. Innan patienterna börjar i projektet, skall de vara fria från bensodiazepiner, dvs. ha uppvisat urinprov innan behandlingsstart som inte innehåller bensodiazepiner, inte heller cannabis. Bensodiazepiner och cannabis är det vanligaste blandmissbruket.

En reflektion för dagen: Ambitionen i det här projektet är att ha patienternas inre liv, de psykiatriska och psykologiska perspektiven, i fokus. För att få detta måste så många olika förhållanden på det yttre planet vara ordnade, vilket ännu så här i början av projektet kräver så mycket arbete och tid av oss behandlare att det som är projektets syfte endast i mycket liten utsträckning har kommit igång. Det leder tankarna till hur en person i aktivt drogmissbruk ofta har det: att det i nuet hela tiden händer saker, hela tiden skiftande situationer, det är rörigt, högt tempo. Då finns knappast utrymme att begrunda det inre livet. Att få situationen under kontroll kräver mycket av den missbrukande personen, inte minst kraft att våga låta det inre livet ta plats.

# Avgiftning vid opiatmissbruk – vilken betydelse har vårdens utformning för behandlingsresultatet?

*Per Lindqvist, docent och överläkare med medarbetarna Eva Barredal, forskningssjuk-sköterska och Anne Berman, leg psykolog, fil dr, alla vid Beroendecentrum Stockholm samt sektionen för rättspsykiatri, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet och docent Håkan Källmén, psykolog och statistisk konsult.*

## Sammanfattning

Behandling av opiatmissbruk inleds ofta med avgiftning och abstinensbehandling på sjukhus inför fortsatt behandling i öppna vårdformer eller på behandlingshem. Men många patienter avbryter behandlingen innan avgiftningen är genomförd. Kunskapen om vilka faktorer som får patienten att skriva ut sig i förtid och om sådan ”drop out” är relaterad till långtidsprognosen är begränsad.

Detta projekt har målsättningen att studera opiatmissbrukare som inläggs för avgiftning och abstinensbehandling på sjukhus och relatera behandlingsresultat till individspecifika faktorer, till om patienterna avbrutit avgiftningsbehandlingen och till vårdens utformning.

Studien utgår från 68 patienter som under år 2003 inlades på avdelning 110, Danderyds sjukhus. Data om patienterna insamlas bl.a. med standardiserade instrument som ASI, DUDIT och DUDIT-E. Vården ”mäts” med hjälp av fokusgrupper och enligt MAPS-metoden. Uppföljningen skall ske genom ASI-intervjuer och utifrån registerdata avseende bl.a. vårdkonsumtion och kriminalitet. Studien kan få betydelse för hur tillgängliga vårdresurser bäst disponeras och för att säkra, att de patienter som bäst behöver vård inte hamnar utanför.

## Bakgrund

Antalet tunga narkotikamissbrukare i Sverige ökar och uppskattas idag till 26 000 varav hälften utgörs av opiatmissbrukare (Olsson, Adamsson-Wahren och Byqvist, 2001). Behandlingen av opiatmissbrukare har högsta prioritet inom den specialiserade missbruksvården (Seivewright, 2000) och en viktig del i rehabilitering är avgiftning som vanligen sker i sluten vård. Merparten av internationella studier om opiatavgiftning fokuserar på specifika farmakologiska behandlingsmetoder (SBU, 2001) medan analyser av vårdens utformning i relation till utfall på kort och lång

sikt är mindre väl belyst (Hättenschwieler et al., 2000).

Vid Beroendecentrum Stockholms narkomanvårdsavdelning på Danderyds sjukhus, med hela länet som upptagningsområde, avgiftas mellan 200 – 300 opiatmissbrukare per år, varav knappt 20 % är kvinnor. Andelen patienter som avbryter avgiftningen och abstinensbehandlingen och skriver ut sig i förtid ligger runt 30–40 %, vilket är i nivå med internationella siffror (Palmstierna, 2003). Det antas allmänt att de som avbryter behandlingen återupptar sitt missbruk, även om detta inte är särskilt väl undersökt.

Avhoppen kan antas bero på:

- 1) individrelaterade faktorer (t.ex. kön, ålder, motivation, missbruksduration, missbruksmönster, samtidig psykisk sjukdom, social situation m.m.);
- 2) kvaliteten på vårdplaneringen, dvs. i vilken utsträckning individen har medverkat i planeringen och om behandlingsstrategin har varit genomtänkt och realistisk;
- 3) slutenvårdens förmåga att genomföra sitt uppdrag;
- 4) den medicinska behandlingens effektivitet.

De studier som gjorts på benägenheten att stanna kvar i behandling har fokuserat på skillnader mellan individrelaterade faktorer (t.ex. Armenian et al., 1999), kvaliteten på vårdplaneringen (t.ex. Friedman et al., 1999) eller den medicinska behandlingen (t.ex. D'Uppolito et al., 1998). Betydelsen av vårdens innehåll i en vidare mening har dock sällan belysts.

Teoretiskt kan andelen avhopp minskas antingen genom att vården uppmärksammar och korrigerar brister i vårdutbudet eller genom att öka andelen av de slags patienter som oftare fullföljer avgiftning. Vilka som i det senare fallet därigenom skulle prioriteras är oklart. I värsta fall är det de individer som är minst vårdbehövande. Utifrån hypotesen att bortfallet vid opiatavgiftning kan kopplas till ofullkomligheter i vården, blir det viktigt att kartlägga och förstå de befintliga vårdprocesserna vid avgiftning.

Vi avser att studera utfallet av abstinensbehandling på både kort och lång sikt och att:

- relatera abstinensbehandlingens kortsiktiga resultat, dvs. om individen fullföljer vården eller ej, till vårdens utformning samt relevanta individkaraktäristika;
- relatera behandlingsresultatet på lång sikt till om individerna fullföljt abstinensbehandling eller ej.

## Metodik

Studien är en prospektiv, naturalistisk kohortstudie som baseras på 68 opiatmissbrukare som identifierades vid inskrivning på avd. 110, Danderyds sjukhus för avgiftning under år 2003 utifrån följande inklusionskriterier:

- 1) heroinmissbruk /-beroende enligt DSM-IV
- 2) stannar minst ett vardagsdygn

### **Insamlade data utgörs av:**

Kön och ålder, fysisk och psykisk hälsa, familj, arbete/ekonomi, hereditet, kriminali-

tet, alkohol- och narkotikaanvändning enligt Addiction Severity Index (ASI), Motivation och missbruksmönster enligt Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT, DUDIT-E), (Berman et al., submitted), diagnos enligt DSM-IV, given medicinering, veckodag för in- respektive utskrivning, vårdtid samt antal dagar mellan utskrivning och nästa planerade vårdkontakt, patientdeltagande i vårdplaneringen.

För att få en uppfattning om vårdens innehåll genomfördes en delstudie, *"Vårdinnehållet på en narkotikaavgiftningsavdelning: syfte, praktik och vision"*, som syftar till att beskriva och "mäta" vårdens innehåll, vilket undersöks genom fokusgrupper med avdelningspersonal samt enhetsbeskrivning utifrån vårdens anpassning till patienternas behov enligt MAPS-metoden. Analysen belyser vårdkulturen, vårdbehovet enligt teorin om förändringsstadier och teamarbetet på avdelningen. Materialet bearbetas för närvarande.

Uppföljningsdata baseras på en ny ASI-intervju kombinerat med registeruppgifter från polisens person- och belastningsregister, landstingets sjukvårdsstatistikbas, Statens Institutionsstyrelses LVM-register samt dödsorsaksregistret. Uppföljningen är planerad men ej påbörjad.

Skillnaden mellan de som avbryter, respektive inte avbryter, avgiftningsbehandlingen på avdelningen analyseras med multipel logistisk regression. Behandlingsresultat mäts i de olika dimensionerna av ASI och relateras till behandlingsvariablerna vid indexinläggningen samt till utfallet av avgiftningen.

## Resultat

De första resultaten av studien visar att 20 % av de tillfrågade (n = 68) avböjde deltagande i studien, vilket i ett internationellt perspektiv är ett lågt bortfall vid forskning på opiatmissbrukare. Bland de återstående, 35 män och 7 kvinnor, var medelåldern 35 år. Nitton individer (28 % av alla inlagda) avbröt avgiftningen och skrev ut sig i förtid.

Av uppgifter från ASI framgår att endast 22 % av de intervjuade hade eget boende medan 29 % var helt bostadslösa. Endast en person hade högskoleutbildning. 79 % hade inte varit i arbete de senaste tre åren. 42 % saknade en nära vän. De som fullföljde avgiftningsbehandlingen upplevde sig mer delaktiga i sin vårdplanering, inlades oftare med en detaljerad vårdplan, hade använt heroin färre dagar före inläggningen och hade missbrukat under kortare tid och mindre ofta jämfört med dem som skrev ut sig i förtid.

## Kommentarer och slutsats

Projektet har fått revideras då den ursprungliga planen var att datainsamlingen skulle integreras i det kliniska vardagsarbetet för att så småningom bli en bas för ett lokalt kvalitetsuppföljningssystem. Detta visade sig vara svårt att genomföra i en trängd och belastad avdelningsmiljö.

Vi har emellertid samlat in basdata av god kvalitet och litet bortfall, som nu skall analyseras i relation till fokusgruppsanalysen och MAPS-mätningen. Senare kan detta relateras till långtidsprognos. Studien har också lett till nya delprojekt, varav ett är att analysera vården av inlagda narkotikamissbrukare som är beroende av bensodiazepiner. Det finns skäl att misstänka att dessa patienter riskerar att hamna utanför beroendevården. En empirisk studie om detta bearbetas för närvarande inför publicering. Ett annat spin-off projekt, "Motiverande samtal vid avgiftningsbehandling" har inletts på avdelningen och kommer att avslutas under 2006.

Slutligen, studien är i grunden ett metodutvecklingsprojekt som syftar till att finna former för att långsiktigt och flerdimensionellt genomföra utvärderings- och utvecklingsarbete i nära anslutning till kliniskt avdelningsarbete så att vetenskap och vardagsjukvård befruktar varandra (Lindqvist et al., 2004).

## Referenser

- Armenian, S., Chutuape, M-A., Stitzer, M. (1999). Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 56: 1–8.
- Backmund, M., Meyer, K., Eichenlaub, D., Schüs, C. (2001). Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 64: 173–180.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11, 22–31.
- D'Íppoliti, D., Davoli, M., Perucci, C., Pasqualini, F., Bargagli, A-M. Retention in treatment of heroin users in Italy: the role of treatment type and of methadone maintenance dose. *Drug and Alcohol Dependence* 1998; 52: 167–171.
- Friedmann, P., Alexander, J., D'Aunno, T. (1999). Organizational correlates of access to primary care and mental health services in drug abuse treatment units. *Journal of Substance abuse Treatment* 1999; 16: 71–80.
- Hättenschwieler, J., Rüesch, P., Hell, D. (2000). Effectiveness of inpatient drug detoxification: links between process and outcome variables. *Eur Addict Res* 2000; 6: 123–131.
- Lindqvist, P., Bakker, T., Barredal, E., Berman, A. & Wisén, N. (2004). *Forskning och kliniskt vardagsarbete i beroendevården – finnes chans på mesallians?* Svenska Läkarsällskapets handlingar Hygia 112, 2, 2004.
- Olsson, O., Adamsson-Wahren, C. och Byqvist, S. (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*, MAX-projektet, delrapport 3, CAN-rapport nr 61, 2001.
- Palmstierna, T. (2005). Effects on symptomatic relief and treatment retention of a buprenorphine detoxification program for heroin withdrawal. *Journal of Psychoactive Drugs*. In press.
- Seivewright, N. (2002). *Community treatment of drug abuse: more than methadone*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2002.



# Har rutiner och policy för behandling av opiatberoende patienter ändrats genom introduktion av behandling med buprenorfin (Subutex)?

*Anders Romelsjö, professor, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet med medarbetare Stefan Borg, docent, Beroendecentrum Stockholm, doktor Lars-Håkan Nilsson, Alkoholkliniken Uppsala Akademiska sjukhus, docent Kerstin Stenius, Stakes Finland och SoRAD samt filosofie kandidaterna Eva Lindeberg, Fabian Sjö och Marina Sand.*

## Sammanfattning

Syftet med undersökningen är att analysera hur policyn för buprenorfinbehandling har utvecklats i landet hittills och framöver och hur behandling med buprenorfin utvecklats på olika behandlingsenheter hittills, hur den sker nu och framöver. Studien avser både policy (riktlinjer eller principer) och behandlingens organisation och innehåll.

Buprenorfin (Subutex) är ett nytt läkemedel för behandling av opiatberoende. Buprenorfin är namnet på den kemiska substansen medan Subutex är namnet på läkemedlet.

Olika aspekter på behandlingen har studerats genom tre enkätundersökningar våren och hösten 2003 samt våren 2004 till alla kända behandlingsenheter med Subutexbehandling. Vi har fått uppgifter om försäljningen av Subutex i hela landet och i olika län från Apoteksbolaget. Två intervjuundersökningar av patienter har skett. Den ena avsåg patienter i tre enheter med Subutexbehandling i Storstockholmsområdet (Beroendecentrum Stockholm, Maria Beroendecentrum och Narva-kliniken) samt patienter i behandling med metadon (ett äldre läkemedel för behandling av opiatberoende) i Beroendecentrum Stockholm.

Den andra intervjuundersökningen avsåg tre grupper av totalt 150 opiatmissbrukare. De som inte varit i behandling under de senaste 6 månaderna, de som var i behandling med buprenorfin och de som var i behandling med metadon. En ny enkätundersökning planeras till alla behandlingsenheterna i höst angående bl.a. erfarenheter av de nya riktlinjerna för behandling med Subutex och metadon. Vi tänker också studera narkotikadödligheten.

# Bakgrund

Den svenska narkotikapolitiken är restriktiv. Metadonbehandlingen i Sverige inleddes 1966. I januari år 2003 fanns det fyra metadonprogram i Sverige, i Stockholm, Uppsala, Lund och Malmö. Kriterierna för att få metadon var ett dokumenterat, minst 4-årigt intravenöst, tvångsmässigt opiatmissbruk, minst 20 års ålder, att drogfri behandling inte gett resultat, valfrihet och frånvaro av avancerat blandmissbruk.

Hösten 1999 blev det möjligt att ge behandling med buprenorfin (Subutex). Vetenskapliga studier har visat att buprenorfin har likvärdig effekt med metadon, men långtidsuppföljning saknas. Användningen av metadon är strikt reglerad. Detta gäller inte Subutex.

Kriterier (krav) för att få behandling, behandlingssinnehåll, kontroll av samtidigt missbruk av andra droger och rutiner för utskrivning varierar troligen mellan olika offentliga och privata behandlingsprogram, men man vet inte hur. Föreskrivningen av Subutex till opiatberoende patienter har ökat snabbt. Ungefär lika många patienter behandlas nu med Subutex och metadon. Centrala riktlinjer för behandling med Subutex och metadon väntas under våren.

Sedan ansökan skrevs i januari 2003 har försäljningen av Subutex fortsatt att öka, liksom antalet enheter som utför behandling med Subutex. Samtidigt har också antalet patienter i metadonbehandling ökat, dock ej lika mycket. Man har inte vetat om de patienter som får behandling med Subutex skiljer sig från dem som behandlas med metadon, och från obehandlade opiatmissbrukare, med avseende på sociala förhållanden och hur länge och mycket de missbrukat. Man vet inte om resultatet av behandlingen med Subutex skiljer sig från behandlingen med metadon. Kunskap har också saknats om hur behandlingen ser ut på olika enheter.

Från den 1 januari 2005 finns nya föreskrifter från Socialstyrelsen om behandling med Subutex och metadon samt den psykosociala behandling som skall ske samtidigt. Då tillkom riktlinjer för behandling med Subutex, som dessutom är samma som för behandling med metadon. Introduktionen av det nya läkemedlet Subutex på marknaden har medfört en ökad debatt inte bara om detta läkemedel utan också om svensk narkotikapolitik, opiatmissbruk och behandlingsprinciper.

## Metoder i studien

Forskning har skett främst genom analys av skrivet material, enkätundersökningar riktade till företrädare för alla behandlingsenheterna och försäljningsdata från Apoteksbolaget.

För att hitta litteratur om debatten om Subutex och narkotikapolitiken bad vi om litteratursökning i databasen hos CAN, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, och i databasen "Artikelsök". Totalt 24 artiklar hittades. Den rapport (Lindeberg, 2005) som skrivs diskuterar också teorier om hur ny kunskap och nya rutiner (t.ex. ny behandling) sprids.

Enkätundersökningen våren 2003 utformades tillsammans med doktor Johan Kakko, Beroendecentrum Stockholm. Den innehöll 29 frågor, främst om behandlingsverksamheten. Följande frågor förekom: personal, ekonomi, antal patienter,

kriterier för att få behandling och kriterier för att bli utskriven från behandling, uppgifter om narkotikaanvändning, psykosocial behandling, genomsnittsdos av metadon eller Subutex, sidomissbruk, svar på urinanalyser, väntelista, patienters erfarenhet av illegalt Subutex, 12 månaders retention (dvs. andel patienter som är kvar i behandling 12 månader efter behandlingsstart), social situation samt samarbetsfrågor.

Enkäten besvarades av 13 av 14 kända enheter för Subutexbehandling. En liknande enkätundersökning våren 2004 hade lägre andel svarande. Enkäten hösten 2004 fokuserade på de nya riktlinjerna och besvarades av de flesta av de identifierade enheterna.

En intervjuundersökning skedde bland patienter på Beroendecentrum Stockholm, Maria Beroendecentrum och Narva-kliniken samt också av patienter i metadonbehandling i Beroendecentrum Stockholm. Totalt intervjuades drygt 100 patienter. De allra flesta av de tillfrågade patienterna deltog.

En annan intervjuundersökning avsåg tre grupper av totalt 150 opiatmissbrukare i Stockholmsområdet. Sextionio (69) personer, som inte varit i behandling under de gångna sex månaderna, och främst rekryterades vid enheten för hemlösa i Stockholm; 52 patienter i metadonbehandling samt 23 patienter som var i behandling med Subutex. Individerna i de två senare grupperna skulle ha varit i behandling sedan minst 3 månader och missbrukat eller brutit mot reglerna i metadonprogrammet. Missbruk av opiater och annat sidomissbruk sker någon gång av mer än 90 % av patienterna under metadonbehandling enligt en undersökning i Stockholmsområdet av Davstad och medarbetare.

## Resultat

Uppgifterna nedan kommer från de ovan beskrivna enkät- och intervjuundersökningarna och från försäljningsuppgifter från Apoteksbolaget.

- *Försäljning:* År 2000: 486 gram, år 2001: 1 545 gram, år 2002: 3 131 gram, år 2003: 4 910 gram, år 2004 jan. – sept.: 5 189 gram, (53 % i Stockholm, 16 % i Skåne, 6,5 % i Västra Götaland, 4 % i Uppsala, 3 % i Västmanland & Östergötland) och år 2003 jan. –sept.: 3 446 gram.
- *Ökningen* år 2000 – 2003 var 910 % och mellan åren 2003 och 2004 50 %. Ökningen har fortsatt under år 2005.
- *Patientantal:* Ca 1 200 patienter om den genomsnittliga Subutexdosen är 16 mg/dag.
- *Andel kvinnor:* 20 – 25 %
- *Inklusionskriterier:* Vanligen minst 1 års intravenöst intag (injicering i någon av kroppens vener) av opiat (heroin, morfin och liknande). Patienter som endast rökt men inte injicerat heroin accepterades på vissa enheter.

- *Exklusionskriterier:* Stor variation, från sidomissbruk en gång till svårt missbruk och tung kriminalitet.
- *Urinprov:* Initialt vanligen 3 gånger/vecka, sedan relaterat till frekvensen av positiva prov.
- *12 månaders retention:* Omkring 40 % – 75 %
- *Missbruksduration:* 1 – 20 år +; i genomsnitt 3 – 6 år.
- *Tidigare metadonbehandling?* Ca 5 %. Detta innebär att främst tidigare obehandlade patienter nås.
- *Illegalt provat Subutex* före behandling: 85 % – 100 % av patienterna.
- *Antal patienter i olika enheter:* Varierade mellan 5 och 128 patienter (våren 2003).
- *Beroendeläkare:* Alla enheter hade beroendeläkare (läkare med speciell kunskap och erfarenhet av behandling av alkohol- och drogmissbrukare).
- *Genomsnittsdos:* 16 – 22 mg/dag.
- *Psykosocial behandling:* Förekom vid alla enheter, men med variation.
- *Urinprov:* Initialt vanligen 3 gånger i veckan, sedan relaterat till frekvensen av narkotikapositiva prov.
- *Väntetid:* En vecka till några månader.
- *Samarbete* med socialtjänsten, annan vård, kriminalvården och arbetsförmedlingen förekom som regel.
- *Behandling i hemmet*, dvs. patienten behöver inte hämta medicin på en mottagning. Varierande praxis, ej första året, ej de första 3 månaderna m.m.
- *Uppföljning:* Varierande förhållanden.

## Kommentarer och slutsats

Undersökningen visar att användningen av Subutex ökat kraftigt. Till följd av detta har antalet opiatberoende patienter med substitutionsbehandling med metadon och Subutex mer än fördubblats de senaste 5 åren, fastän antalet patienter i metadonbehandling endast ökat obetydligt. Man kan notera att färre än 10 % av de nya patienterna tidigare haft behandling med metadon, liksom att den stora majoriteten provat illegalt Subutex före behandlingen. Enkätundersökningarna till behandlings-

enheterna tecknar en bild av en seriös verksamhet, som kombinerar Subutex-behandling med psykosocial behandling, relativt frekventa urinprovskontroller av ev. missbruk och samarbete med annan berörd verksamhet.

I oktober 2005 inleddes en ny enkätundersökning för att få kunskap om behandlingen närmare ett år efter introduktionen av de nya riktlinjerna den 1 januari 2005. Förhoppningen finns att få uppgifter också om hur stor andel av patienterna som är kvar i behandling efter 12 månader. Likaså planeras en studie om en minskning skett av narkotikarelaterad dödlighet och akutvård för narkotikaintoxikation.

## Rapporter från projektet

Davstad, I. et al. (2005). Illicit drug use during a six-year period among first time admitted patients to Stockholm methadone programme. Insänd till vetenskaplig tidskrift.

Lindeberg Björnsdotter, E. (2005). Subutex – policyutvecklingen. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD (ej helt klar).

Romelsjö, A. (2003). Subutexbehandlingen i Sverige – en första beskrivning. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 20: 255–9.

Romelsjö, A. (2004). Subutex treatment in Sweden – an initial description. *Nordic studies on alcohol and drugs* 20: 167–70 (English supplement).

Romelsjö, A. (2003). Use of buprenorphine in Sweden. Föredrag vid 5th Annual meeting of the international society of Addiction Medicine, Amsterdam, den 24 – 27 september, 2003.

Romelsjö, A. (2003). Subutexbehandling i Sverige. Föredrag vid nationellt nätverksmöte för Buprenorfin-underhållsbehandlare, Karlstad, den 20 oktober 2003.

Romelsjö, A. (2004). The two worlds of substitution treatment of opiate abusers in Sweden. Poster vid årligt vetenskapligt möte för College on Problems of Drug Dependence (CPDD). San Juan, Puerto Rico, 12 – 17 juni, 2004.

Romelsjö, A. (2005). Subutexbehandlingen gör entré i Sverige. Föredrag vid Svenska Läkaresällskapets Riksstämma, den 25 november 2005, Göteborg.

Romelsjö, A. (2005). Introduction of buprenorphine – the two worlds of substitution treatment in Sweden become one. Föredrag vid Conference for Australian Professional Society on alcohol and other drugs. Melbourne, November 2005.

Sand, M., Romelsjö, A. (2005). En jämförelse mellan obehandlade opiatmissbrukare och de som behandlas med Subutex eller metadon. Rapport, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholm.

# Studier av opiatmissbrukare i behandling i Sveriges största metadonprogram med fokus på långtidsförlopp, missbruk av narkotika under behandling och ofrivillig utskrivning

*Anders Romelsjö, professor, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet med medarbetare Olov Beck, docent, klinisk farmakologi, med. Dr. Seher Korkmaz, klinisk farmakologi, Marlene Stenbacka, docent vid Beroendecentrum Stockholm, Anders Leifman, statistiker samt doktorand Ingrid Davstad.*

## Sammanfattning

Syftet med forskningen var främst att studera hur det går för opiatmissbrukare som behandlas med metadon (ett läkemedel som ersätter heroin, morfin och liknande s.k. opiater och suget efter dessa medel, men som inte ger samma negativa sidoeffekter). Vi har haft visst fokus på missbruk av opiater, annan narkotika och vanebildande lugnande medel och sömnmedel under pågående behandling, så kallat sidomissbruk. Vi har också studerat olika faktorer som har samband med ofrivillig utskrivning från metadonbehandlingen. Många studier har visat att de flesta opiatmissbrukarna som får metadonbehandling förbättras, men de har också visat att ofrivillig utskrivning är vanligt, vilket medför en försämring för de flesta av de utskrivna patienterna. Ofrivillig utskrivning brukar bero på alltför mycket sidomissbruk, kriminalitet, hot mot personal eller på att patienten på annat sätt inte sköter sig under behandlingen.

Det vetenskapliga arbetet bedrivs av en grupp bestående av professor Anders Romelsjö (ordf.), docent Marlene Stenbacka KI, docent Olof Beck klin. farm., KI, med. dr Seher Korkmaz klin. farm., KI, doktorand Ingrid Davstad (anställd i projektet) och statistiker Anders Leifman. Ett pågående avhandlingsarbete av Ingrid Davstad baseras på detta projekt.

Alla studier i detta forskningsprojekt avser opiatmissbrukare i Stockholmsområdet. Vi har främst analyserat hur det gått för alla de 204 patienterna som för första gången deltog i Stockholms Metadonprogram (Sveriges största) mellan åren 1995 och 2000.

Ett vetenskapligt arbete (en vetenskaplig artikel) har fokus på en ovanligt detaljerad beskrivning av sidomissbruk och på relationen mellan sidomissbruk och ofrivillig

lig utskrivning för dessa 204 patienter. I ett tredje arbete analyseras alkoholanvändningen bland patienterna, och om den har samband med användningen av narkotika och med risken att bli utskriven.

Ett annat arbete om metadonbehandling av alla nyinskrivna patienter i Stockholms Metadonprogram under åren 1989 – 1991, och analyser hur det går för dem fram till år 2004. Hur många blir kvar i behandlingen? Påverkas sjuklighet och kriminalitet? Har några avlidit? Ett femte arbete avser 255 opiatberoende patienter (varav ca 30 metadonbehandlade patienter) som ställt upp i ganska omfattande intervjuer. De har åter intervjuats efter ett år, med många frågor som också använts i tidigare vetenskapliga undersökningar. Denna forskning har presenterats vid internationella och nationella vetenskapliga konferenser.

## Bakgrund

Den svenska narkotikapolitiken är sedan länge restriktiv och har som mål ett drogfritt samhälle. Vid tidpunkten för ansökan i januari år 2003 fanns fyra metadonprogram i Sverige, i Stockholm, Uppsala, Lund och Malmö. Kriterierna för att få metadon var ett dokumenterat, minst 4-årigt, intravenöst, tvångsmässigt opiatmissbruk, minst 20 års ålder, att drogfri behandling inte gett resultat, valfrihet och frånvaro av avancerat blandmissbruk. Metadonprogrammet strävar efter att ha ett nära samarbete med socialtjänsten. Metadonprogrammen beslutar själva om utformningen av behandlingsprogram, urinprovfrekvens, utskrivningsregler och spärrtid. Där emot träffas representanterna från programmen två gånger om året för att diskutera behandlingspolicy.

Andra vetenskapliga studier om behandling av opiatmissbrukare hade visat att de flesta patienterna förbättras markant under behandlingen. Det är därför ett stort problem att en betydande del av patienterna frivilligt, eller ofrivilligt (vanligen) brukar lämna behandlingsprogrammen, i Sverige som regel på grund av sidomissbruk, vanligen på basis av analys av urinprover. Patienterna, som får metadon, måste lämna urinprov, som man analyserar för att finna eventuella tecken på narkotikamissbruk. Sverige hade en mycket hög frekvens av urinprovtagning och särskilt gällde detta programmet i Stockholm.

### **Något om resultaten från andra studier**

Sannolikheten för återfall i opiatmissbruk och för sidomissbruk, med risk för ofrivillig utskrivning, varierar mycket mellan olika program (Ball & Ross) bl.a. på grund av opiatmissbrukets svårighetsgrad, personligheten, social situation men också på faktorer som är möjliga att påverka under behandlingen såsom motivation, metadondos och stödbehandling vid sidan av metadonförskrivningen.

NIDA (National Institute for Drug Abuse), rapporterade 1995 att 1-årsretentionen i ett urval av olika program i USA låg på knappt 40 %. (Med retention menas att patienterna är kvar i behandlingen). Stenbacka och Romelsjö fann (1997) att 1-årsretentionen uppgick till 87 % och 2-årsretentionen till 80 % fram till och med år 1993 i de svenska programmen, mycket höga siffror i internationell jämförelse. De fann också att de utskrivna patienterna uppvisade en markant ökning av kriminalitet och vårdkonsumtion efter utskrivningen, och en markant minskning under behandlingen jämfört med tiden före behandlingen. Gunne, Grönbladh och Öhlund

(2002) fann bland de 345 patienterna i Uppsalaprogrammet åren 1967–1990 att den genomsnittliga ettåriga retentionsgraden var 86 % och treårsretentionen var 75 %.

Uppgifter från senare år talade för att retentionen minskat i landet. Wennermark m.fl. rapporterade år 2002 att 74 % av de 261 opiatmissbrukarna (192 män och 69 kvinnor) som åren 1989–1991 för första gången fick metadonbehandling i Sverige hade lämnat behandlingen vid en 10-årig uppföljning – som regel oplanerat.

Mot bakgrund av variationen i retention mellan olika studier och över tid skedde bedömningen att det fanns ett stort behov av ökad kunskap om de faktorer som påverkar retentionen i metadonbehandling. Det fanns därmed starka skäl att åter studera långtidsförloppet för patienter i metadonbehandling i Sverige. Uppgifter från resultat i behandlingsprogram i andra länder kan inte utan vidare överföras till svenska förhållanden.

## Metodfrågor och patienter som studeras

Flera arbeten avser alla de 204 patienterna som för första gången inledde metadonbehandling i Stockholm 1995–2000. Av dessa var 147 (72 %) män och 57 (28 %) kvinnor. Dessa följdes tills de skrevs ut från behandlingen eller t.o.m. år 2000; 84 patienter skrevs ut i förtid, 3 patienter avled och 117 patienter var kvar i behandling den 31 december 2000. Av stor betydelse är att uppgifterna från alla urinprovsanalyserna kunde kopplas till uppgifter om den enskilda patienten genom tillstånd från Karolinska Institutets forskningsetiska kommitté. Efter hopkopplingen kan man inte identifiera den enskilde patienten, och det är forskaren inte heller intresserad av. Forskaren vill få kunskap om hur det går för hela gruppen eller om ett genomsnittsvärde för något i den grupp människor eller patienter som studeras.

Denna tillåtna hopkoppling av uppgifter möjliggjorde mycket ingående analyser av sidomissbruk och missbruk av heroin under observationstiden, både hos dem som var kvar i behandlingen och hos dem som blev utskrivna vid olika tidpunkter. En genomgång av journaler och utredningsuppgifter har skett. Med användning av dessa uppgifter analyseras betydelsen av uppväxt, social bakgrund och tidigare vård för sannolikheten att bli kvar i metadonbehandling med så kallad regressionsanalys som huvudsakliga statistiska metod. (Med regressionsanalys kan man statistiskt studera betydelsen av flera variabler, som ålder, debutålder med heroin, kön, för sannolikheten att stanna kvar i behandlingsprogrammet). Registerdata om bl.a. kriminalitet, tidigare vård och dödlighet har kopplats in efter tillstånd från etisk kommitté, och skall användas vid kommande analyser. I samarbete med avdelningen för klinisk farmakologi har uppgifter från alla urinprov med alkoholindikatorn 5-HTOL och andra uppgifter om alkoholmissbruk analyserats, för att se om alkoholmissbruk bland patienterna har betydelse för behandlingsresultaten.

Ett arbete om samband mellan metadondos och förekomst av metadon i kroppen (här finns en individuell variation) planeras i samarbete med och under ledning av Olov Beck, docent i klinisk farmakologi, och Seher Korkmaz, medicine doktor i klinisk farmakologi vid Karolinska universitetssjukhuset.

Ett annat arbete om metadonbehandling i ett fjortonårsperspektiv utgår från alla nyinskrivna patienter i Stockholms Metadonprogram för åren 1989–1991. Vi har kunnat koppla till data från nio register: Centrala kriminalvårdsregistret, Registret



för beviljade förtidspensioner/sjukbidrag, lagförda brott, vårdregistret, VAL-databasen, Stockholms läns landsting, Registret över ekonomiskt bistånd, Registret över tvångsvårdsinsatser för vuxna missbrukare enligt LVM, Dödsorsaksregistret, Patientregistret, slutna vård i landet och Socialstyrelsens metadonregister – varefter uppgifterna har avidentifierats.

Detta möjliggör studier av patienterna bakåt i tiden från ett visst startdatum, men också framåt under lång tid. De flesta tidigare vetenskapliga studierna baseras på uppgifter om t.ex. kriminalitet enbart utifrån patienternas uppgifter. Det är naturligt att den enskilde kan glömma obehagliga händelser eller inte vill tala om all sin eventuella kriminella verksamhet. Detaljerade registerdata, som behandlats så ingen enskild kan identifieras, innebär stora fördelar.

I anslutning till ett stort forskningsprojekt ("Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling") vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet har ett EU-projekt "Treat" utförts.

Vi skall analysera intervjuuppgifter från "Treat" på drygt 200 heroinberoende patienter (varav ca 30 metadonbehandlade patienter) som genomgått ny intervju efter ett år. Vi har då tillgång till ovanligt detaljerade uppgifter på ganska många patienter och kan också göra jämförelser med heroinberoende patienter i flera andra europeiska storstäder.

## Några resultat hittills

Flera vetenskapliga arbeten avser de 204 patienterna som skrevs in för metadonbehandling i Stockholm under åren 1995–2000, och som studerades fram till den 31 december 2001. Den genomsnittliga observationstiden var 1 084 dagar för de patienter som blev kvar i behandlingen och 561 dagar för dem som blev utskrivna. Ett vetenskapligt arbete om sidomissbruk och sambandet mellan sidomissbruk och ofrivillig utskrivning har sänts till internationell vetenskaplig tidskrift för bedömning om de vill publicera den. Resultaten har också presenterats vid vetenskapliga kongresser.

Vi fann bl.a. att 13 % av de drygt 45 000 (!) urinproven var positiva för minst ett narkotiskt preparat. Detta gällde för 21 % av proven för de 84 patienter, som blev utskrivna, jämfört med 9 % bland dem som var kvar i programmet. Över 90 % av patienterna hade dokumenterat sidomissbruk, inklusive användning av opiater, vid minst ett tillfälle. De som kom att bli utskrivna hade fler och längre perioder av sidomissbruk redan tidigt i behandlingen, jämfört med den grupp som var kvar i behandlingen. I ett annat insänt arbete analyseras alkoholanvändningen bland patienterna. Vi fann att såväl manliga som kvinnliga patienter med uppgift om alkoholmissbruk i genomsnitt hade betydligt fler perioder av återfall i narkotikamissbruk (16,8 jämfört med 5,0 perioder för kvinnor och 14,6 jämfört med 8,5 perioder bland män). Båda värdena var statistiskt signifikanta, vilket innebär att det är mindre än 5 % chans att skillnaderna beror på slumpen.

## Kommentarer och slutsats

Vi kan konstatera att ganska mycket återstår att göra i projektet, även om två arbeten sänts till vetenskaplig tidskrift och presentationer har skett vid internationella och nationella kongresser. Men forskningen går vidare enligt de ursprungliga planerna.

Ett viktigt resultat är att sidomissbruk är vanligt, då nästan alla patienter haft positivt urinprov någon gång, även i det erfarna och resursrika programmet i Stockholm. Å andra sidan är 87 % av urinprovsanalyserna negativa. Genom tillgång till uppgifter från över 45 000 urinprov har vi kunnat presentera mer ingående analyser än vad som tidigare skett. Rimligtvis av intresse även i den konkreta vårdplaneringen är att sidomissbruksmönster tidigt i behandlingen hade prognostisk betydelse.

Nu pågår studier av betydelsen av andra faktorer för retention (kvarstannande i behandlingen). Även studier av vårdkonsumtion, kriminalitet och samband med behandling skall ske, liksom av sambandet mellan metadondos och blodnivå av metadon.

## Referenser

Davstad, I. Heroinberoendes fortsatta missbrukarkarriär. Föredrag vid nätverksmöte för substitutionsbehandling, Örebro, den 1 juni 2005.

Davstad, I., Stenbacka, M., Leifman, A., Beck, O., Korkmaz, S., Romelsjö, A. Illicit drug use during a six-year period among first time admitted patients to Stockholm methadone programme. (Insänd.)

Davstad, I., Stenbacka, M., Leifman, A., Beck, O., Korkmaz, S., Romelsjö, A. Methadone Treatment: Side misuse in a rigorously controlled programme for "drop-outs" and for those who remain in treatment. Poster vid American Association for the Treatment of Opioid Dependence conference, Washington DC, 13 – 16 april, 2003.

Davstad, I., Stenbacka, M., Leifman, A., Beck, O., Korkmaz, S., Romelsjö, A. Illicit drug use among first time admitted subjects to Stockholm's methadone programme during a six year period. Poster vid årligt vetenskapligt möte för College on Problems of Drug Dependence (CPDD). San Juan, Puerto Rico, 12 – 17 juni, 2004.

Romelsjö, A., Davstad, I., Stenbacka, M., Leifman, A., Beck, O., Korkmaz, S., von Wachenfeldt, J. Longitudinella och jämförande studier av opiatmissbrukare med fokus på långtidsförlopp, sidomissbruk och ofrivillig utskrivning från metadonbehandling i Sveriges största metadonprogram. (Poster vid Mobilisering mot narkotikas forskningsdagar 14–16 juni 2005, i Stockholm.)

Stenbacka, M., Beck, O., Leifman, A., Romelsjö, A., Helander. Alcohol Use among Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment in Relation to Treatment Outcome. (Insänd.)