

Effekter av missbruksbehandling enligt Minnesotamodellen

Uppföljning av patienter som genomgått behandling vid Provita/Bellevue behandlingshem

Marianne Parmander

Peter Allebeck

I en utvärdering av behandlingshemmet Provita/Bellevue följdes 100 patienter upp som deltagit i ett behandlingsprogram för missbruksproblem. Syftet med undersökningen var att beskriva patientgruppen före behandling, ta reda på hur behandlingsmålen uppnåtts ett år efter behandling samt att ta reda på för vilka patientgrupper behandlingen varit mer eller mindre framgångsrik.

Patienterna uppvisade en relativt stabil social situation före behandlingen där missbruket i allmänhet inte fått allvarliga sociala konsekvenser. För 3/4 var detta den första behandlingshemsvistelsen för missbruksproblem. Av de 96 personer som slutligen ingick i uppföljningen besvarade 65 personer frågeformuläret. Av dessa uppgav 21 (32 %) att de inte druckit vid något tillfälle efter avslutad behandling. Vid en sammanvägd bedömning av missbrukssituationen och med hänsyn tagen till bortfallet hade totalt 44 % förbättrat dryckesmönster och 43 % hade förbättrad psykisk och social funktionsförmåga ett år efter behandling. Sämst resultat noterades för yngre personer, de som var utan arbete/bostad, ensamstående samt personer med dåligt socialt stöd. Även tidigare studier har påvisat dessa grupper svårigheter att genomföra framgångsrik rehabilitering, varför vården för dessa särskilt bör uppmärksammas. Upprepad likartad vård har inte visat sig meningsfull. Ett sätt att hitta rätt vårdform kan vara att mer systematiskt "matcha" patienter till olika behandlingsalternativ.

Marianne Parmander är socionom och Peter Allebeck docent i socialmedicin, bägge vid Samhällsmedicinska enheten, Huddinge sjukhus.

Bakgrund

Ett viktigt led i strävan att minska missbruksproblemen i samhället är, vid sidan av förebyggande insatser, att kunna erbjuda missbrukare kvalificerad och adekvat behandling. Under de senaste decennierna har behandlingsprogram med olika inriktning prövats med skiftande framgång. En modell som fått stor spridning i USA, och på senare år även i Sverige, är den sk Minnesotamodellen. Målet med behandlingen är drogfrihet och att individen hittar ett nytt livsmönster som tillgodoser såväl de fysiska, psykiska och sociala som de andliga behoven. Behandlingen bygger på Anonyma alkoholisters (AA) filosofi och man vill stimulera till fortsatt stöd genom regelbundet deltagande i AA-möten.

Trots att Minnesotamodellen på kort tid fått stor genomslagskraft i Sverige har mycket få utvärderingar av de svenska behandlingsenheterna gjorts. Gerdner m fl (1) rapporterade 1988 en uppföljning av en grupp patienter på Runnagården. 9 månader efter behandling fann man att mer än hälften var förbättrade i missbrukshänsen och 13 % var helt nyktra. I en nyligen publicerad uppföljning av Nämndemansgården (2) uppges att hälften av patienterna inte haft något återfall ett år efter avslutad behandling. I USA har bl a Laundergan (3) utvärderat behandlingshemmet Hazelden och funnit att mellan hälften och två tredjedelar förbättrat sina alkoholvanor ett år efter avslutad behandling. Kvaliteten på de amerikanska undersökningarna har dock ifrågasatts bland annat pga stort bortfall. En av de mer vetenskapligt upplagda studierna av Minnesotamodellen har gjorts av Lauri Keso (4) i Finland. I en randomiserad studie jämfördes Minnesotabehandling med traditionell alkoholbehandling. I termer av

förbättrade—ej förbättrade märktes inga signifikanta skillnader mellan de båda behandlingsmodellerna ett år efter behandling. Däremot hade det Minnesotainriktade behandlingshemmet något bättre resultat när det gällde det fortsatta dryckesmönstret, avhopp från behandlingen samt förmåga att engagera patienterna i eftervård. Valliant (5) har visat att fortsatt eftervård, med stöd av exempelvis AA är mycket betydelsefullt för fortsatt nykterhet, och detta stöds också av Kesos undersökning. Andelen helnyktra i den finska studien var för det Minnesotainspirerade behandlingshemmet 14 % medan det traditionella behandlingshemmet hade 1,9 % nykterhet ett år efter behandling. Behovet av ytterligare forskning om Minnesotamodellens effekter har påpekats av bl a Cook (6) och Berglund & Öjehagen (7).

I denna rapport presenteras resultat av en uppföljning av 100 patienter som varit inskrivna på behandlingshemmet Bellevue i Malmö. Behandlingshemmet drivs av AB Provita som har ytterligare 2 behandlingshem i Sverige. Provita rekryterar sin personal huvudsakligen ur "de egna leden", dvs tidigare aktiva missbrukare eller anhöriga till missbrukare som själva genomgått någon form av Minnesotabehandling. Bellevue ligger centralt i Malmö och har totalt 40 vårdplatser. Behandlingsprogrammet som helt bygger på Minnesotamodellens principer pågår vanligen under 28–35 dagar och består av gruppterapi, avslappnings- och självständiga terapeutiska uppgifter. Även ett veckolångt program för anhöriga ingår. Verksamheten startades 1987, behandlingsprogrammet genomgick vissa förändringar i början och fick sin nuvarande utformning strax innan utvärderingen gjordes.

Syfte och frågeställningar

De specifika syftena med utvärderingen har varit att ta reda på:

- hur stor andel som uppnår alkoholfrihet och som förblir nyktra ett år efter behandling
- hur stor andel som förändrar sitt dryckesmönster och sina attityder till alkohol
- hur stor andel som förändrar sin psykiska och sociala funktionsförmåga
- vilka patientgrupper som förefaller ha störst nytta respektive mindre nytta av just denna behandlingsform.

Metod

Undersökningsgruppen har bestått av 100 patienter konsekutivt inskrivna på Bellevue under tiden juli–november 1988. Vi gjorde först en kartläggning av klienternas sociala bakgrundsförhållanden med utgångspunkt från journaluppgifter från inskrivningen. För att få reda på patienternas situation ett år efter avslutad behandling utformades ett frågeformulär vilket sändes hem till personerna. Intervjuformuläret behandlade alkohol/drogbruk, social situation, relation till vänner och arbetskamrater, samt attityder till behandling och eftervård. I uppföljningsstudien besvarades 65 personer av 100 intervjuformuläret. Räkningar bort de 4 personer som avlidit sedan behandlingen var svarsfrekvensen 67 %. 54 % besvarade enkäten efter två påminnelsebrev, 13 personer intervjuades per telefon.

RESULTAT

Patientgruppens sociala situationen före behandling

Av de 100 patienter som var inskrivna på Provita/Bellevue juli–november 1988 var 80 män och 20 kvinnor. Medelåldern låg på 44,8 år, med en spridning från 28–72 år. Drygt hälften var gifta eller sammanboende. Det stora flertalet hade egen bostad (95 % av kvinnorna och 89 % av männen). 39 % hade utbildning på grundskolenivå medan 45 % hade utbildning motsvarande yrkesutbildning/gymnasium i två år eller längre. 70 % hade fast anställning eller var egna företagare. 14 % var arbetslösa. I *tabell 1* redovisas arbetssituation/försörjning före behandling.

Tabell 1. Sysselsättning/försörjning innan behandling.

	Män	Kvinnor	Totalt
Fast anställning	44	11	55
Egen företagare	15	-	15
Tillf/beredskapsarbete	3	2	5
Arbetslös	10	4	14
Sjukskriven	3	1	4
Sjukbidrag/pension	5	-	5
Hemmafru	-	1	1
Ingen uppgift	-	1	1
TOTALT	80	20	100

Missbrukssituation före behandling

73 % använde enbart alkohol, övriga blandmissbrukade alkohol med narkotika och/eller lugnande tabletter, såsom bensodiazepiner. 60 % av männen och 65 % av kvinnorna hade tidigare genomgått någon typ av behandling för missbruksproblem, antingen på behandlingshem eller i öppen vård. Av de som tidigare vistats på behandlingshem hade 10 personer varit på behandlingshem med Minnesotainriktning. 7 personer under 1987 och -88.

Vårdkostnaderna betalades av socialtjänsten för omkring 2/3 av patienterna och för övriga av vårdtagarna själva eller av arbetsgivaren (tabell 2).

Av de 65 personer som besvarade enkäten var 51 män och 14 kvinnor.

Tabell 2. Betalningsansvar för vårdkostnaden.

	Män	Kvinnor	Totalt
Socialtjänsten	51	14	65
Vårdtagaren	15	4	19
Arbetsgivaren	12	-	12
Annat	2	1	3
Ingen anteckning	1	1	2
TOTALT	80	20	100

Missbrukssituation efter behandling

Flera personer hade ett blandmissbruk före behandlingen, ett mönster som vid återfall eller fortsatt missbruk återupptagits. För att få en samlad bild har vi bedömt såväl alkoholbruk som missbruk av narkotika och lugnande medel. 24 personer (37 %) uppgav att de inte druckit vid något tillfälle sedan behandlingen, medan 26 personer uppgav ett regelbundet alkoholbruk. 5 personer uppgav att de använt narkotika sedan behandlingen och 13 personer hade använt lugnande medel. 21 personer (32 %) uppgav att de inte använt alkohol/narkotika/lugnande medel vid något tillfälle efter behandlingen. 17 personer hade använt alkohol/droger vid ett eller flera tillfällen sedan behandlingen medan 27 personer (42 %) uppgav ett alkohol/drogbruk som tyder på ett fortsatt missbruk i mer eller mindre oförändrad grad (tabell 3).

Psykisk och social situation efter behandling

När det gäller den sociala situationen var 5 personer

Tabell 3. Missbrukssituation efter behandlingen.

Alkohol/narkotika /tablettbruk	Män	Kvinnor	Totalt
Inget tillfälle	19	2	21
Ett tillfälle	4	1	5
Två tillf eller fler	4	6	10
En längre period (1-2 månader)	2	-	2
Perioder	9	3	12
Regelbundet kvällar /helger	3	-	3
Regelbundet dagligen	5	2	7
Nykter efter ny behandling	4	1	5
TOTALT	51	14	65

(8 %) arbetslösa, 60 personer (90 %) hade egen bostad, 5 personer (5 %) hade skaffat sig någon fritidssysselsättning. Av de som före behandlingen hade relationsproblem uppgav majoriteten, 88 %, att relationerna till närstående hade blivit bättre och även de flesta (77 %) att relationerna blivit bättre på arbetsplatsen. Totalt uppgav 27 personer (43 %) att de efter behandlingen hade nedsatt hälsa i form av kroppslig sjukdom (29 %) och/eller psykiska besvär (21 %), 17 personer (26 %) att de hade sömnproblem. 21 personer (32 %) använde någon form av medicin.

Vid sammanvägd bedömning av den sociala funktionsförmågan d v s sysselsättning, fritid, relationer och av den psykiska hälsan (psykiska besvär, sömn) framkom att hälften förbättrat och hälften ej förbättrat sin psykiska och sociala situation.

Förbättrad psykisk och social funktionsförmåga och minskat alkohol/drogbruk kan ses som ett sammantaget mått på om behandlingen haft avsedd effekt. Av tabell 4 framgår att förbättrad psykologisk/social situation var starkt korrelerat till förbättrad missbrukssituation.

.....
Förbättrad psykisk och social funktionsförmåga
var starkt korrelerat till förbättrad missbrukssituation
.....

Tabell 4. Omfattning av drogbruk i förhållande till psykisk/social funktion.

Alkohol/drogbruk	Psykisk/social funktion		Totalt
	Förbättrad	Ej förbättrad	
Inget tillfälle	20	1	21
Flera tillfällen	10	7	17
Fortsatt missbruk	3	24	27
TOTALT	33	32	65

Annan missbruksvård

Totalt hade 18 personer genomgått ytterligare behandling för missbruksproblem det senaste året. 8 personer hade påbörjat eller genomgått två behandlingsperioder på Provita. 4 personer hade genomgått behandling på annat behandlingshem medan 7 personer hade fått behandling på öppenvårdsmottagning.

Behandlingsresultat för skilda patientgrupper

Personer i åldrarna 24–45 år hade i högre utsträckning återfallit i missbruk än de som var över 46 år (48 % jämfört med 33 %). 37 % av männen och 14 % av kvinnorna hade helt avhållit sig från alkohol/narkotika/tabletter efter behandlingen, medan andelen som fortsatt missbruka var i stort sett densamma för män som för kvinnor efter behandlingen (män 51 %, kvinnor 50 %). Fler ensamboende än sammanboende hade fortsatt att missbruka efter behandlingen (59 % jämfört med 24 %). Fler ensamboende än sammanboende hade också oförändrad psykisk och social situation efter behandlingen (62 % jämfört med 36 %). Bättre behandlingsresultat noterades även för de med anhöriga som deltagit i anhörigprogrammet på Bellevue (47 % jämfört med 35 %), liksom personer som tillhörde en AA-grupp. 48 % av de som varit helnyktra uppgav att de deltog regelbundet på AA-möten jämfört med 32 % av övriga.

Av de som tidigare vårdats på behandlingshem återföll 67 % i missbruk mot 29 % för de som behandlats i öppenvård och 41 % av de som inte tidigare varit föremål för vård. 80 % av de som tidigare vårdats på behandlingshem hade ej förbättrat psykisk och social funktionsförmåga ett år efter behandlingen på Belle-

vue. Motsvarande siffra för de som behandlats i öppen vård var 43 % och för gruppen ej tidigare vårdade 36 %. 86 % av de som stod utanför arbetslivet före behandlingen hade återfallit i missbruk ett år efter behandling. Endast 5 personer av de som besvarade frågeformuläret stod utan egen bostad före behandlingen. Av dessa återföll 4 personer i missbruk efter behandlingen.

Begreppet "en starkare kraft" – en del av behandlingsfilosofin

I Minnesotamodellens filosofi ingår vissa inslag av delvis religiös/andlig karaktär. Speciellt framhålls vikten av förlitande på en "högre makt" eller "starkare kraft". Begreppet en "starkare kraft" har fått sin utformning inom AA-rörelsen och ses som en väg att utveckla och tillgodose de andliga behoven. I vårt frågeformulär handlade en av frågorna om begreppet en "starkare kraft" och vilken betydelse det hade för den enskilde intervjupersonen. 46 personer (71 %) svarade att begreppet hade någon betydelse för dem. I kommentarer uppgav 11 entydigt att det för dem handlade om gudstro. Exempelvis: "tron på Gud och vad han åstadkommer". Även för ytterligare 12 personer kan man av svaren dra slutsatsen att betydelsen är någon form av religiös tro. För 8 personer var AA-gruppen eller familjen en "starkare kraft", exempel: "AA ger trygghet, positiv livssyn som jag betecknar som en starkare kraft". 43 av de 46 personer som uppgav att begreppet hade någon betydelse för dem tillhörde en AA-grupp.

SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Totalt sett hade undersökningsgruppen en relativt stabil social situation före behandlingen. Flertalet hade egen bostad och arbete. Utbildningsnivån var påfallande hög, 45 % hade gymnasieutbildning i två år eller längre vilket skall jämföras med 33 % i övriga befolkningen. Socialtjänsten stod för vårdkostnaden i 2/3 av fallen, vilket i detta sammanhang är en vanlig siffra. Däremot skiljer sig siffrorna när det gäller betalningsansvar av arbetsgivaren eller vårdtagaren själv. Bellevues patienter betalade jämfört med andra privatägda behandlingshem i högre utsträckning behandlingen själv. Man kan också notera att inga kvinnor fick behandlingsskostnaden betald av arbetsgivaren.

Efter flera påminnelser och några enstaka telefonintervjuer besvarade 67 % intervjuformuläret. Svarsfrekvensen kan tyckas låg, men är i detta sammanhang relativt god. Vid utvärdering och uppföljning av alkoholbehandling är svarsandelen vanligtvis låg eftersom missbrukare ofta är svåra att få att medverka i undersökningar av denna typ. Man vet att bortfallet i behandlingsstudier ofta har en systematisk skevhet, dvs de som inte svarar skiljer sig från gruppen i övrigt. Det är naturligt att tänka att många av de som inte svarar återfallit i missbruk och inte förbättrat den sociala funktionsförmågan. Laudergeran (3) räknade i sin studie med 75 % av bortfallet som "ej förbättrade" både när det gällde missbruket och den sociala funktionsförmågan, medan Runnagården, som kunde kontrollera bortfallet med en enkät till socialsekreterarna, kom fram till ett 85 %-igt återfall när det gällde missbruket och 75 % som inte förbättrat sin sociala funktionsförmåga. I vår uppföljning, där vi genom telefonintervju fick svar från 13 av de 44 personer som inte besvarade postenkäten, hade 11 personer (85 %) "inte förbättrats". Vid en analys av bakgrunden för de personer vi inte fick kontakt med kan man se att deras sociala förhållanden vid inskrivningstillfället var sämre både i förhållande till gruppen som helhet och till de som telefonintervjuats. Exempelvis stod många i bortfallsgruppen utanför arbetslivet och var ensamstående, faktorer man vet är försvårande omständigheter när det gäller att lyckas med behandling. Vi har därför kommit fram till att 85 % "ej förbättrade" i bortfallsgruppen är en rimlig siffra. För den psykiska och sociala funktionsförmågan uppskattade vi fortfarande 75 % som "ej förbättrade".

Hur många har förbättrats efter behandling

Av de 65 personer som besvarat enkäten har 32 % uppgivit att de inte använt alkohol, narkotika eller tabletter vid något tillfälle sedan behandlingen. 26 % har förbättrat sina alkohol/drogvanor medan resten, 41 %, fortsatt missbruk. Totalt har alltså 58 % förbättrats i missbrukshänseende. Om man tar hänsyn till bortfallet enligt ovan och räknar med att 15 % av dessa förbättrats blir siffran för "förbättrade" 44 %. I en okontrollerad studie är det svårt att jämföra detta resultat med vad som uppnåtts på andra behandlingshem. Resultatet är starkt beroende av patientgruppens sammansätt-

ning (8). En mycket allmän bedömning är dock att detta resultat speglar ett välfungerande behandlingshem som riktar sig till en klientgrupp som denna.

Av de personer som hade psykiska besvär före behandlingen var 2/3 fria från besvär ett år efter behandling. En stor del uppgav att relationerna till anhöriga förbättrats och trots att flera bytt arbetsplats hade hälften av dem som haft problem med relationerna på arbetsplatsen förbättrat dessa efter behandlingen. Totalt sett hade hälften förbättrat sin psykiska och sociala funktionsförmåga efter behandlingen. Med hänsyn till bortfallet enligt tidigare resonemang blir andelen med förbättrad psykisk och social funktionsförmåga 43 % för hela undersökningsgruppen.

För vilka patientgrupper har behandlingen varit till störst respektive minst nytta?

Liksom vid Runnagården (1) har vi funnit att yngre personer klarat rehabiliteringen sämre jämfört med äldre. Fler yngre har återfallit i missbruk och inte förbättrat den psykiska/sociala funktionsförmågan. Personer under 35 år har i mindre omfattning än äldre valt stöd av självhjälpgrupp efter behandlingen.

Totalt märks inga skillnader i behandlingsresultat för män och kvinnor. Kvinnorna har dock i betydligt mindre utsträckning varit helnyktra efter behandlingen. Utmärkande är att flertalet druckit vid ett eller flera tillfällen. Männen däremot, har antingen varit helnyktra eller återfallit i missbruk, mycket få har haft enstaka återfall. Förklaringen till denna skillnad kan vara flera, exempelvis att kvinnor kan vara mindre benägna att acceptera helnykterhet som mål och också oftare än män klarar "kontrollerad konsumtion" (7). Bl a har Dahlgren och Willander (9) visat att kvinnor med måttliga alkoholproblem, som efter behandling ändrat livsstil, kan klara ett försiktigt socialt drickande. En annan förklaring kan vara att kvinnor i mindre omfattning söker stöd av omgivningen och därigenom lättare får återfall. Endast hälften av kvinnorna hade efter behandlingen valt stöd av självhjälpgrupp jämfört med 3/4 av männen.

Ensamhet och missbruk har dokumenterats av Åkerlind och Hörnqvist (10). I en genomgång av tidigare studier har de även funnit svårigheter att lyckas med behandling vid ensamboende. Även vi fann att de som var ensamstående vid inledningen av behandling-

Personer med skört nätverk och dåligt socialt stöd, arbets/bostadslösa, tidigare vårdade har även i denna uppföljning i hög grad återfallit i missbruk

en hade mycket större risk att återfall i missbruk jämfört med de som var sammanboende. Likaså var psykisk hälsa och social funktionsförmåga starkt korrelerad till ensamboende.

Att ha vårdats tidigare på behandlingshem innebär som regel sämre prognos för behandlingsresultatet, vilket även denna undersökning visade. 2/3 av de som tidigare vistats på behandlingshem återföll i missbruk. En trolig förklaring till denna grupps dåliga behandlingsresultat är förmodligen ett tyngre missbruk med social problematik som följd. Nästan samtliga (närmare 90 %) av de som stod utanför arbetslivet före behandlingen återföll i missbruk efter behandlingen. Liknande förhållanden förelåg för de som saknade egen bostad. Av dessa återföll 4 av 5 i missbruk.

Slutsats

Den grupp patienter som traditionellt ansetts svårast att rehabilitera, dvs personer med skört nätverk och dåligt socialt stöd, arbets/bostadslösa, tidigare vårdade har även i denna uppföljning i hög grad återfallit i missbruk. Vården för dessa personer bör därför särskilt uppmärksammas. Att erbjuda mer och likartad vård vid återfall har i allmänhet inte visat sig vara en adekvat åtgärd för denna grupp. Kanske kan "matchning" till rätt vård vara lämpligare (11). Dessutom bör kraftfulla insatser för att förbättra den sociala situationen vara ett obligatoriskt inslag i eftervården för dessa personer.

REFERENSER

1. Gerdner A, Bodin L, Söderfeldt B: Minnesota-modellen på Runnagården – bakgrundsfaktorer och resultat. Läkartidningen 1989, 86, 32–33.
2. Larsson S: Nämndemansgården – första steget till ett nytt liv – data och behandlingsresultat för de första årens patienter, Sharing AB, 1990.
3. Laundergan JC: Easy does it! Alcoholism treatment outcomes and the Minnesota model, Center City, Hazelden 1986.
4. Keso L: Inpatient treatment of employed alcoholics. A randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Research unit of alcohol diseases, Helsinki, Central University Hospital, Helsinki, 1988.
5. Vaillant GE: The natural history of alcoholism, Cambridge 1983.
6. Cook CCH: The Minnesota Model in the management of Drug and Alcohol Dependency. Part II. Evidence and conclusions, British Journal of Addiction, 1988, 735–748.
7. Berglund M, Öjehagen A: Tidig intervention effektiv vid högkonsumtion av alkohol, Läkartidningen, 1990, 87, 3752–3753.
8. Berglund M, Öjehagen A, Nordström G: Behandling av patienter med alkoholproblem, Läkartidningen, 1989, 23, 2215–2218.
9. Dahlgren, Willander: Specialenhet för kvinnliga missbrukare behövs. Läkartidningen, 1987, 84, 3732–3736.
10. Åkerlind I, Hörnqvist J: Ensamhet och alkoholmissbruk, Forskning och fakta, 1990, nr 10.
11. Lindström L: Val av behandling för alkoholism, Malmö, Liber förlag 1986.