

Behandlingsforskning vid alkoholmissbruk

En översikt av aktuell forskning

Mats Berglund

Agneta Öjehagen

Behandling utgör ett viktigt och oundgängligt komplement till alkoholpolitik ur såväl individperspektiv som folkhälsoperspektiv. Valet av rätt behandling till rätt patient har alltmer kommit i fokus. Diagnostik och behandling av psykisk störning är viktig. Nyare studier har visat bättre effekt av initial sjukhusvård följd av intensiv uppföljning jämfört med öppenvårdsbehandling. En modell med systematisk diagnostik, behandling och uppföljning presenteras som ett sätt att effektivisera behandlingen.

Professor Mats Berglund är överläkare vid Alkoholkliniken, Malmö allmänna sjukhus och Agneta Öjehagen, doktor i med vet och leg psykoterapeut är forskarassistent vid Socialvetenskapliga Forskningsrådet och Psykiatriska kliniken vid Lunds lasarett.

Ekonomiskt stöd har erhållits från Socialvetenskapliga forskningsrådet, Forskningsrådsnämnden, Systembolagets forskningsfond och Lunds Universitets fonder.

Vi publicerade 1989 en kunskapsöversikt om behandling vid alkoholism (1). I sammanfattningen poängterade vi att behandling utgör ett viktigt och oundgängligt komplement till alkoholpolitiken, ur såväl individperspektiv som folkhälsoperspektiv. Litteraturgenomgången visade att behandling vid alkoholism har mätbara effekter. Behandlingsresultaten skulle sannolikt kunna förbättras ytterligare genom ett mer systematiskt tillvaratagande av de kunskaper som behandlingsforskningen inom detta område producerat under senare år.

Sedan denna översikt skrevs har en hel del hänt. Behandlingsutbudet i Sverige har förändrats framför allt genom en kraftig ökning av antalet platser på behandlingshem, som ger behandling enligt Minnesota-mo-

dellen. I USA har effektiviteten vid behandling av alkoholproblem uppmärksammats på flera sätt. Institute of Medicine har i en bok publicerat en sammanställning av det aktuella kunskapsläget inom behandlingsområdet (2). I den presenteras också en modell för ett välfungerande behandlingssystem. Inom forskningen pågår en satsning på matchningsområdet, dvs att välja rätt behandling till rätt patient. Ny kunskap med relevans för behandlingsområdet har erhållits om alkoholistkarriärens förlopp och spontanförbättringar, om samtidig förekomst av alkoholproblem och psykiska störningar, om självmordsrisken bland alkoholister, om behandlingseffektiviteten mellan slutet och öppen vård och om varaktighet av förbättring i samband med behandling.

I denna presentation kommer vi i huvudsak att beröra de senaste årens utveckling inom behandlingsområdet. Sekundär prevention i form av enkel rådgivning på distriktläkarnivå eller i samband med hälsoundersökningar kommer att diskuteras i en annan artikel. Dock bör påpekas, att i den stora WHO-undersökningen av sekundär prevention har i en del studier personer med diagnostiserat alkoholberoende uteslutits och i de studier där denna grupp ingår har effekt av intervention i regel ej erhållits vid alkoholberoende. Då det som regel ej funnits några ålderskillnader mellan de som blir bättre av en enkel intervention och de som behöver mer omfattande behandling rör det sig sannolikt om olika grupper av individer och inte om tidiga och sena fall av samma grundtillstånd (alkoholism). Vi kommer inte heller att presentera studierna från Finland, då dessa redovisas i en särskild artikel.

Behandlingsutbudet i Sverige

Statistiska centralbyrån anger att antalet platser i hem för vård och boende för vuxna missbrukare har ökat

Överföringen av behandlingsansvaret för missbrukare under 1980-talet från psykiatri till primärvård och socialtjänst tycks ej ha medfört att institutionsbehandlingens omfattning minskat

från 6 607 platser 1988 till 8 178 platser 1991. En stor del av denna ökning beror på tillkomsten av platser på behandlingshem bedrivna enligt Minnesota-modellen. 1989 fanns det 868 platser på 34 behandlingshem drivna enligt denna modell.

Vi har mindre fullständiga uppgifter för sjukvården. Vid 3 inventeringar var antalet sjukhusvårdade missbrukare inom psykiatri 1979 2 781 individer, 1988 1 540 individer och 1991 1 200 individer (endast första diagnos). Vi har otillräcklig kunskap om anledningen till förändringarna. Hansson (3) kunde visa, att antalet vård dagar minskade betydligt mer än antalet vårdade individer med missbruksdiagnos. Det är därför troligt att det framför allt är behandling utöver avgiftning som minskat. Överföringen av behandlingsansvaret för missbrukare under 1980-talet från psykiatri till primärvård och socialtjänst tycks således ej ha medfört att institutionsbehandlingens omfattning minskat.

Alkoholistkarriär och spontanförbättringar

Studien The Epidemiologic Catchment Area, ECA, i USA där över 10 000 individer intervjuas enligt psykiatrisk diagnostik har gett en mängd ny kunskap om förekomst av och karaktäristika hos individer med alkoholproblem. Förloppet tycks också vara mer varierat än vad som tidigare antagits. Bland personer som någon gång fått en alkoholdiagnos enligt DSM-III hade 51 % inga alkoholproblem det senaste året (4). I denna grupp hade det oftast gått mindre än 5 år mellan det första och det senaste året med alkoholproblem. Om man endast studerade de, som förutom alkoholdiagnos vid något tillfälle druckit mer än 6 drinkar (1[171] flaska lättvin eller motsvarande) om dagen under minst 14 dagar, hade 86 % av dessa inte haft någon sådan konsumtion under det senaste året.

Många av dessa förändringar sker spontant utan relation till behandling. Förändringarna är vanligast i yngre och äldre åldersgrupper. Siffrorna för andelen spontant "tillfrisknande" var för yngre män 50–60 %,

yngre kvinnor 70 %, medelålders män 30–40 %, medelålders kvinnor 30 %, äldre män 60–80 % och för äldre kvinnor 50–60 % (5).

Liknande resultat har presenterats vid förloppsstudier av behandlade missbrukare. I Malmö följde vi upp samtliga kvinnor som sökte Alkoholkliniken första gången 1970 (6). Vi fann ett klart samband mellan ålder vid uppföljningen och förbättring. De som var över 60 år var förbättrade i 83 % av fallen, de mellan 50–60 år i 55 % och de yngre än 50 år i 30 %. Endast en mindre del av andelen förbättrade med stigande ålder kan förklaras med att de med sämre prognos avlidit. Få (8 %) av de tidigt förbättrade återföll senare. Depressiva symtom och suicidalt beteende initialt hade samband med dålig prognos, medan missbrukets svårighetsgrad och social stabilitet ej var relaterat till förloppet.

Dessa resultat talar för att det finns olika typer av förlopp framför allt hos yngre och äldre individer, vilket måste integreras i en långsiktig utformning av behandlingens uppläggning. I en tidigare artikel har vi närmare utvecklat vilka typer av interventioner som kan vara lämpliga under olika åldersperioder (7).

Effekt av behandling

Effekter av behandling har kunnat dokumenteras i ett stort antal kontrollerade studier (8). Bäst dokumenterade är dels behandling inriktad på familjen såsom parterapi och familjeterapi och dels välstrukturerade beteendemodifierande behandlingar som självkontrollträning och social färdighetsträning. Vidare är det av vikt att tydliga behandlingsmål formuleras och att patienten informeras om i vilken utsträckning målen uppnåts. En del av de behandlingar, som ofta rekommenderas såsom konfrontation, utbildning, AA deltagande har hittills varit vetenskapligt studerade endast i ringa omfattning. Dock fann nyligen Keso i en studie från Finland att några säkra skillnader mellan behandling

Uppföljningsstudier talar för att det finns olika typer av förlopp, framför allt hos yngre och äldre individer, vilket måste tas hänsyn till i långsiktig utformning av behandlingens uppläggning

.....
Goda effekter av behandling finns bäst dokumenterat från dels behandling inriktad på familjen dels välstrukturerade beteendemodifierande behandlingar
.....

på Minnesotahem och på vanlig institution ej förelåg (9).

En annan fråga är vilken behandlingsform som är mest effektiv – öppen eller sluten vård. Till helt nyligen har några skillnader ej kunnat beläggas. Walsh och medarbetare från Boston presenterade 1991 i en randomiserad studie att behandling på sjukhus hade större effekt än enbart öppen vård (10). Företagshälsovården på ett företag med 10 000 anställda erbjöd ett behandlingsprogram för personer med alkoholproblem. Personer i behov av medicinsk avgiftning uteslöts ur studien. De som ingick i studien drack i medeltal 6,3 drinkar/dag under 19,8 dagar/månad. 56 % var alkoholberoende enligt DSM-III. De randomiserades till 3 olika alternativ. 1/3 erhöll en initial behandlingsperiod på sjukhus följt av obligatoriska AA-möten 3 gånger per vecka och kontakt med företagshälsovården 1 gång per vecka. 1/3 fick samma öppenvårdsbehandling men utan initial sjukhusbehandling och 1/3 fick välja om de ville ha initial sjukhusbehandling, annan typ av behandling eller ingen alls. Den sistnämnda gruppen skulle dock hålla kontakt med företagshälsovården 1 gång/vecka. I sjukhusbehandlingen ingick AA-möten. Medelvårdtiden var 23 dagar. En efterundersökning gjordes efter 1, 3, 6, 12, 18 och 24 månader.

De som fick initial sjukhusbehandling var signifikant oftare nyktra under hela 2-årsperioden jämfört med övriga grupper. De lades också mera sällan in på sjukhus under uppföljningstiden, vilket förekom oftast i AA-gruppen (63 %). Däremot var det inga skillnader mellan grupperna vad gällde arbetsfunktion eller omfattningen av fortsatt konsumtion.

Studien är den första att visa att behandling på sjukhus är effektivare än behandling endast i öppen vård. En av orsakerna till detta är säkert den intensiva eftervård som krävdes från företags sida för att missbrukaren skulle få ha kvar anställningen. Detta skiljer den aktuella studien från tidigare studier som jämfört effekter av behandling i öppen vård.

Är behandlingseffekterna stabila över tid?

Walsh och medarbetares studie visar också på betydelsen av effektiv behandling i öppen vård. Vi har under flera år rapporterat om våra erfarenheter av ett 2-årigt behandlingsprogram i öppen vård karaktäriserat av skriftliga behandlingskontrakt med utvärdering och möjligheter till omformulering var tredje månad, feedback med gamma-GT och en garanterad behandlar-kontinuitet (11). Behandlingsmodellen är ekonomiskt fördelaktig då det vanligtvis åtgår ungefär 20 besök under två år. Få patienter har avbrutit behandlingen.

Vi har studerat stabiliteten av förändringar som skett i samband med behandling. Bakgrundsdata och förlopp under första halvåret hade inte något samband med förloppet under 2 år efter avslutad behandling. Däremot fanns ett starkt samband mellan förloppet under andra halvåret och framåt med resultatet de 2 följande åren (12). En metod i uppläggningsen som haft betydelse var långvarigt användande av antabus (13). De som använt antabus eller dipsan mer än 12 månader hade en bättre prognos än de som använde preparatet kortare tid (75 % lyckade fall efter 4 år jämfört med 31 %, $p < 0,01$).

I vår efterundersökning efter 8 år är förloppet påfallande stabilt (14) i förhållande till förloppet både under det andra behandlingsåret och uppföljningen efter 8 år. Båda dessa resultat talar för att behandlingseffekterna är stabila, om behandlingen ges under tillräckligt lång tid.

En modell för effektiv behandling vid alkoholproblem

Institute of Medicine är en prestigefylld institution i USA, som 1990 publicerade en bok om behandling av alkoholproblem, "Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems" (2). Olika aspekter inom behandlingsområdet belyses på ett utmärkt sätt. Dessa sammanfattas i en modell om hur effektiv behandling vid alkoholproblem skall kunna utvecklas från de kunskaper vi har i dag.

Informationsnivåer

Individer med alkoholproblem måste kunna identifieras inom olika instanser ute i samhället såsom primärvård, socialtjänst, företagshälsovård, kriminalvård och arbetsvård. Screening av alkoholproblem kan ske

både med frågeformulär och med användande av märke-
r. Samtidigt bör en begränsad intervention göras.
Individen bör få råd och instruktioner hur han kan
minska sin alkoholkonsumtion. De som bedöms be-
höva behandling kan remitteras vidare för specialist-
bedömning. Att bedöma alkoholproblemets funktion
och svårighetsgrad kräver en noggrann anamnes.
Självskattningsformulär av multidimensionell typ kan
användas. Ett sådant instrument är Alkoholvaneinvento-
riet, AVI, som översatts och standardiserats för
svenska förhållanden (15). Tidsåtgången för denna be-
dömning är 30–60 minuter.

För att kunna avgöra vilken behandling som är
lämplig måste också en individuell bedömning göras. I
denna bör ingå somatisk status, psykiatrisk status samt
bedömning av personlighetsstruktur, familjesituation
och yrkessituation. Tidsåtgången är oftast 2–4 timmar.

Rätt behandling till rätt patient – matchning

Fel behandling kan vara mer skadlig än ingen behan-
dling alls. Försämring har dokumenterats då negativa
konfrontationstekniker används på individer med då-
lig jagintegration och då terapin hos psykiskt störda
missbrukare endast är inriktad på alkoholproblemet.
Okritiskt antabusanvändande och terapi baserad på ri-
gida behandlingsideologier kan också ge negativa ef-
fekter (2).

Valet av behandling är beroende av missbrukets
svårighetsgrad, förekomsten av psykisk störning, gra-
den av social stabilitet och personlighetsstruktur. Kun-
skapsläget härvidlag redovisas utförligt i boken från
Institute of Medicine (2). Vad gäller behandling av
psykiskt störda missbrukare har vi i en tidigare artikel
poängterat betydelsen av diagnostik, långvarig be-
handling med samverkan mellan psykiatri och soci-
altjänsten (16). Omfattningen av psykiatriska symtom
påverkar förloppet oberoende av missbrukets svårig-
hetsgrad och graden av social stabilitet. Svår symto-
matologi motiverar ofta en långvarig behandlingsupp-
läggning (17). Missbrukare som gjort självmordsför-
sök har 5–6 gånger större risk att dö i självmord jäm-
fört med icke-missbrukare som gjort självmordsför-
sök. Psykisk störning liksom separationer är över-
representerade hos suicidala missbrukare. Adekvat
omhändertagande minskar självmordsrisken (18–20).

.....
*Enkättekniken har dock brister, och personlig
uppföljning inkluderande objektiv information
bör användas i högre utsträckning*
.....

Kvalitetskontroll och resultat användning

Vi har tidigare nämnt vikten av behandlingskontinui-
tet. Andra möjligheter att förbättra kvaliteten är att in-
föra generella kompetenskrav för behandlare och kva-
litetskrav för behandlingsprogram. Dessutom är anta-
let avbrott både i sluten vård och öppen vård ett enkelt
mått på behandlingskvaliteten.

Systematisk resultatvärdering har blivit allt vanliga-
re och flera behandlingshem har presenterat sådana ut-
värderingar det senaste året. Enkätmetodiken har dock
oftast använts. Det är angeläget att taga fram enhetliga
enkätformulär. Enkättekniken har dock många brister
och personlig uppföljning inkluderande objektiv in-
formation bör användas i så stor utsträckning som möj-
ligt. Uppföljningen bör göras av oberoende person.
Resultatutvärdering är väsentlig också för behandla-
ren, som därmed får en återföring av sitt arbete.

Behandling och ekonomi

För att effektivisera behandlingen vid alkoholproblem
fordras att hela modellen förverkligas. Att enbart till-
föra nya bättre metoder utan att kontinuerligt följa
vårdkvalitet och resultat leder inte till en bättre be-
handling.

Slutligen bör framhåvas att en bättre behandling ger
betydande ekonomiska vinster. De ekonomiska kost-
naderna har presenterats i en annan artikel i detta num-
mer. Här skall bara nämnas att produktionsbortfallet är
3–5 gånger större än vårdkostnaderna. En ökning av
behandlingseffektiviteten med 20 % inom oförändra-
de kostnadsramar bör rimligen innebära en minskning
av produktionsbortfallet med samma procentsats. Det-
ta skulle i Sverige innebära en ekonomisk vinst i stor-
leksordningen 5–10 miljarder kronor om samhällets
totala kostnader för alkoholmissbruket uppgår till 100
miljarder kronor.

REFERENSER

1. *Berglund M, Öjehagen A, Nordström G*: Behandling av patienter med alkoholproblem. *Läkartidningen* 86:2215–2218, 1989.
2. Institute of Medicine: Prevention and treatment of alcohol problems. Washington DC: National Academy Press, 1989.
3. *Hansson L*: Utilization of psychiatric inpatient care. A study of changes related to the introduction of a sectorized care organization. *Acta Psychiatr Scand* 79:571–578, 1989.
4. *Heltzer J E, Brunham A*: Alcohol abuse and dependence. In *Psychiatric Disorders in America*, L N Robins, D A Regier, eds. New York: The Free Press, in press.
5. *Fillmore K M, Hartka E, Johnstone B M, Speigman R, Temple M T*: Spontaneous remission from alcohol problems: A critical review. Prepared for the IOM Committee for the Study of Treatment and Rehabilitation Services for Alcoholism and Alcohol Abuse, June, 1988.
6. *Berglund M, Jakobsson B, Lizelius-Lanke B, Moberg A-L, Nordström G*: Longterm course of female alcoholism. A prospective 20- year follow-up. Proceedings of the 36th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, 2–7 June 1991, Stockholm.
7. *Berglund M, Nordström G*: Strategier för prevention vid alkoholberoende-erfarenheter från en 20-årsuppföljning. *Läkartidningen*; 86:1998–2001, 1989.
8. *Hester R K, Miller W R*: Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. USA: Pergamon Press, 1989.
9. *Kesö L*: Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Helsinki: Helsinki University, 1988. Thesis.
10. *Walsh D C, Hingson R W, Merrigan D M, Levenson S M, Cupples L A, Heeren T, Coffman G A, Becker C A, Barker T A, Hamilton S K, McGuire T G, Kely C A*: A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *N Engl J Med* 325, 775–782, 1991.
11. *Öjehagen A, Berglund M*: To keep the alcoholic in outpatient treatment. A differential approach through treatment contracts. *Acta psych scand* 73:68–75, 1986.
12. *Öjehagen A, Skjaeris A, Berglund M*: Prediction of post-treatment drinking in a 2 year out-patient alcoholism treatment programme. A follow-up study. *Alc Clin Exp Res* 12, 46–51, 1988.
13. *Öjehagen A, Skjaeris A, Berglund M*: Long-term use of aversive drugs in outpatient alcoholism treatment. *Acta psych scand* 84:185–190, 1991.
14. *Öjehagen A, Skjaeris A, Berglund M*: Long-term outcome in alcoholics who attended a 2-year outpatient treatment program. A 6-year follow-up. Proceedings of the 36th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism, 2–7 June 1991, Stockholm.
15. *Berglund M, Bergman H, Swenelius T*: Alkoholvaneinventoriet – ett nytt frågeformulär för differentierad diagnostik vid alkoholism. *Läkartidningen* 14:202–208, 1986.
16. *Berglund M, Bertling U, Lassenius B, Rydberg U, Ågren G*: Fem punkter för bättre vård av psykiskt störda missbrukare. *Läkartidningen* 87:1649–1652, 1990.
17. *Öjehagen A, Berglund M, Appel C-P, Nilsson B, Skjaeris A*: Psychiatric symptoms in alcoholics attending outpatient treatment. *Alc Clin Exp Res* 15:640–646, 1991.
18. *Berglund M*: Självmod och alkoholmissbruk. Socialmedicinsk tidskrifts temanummer Att förebygga självmord 1:18–23, 1991.
19. *Wasserman D, Berglund M, Beskow J, Cullberg J, Jakobsson L, Olsson M, Träskman-Bendz L, Åsberg M*: Självmodprevention i den psykiatriska vården, *Nord Psykiatr Tidsskr* 45:81–91, 1991.
20. *Öjehagen A, Berglund M*: Long-term outpatient treatment in alcoholics with suicidal behaviour. In *Suicidal Behaviour in Europe – Recent Research Findings*, Grepert P, Ferraris G, Platt S, Bellini M eds: Rome: John Libbey – CIC srl, sid 297–305, 1992.