

# PRELIMINÄRA SLUTSATSER AV BEHANDLINGSPROGRESS OCH RESULTAT

BASERAD PÅ OAARS, OUTCOME ASSESSMENT  
AND REPORTING SYSTEM

Norman G. Hoffman, fil. Dr.

Guttorm Toverud, fil. Dr.

Maj 2010

## SAMMANFATTNING

Denna rapport är baserad på data insamlade från 94 personer inlagda på behandlingshem för missbruk, med hjälp av OAARS (Outcome Assessment And Reporting System). Resultaten har kliniska konsekvenser för behandlingsplanering och individualisering av behandling baserad på klientens behov och kliniska åtgärder. Resultaten måste emellertid tolkas med försiktighet på grund av det relativt lilla urvalet, då ett fåtal atypiska individer kan påverka resultaten. Några av de viktigaste indikationerna omfattar följande:

- Kvinnor i urvalet verkar vara äldre och visa en större svårighetsgrad än männen.
- I allmänhet löper personer som är beroende av flera substanser en större risk för återfall.
- De som fullföljt åtminstone de fem första stegen i Anonyma Alkoholisters (AA) 12-stepsprogram under behandlingen har större sannolikhet att vara nyktra de första sex månaderna efter beroendebehandlingen.
- Fortsatt engagemang i underhålls- eller eftervårdstjänster är en av de viktigaste faktorerna för att uppnå höga nykterhetsvärden. Detta är ett resultat som överensstämmer med en stor mängd litteratur.
- Ett antal infriade OAARS-kriterier vid utskrivning och en blandning av nyckelbegrepp hämtade från dessa är signifikant relaterade till sannolikheten för nykterhet efter behandling. Dessa innefattar nivå av beredskap för förändring, att ha individuella mål och en beslutsamhet att uppnå dem, engagemang i stödgrupper och en positiv miljö för tillfrisknande.

## **BAKGRUND**

Uppgifterna insamlades vid ett internatprogram i en mindre stad i Sverige. Verksamheten är ett behandlingshem med 35 platser, som tar in patienter från hela Sverige. Den genomsnittliga behandlingstiden är fyra till sex veckor i grundprogrammet. Behandlingsmodellen som används är baserad på Recovery Dynamics-modellen som utvecklats av Kelly Foundation i Little Rock, Arkansas, USA. Recovery Dynamics-modellen är ett manualstyrt program som bygger på Anonyma Alkoholisters Tolvstegsprogram.

Varannan antagning till programmet utgör det urval av 94 som ingår i denna studie. Missbruksdiagnoser ställdes genom den svenska versionen av SUDDS IV, kallad ADDIS (Alkohol Drog Diagnos InStrument) på svenska och norska. Deltagande patients terapeut gjorde bedömningen för OAARS. Varje patient gick med på att bli kontaktad för både en tremånaders och en sexmånaders uppföljning via telefon. Bedömningen i OAARS lades i en excel-fil och fördes över till SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) för analys.

OAARS (Outcome Assessment And Reporting System) består av ett tresidigt dokument. Den första sidan ger information om demografi, tidigare behandling och diagnostiska fynd beträffande missbrukssjukdomar. De andra två sidorna består av 29 bedömningar av frågor rörande huvudbehandlingen, som skall göras vid intag, mitt i behandlingen och vid utskrivning. Formuläret innehåller även uppgifter över status vid utskrivningen och fortsatt engagemang för efterbehandling och status för tillfrisknande vid två tremånaders intervall efter utskrivning.

## **BESKRIVNING AV URVALET**

Urvalet bestod av 67 män och 27 kvinnor med en genomsnittsålder av 45,7 år för hela urvalet. Av de 94 individerna var 54 % vid tiden för studien inte gifta eller levde som gifta. Nästan en tredjedel (30 %) hade inte gått ut gymnasiet, men 33 % hade någon yrkes- eller högskoleutbildning. Den största gruppen med arbete var de som jobbar heltid (44 %), följd av de som var arbetslösa (29 %) och funktionshindrade (19 %).

Ungefär två av tre (65 %) har fått någon form av behandling tidigare. Av de som varit med i ett behandlingsprogram tidigare var den typiska tiden i nykterhet mindre än 90 dagar.

Alla utom en av de 94 patienterna visade sig vara beroende av alkohol. Den näst vanligaste drogberoendediagnosen var för lugnande medel (30 %), stimulantia (29 %) cannabis (23 %) och heroin (17 %). Beroende av kokain eller andra droger utgjorde mindre än 5 % av urvalet. Majoriteten av individerna (55 %) var beroende av endast en substans; 12 % var beroende av två substanser; 13 % var beroende av tre substanser; och 20 % var beroende av fyra eller fler substanser.

De allra flesta (76 st., 81 %) av de individer som ingick i studien genomförde hela behandlingsprogrammet, och ytterligare 10% (9 st.) noterades ha avslutat med minimal delaktighet. De återstående individerna (9 st.) avslutade inte programmet. Av de som slutförde program-

met var 41 % (31 av 76) hänvisade till andra tjänster eller annan vårdnivå för ytterligare behandling.

## **Likheter och olikheter mellan könen**

Demografin visade både likheter och skillnader mellan könen. Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan könen när det gäller civilstånd, men kvinnorna var påtagligt äldre (medelålder 49 år för kvinnorna, 44 år för männen) och sannolikt oftare genomgått någon form av högre yrkesutbildning. Färre kvinnor än män var heltidsarbetande (26% mot 51%) och fler kvinnor var pensionerade (11% mot 2%). Detta stämmer med iakttagelsen att medelåldern för kvinnorna var ungefär fem år högre än för männen.

Det fanns inga betydande skillnader mellan könen angående tidigare behandling eller förekomsten av en diagnos för beroende av ett visst ämne, men kvinnorna hade betydligt oftare multipla diagnoser för beroende än männen (55% mot 40%). Det fanns en tendens hos kvinnorna att oftare ha en diagnos för lugnande medel, men det nådde ingen statistisk signifikans.

Även om det inte var en statistiskt signifikant skillnad i behandlingens fullföljande, så var kvinnorna mindre benägna att slutföra programmet (41% mot 51%). Kvinnorna var också mindre benägna att upprätthålla en kontakt med eftervården eller underhållstjänsterna under de första tre månaderna efter behandling (37% mot 66%). Det var betydligt mindre sannolikt att de var nyktra under hela den sexmånadersperioden som följde behandlingen (26% mot 46%). Dock måste man ta hänsyn till det lilla urvalet av kvinnor. För kvinnorna gav så lite som tre atypiska individer utslag i denna grupp med över 10 procentenheter.

Sammanfattningsvis är en försiktig tolkning att kvinnorna i detta urval var äldre och oftare var beroende av flera substanser. Även om de tenderade att fullfölja sin behandling i samma omfattning som männen var de mindre benägna att fortsätta sitt engagemang i eftervården och mindre framgångsrika i sin nykterhet.

## **TIDIGA PROGNOTISKA INDIKATIONER**

Bland de uppgifter som insamlats vid inskrivning, verka flera variabler ha prognostisk betydelse. Bland demografiska variabler är anställning relaterat till positiva resultat. Av de som är anställda antingen hel- eller deltid var 44% avhållsamma de första sex månaderna efter utskrivning jämfört med 22% av de andra kategorierna. Resultatet att anställning är en positiv prognostisk indikator överensstämmer med en stor mängd forskningsresultat.

Ingen av de andra demografiska variablerna hade ett logiskt eller statistiskt signifikant förhållande till resultatet under de första sex månaderna efter behandlingen. Även om kvinnorna i urvalet hade en lägre grad av avhållsamhet än männen så förefaller skillnaderna vara relaterade till nivån av kliniska svårigheter (t.ex. flera diagnoser för beroende) i stället för till kön i sig.

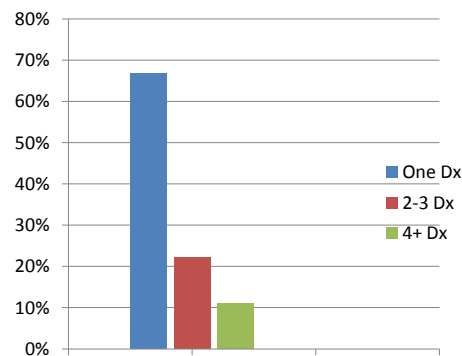
Initiala kliniska resultat knutna till diagnoserna som finns dokumenterade på OAARS-formuläret har prognostisk betydelse både för behandlingens slutförande och för tidiga tillfrisknandet. Diagnostiserat beroende av cannabis, stimulantia, lugnande medel och heroin står alla i relation till avbruten behandling. En diagnos på beroende av stimulantia är den enda individuella diagnosen som står i relation till återfall under de första

sex månaderna efter behandling. Dock har antalet beroendediagnoser tydligt samband med risk för återfall. Bland de med endast en beroendediagnos höll sig 40% nyktra de första sex månaderna efter behandlingen jämfört med 21% för de med mer än en diagnos. Med tanke på den höga förekomsten av alkoholberoende verkar nedgången i resultat relaterat till beroende av andra substanser. Även om den största nedgången i avhållsamhetssiffrorna sker med två till tre beroendediagnoser, så har de med fyra eller fler diagnoser ännu lägre siffror gällande avhållsamhet, som framgår av diagrammet. Slutsatsen att beroende av flera substanser utgör en större risk för återfall överensstämmer med litteratur inom behandlingsutvärdering.

Bland de 63 individer i urvalet som tidigare hade varit i behandling rapporterade 46% att deras längsta period av nykterhet efter den behandlingen var mindre än 90 dagar. Endast 19% rapporterade minst ett års nykterhet efter tidigare behandling. Tiden i nykterhet efter föregående behandling var inte konsekvent relaterad till sannolikheten att vara nykter i sex månader efter nuvarande behandling. Antalet tidigare behandlingar visade inget samband med sannolikheten till nykterhet till följd av nuvarande behandling.

Sammanfattningsvis, bland de variabler på första sidan av OAARS, är anställning den enda demografiska variabeln som pekar mot en positiv prognos. Bland de kliniska variablerna är beroende av stimulantia och multipla beroendediagnoser indikationer på större risk för återfall.

Six-month Abstinence by  
Number of Dependence Diagnoses



## BEHANDLINGSUTVECKLING OCH –UTFALL

Framstegen inom behandlingen kan utvärderas på två sätt. Det första är att titta på hur många av AA:s 12 steg som klienten har klarat av och deras status vid utskrivning – oavsett om de med framgång har avslutat programmet eller inte. Det andra sättet att mäta framgång inom behandlingen är bedömningarna från OAARS-instrumentet. Dessa kan beskrivas genom utvecklingen under behandlingen eller som den avslutande bedömningen. Det senare kommer att beskrivas i denna rapport. För syftet med denna rapport kommer resultaten att beskrivas i termer av nykterhet kontra bruk under de två tremånadersperioderna under sexmånadersupp

följningen. Fortsatt engagemang i behandlingstjänster (eftervård, AA/NA) kommer att beskrivas som antingen kontinuerlig närvaro eller brist på konsekvent deltagande.

## Utveckling i stegarbetet och utfall

En indikation på behandlingens framsteg är hur många av de tolv stegen som patienten fullgjort vid en given punkt i behandlingen och under de första sex månaderna efter utskrivning. Tyvärr förelåg informationen om fullgjorda steg endast hos 82 individer i urvalet. Emellertid visar förhållandet mellan fullgjorda steg och resultat att framsteg som gjorts i arbetet med de första fem stegen i AA:s program under behandling är mycket viktiga för det inledande tillfrisknandet.

Bland de 82 individerna var 33% nyktra under hela sexmånaders uppföljningsperioden och ytterligare 17% var nyktra under de första tre månaderna. Dock hade de som genomfört minst steg fem innan utskrivning en procentsats på 48% vad gäller nykterhet under sex månader efter utskrivning jämfört med ungefär 25% för de som inte hade avklarat steg fem. Ytterligare 28% av de som klarat steg fem var nyktra de första tre månaderna; därmed var 76% av de som klarat steg fem under behandlingen nyktra under åtminstone de tre första månaderna efter utskrivning. Detta kan jämföras med knappt 40% för de som inte avklarade steg fem.

Även om sambandet inte påvisar orsaker, antyder resultaten för denna undergrupp att en behandling som innefattar genomförande av de första fem stegen förefaller tillräddig. Av de individer med uppgifter om avslutade steg klarade 30% åtminstone de första fem stegen. Av de som noterades att framgångsrikt ha genomfört programmet utan behov av ytterligare hjälp, genomförde 53% det femte steget. Steg fem är det första steget som aktivt engagerar en annan person i processen. Detta kan vara en faktor för att upprätthålla energin i förändringen. Eftersom de flesta som fullföljde programmet lyckades avsluta steg fem, verkar detta vara ett rimligt mål för behandlingen.

Vid den sjätte månaden efter behandlingen var fortsatt utveckling i arbetet med de tolv stegen signifikant relaterat till bibehållen nykterhet under uppföljningsperioden. Endast 20% av de som inte avslutade åtminstone femte steget (38% av urvalet) rapporterade sex månaders nykterhet. De som hade slutfört steg fem, sex eller sju bestod av 29% av urvalet och 30% av dessa var nyktra under de första sex månaderna efter behandling. Av de 21% av urvalet som hade avslutat steg åtta eller nio rapporterade 35% nykterhet under sex månader. Av de individer på vilka vi hade information om stegarbetet och resultat avslutade endast 12% steg tio eller däröver. Av dessa var dock 80% nyktra under hela sexmånaders uppföljningsperioden.

Trots att ungefär samma andel kvinnor som män avslutade det femte steget vid slutet av behandlingen (29% mot 30%) var det påtagligt färre kvinnor som avslutade det fjärde steget (50% mot 66%). Medan endast 3% av männen inte gick längre än det tredje steget var det 21% av kvinnorna som inte gjorde det. Medan kvinnorna i programmet verkade ha en större klinisk svårighetsgrad, verka de inte heller lika engagerade i 12-stegsprocessen som männen. Detta kan vara ett område att utforska för att förbättra resultatet för kvinnor i programmet.

## **Avslutande av behandling och utfall**

Av det totala urvalet av 94 individer bedömdes 45 (48%) ha avslutat programmet med framgång vid utskrivning utan behov av överföring till annan vårdnivå eller ytterligare tjänster. Av dessa var 44% nyktra under sex månader efter behandlingen och ytterligare 16% var nyktra de första tre månaderna. Således var 60% av dessa individer som framgångsrikt avslutat programmet nyktra under åtminstone de första tre månaderna. Ytterligare 20% av de som avslutat programmet hade ej varit nyktra under de första tre månaderna, men var nyktra den andra tremånaders uppföljningsperioden. Endast 20% använde substanser under båda uppföljningsperioderna.

Däremot hade de som var listade under andra kategorier, såsom personer som avslutat programmet och överförts till andra tjänster, minimal medverkan eller de som avbrutit programmet visade mycket lägre tillfrisknande. Endast 20% av dessa 49 individer var nyktra under hela sexmånaders uppföljningsperioden. Ytterligare 20% var nyktra de första tre månaderna och 18% var nyktra under den andra tremånadersperioden.

Av de 31 personer som avslutat programmet och som blev överförda till andra tjänster eller till annan vårdnivå höll sig endast 19% nyktra under sexmånaders uppföljningsperioden jämfört med 44% av de som framgångsrikt avslutat programmet och som inte behövde ytterligare tjänster. Procentsatsen för nykterhet under den första tremånadersperioden var 42% mot 60% för de som överfördes jämfört med de som fullgjorde programmet. Kort sagt, de som överfördes till annan vårdnivå eller som hänvisades till ytterligare tjänster var inte mer framgångsrika i att uppnå nykterhet än de som inte avslutade programmet eller som endast deltog minimalt.

## **OAARS BEDÖMNING VID UTSKRIVNING OCH UTFALL**

Majoriteten av OAARS bedömningar vid utskrivning stod i relation till utfallet under sex månader efter behandling i en statistiskt signifikant nivå. Flera av dessa bedömningar kan kombineras till sammansatta faktorer för att illustrera nyckelbegrepp viktiga för behandlingsplanering och tillfrisknande. För denna rapport gjordes flera sådana sammansättningar för att illustrera sambanden mellan bedömning och utfall. Innehållet i dessa sammansättningar är följande: beredskap till förändring består av punkterna 9 till 11; personliga behandlingsmål och engagemang i tillfrisknandet består av punkterna 12 till 17; självhjälpsstödet omfattar punkt 15 om att vara bekväm i självhjälpsgrupper och punkt 18 om deltagandet i sådana grupper; och sammansättning om omgivningen täcker de positiva och negativa aspekterna om tillfrisknandemiljön i punkterna 24 och 27 till 29. Alla delvärden har signifikant relation till tillfrisknandestatus under de första sex månaderna efter avslutad behandling. För alla bedömningarna, ju lägre siffra, desto bättre, eller mindre problematiskt på den punkten, ju högre siffra desto större problem i samband med punkten.

## **Beredskap till förändring**

Optimala värden på de tre punkterna i detta område indikerar en person med aktivt intresse för förändring (punkt 9), realistisk tillit till förändring (punkt 10) och beredskap att acceptera hjälp för förändringen (punkt 11). Den begreppsmässiga skalan formades av sammanslagning av de tre punkterna. 39 personer nådde ett sammantaget värde inte högre än ett i detta område. Av dessa individer med optimala värdet var 51% nyktra i sex månader jämfört med 18% för de individer som hade sämre värden. Ytterligare 15% av de med optimala värden var nyktra bara de första tre månaderna. Bland de med sämre värden var 20% nyktra endast tre månader i tillägg till de 18% som nådde nykterhet i sex månader. Sammantaget, av de med optimala värden var 66% nyktra de första tre månaderna jämfört med 38% för dem med mindre bra värden. Skillnaden mellan de två grupperna är högst signifikant ( $p = .004$ ).

## **Personliga mål**

En poäng lades till betyget på denna skala om personen inte kunde klart uttala personliga behandlingsmål (punkt 12). Ytterligare poäng tillades om personen inte var beredd att göra allt som var nödvändigt för att uppnå dessa mål (punkt 17). Detta gav en sammanlagd skala graderad från noll till två.

Det optimala värdet på denna sammanställning av två punkter var noll. De 38 individerna med det optimala värdet hade en nykterhetsgrad om 50% under sexmånadersuppföljningen, och ytterligare 21% var nyktra under de tre första månaderna. De respektive nykterhetsgraderna för de 20 individer med sammanslagna värdet ett var 35% resp. 20%. För de med värdet två var nykterhetsgraden 11% resp. 14%. Dessa skillnader är högst signifikanta ( $p = .006$ ).

## **Acceptans av självhjälsgrupper**

En poäng lades till i denna skala om individen hade mer än milda reservationer mot att utnyttja självhjälsgrupper (punkt 15 värde två eller högre). Ytterligare en poäng lades till om personen var ambivalent eller ovillig att delta i sådana grupper (punkt 18 värde två eller högre). Detta resulterade i en skala graderad från noll till två.

Den optimala ”poängen” för sammanställningen av dessa två punkter i denna skala var noll. Av de 47 individerna med detta värde var 40% nyktra i sex månader plus 17% som var nyktra de första tre månaderna. De respektive nivåerna för de med högre värde var 23% och 19%. Trots att denna sammansättning visar samma trend som de tidigare, når skillnaderna inte statistisk signifikans. Med ett större urval skulle signifikans troligen finnas.

## **Tillfrisknandemiljö**

Miljösammanställningen bestod av fyra punkter. Värdet på dessa punkter fick hela sammanställningens poäng att stiga (indikerande högre grad av problemen) enligt följande. Om punkten för livssituationen visade att individen inte hade en stödjande livssituation (punkt 24 värde 2 eller högre), lades en poäng till tillfrisknandemiljöns skala. Om punkten för arbete/skolmiljö (punkt 27) inte var värderad som mycket stödjande (punkt 27 värde högre än noll) blev ytter-



ligare en poäng lagd till skalan. Om personen inte ansågs ha utmärkt förmåga att hantera miljö (punkt 28 värde högre än noll) blev en poäng tillagd. Slutligen, om personens fritids/rekreativitet visade på risker (punkt 29 värde högre än två) blev också en poäng tillagd. Detta resulterade i en sammanställd skala med omfång noll till fyra.

När värdena noll och ett slogs samman, visade nykterhetsförhållandena för de fyra miljögrupperna bildade av sammansättningen ett linjärt förhållande till värdena. Nykterheten efter sex månader var för de fyra grupperna 61%, 35%, 25% och 14%. De miljömässiga punkterna tycktes ha en förstärkande effekt på möjligheten till tillfrisknande genom att positiva fynd antydde högre sannolikhet till nykterhet och problematiska fynd pekade mot större sannolikhet för återfall.

## Sammanfattning rörande begreppsskalor

De fyra begreppsskalorna (beredskap till förändring, personliga mål, acceptans för självhjälpgrupper, och tillfrisknandemiljö) visade varierande samband med utfallet vid sex månader efter behandling. Statistiskt, sambandet med att ha ett engagemang i klart uttalade behandlingsmål var det mest signifikanta, men alla delarna visade ett positivt samband mellan goda värden och sannolikheten till nykterhet,

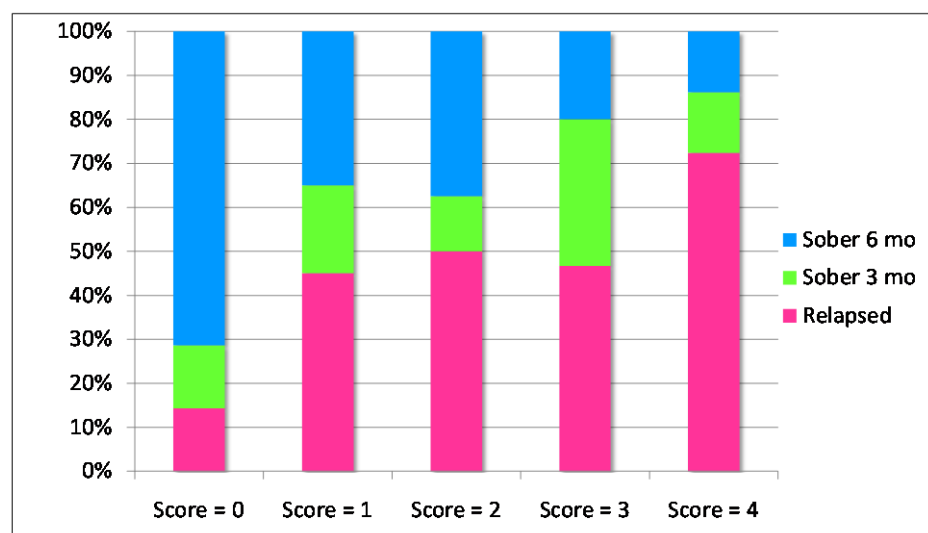
## Övergripande sammansättning

En andra nivå sammansättning blev uppbyggd av de fyra begreppsmässiga skalorna från OAARS. Denna övergripande sammansättning byggdes upp genom att lägga till en poäng för varje av de fyra begreppsskalorna som översteg det optimala värdet för respektive

skala. Bara 15% av urvalet erhöll optimala värdet för alla fyra skalorna och ytterligare 21% hade lägre värde på bara en av de fyra begreppsskalorna. Andelen med två, tre och fyra problempoängerna var respektive 17%, 16%, och 31%. Alltså, över en tredjedel hade relativt positiva värden, och nästan lika många hade klart negativa värden.

Sannolikheten att vara nykter under de första sex månaderna efter behandling visade ett relativt linjärt förhållande till positiva värden på den övergripande skalan. Av de med optimala

## Global OAARS Scale and Outcomes



värden i de fyra begreppsskalorna var 85% nyktra minst tre månader och 71% var nyktra alla sex månaderna i uppföljningsperioden. Bland de med ett eller två var mer än en tredjedel nyktra alla sex månaderna. Om tre av de fyra skalorna inte visade optimala värden föll nykterhetsandelen till 20%, och om alla fyra skalorna visade negativa värden, var sexmånaders nykterheten bara 14%.

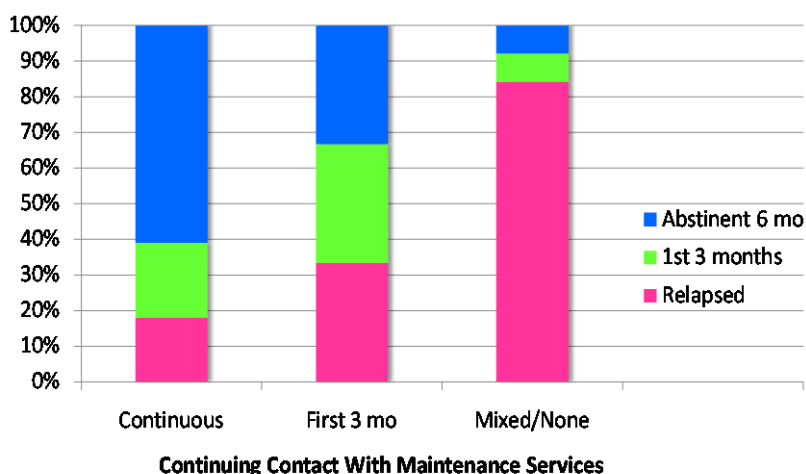
Sammantaget var OAARS värden vid avslutad behandling relaterade till sannolikheten för tillfrisknande eller återfall. I sig ger värdena från inskrivning, genom behandling, till utskrivning vägledning för behandlingsplanering och pekar på problemområden. Höga värden (högre problemlnivå) vid inskrivningen varnar för områden som från början kan kräva uppmärksamhet och vägleda individualiseringen av behandlingsplanen för att passa individens behov. Om inte värdena har förbättrats vid avstämningen mitt i behandlingen måste kanske justeringar i behandlingsplanen göras. Vid utskrivningen kan värdena peka på behov av ytterligare insatser eller (som kan vara fallet vid miljömässiga värden) vara en varningssignal för individen.

## FORTSATT ENGAGEMANG I EFTERVÅRD OCH UTFALL

Fortsatt kontakt med underhålls- eller eftervårdstjänster är mycket starkt kopplat till tillfrisknande efter inläggande eller intensiv nivå av behandling. En stor mängd litteratur pekar på att minst tre månaders fortsättning behövs för rimliga resultat och minimum sex månader ger bättre tillfrisknande uttryckt i abstinens från sinnesförändrande substanser. Dessa fynd överensstämmer med litteraturen.

Av de 94 personerna i urvalet deltog 35% i underhålls- eller eftervårdstjänster under de första sex månaderna efter utskrivning från internatprogrammet. Ytterligare 22% deltog de första tre månaderna, och 10% deltog bara under fjärde till sjätte månaden. De återstående 35% deltog inte alls eller deltog bara sporadiskt.

### Continuing Care and Outcomes



Av de personer som deltog regelbundet under sexmånadersperioden, var 61% nyktra och ytterligare 21% var nyktra under de första tre månaderna. Av de som deltog i eftervården bara första de tre månaderna, var 33% nyktra i sex månader, och ytterligare 33% nyktra under första tre månaderna. Som diagrammet visar, är eftervård under de sex första månaderna efter avslutad behandling avgörande för att uppnå nykterhet. Av dem

som inte deltog i eftervården under åtminstone de första tre månaderna, eller deltog bara sporadiskt, hade 85% återfall under det mesta av uppföljningsperioden. Även de som deltog i eftervård bara de första tre månaderna efter behandlingen lyckades mycket bättre. Dessa fynd understryker nödvändigheten av att betona fortsatt vård för att stabilisera det tillfrisknande som följer på internatvården.

## **Överflyttning till förlängd behandling**

Av de 94 individerna i urvalet, blev 31 överflyttade till förlängd behandling, antingen utförd av behandlingshemmet (20) eller av andra vårdgivare (11). Generellt representerade de överflyttade fallen mer allvarligt påverkade personer, som inte hade gjort adekvata framsteg mot tillfrisknande under grundbehandlingen. Som exempel, 68% av de överflyttade hade multipla beroendediagnoser jämfört med 24% av de som framgångsrikt avslutade grundbehandlingen, och 36% av de överflyttade hade positiv beroendediagnos för minst fyra substanser, jämfört med 9% för de som inte behövde förlängd behandling. Medan majoriteten (54%) av de som framgångsrikt avslutat programmet hade genomfört steg 5 vid utskrivningen, hade bara 11% av de överflyttade nått fram till detta steg.

Bland dem som erhöll förlängd behandling visade de som fick tjänsten av behandlingshemmet en högre svårighetsgrad än de som fick vården genom andra vårdgivare. Till exempel, 80% av personerna som fick förlängd behandling genom behandlingshemmet hade två eller fler beroendediagnoser, jämfört med 46% av dem som fick behandlingen av andra vårdgivare.

Följande jämförelser måste betraktas med stor försiktighet på grund av det mycket lilla underlaget. Det förefaller som om förlängd behandling genom behandlingshemmets program kunde åstadkomma bättre resultat trots det tyngre klientelet i underlaget. 25% av fallen som erhöll förlängd behandling genom programmet var nyktra under hela sexmånaders uppföljningsperioden jämfört med bara 9% för dem som erhöll förlängd behandling från andra vårdgivare. De facto verkade behandlingshemmets förlängda behandling att vara särskilt effektivt för dem som hade multipla beroendediagnoser eftersom 31% av dessa förblev nyktra under uppföljningsperioden. Återigen, man måste inse att med detta lilla antal i urvalet, kanske inte resultaten blir desamma om större antal av fall läggs till urvalet.

Trots varningarna angående urvalsstorleken, förefaller det som de som överflyttade till förlängd behandling representerar en högriskgrupp på grund av högre svårighetsgrad och mindre framsteg i grundbehandlingen. Det förefaller också som att den förlängda behandlingen given av personalen vid behandlingshemmet skapar bättre resultat än när klienten blir överflyttad till annan vårdgivare för fortsatt behandling.

## **SAMMANFATTNING**

Urvalets storlek i denna studie är väl litet för att fastställa detaljerade samband mellan indikationer på behandlingens framsteg och utfall. Detta kräver viss försiktighet i antagandet att

resultaten är generaliserbara på populationen av alla individer som får internatbehandling för beroende.

Efter denna varning kan olika slutsatser dras av resultaten från föreliggande urval. Dessa innefattar följande:

- ❖ Arten och omfattningen av substansberoende är relaterad till återfallsrisk.

Omfattningen av substansberoende uttryckt som antalet positiva diagnoser för substansberoende en person har indikerar en större risk för återfall under de första sex månaderna efter behandling.

- ❖ Framsteg i utförandet av Anonyma Alkoholisters Steg är relaterat till sannolikheten för nykterhet under minst de första sex månaderna efter behandling.

Fullgörandet av minst Steg 5 före utskrivningen från behandling är rekommendabelt som behandlingsmål, därför att de individer som slutför Steg 5 har större sannolikhet att behålla nykterheten under de kritiska första sex månaderna efter behandling. Fortsatt arbete med Stegen under de första sex månaderna skall uppmuntras eftersom det visar sig att fortsatta ansträngningar med Stegen är relaterat till positiva resultat.

- ❖ Fortsatt engagemang i underhållstjänster eller eftervård är viktigt.

Av de som upprätthöll denna kontakt under sexmånaders uppföljning var 61% nyktra. Av de som var kvar i eftervården de första tre månaderna var 33% nyktra. Bland dem som inte ens var kvar i eftervården de första tre månaderna var nykterhetstalet lägre än 10%.

- ❖ Positiva värden i OAARS (Outcome Assessment and Reporting System) är relaterade till graden av tillfrisknande.

Bedömningar gjorda vid utskrivningen var relaterade till nykterhet under sexmånaders uppföljningen. Detta visar att bedömningar gjorda vid inskrivningen kan indikera problemområden vid utvecklandet av behandlingsplanen, och bedömningar mitt i behandlingen kan indikera framsteg i hanteringen av frågor avgörande för tillfrisknandet. Bedömningar vid utskrivningen kan utpeka dem som har en större risk för återfall och behöver särskilda tjänster eller särskild fokus i eftervården.

- ❖ Kedjan av vårdinsatser för dem som behöver ytterligare behandling förutom underhålls- eller eftervård, kräver viss uppmärksamhet.

De som framgångsrikt och helt slutförde programmet, men överflyttades till en annan vårdnivå, visade förhållandevis dåligt resultat, liknande dem som engagerade sig minimalt i programmet eller dem som avbröt behandlingen. Detta antyder flera möjligheter som enskilt eller i kombination kan svara för de visade resultaten. 1) Överflyttade fall var korrekt identifierade som fall med hög risk för återfall oavsett vilka tjänster de tagit del av; 2) programmen eller tjänsterna till vilka personerna överflyttades var inte

de adekvata för att framgångsrikt förbättra tillfrisknandet; och/eller 3) de överflyttade följde inte upp rekommendationerna de fått.