

SN-DD:s årsmöte, 10 års jubileum 2012

**Efter psykiatrireformen
nationell och internationell utblick**

Agneta Öjehagen



Lunds universitet

Presentation

Tillbakablick:

- Några ex. kända prevalens- och behandlingsstudier
- **Psykiatrireformen 1995**
- **10 projekt – vad uppnåddes?**

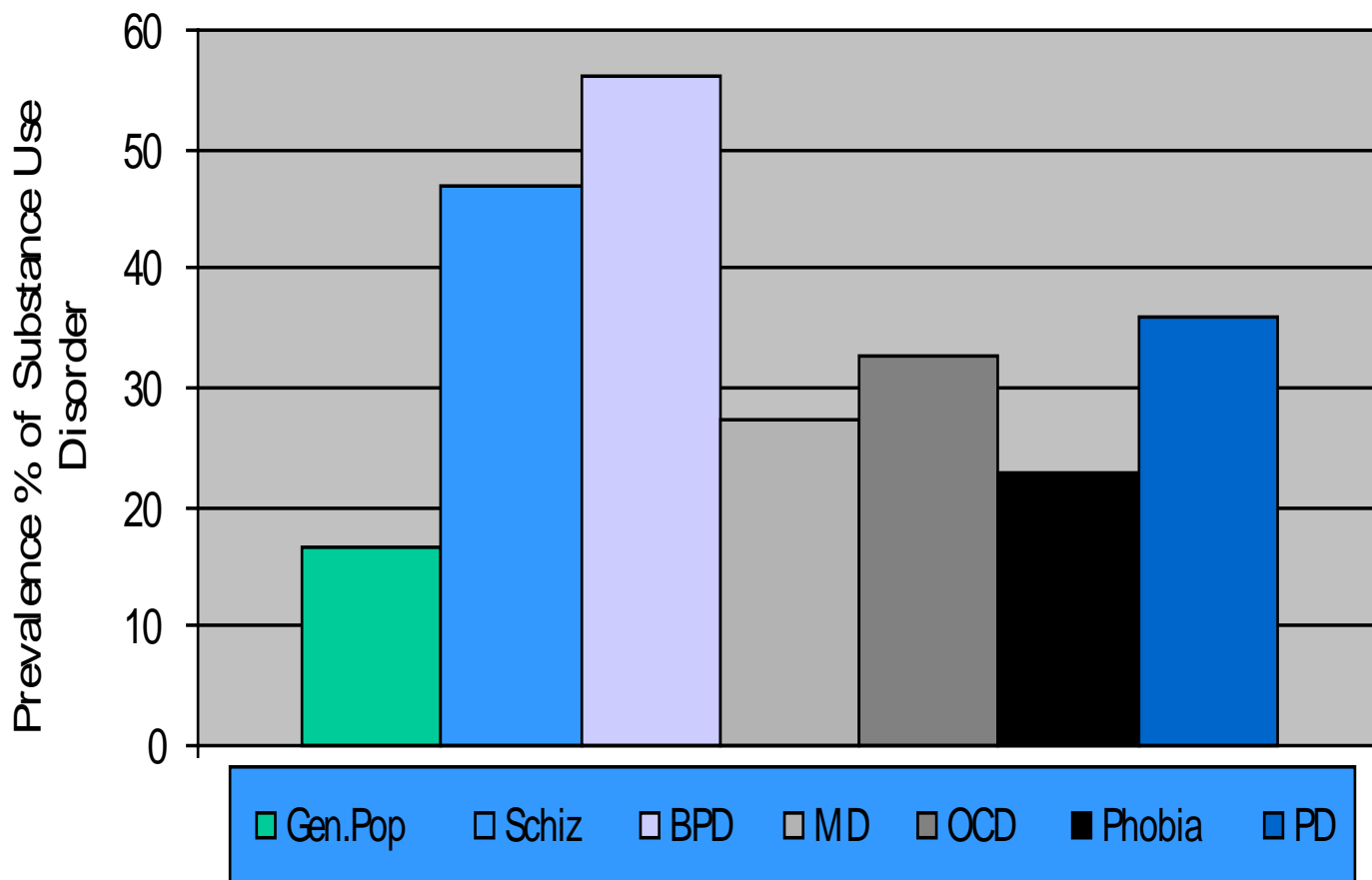
- Komplexa vårdbehov - KPM, 2007, Miltonprojekt
- Nationella riktlinjer missbruks-, beroendevård 2007
- Norsnet – forskningssamarbete nordisk grupp 2011-

Aktuellt:

- **Norska riktlinjer**
- **Revidering av svenska riktlinjer missbruk, beroende**
- **Missbruksutredningen, proposition 2012.**

Livstidsprevalens missbruksdiagnos i olika psykiatriska diagnoser – befolkningen-ECA

Any Substance Use Disorder



Livstidsprevalens psykisk sjukdom hos personer i missbruksbehandling

Strukturerad diagnostik nordiska länder:

- Island, inkl pers.st (*Tomasson*) 76%
- Norge (*Landheim*) 48%
- Danmark alk.mottagn (pers.st) 34%
- Sverige LVM - hem (6) (*Gerdner*) 52-82%
- Sverige narkomaner (*Fridell*) 50%

Forskningsbilaga missbruksutredningen SOU: 2011:16

12 mån prevalens psykisk sjukdom alkoholmissbruk, beroende (Europa)

- Repr. urval befolkningen 6 länder, N= **21.425**
(Belgien, Tyskland, Italien, Holland, Spanien, Frankrike)
- *Diagnos beroende jmf missbruk* **27.7% vs 20.8%**
- Högst odds: Gen.ångest (GAD) OR **11,2**
Agorafobi OR **10,7**
Egentlig depression OR **6,7**

12 månaders prevalens – befolkning inkl. personer i behandling

National Epidemiologic Survey on Alcohol and
Related Conditions, NESARC, n=43.093

DSM-IV: Samsjuklighet beroende/missbruk
och oberoende
depressions-, ångestsjukdomar

Diagnos ställd 4 v. efter abstinens
alt. debut psyk.sjukdom före beroende/missbruk

Samsjuklighet sökt behandling senaste 12 m

<i>Problem med:</i>	Alkohol	Droger
- Depression	41%	60%
- Ångestsjukdom	33%	43%
Personlighetsstörning	40%	70%

<i>Sökt hjälp för:</i>	Depression	Ångest
- Beroende/missbruk	21%	17%

NESARC (n=43.093), Grant et al 2004

Samsjuklighet med alkoholmissbruk, beroende

- *Alkoholmissbruk (DSM IV)*: riskökning för drogmissbruk, nikotinberoende, antisocial PD men mindre psykiska sjukdomar
- *Alkoholberoende (DSM IV)* stark riskökning för alla andra droger och psykiska sjukdomar efter kontroll för socialdemografiska karaktäristika och andra psykiska sjukdomar.

Uppföljning NESARC personlighetsstörning vid 3-år diagnos alkohol, cannabis, nikotin

Risk för kvarvarande missbruks- beroendediagnos:

- Antisocial personlighetsstörning OR: 2,46-3,51
- Borderline personlighetsstörning OR: 2,04-2,78
- Schizotyp personlighetsstörning OR: 1,65-5,90

- men inte lika klar riskökning av axel I diagnoser,
och andra personlighetsstörningar

Hasin et al 2011

Depression – STAR*D studien (N=4010) samsjuklighet alkoholmissbruk/beroende

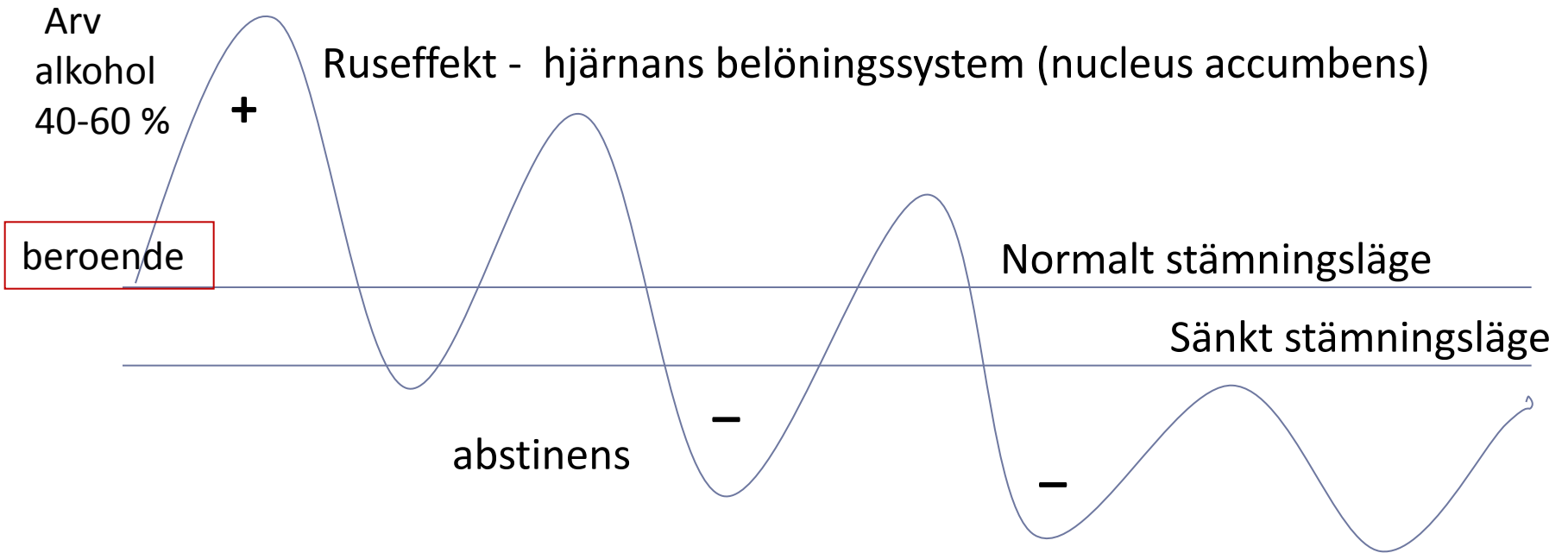
- 46% har ett arv för missbruk/beroende
- 1/3 med depression har ett missbruk/beroende
fler av dessa har gjort suicidförsök jmf ej missbr.
- Samsjukliga: positiv effekt antidepressiv medicin
efter 1 v. abstinens – slutsats inte avvakta antidepr.
behandling bland personer med missbruk

Davis L et al., 2008

Utveckling samsjuklighet flera vägar

- Beroende → psykisk sjukdom
- Psykisk sjukdom → missbruk
- Gemensam orsak → missbruk
→ psykisk sjukdom
- Beroende ↔ psykisk sjukdom
- Vårdorganisatoriska förändringar

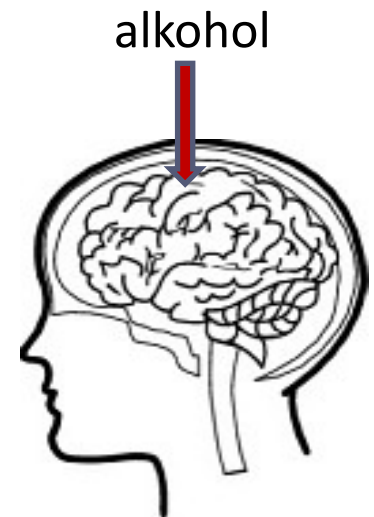
Ex: Alkoholkonsumtion vid beroende - föregår utveckling depression



Upprepat alkoholintag leder till obalans i hjärnan, olika system nedregleras - en neuroadaptation - påverkar stämningsläget negativt.

Hjärnan hyperreaktiv, mer stresskänslig

Ökad risk återfall → depression



Utveckling samsjuklighet depression+ alkoholberoende
initialt depression eller beroende och påverkas av flera
omständigheter; arv, miljö, tillgång på alkohol

- Arv för beroende och/eller depression ökar riskerna, liksom individens omständigheter i livet.
- Oavsett hur alkoholberoendet har uppkommit, så medför det så småningom negativa konsekvenser i relationer och sociala sammanhang - med risk för förluster, som förstärker depressionen.
- Tillgång på alkohol i samhället påverkar allra mest hur många som utvecklar ett alkoholberoende.

Suicidförsök, suicidrisk vid alkohol-, drogmissbruk

Suicidförsök - största kända riskfaktorn självmord
- varför suicidförsök måste uppmärksammas

Suicidförsök vid alkoholmissbruk ~ 30% (17– 64%)

Suicidförsök vid narkotikamissbruk ~ 39% (19 – 47%)

- att särskilt observera samsjuklighet fra med depression, förluster
- när sker suicidförsöket i relation till missbruk, finns problemlösningsförmåga

Suicidförsök – svår psyk.störning
psykiatriprojekten **59%**

10 projekt – 358 personer med svår psykisk störning + missbruk, beroende

- Sundbyberg
- Jönköping
- Göteborg
- Skellefteå
- Gävle

- Malmö
- Örebro
- Västerås
- Uppsala
- Mölndal

Projekten startade 1995, projekttiden 1½ år,
Bedömdes före, efter ½ år och efter 5 år
ASI, symtom (SCL-90), funktion, livskvalitet,
överlevnad 5 år

Samverkansformer – psykiatrireformen 1995

Svår psykisk störning och missbruk, n=358

Alkoholberoende 2/3, narkotikaberoende 1/3
59% tidigare suicidförsök

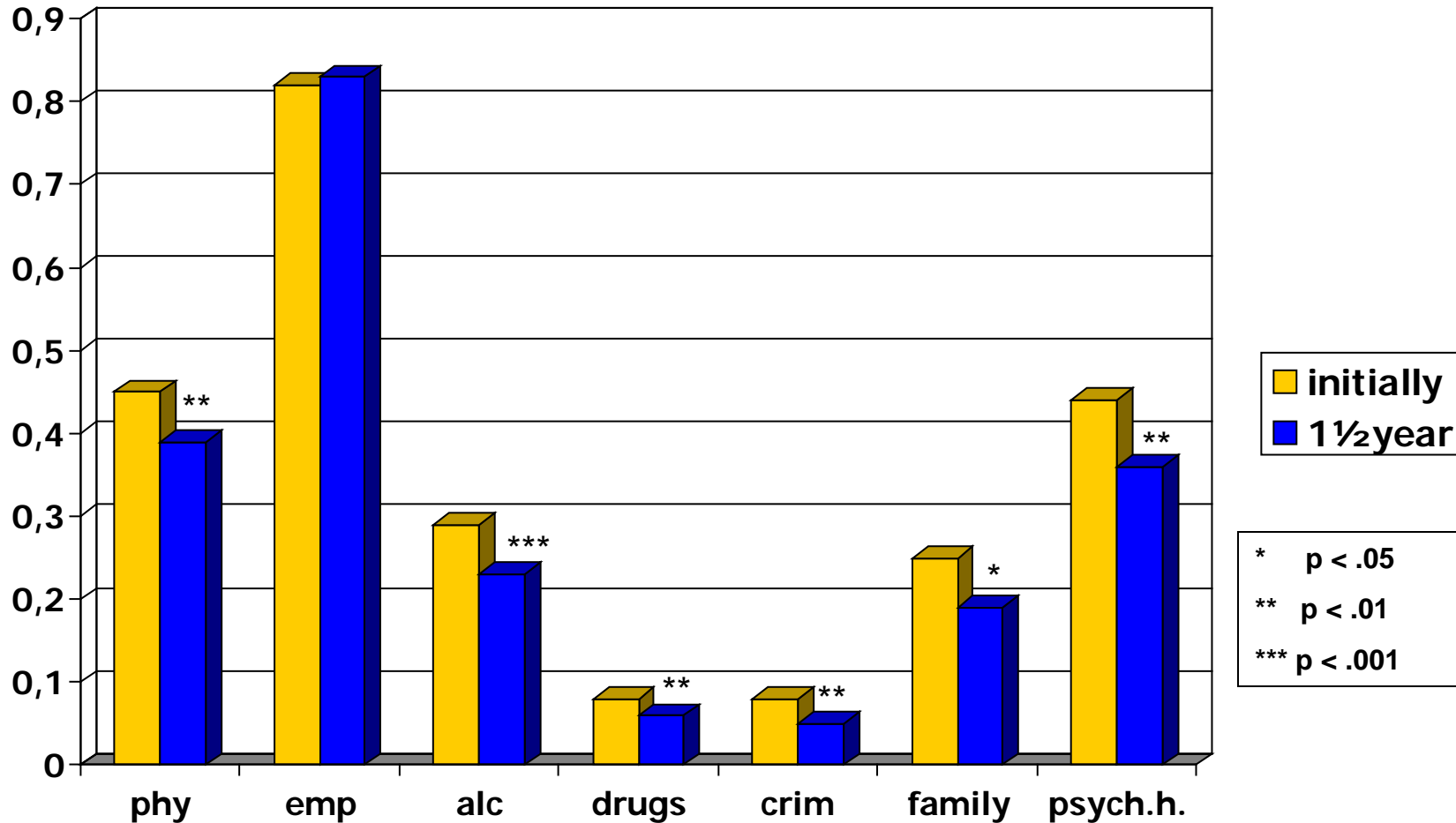
- *Integrerade team (motsv. ACT)*
 - patienten hör till teamet,
 - flesta behov handläggs inom teamet (4 projekt)
- *Vårdplaneringsteam*
 - samplanering mellan verksamheter (fsk, kriminalvård, socialtjänst, sjukvård, arbetsförmedling, frivilligorganisationer)
 - hålls ihop av koordinator
 - återkommande utvärderingar (6 projekt)

Öjehagen, Schaar, Socialstyrelsen 2003

Svår psykisk störning-missbruk (10 projekt)

ASI (comp. score)

Initially and after 1½ year



Samverkan svårt psykiskt störda + missbruk

5-årsuppföljning av 10 projekt

Vårdplaneringsteam samma effekt integrerade team
(ej kontrollerad studie- kvasiexperimentell analys)

Central föruts: Samverkan organisatoriskt förankrad
med vård-, policyavtal mellan huvudmännen

- Hälften av patienterna - inget aktuellt missbruk
- Dödlighet 32/358 (9 %), 8 ggr förhöjd
- Behov av stöd minskat, men kvarstår
- Riskbruk uppmärksammas inte

Långtidsförlopp

Mortality in alcohol use disorder in the Lundby Community Cohort- a 50 year follow-up

Befolkningsstudie

- 3653 undersöktes 1947: uppföljda 1957, 1972, 1997
- 427 alkoholdiagnos: högre dödlighet
suicid 6,3%
- Riskfaktorer död alkoholdiagnos jmf övriga:
ångestdiagnoser, psykossjukdomar,
alkoholinducerade psykoser, demenstillstånd

Mattisson et al 2011

Långtidsuppföljning – 37 år narkomaner Lund

Kohort narkomaner sökt vård 1970-1970 följts
upp efter 37 år: överlevnad, riskfaktorer död

Resultat 2006:

36,4% döda, SMR 5,94

- 1/4 våldsam död (suicid, olyckor, mördad)

Riskfaktorer: man, 1:a vårdtillfälle bruk opiater,
barbiturater, ångest-, depressionsdiagnoser.

Nyhlén et al 2011

Svårigheter att utvärdera effekter på missbruk, psykisk hälsa, funktion pga att flera insatser kombineras

Randomiserade studier – fördelar slumpmässigt personer

- Psykiska sjukdom, personlighetsstörning
- Missbruk, beroende
- Social situation inkl. närstående

Flera behandlingar, insatser att beakta:

- Läkemedel, psykosociala för *psykisk sjukdom*
- Läkemedel, psykosociala för *missbruk, beroende*
- *Sociala insatser*
- *Behandlingsallians, behandlingstrohet*

+ Typ av samordningsformer: ACT, CM, vårdplaner

Ansvarsfördelning, organisation sjukvård, socialtjänst inverkar

Samordningsformer

- *Schizofreni + missbruk (riktlinjer 2011)*

ACT integrerat team, intensiv CM:

- minskar inte avbrott, otillräckligt underlag
att bedöma effekt på missbruk/beroende

- *ACT-team schizofreni ej missbruk: pos. effekt
inläggning, boende, arbete, symtom*
- *CM enbart missbruk, beroende alkohol, narkotika
- viss effekt samordning*

Slutsats systematisk översikt behandling

59 studier; 36 RCTs (13 psykosocial, 23 medicinsk)

Inga behandlingar effektiva för båda tillstånden, men

- de effektiva behandlingar som finns för psykisk sjukdom fungerar också för personer med samtidigt beroende
- de effektiva behandlingar som finns för alkohol-, drogproblem fungerar också hos dem med psykisk störning
- effektiviteten av integrerad behandling i samma team är fortfarande oklar

Tiet Q, Mausbach, 2007

Slutsatser Cochrane-översikt 2012

Psykosocial behandling missbruk- svår psykisk sjukdom

25 RCT-studier, 2478 patienter

Metoder som utvärderats för att minska missbruket:

KBT, MI, 12-steg, social färdighetsträning

Ingen av metoderna visar påtagligt bättre resultat än sedvanlig behandling (korta insatser)

- Flera problem påtalas som försvårar jämförelser: *variation patientkaraktäristika, vårdform, mått, bortfall, programtrohet*
- Behov av bättre studier inom detta viktiga område

Svenska dokument samsjuklighet – efter 1995

- Psykiatrireformen 1995; svårt psykiskt störda missbrukare
- uppföljning 1½ och 5 år
- Förslag Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100)
- KPM (kartläggning verksamheter -rapport 2007, lokala projekt)
- SKL: Case-mangement ACT-modell - rapport 2007, 2008
- Nationella riktlinjer missbruk, beroendevård. Eget kap. SoS 2007
- NOPUS-projektet (nordisk kartläggning) 2008
- IMS – kunskapsöversikt 2007, riktlinjer 2010 (schizofreni)
- NORSET nordiska forskarmöten, seminarier 2011 – 2012
- Nationella riktlinjer missbruk, beroendevård, revidering 2011-

”Komplexa vårdbehov på grund av Psyisk sjukdom och Missbruk”

Kartläggning uppdrag Nationell psykiatrisamordning okt 2007

Resultat: 64 verksamheter och projekt anger förutsättningar för samverkan :

- *Samverkan* på alla nivåer – politiskt, administrativt, verksamhetsmässigt
- *Samverkan* inom tydliga ramar – baserade på formella beslut och upprätthållna inom formell struktur samt kopplade till ekonomiskt ansvar
- *Samverkan* måste ha acceptans i de verksamheter som ska samverka
- *Samverkan* kring utåtagerande personer särskilt svår

Behandling och organisation

”Utmaningar och möjligheter”

Kartläggning Norge, Sverige, Danmark 2008

- Olika system övergripande ansvar:
 - Norge: sjukvården
 - Danmark: kommunen
 - Sverige: socialtjänsten + sjukvården
- Påtagliga skillnader mellan länderna
- Uppmärksamma samsjuklighet – fler diagnosgrupper
- Se över bedömningsinstrument
- Fortsatt samarbete de nordiska länderna

Nopus-rapport

Svenska Nationella riktlinjer 2007

samsjuklighet psykiska, somatiska tillstånd

Huvudsakliga rekommendationer

- Inte avvakta bedömning - sjukvårdens ansvar
- Behandling ~ 4 v. efter abstinens
- Behandla samtidigt och samordnat- användna evidensbaserade metoder enskilda tillstånden
- Särskilt bedöma vissa somatiska tillstånd

Revidering riktlinjer påbörjas 2012

Norska riktlinjer samsjuklighet 2012

”rus” (missbruk, beroende) och ”psykisk lidelse”
(psykisk sjukdom, personlighetsstörning, ADHD)

38 evidensbas.rekommendationer-anbefallningar

- Kartläggning, bedömning för patienter inom psykiatri, missbruksvården
- Brukarmedverkan
- Behandlingsmetoder – men ej läkemedel
- Roller och ansvar

Norska riktlinjer - behandling, uppföljning

Samtidig, samordnad behandling

Rusfrihet (min 4 v) före diagnos

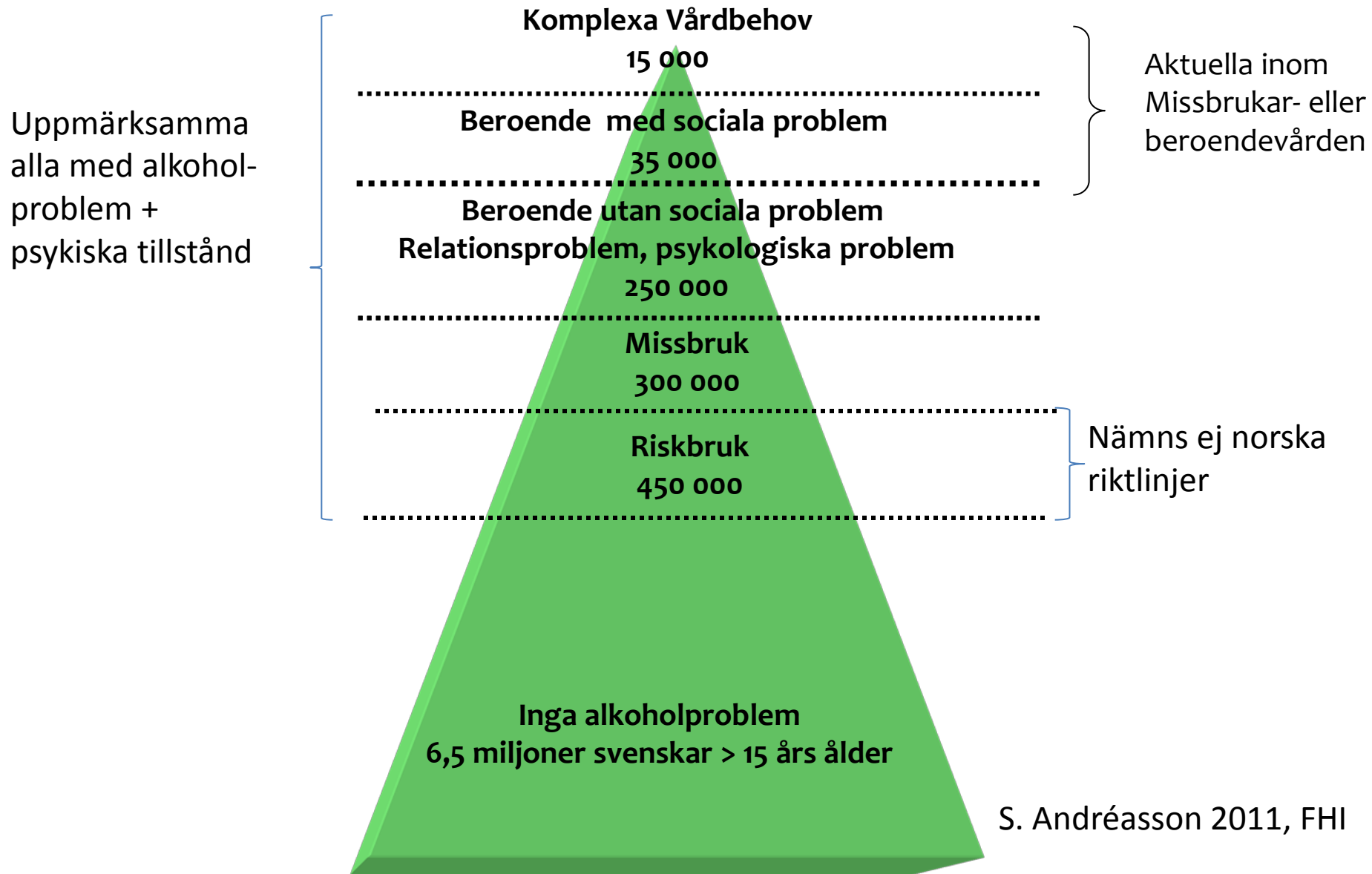
- *Psykosocial behandl*: MI+KBT, contingency management, psykoedukation patient, närstående
- *Läkemedelsbehandling*: rör psykisk sjukdom, + hänvisar till riktlinjer läkemedelsass. beh. (ej egen rek)
- *Behandl. läkemedel för beroende* – nämns inte
- *Riskbruk – intervention*: nämns inte

- *ACT*: rekonvalescenspatienter som inte fungerar i sedvanlig öppen vård, slutenvård eller annan institutionsvård
- *Uppsökande team, uppföljning*: (bostad, sysselsättning) kommunen

Revidering svenska riktlinjer missbruks- beroendevård

- *Samsjuklighet*: missbruk/beroende alkohol, droger, läkemedel – psykiska sjukdomar, personlighetsstörningar och somatiska tillstånd
- kommer att inkluderas i riktlinjerna rörande:
- *bedömningar , medicinska test*
behandling; läkemedel, psykosocial
unga vuxna,
- *sociala insatser egen vägledning?*

Alkoholproblem i Sverige



Narkotikaproblem i Sverige

Problematiskt bruk; sjukhus, kriminalvård

29 500; 0,5 %

Regelbundet bruk; använt senaste 30 d

127 000; 2,1 %

Experimentellt bruk, enstaka gång

1 216 000

19,9 %

Aldrig använt narkotika

6,1 miljoner svenskar, 15 år och äldre

77,5 %

S. Andréasson 2011,
FHI

Identifiera riskbruk alkohol – förhindra negativa konsekvenser och beroendeutveckling

- Screening riskbruk - få studier i psykiatri:
 - allmänpsykiatri svenska studier ~ 25%
 - internationellt (akutvård, slutenvård) ~ 50%
- Interventionsstudier ännu färre – visar effekt

Riskbruk- alkohol

- **Psykospatienter:** samma frekvens befolkningen, vikt involvera patienterna i behandlingen

avhandling Gunilla Cruce, 2008

- **Allmänpsykiatriska patienter:** högre frekvens jmf befolkning, effekt intervention

lic.avhandling Sophia Eberhard 2011

- **Akutpsykiatrisk mottagning**

avhandl. Uppsala höst 2012, Christina Nehlin-Gordh

Riktlinje alkohol ingår:

Sjukvårdsförebyggande insatser 2011

Kunskapsläget 2012 inför rev. riktlinjer

- Samsjuklighet är vanligt - väl belagt i stora studier numera känt både i missbruksvård och psykiatri
- Suicidrisken bör uppmärksammas mer
- Behandla samtidigt och samordnat
 - ACT, CM mfl modeller,
 - vetenskapliga evidensen dock fortfarande svag.
 - sociala insatser lite utvärderade
- Använda evidensbaserade metoder och insatser
- Uppmärksamma riskbruk mer – prevention

Bättre insatser vid missbruk och beroende

Individen, kunskapen och ansvaret

Alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel

SOU: 2011:35, Slutbetänkandet volym 1 och 2

Forskningsbilaga: Missbruket, kunskapen och vården SOU: 2011:16

Gerhard Larsson

Regeringens särskilde utredare
Missbruksutredningen

Bland motiv för att reformera

- Förändrad, ökad missbrukssituation + konsekvenser.
- Tydligt ansvar saknas - beroende läkemedel, dopning
- **Kommuner och landsting når endast 1 av 5 personer med missbruk eller beroende.**
- **9 av 10 vill helst söka hjälp inom sjukvården.**
- **Delat och otydligt ansvar mellan landsting och kommun, bl.a. samsjuklighet drabbar individen.**
- Tvångsvården rättsosäker - för ofta en isolerad insats.
- Ojämlig tillgång på vård och stöd i landet.

Reformerad missbruks- beroendevård – 8 förslag:

1. **Tidig identifikation och kort intervention**
2. Bättre kvalitet, kunskap och högre kompetens
3. **Tydligare ansvar för effektivare vård**
4. Utveckla vårdens innehåll, boende, sysselsättning
5. **Vård utan samtycke**
6. Stärkt ställning för individen - **vårdgaranti**
7. Polisens och kriminalvårdens roll vid missbruk
8. Arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen

Pluslag till HSL, SOL. Ekonomi. Konsekvensanalys

Hur är ansvaret i andra länder?

- Vanligast - en huvudman samlat ansvar för ge stöd och behandling till personer med missbruk och beroende.
- Av EU:s 27 länder har sjukvården i 24 länder ett samordnat ansvar (i regel finansiellt och organisatoriskt).
- Sverige och Finland är de två länder, som har kvar två parallella huvudmän (i Sverige tre då staten genom SiS utför tvångsvård åt kommunerna).
- Norge (sjukvården) och Danmark (kommun) förändrade till en samlad huvudman för 6-7 år

3. Det svenska ansvaret förtydligas

- **Landstinget får ett samlat behandlingsansvar (läkemedel, psykosocial behandling)**
 - alkohol, narkotika, dopningsmedel, läkemedel.
- **Kommunens ansvar: Stödinsatser boende, ekonomi, arbete.**
- Samarbetsavtal landsting–kommun för reglering löpande insatser
- **Överenskommelse kan slutas regionalt att överföra vissa av de i lagen angivna uppgifterna mellan kommuner, landsting.**
- Vid insats landsting och kommun - individuell vårdplan kommunens ansvar
- 20 landsting - möjliggör mer likvärdigt behandlingsutbud i landet.

Tidsplan

- Diskussionspromemoria, S 2008:4
Bättre vård och stöd för individen –
- Forskningsbilaga – 2011 (över 20 utredningar)
- Remissbehandling tom oktober 2011
- Hearing socialutskottet dec 2011
- Proposition 2012
- Beslutade förändringar 2013?

Reflexion

- Samsjuklighet har fått betydligt större uppmärksamhet när det gäller att :
 - identifiera, samverka kring behandling insatser
 - identifikation riskbruk alkohol på väg
- Behov förstå mer kring utveckling depression, ångest vid missbruk beroende.
- Behov fler samtidiga psykosociala behandlingar ex KBT, DBT + komb. medicinsk behandling + vid behov sociala insatser
- Längre tidsperspektiv