

Bilaga 6 Analyser av psykologisk och psykosocial behandling/Appendix 6 Psychological and psychosocial treatment analyses

Överblick

Metodbeskrivning SWiM

1.	<i>Svår psykisk sjukdom.....</i>	8
1.1	Jämförelser mot enbart sedvanlig behandling	8
1.1.1	Andel substansfria dagar	12
1.1.2	Dagar med intensivkonsumtion	25
1.1.3	Mängd substansintag.....	25
1.1.4	Mängd substansintag per tillfälle.....	32
1.1.5	Beroendets svårighetsgrad	34
1.1.6	Andel substansfria deltagare	34
1.1.7	Psykiska symtom.....	38
1.1.8	Funktion	53
1.1.9	Livskvalitet	62
1.2	Jämförelser mot aktiv behandling	65
1.2.1	Dagar med substansbruk	66
1.2.2	Dagar med intensivkonsumtion	67
1.2.3	Mängd substansintag.....	67
1.2.4	Mängd substansintag per tillfälle.....	67
1.2.5	Beroendets svårighetsgrad	67
1.2.6	Antal substansfria deltagare	68
1.2.7	Psykiska symtom.....	68
1.2.8	Funktion	69
1.2.9	Livskvalitet	69
2.	<i>Depression, ångestsyndrom och ptsd.....</i>	70
2.1	Jämförelser mot enbart sedvanlig behandling	70
2.1.1	Andel substansfria dagar	76
2.1.2	Dagar med intensivkonsumtion	87
2.1.3	Mängd substansintag.....	88

2.1.4	Mängd substansintag per tillfälle.....	91
2.1.5	Beroendets svårighetsgrad	92
2.1.6	Andel substansfria deltagare	97
2.1.7	Psykiska symtom.....	107
2.1.8	Funktion	124
2.1.9	Livskvalitet	124
2.2	Jämförelser mot aktiv behandling	126
2.2.1	Andel substansfria dagar	129
2.2.2	Dagar med intensivkonsumtion	138
2.2.3	Mängd substansintag.....	142
2.2.4	Mängd substansintag per tillfälle.....	143
2.2.5	Beroendets svårighetsgrad	147
2.2.6	Andel substansfria deltagare	154
2.2.7	Psykiska symtom.....	155
2.2.8	Funktion	164
2.2.9	Livskvalitet	164
2.3	Särredovisning av ptsd – jämförelser mot enbart sedvanlig behandling.....	165
2.3.1	Andel substansfria dagar	169
2.3.2	Dagar med intensivkonsumtion	179
2.3.3	Mängd substansintag.....	179
2.3.4	Mängd substansintag per tillfälle.....	179
2.3.5	Beroendets svårighetsgrad	180
2.3.6	Andel substansfria deltagare	183
2.3.7	Ptsd-symtom	190
2.3.8	Funktion	207
2.3.9	Livskvalitet	207
2.4	Särredovisning av ptsd – jämförelser mot aktiv behandling.....	209
2.4.1	Andel substansfria dagar	211
2.4.2	Dagar med intensivkonsumtion	216
2.4.3	Mängd substansintag.....	217
2.4.4	Mängd substansintag per tillfälle.....	218
2.4.5	Beroendets svårighetsgrad	219
2.4.6	Andel substansfria deltagare	221
2.4.7	Ptsd-symtom	222
2.4.8	Funktion	229
2.4.9	Livskvalitet	230
	Referenslista	232

4. Uppföljningstid

- ”Kort”: uppföljning upp till och med tre månader efter baslinje/påbörjad behandling
- ”Lång”: uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter baslinje/påbörjad behandling.

5. Analyser

- Huvud analys (H): alla typer av psykologisk och psykosociala behandlingar tillsammans.
- Olika typer av psykologisk eller psykosocial behandling som analyserats:
 - Förstärkningsmetod (F)
 - Motivationshöjande insats (M)
 - Kognitiv beteendeterapi (K)
 - KBT-inriktad behandling (k)
 - Integrerad behandling (I).

För studier där behandling utvärderades som tillägg till sedvanlig behandling analyserades först alla typer av psykologisk eller psykosocial behandling tillsammans i en huvudanalys.

Subgruppsanalyser genomfördes om möjligt baserat på typ av behandling (se kategorier ovan). Subgruppsanalys av integrerad behandling (behandling med fokus på både beroendet och det psykiatriska tillståndet) genomfördes för studier som undersökt integrerad behandling och där sedvanlig behandling inte utgjordes av en integrerad behandlingsinsats. För särredovisning av studier med ptsd-population genomfördes även när det var möjligt subgruppsanalys av traumafokuserad ptsd-behandling.

För studier där två aktiva psykologiska eller psykosociala behandlingar jämfördes med varandra genomfördes analyser uppdelat på typ av behandling (oavsett jämförelse). Till exempel KBT jämfört med annan psykologisk eller psykosocial behandling. Integrerad behandling jämfördes med behandlingar med fokus på endast ett av tillstånden. För särredovisning av studier med ptsd-population genomfördes även när det var möjligt analyser av jämförelser med traumafokuserad ptsd-behandling och ptsd-behandlingar utan traumafokus.

Metodbeskrivning för syntes utan metaanalys (SWiM)

Effektriktning

Resultat per studie och utfall rapporteras i SWiM-tabellen som positiv effekt av behandling (pil upp), negativ effekt av behandling (pil ner) samt oklar effekt av behandling (pilar åt sidan). Anledningen till oklar effekt kan vara att enbart statistisk signifikans och ingen riktning på effekten angivits i studien, eller att riktning saknades på grund av att utfallsmåttens uppmätta medelvärden var exakt lika i både interventions- och kontrollgrupp. Utfallens statistiska signifikans illustreras med mättnadsgrad där gråa pilar indikerar statistiskt ej säkerställda resultat och svarta pilar statistiskt säkerställda resultat. Pilar med endast kontur indikerar att statistiska beräkningar saknades i studien.

Pilarnas riktning och statistiska signifikans rapporteras i enlighet med studiernas egna analysmodeller vilka ofta tar hänsyn till baslinjevärden och en eller flera kovariater.

Substansbruksutfall

Enbart ett utfall redovisas per studie och analys. I vissa studier rapporterades substansbruksutfall uppdelat på typ av substans (alkohol, droger sammantaget eller namngivna droger) eller substanspreferens (primär problemsubstans). I dessa fall valdes ett utfall baserat på:

1. Substansbruksutfall enligt primär substansbruksdiagnos (inklusionskriterierna)
2. Mått som tar hänsyn till primär problemsubstans
3. Mått som tar hänsyn till all substansanvändning
4. Uttalat primärt substansbruksmått
5. Substansbruksutfall för vilket störst substansbruksproblematik vid baslinjen rapporteras
6. Substansbruksutfall för vilket störst användning vid baslinjen rapporteras.

Psykiska symtom

I möjligaste mån redovisas enbart ett utfall per studie och analys. Val av utfall gjordes baserat på vad som författarna själva beskrev som primära utfall, tillsammans med en bedömning av sakkunniga av vilken symtomförändring som var viktigast att fånga i varje enskild studie. Undantag gjordes och flera utfall redovisas till exempel då det valda måttet bestod av flera delskalor (olika delar från samma instrument), eller då populationen var blandad med flera olika primärdiagnoser. För dessa studier sammanfattades de valda utfallen i en "total" effektriktning baserad på projektgruppens bedömning av effektriktningen i de valda utfallsmåtten.

Funktion och livskvalitet

Enbart ett utfall redovisas per studie och analys. Då flera mått rapporterades i en studie gjordes val av utfall för analys i samråd med sakkunniga.

Skogsdiagram

Som stöd för bedömningen i SWiM-analysen användes skogsdiagram. Data som användes för skogsdiagram bestod oftast av medelvärden samt standardavvikelser för mätningar vid särskild tidpunkt (tillgängliga data, utan imputering), men ibland även modellbaserade data. Detta innebär att pilen i SWiM-tabellen (baserad på studien egen analysmodell) och pilen i skogsdiagrammen ibland kan skilja sig åt. Detta noteras med asterisk och förklaring under tabell och skogsdiagram.

GRADE

Studier med totalt sett hög risk för bias har exkluderats från rapporten och ingår inte i det vetenskapliga underlaget. Vi har dock valt att inkludera studier med stort bortfall om studierna i övrigt haft låg till måttlig risk för bias. Utöver detta är studier med psykologiska och psykosociala interventioner svåra eller näst intill omöjliga att blinda och dessutom bygger många av utfallen på självskattade mått. På grund av detta finns i stort sett alltid "vissa brister" i GRADE-domänen "risk för bias" i alla underlag. Detta har dock endast markerats om projektgruppen bedömt att dessa brister sammantaget har haft en stor påverkan på tillförlitligheten.

Vad gäller GRADE-domänen för publikationsbias har vi valt att inte göra någon bedömning av den. I denna rapport har studier med hög risk för bias exkluderats, vilket innebär att en bedömning av publikationsbias inte skulle innefatta hela det publicerade materialet och därmed riskera att leda till snedvriden bedömningen. Den generella uppfattningen av materialet är dock att risken för publikationsbias inte är överhängande, då majoriteten av rapporterade resultat inte uppvisar någon statistiskt säkerställd skillnad i enskilda studier.

Faktaruta 1 Tillförlitlighet enligt GRADE.

En systematisk översikt väger samman resultat från olika studier till exempel i en metaanalys eller i en syntes utan metaanalys. Sammanvägningen görs separat för varje utfall som utvärderas. Det sista steget i arbetet med den systematiska översikten är att bedöma hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten är. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (<http://www.gradeworkinggroup.org>) som ett stöd i bedömningarna. En viktig aspekt av GRADE är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen av det sammanvägda resultatet med GRADE görs utifrån fem olika aspekter:

- sammanvägd risk för bias (snedvridning) för resultaten från de ingående studierna
- hur mycket resultaten i studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet; engelska: *inconsistency*)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de ingående studierna skiljer sig från översiktens inklusionskriterier (bristande överförbarhet; engelska: *indirectness*),
- hur stor den statistiska osäkerheten är i det sammanvägda resultatet (bristande precision; engelska: *imprecision*) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: *publication bias*).

När det vetenskapliga underlaget består av studier som inte är randomiserade tas även hänsyn till storleken på resultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt om tänkbara snedvridande faktorer (engelska: *confounders*) kan förväntas missgynna en intervention.

För en mer detaljerad beskrivning av GRADE hänvisas till Metodboken, www.sbu.se/metodbok.

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

(⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet

(⊕⊕⊕○) Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet

(⊕⊕○○) Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet

(⊕○○○) Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer)

När det saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges ”studier saknas”, utan klassificering.

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att resultatet stämmer medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att resultatet stämmer. I båda fallen är resultaten osäkra och tolkningen är att det i de flesta fall behövs mera forskning.

1. Svår psykisk sjukdom

1.1 Jämförelser mot enbart sedvanlig behandling

Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling, vid svår psykisk sjukdom.

Tabell 1.1 Beskrivning av studier i analys.

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Barrowclough 2001 [34, 232]	SUD Schizofreni	n=36 31 år 3 %	Integrerad MI-KBT, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 9 månader	KBT-inriktad -	Case Management, familjesupport, <i>fokus psykiatri</i>	3 % 11 %
Barrowclough 2010 [35]	SUD Schizofreni	n=327 38 år 13 %	MI-KBT, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 12 månader	KBT -	Vid behovsmedicinering, uppföljning i öppenvård med möjlighet till behandling, <i>fokus psykiatri</i>	- 18 %
Barrowclough 2014 [36] (4)	Cannabis-beroende Psykossjukdom	n=110 24 år 11 %	MI-KBT, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 4,5-9 månader	KBT -	Case Management, <i>fokus psykiatri</i>	- 28 %
Bogenschutz 2014 [55]	AUD Psykos-sjukdom, bipolär sjukdom eller depression	n=121 42 år Ca 50 %	12-stegs facilitering, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 3 månader	12-steg -	Integrerad team-baserad behandling av samsjukliga patienter samt Case Management vid behov, <i>dubbelt fokus</i>	12 % 23 %
Bonsack 2011 [58]	Cannabis-beroende Schizofreni eller bipolär sjukdom	n=62 25 år 13 %	Motiverande insats, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 2 veckor	Motivations-höjande insats -	Teambaserad psykiatrisk vård med bland annat läkemedelsbehandling, rehabilitering och vid behov remittering till andra vårdgivare, <i>fokus psykiatri</i>	18 % 13 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Graeber 2003 [215]	AUD Schizofreni	n=30 44 år 3 %	MI, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Utbildningsinsats, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 3 veckor	Motivations- höjande insats Uppmärksam hetskontroll	Inte rapporterat	7 % 7 %
Graham 2016 [216]	SUD Schizofreni eller bipolär sjukdom	n=59 39 år 15%	Kort motiverande insats, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 2 veckor	Motivations- höjande insats -	Medicinering och stabilisering, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i>	15 % -
Hjorthoj 2013 [266]	Cannabis- beroende Schizofreni	n=103 27 år 24%	CapOpus, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 6 mån	KBT -	Medicinering och psykologisk behandling/ stöd för psykossjukdomen, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i>	- 34 %
James 2004 [279]	SUD Psykos- sjukdom	n=63 28 år 29 %	Dual diagnosis programme, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> En timmes utbildning- session, fokus <i>substansbruk</i> 6 veckor	Motivations- höjande insats -	Case Management, stödboende vid behov, <i>fokus psykiatri</i>	- 8 %
Johnson 2019 [291]	Cannabis- beroende Psykos	n=551 24 år 13%	Förstärkning av drogfrihet, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 3 månader	Förstärkning -	Psykoedukation, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	33 % -

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Madigan 2013 [334]	Cannabis- beroende Psykos	n=88 28 år 22%	Grupp- intervention, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	KBT-inriktad -	Stöd från multidisciplinärt team, medicinering, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i>	27 % 42 %
Martino 2006 [340]	SUD Psykos- sjukdom	n=44 32 år 27%	MI, <i>dubbelt fokus</i> Standardiserat inskrivnings- samtal, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> 1 vecka	Motivations- höjande insats Uppmärksam hetskontroll	Samsjuklighetsprogram (inte specificerat) efter den randomiserade insatsen, <i>dubbelt fokus</i>	23 % -
McDonell 2017 [342]	AUD Schizofreni eller bipolär sjukdom	n=79 45 år 37%	Förstärkning av nykterhet, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Ersättning utan krav, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 3 månader	Förstärkning Uppmärksam hetskontroll	Psykoedukation i grupp inom öppenvård, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	24 % 24 %
McDonell 2013 [343]	Amfetamin - eller kokain- beroende Schizofreni eller bipolär sjukdom	n=176 42 år 35%	Förstärkning av drogfrihet, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Ersättning utan krav, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 3 månader	Förstärkning Uppmärksam hetskontroll	Case Management, behandling för beroende i grupp eller individuellt, medicinering för den psykiska sjukdomen, <i>dubbelt fokus</i>	28 % 28 %
O'Connell 2020 [395] (4)	SUD Psykos- sjukdom	n=137 38 år 34%	Färdighetsträning med eller utan socialt stöd, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 3 månader	Övrig -	Sedvanlig behandling (inte beskriven)	41 % 53 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Schmitz 2002 [459]	SUD Bipolär sjukdom	n=46 35 år 52%	Integrerad KBT, dubbelt fokus Enbart sedvanlig behandling 3 månader	KBT-inriktad -	Läkemedelsbehandling, strukturerad läkemedelsuppföljning med stödsamtal, <i>dubbelt fokus</i>	52 % -
Wenze 2015 [564]	SUD Bipolär sjukdom	n=30 47 år 50%	Integrerat program för vårdövergång, <i>dubbelt fokus</i> Utökad uppföljning, <i>dubbelt fokus</i> 6 mån	KBT-inriktad -	Läkemedelsbehandling och remittering till annan behandling vid behov, <i>dubbelt fokus</i>	Inte rapporter at 26 %
Eack 2015 [786]	AUD/CUD Schizofreni	n=31 38 år 71 %	Cognitive enhancement therapy, <i>fokus psykiatri</i> Enbart sedvanlig behandling 18 månader	Övrig -	CM, Läkemedel för psykossjukdomen, stödjande terapi, behandling för beroendet, yrkesinriktad rehabilitering, <i>dubbelt fokus</i>	- 42 %
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867]	SUD Psykos- sjukdom	n=100 31 år 16%	Integrerad behandling, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling Inte rapporterat	KBT-inriktad -	Psykosbehandling enligt nationella riktlinjer med bland annat läkemedel, individuell terapi, <i>fokus psykiatri</i>	Inte rapporter at

AUD = alcohol use disorder; **CM** = case management; **CUD** = cannabis use disorder; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MI** = motivational interviewing; **SUD** = substance use disorder.

För studier med fler än två armar indikeras den specifika jämförelsen med en siffra inom parentes.

* Med sedvanlig behandling avses den behandling som alla deltagare i studien får oavsett om det är behandling som deltagarna redan får utanför studien eller om det ingår som en del av studien.

**Upp till och med tre månader efter påbörjad behandling.

***Mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling.

1.1.1 Andel substansfria dagar

1.1.1.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.1.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

12 jämförelser [34, 55, 58, 215, 216, 291, 334, 340, 342, 343, 395, 459].

Tabell 1.1.1.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 3%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	% days abstinent, main substance* (TLFB, self- reported): Md (Range) change from baseline	-	▲
Bogenschutz 2014 [55] Måttlig 12%	121	12-steps facilitering (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion days abstinent from alcohol, past 90d (TLFB) Antagande: spridningsmättet är SE (oklar rapportering)	M (SD beräknat från SE)	▼*
Bonsack 2011 [58] Måttlig 18%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of days abstinent (cannabis) last month (CSUAS): Md (range)	-	▼
Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Drinking Days, past 30 days (BDP) (transformerat till PDA)	M (SD)	△
Graham 2016 [216] Måttlig 15%	53	Kort motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of days used (any substance), past 30 days (MAP) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Johnson 2019 [291] Måttlig 33%	371	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Cannabis using days, past 3 months: Md (IQR), IRR (95% CI)	-	▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 27%	54	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Frequency of cannabis use over past 30 days (ASI) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Martino 2006 [340] Måttlig 23%	44	MI (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of Primary Drug Use (days/28 days): Z (p-value)	-	◀▶

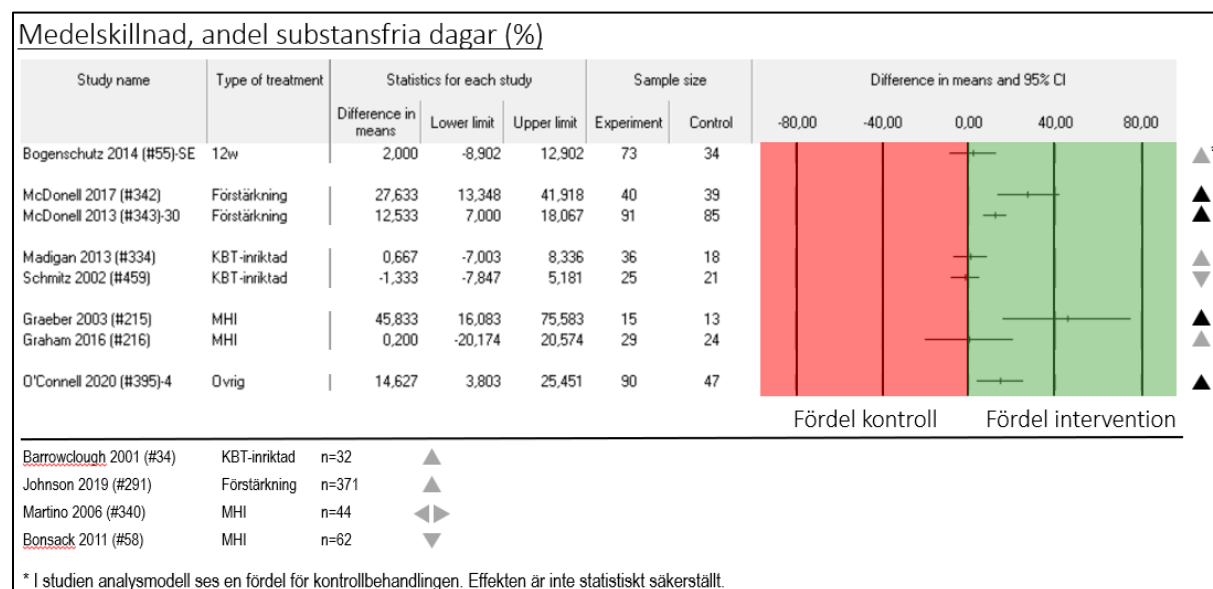
McDonell 2017 [342] Måttlig 24%	79	Förstärkning av nykterhet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Self-reported days alcohol use in last 30 days (TLFB), estimated marginal mean (transformerat till PDA)	M (SD beräknat från SE)	▲
McDonell 2013 [343] Måttlig 28%	176	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of stimulant use (ASI- lite) Antagande: 30-dagars mätning (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
O'Connell 2020 [395] (4) Måttlig 41%	137	Färdighetsträning med eller utan socialt stöd (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Days drinking, past 30 days (self-report) (transformerat till PDA)	M (SD beräknat från SE) adjusted	△
Schmitz 2002 [459] Måttlig 52%	46	Integrerad KBT (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Days reporting drug use, past 30 days (MM interview) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼

INT = integrerad insats utvärderas; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing; **PDA** = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses negativ effekt av interventionen. När slutvärden används ses istället en positiv effekt av interventionen (Figur 1.1.1.1.1). Effekten är inte säkerställd i någon av analyserna.

Figur 1.1.1.1.1 Andel substansfria dagar, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). Längst ner: Fyra studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.1.1.1.1 Beräknad effekt - SWiM

I ett skogsdiagram sågs i sju studier en varierande genomsnittlig större andel substansfria dagar (0,2% till 46%) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig

behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [55, 215, 216, 334, 342, 343, 395]. I fyra av dessa studier var effekten statistiskt säkerställd [215, 342, 343, 395]. I en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar (1,3 %) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [459]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I studier med data som inte gick att illustrera i skogsdiagram sågs varierande effekt av behandling jämfört med kontroll. I två studier sågs en genomsnittlig större andel substansfria dagar [34, 291] och en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar [58] vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av dessa studier. I en studie sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data. [340].

Kommentar till analyserade studier:

- Bogenschutz 2014 har misslyckad randomisering [55].

1.1.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 12 jämförelser i 12 studier, totalt 1203 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Vissa brister	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt. Vissa brister i överensstämmelse ledde inte till några avdrag.

1.1.1.1.2 Förstärkningsmetoder (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [291, 342, 343].

Tabell 1.1.1.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) ROB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Johnson 2019 [291] Måttlig 33%	371	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Cannabis using days, past 3 months: Md (IQR)	-	▲
McDonell 2017 [342] Måttlig 24%	79	Förstärkning av nykterhet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Self-reported days alcohol use in last 30 days (TLFB), marginal means (transformerat till PDA)	M (SD beräknat från SE)	▲
McDonell 2013 [343] Måttlig 28%	176	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of stimulant use (ASI- lite) Antagande: 30-dagars mätning (transformerat till PDA)	M (SD)	▲

PDA = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 1.1.1.1.1.

1.1.1.1.2.1 Beräknad effekt - SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande genomsnittlig större andel substansfria dagar (13 % och 28 %) vid tillägg av behandling med förstärkningsmetod utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [342, 343].

I en studie som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs en genomsnittlig större andel substansfria dagar vid behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [291].

Kommentar till analyserade studier:

- Alla studier mäter olika substanser, ingen enskild substans har undersökts fler än en gång.
- Självrapporterade mått, men biologiska finns och styrker resultaten.
- Två av studierna är av samma forskargrupp.

1.1.1.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Förstärkningsmetod som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 jämförelser i 3 studier, totalt 626 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Vissa brister	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag för bristande precision på grund av att oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt. Vissa brister i risk för bias (bortfall, oblidad intervention samt självskattat utfall) och överförbarhet resulterade i ytterligare ett avdrag. Vissa brister i överförbarheten på grund av att två studier är från USA, med ett annat socialförsäkringssystem, vilket kan påverka effekten av interventionen. Endast en typ av förstärkning användes (ekonomisk ersättning).

1.1.1.1.3 Motivationshöjande insatser (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

4 jämförelser [58, 215, 216, 340].

Tabell 1.1.1.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Bonsack 2011 [58] Måttlig 18%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of days abstinent (cannabis) last month (CSUAS): Md (range)	-	▼
Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Drinking Days, past 30 days (BDP) (transformerat till PDA)	M (SD)	△
Graham 2016 [216] Måttlig 15%	53	Kort motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of days used, past 30 days (MAP) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Martino 2006 [340] Måttlig 23%	44	MI (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of Primary Drug Use (days/28 days): Z (p-value)	-	◀▶

INT = integrerad insats utvärderas; **MHI** = Motivationshöjande insats; **PDA** = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 1.1.1.1.1.

1.1.1.1.3.1 Beräknad effekt - SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande genomsnittlig större andel substansfria dagar (0,2 % och 46 %) vid tillägg av motivationshöjande insatser utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [215, 216].

I studier med data som inte gick att illustrera i skogsdiagram sågs varierande effekt av behandling jämfört med kontroll. I en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [58]. I en studie sågs ingen säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data [340].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

1.1.1.1.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Motivationshöjande insatser som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 4 jämförelser i 4 studier, totalt 187 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Allvarliga brister (–1)	Mycket allvarliga brister (–2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (samstämmighet) på grund av att endast en studie visar på en tydlig positiv effekt. Två avdrag (precision) på grund av att underlaget består av endast fyra studier med totalt sett få deltagare, samt att det är sannolikt att den sammanväga effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.1.1.4 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast två jämförelser [34, 58].

1.1.1.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.1.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

12 jämförelser [34, 35, 36, 55, 58, 215, 266, 334, 342, 343, 395, 564].

Tabell 1.1.1.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	% days abstinent, main substance (TLFB, self-reported): Md (Range) change from baseline	-	▲
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion of days abstinent from main substance (TLFB, 90 days)	M (SD)	△
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of cannabis-using days, past 30 days (TLFB) (Transformerat till PDA)	M (SD) change from baseline	▽
Bogenschutz 2014 [55] Måttlig 23%	121	12-steps facilitering (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion days abstinent from alcohol, past 90d (TLFB) Antagande: spridningsmättet är SE (oklar rapportering)	M (SD)	▲
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of days abstinent (cannabis) last month (CSUAS): Md (range)	-	▲
Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Drinking days, past 30 days (TLFB) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Hjorthoj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. Of cannabis using days, past month (TLFB): Marginal mean (95% CI) (Transformerat till PDA)	M (SD) LMM	▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 42%	42	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Frequency of cannabis use over past 30 days (ASI) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▲
McDonell 2017 [342] Måttlig 24%	79	Förstärkning av nykterhet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Self-reported days alcohol use past 30 days (TLFB), medelvärde av 3 månader (Transformerat till PDA)	M (SD) beräknat från SE)	▲
McDonell 2013 [343] Måttlig 28%	176	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of stimulant use over 90d follow up period (ASI-lite) Antagande: 30-dagars mätning, medelvärde av 3 månader (Tranformerat till PDA)	M (SD)	▲*

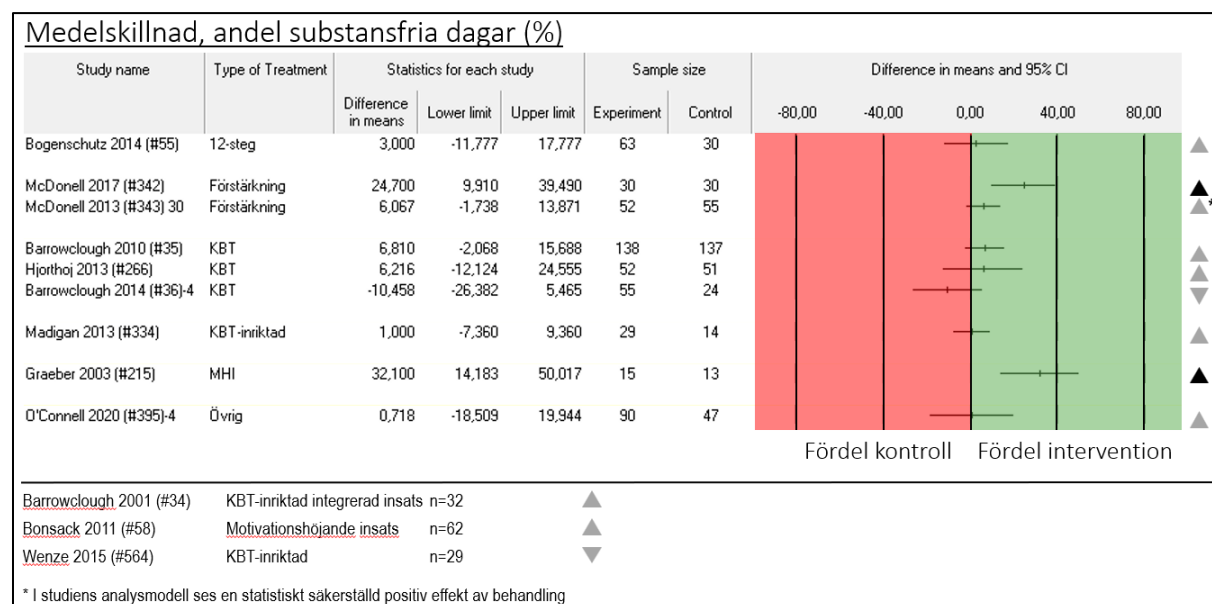
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
O'Connell 2020 [395] (4) Måttlig 53%	137	Färdighetsträning med eller utan socialt stöd (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Days drinking, past 30 days (self- report) (Tranformerat till PDA)	M (SD omräknat från SE)	△
Wenze 2015 [564] Måttlig 26%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Number of days drinking, 3 months (TLFB) (Tranformerat till PDA)	-	▼

INT = integrerad insats utvärderas; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing (motiverande samtal); **PDA** = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (se Figur 1.1.1.2.1).

Figur 1.1.1.2.1 Andel substansfria dagar, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). Längst ner: Tre studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.1.2.1.1 Beräknad effekt - SWiM

I ett skogsdiagram sågs i åtta studier en varierande genomsnittlig större andel substansfria dagar (0,7 % till 32 %) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [35, 55, 215, 266, 334, 342, 343, 395]. I tre av studierna var effekten statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [342, 343, 215]. I

en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar (10 %) vid behandling jämfört med kontroll. [36] Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I tre studier med data som inte gick att illustrera i skogsdiagram sågs varierande effekt av behandling jämfört med kontroll. I två studier sågs en positiv effekt [34, 58] och i en studie sågs en negativ effekt [564] vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

Kommentar till analyserade studier:

- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].
- För Barrowclough 2010 som även gjorde en subgruppsanalys på de med alkohol som main substance så sågs en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (main substance) [35].
- Bogenschutz 2014 har misslyckad randomisering [55].

1.1.1.2.1.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämför med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 12 studier, totalt 1 163 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.1.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [35, 36, 266].

Tabell 1.1.1.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclogh 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion of days abstinent from main substance (TLFB, 90 days)	M (SD)	▲
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of cannabis- using days, past 30 days (TLFB): M (SD) change from baseline	M (SD) change from baseline	▽
Hjorthoj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. Of cannabis using days, past month (TLFB): Marginal mean (95% CI)	M (SD) LMM	▲

INT = integrerad insats utvärderas; **MI** = motivational interviewing; **PDA** = Percent days abstinent (andel substansfria dagar). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys. För skogsdiagram se Figur 1.1.1.2.1.

1.1.1.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en genomsnittlig större andel substansfria dagar (6% till 7%) vid tillägg av KBT utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [35, 266]. I en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar (10 %) vid behandling jämfört med kontroll [36]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

Kommentar till analyserade studier:

- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingstid (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.1.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 jämförelser i 3 studier, totalt 457 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Vissa brister	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (–2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar: Ett avdrag (risk för bias, överförbarhet) på grund av vissa brister vad gäller bortfall samt att studierna inkluderar få kvinnor. Två avdrag för (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.1.2.3 KBT-inriktad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [34, 334, 564].

Tabell 1.1.1.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	% days abstinent, main substance (TLFB, self-reported): Md (Range) change from baseline	-	▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 42%	42	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Frequency of cannabis use over past 30 days (ASI) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Number of days drinking, 3 months (TLFB)	-	▼

INT = integrerad insats utvärderas; **PDA** = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 1.1.1.2.1.

1.1.1.2.3.1 Beräknad effekt - SWiM

I ett skogsdiagram sågs i en studie en genomsnittlig större andel substansfria dagar (1 %) vid tillägg av KBT-inriktad behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [334].

I två studier med data som inte gick att illustrera i skogsdiagram sågs varierande effekt av behandling jämfört med kontroll. I en studie sågs en genomsnittlig större andel substansfria dagar [34] och i en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar [564]. Effekterna var inte statistiskt säkerställda.

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer

1.1.1.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmaat: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT-inriktad som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 jämförelser i 3 studier, totalt 103 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (−2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar: Totalt tre avdrag (risk för bias, precision) på grund av att en studie har stort bortfall och att underlaget baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare samt att den sammanvägda effekten sannolikt inte är skild från nolleffekt.

1.1.1.2.4 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

6 jämförelser [34, 35, 36, 58, 266, 564].

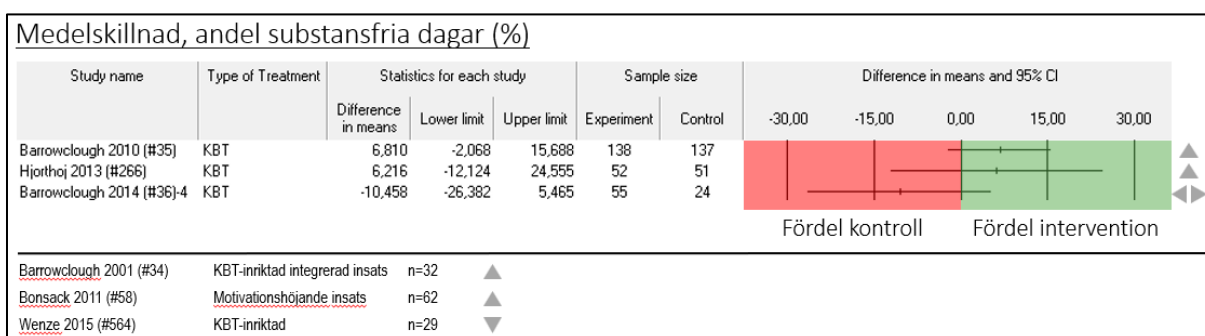
Tabell 1.1.1.2.4 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	% days abstinent, main substance (TLFB, self- reported): Md (Range) change from baseline	-	▲
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion of days abstinent from main substance (TLFB, 90 days)	M (SD)	▲
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of cannabis-using days, past 30 days (TLFB), change from baseline	M (SD) change from baseline	▽
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of days abstinent (cannabis) last month (CSUAS): Md (range)	-	▲
Hjorthøj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. Of cannabis using days, past month (TLFB): Marginal mean (95% CI)	M (SD) beräknat från KI)	▲
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Number of days drinking, 3 months (TLFB)	-	▼

INT = integrerad insats; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = Motivationshöjande insats; **PDA** = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 1.1.1.2.4 Dagar med substansbruk, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). Längst ner: Tre studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.1.2.4.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en genomsnittlig större andel substansfria dagar (6% till 7%) vid tillägg av integrerad behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [35, 266]. För en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar med (10 %) jämfört med kontroll [36]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I tre studier med data som inte gick att illustrera i ett skogsdiagram sågs varierande effekt av behandling jämfört med kontroll. I två studier sågs en genomsnittlig större andel substansfria dagar [34, 58] och i en studie sågs en genomsnittlig mindre andel substansfria dagar [564]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

Kommentar till analyserade studier:

- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.1.2.4.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 studier, totalt 580 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (−2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Totalt 3 avdrag på grund av bristande precision och brister i studiernas risk för bias med bland annat stort bortfall. Sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.2 Dagar med intensivkonsumtion

1.1.2.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.2.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 1 jämförelse [58].

1.1.2.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.2.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [58, 564].

1.1.3 Mängd substansintag

1.1.3.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.3.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [58, 215, 867].

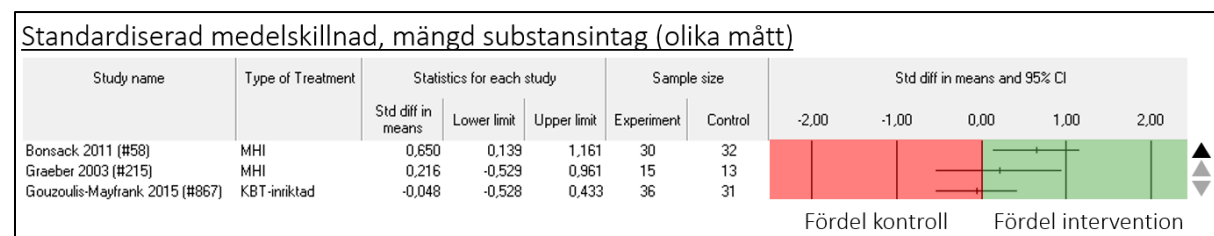
Tabell 1.1.3.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Bonsack 2011 [58] Måttlig 18%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of joints fewer per week (change since baseline)	Cohen's d, N	▲
Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Weekly SEC (standard drinks per week)	M (SD)	▲
Gouzoulis-Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Cannabis use in grams, past month (ASI)	M (SD beräknat från SE)	▼

INT = integrerad insats; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing; **PDA** = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 1.1.3.1.1 Mängd substansintag, 0≤3 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar standardiserad medelskillnad av mängden substansintag (mätt med olika mått och för olika substanser) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.3.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier ett varierande genomsnittligt lägre intag (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [58, 215]. I en av dessa studier var skillnaden statistiskt säkerställd [58]. En studie visade på ett större genomsnittligt substansintag jämfört med kontroll. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd [867].

Kommentar till analyserade studier:

- I studien av Gouzoulis-Mayfrank 2015 mättes fler substanser, cannabis var dock den substans som identifierades som primär i flest deltagare, och utgjorde det största underlaget [867].
- I både Bonsack 2011 [58] och Graeber 2003 [215] bestod insatsen av kortare motiverande insatser (2-3 veckor) medan Gouzoulis-Mayfrank 2015 [867] undersökte en behandlingsinsats inriktad på KBT, med oklar behandlingslängd.

1.1.3.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Mängd substansintag. Lägre intag, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 190 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (överförbarhet) på grund av att få typer av psykologisk och psykosocial behandling, samt få substanser är representerade i analysen. Två avdrag (precision) på grund av att resultatet grundar sig på få studier med ett totalt sett litet antal deltagare samt att det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt. Vissa brister på grund av bortfall (risk för bias) ledde inte till några ytterligare avdrag.

1.1.3.1.2 Subgrupp behandlingstyp, 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.1.3.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast två jämförelser [58, 867].

1.1.3.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.3.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

6 jämförelser [36, 58, 215, 266, 564, 867].

Tabell 1.1.3.2.1 Resultattabell SWiM.

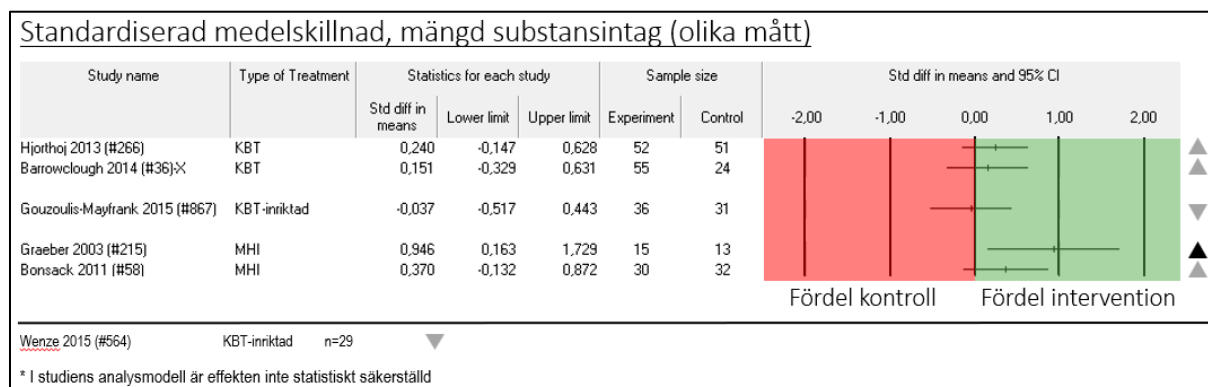
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barroclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Amount of cannabis used, change from baseline g (TLFB)	M (SD)	△
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of joints fewer per week (change since EOT)	Cohen's d, N	▲
Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Weekly SEC (standard drinks per week)	M (SD)	▲ *
Hjorthøj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of standard joints (TLFB, 30 day): Marginal mean (95% CI)	M (SD beräknat från CI)	▲
Wenze 2015 [564] Måttlig 26%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Number of standard drinks (TLFB, 3 month)	-	▼
Gouzouliz-Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Cannabis use in grams, past month (ASI)	M (SD beräknat från SE)	▼

INT = integrerad insats; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing;
PDA = Percent days abstinent (andel substansfria dagar).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två
pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej
säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används är
effekten statistiskt säkerställd (Figur 1.1.3.2.1)

Figur 1.1.3.2.1 Mängd substansintag, >3≤12 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar standardiserad medelskillnad av mängden substansintag (mätt med olika mått och för olika substanser) mellan intervention och kontroll. Längst ner: En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.3.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra studier ett varierande genomsnittligt lägre substansintag (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [36, 58, 215, 266]. I en av dessa studier var skillnaden statistiskt säkerställd i skogsdiagrammet (ojusterade värden) men inte i studiens analysmodell [215]. En jämförelse visade på ett större genomsnittligt substansintag jämfört med kontroll [867]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

I en studie med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs ett större genomsnittligt substansintag jämfört med kontroll. Effekten var inte säkerställd. [564]

Kommentar till analyserade studier:

- I alla studier rapporterades intag av specifika substanser, alkohol i två [215, 564] och cannabis i 4 [36, 58, 266, 867].
- I Gouzoulis-Mayfrank 2015 finns fler olika substanser i icke-överlappande subgrupper, men armarna är väldigt små, mellan n=1 och n=9 [867].
- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingstid (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.3.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Mängd substansintag. Lägre intag >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 studier, totalt 401 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall i vissa studier. Två avdrag (precision), då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.3.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [36, 266].

1.1.3.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

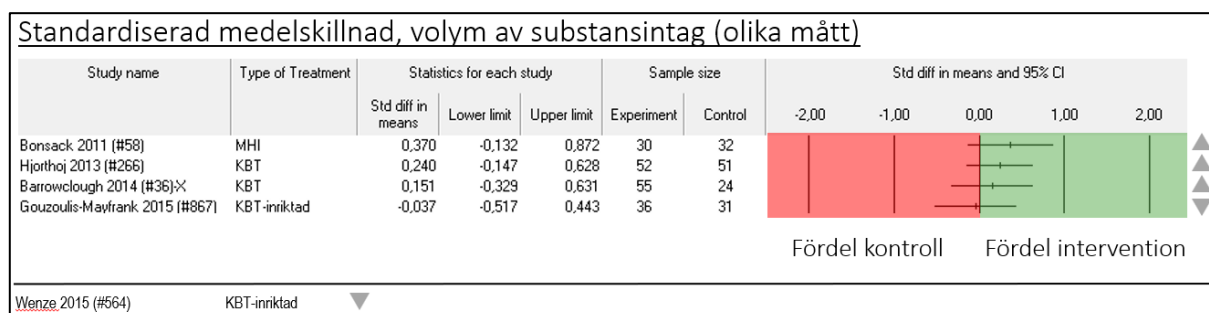
5 jämförelser [36, 58, 266, 867, 564].

Tabell 1.1.3.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Amount of cannabis used, change from baseline g (TLFB)	M (SD)	△
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of joints fewer per week (change since EOT)	Cohen's d	▲
Hjorthoj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Number of standard joints (TLFB, 30 day): Marginal mean (95% CI)	M (SD beräknat från CI) LMM	▲
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT- inriktad) vs Utökad uppföljning	Number of standard drinks (TLFB, 3 month): B (SE)	-	▼
Gouzouliz-Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	67 INT	Integrerad behandling (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Cannabis use in grams, past month (ASI): M (SD)	M (SD beräknat från SE)	▼

INT = integrerad insats; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing.
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två
pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej
säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 1.1.3.2.3 Mängd substansintag, >3≤12 månader efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagrammet visar standardiserad medelskillnad av mängden substansintag (mätt med olika mått och för olika substanser) mellan intervention och kontroll. Effekten av två studier utan data som gick att lägga in i skogsdiagrammet illustreras längst ner med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.3.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier ett varierande genomsnittligt lägre substansintag (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [36, 58, 266]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna. I en studie sågs ett större genomsnittligt substansintag för behandling med kontroll [867]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

I en studie med data som inte gick att illustrera i ett skogsdiagram sågs ett större genomsnittligt substansintag för behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [564].

Kommentar till analyserade studier:

- I alla studier utom en rapporterades intag av cannabis, mätt på olika sätt [36, 58, 266, 867]. En studie rapporterade alkoholintag [564].
- I Gouzoulis-Mayfrank finns fler olika substanser i icke-överlappande subgrupper, men armarna är väldigt små, mellan n=1 och n=9 [867].
- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.3.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Mängd substansintag. Lägre intag >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 340 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (–2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Totalt tre avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall) samt bristande precision (sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt).

1.1.4 Mängd substansintag per tillfälle

1.1.4.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.4.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast två studier [55, 215].

1.1.4.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.4.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

4 jämförelser [35, 36, 55, 215].

Tabell 1.1.4.2.1 Resultattabell SWiM.

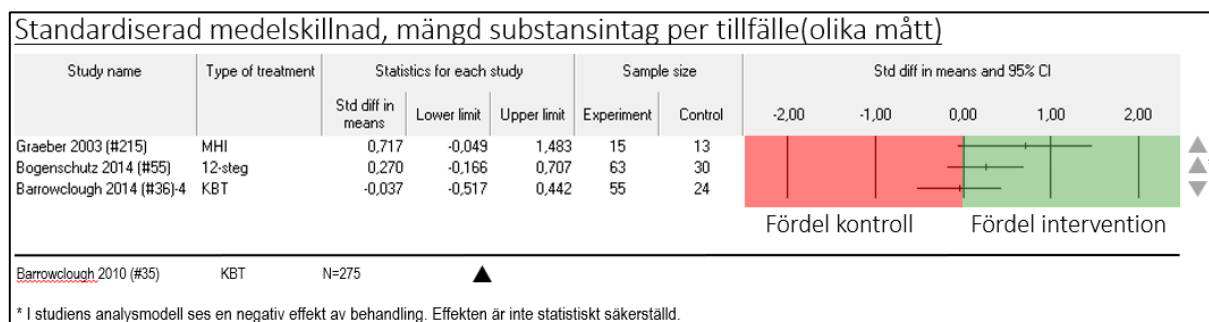
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Amount of substance used per substance using day (main substance): adjusted OR estimated using ordinal regression	-	▲
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Average amount of cannabis used per cannabis-using day, g (TLFB): change from baseline M (SD)	M (SD) change from baseline	▽
Bogenschutz 2014 [55] Måttlig 23%	121	12-steps facilitering (12- steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinks per drinking day, past 90 d (Form 90-A/TLFB) Antagande: spridningsmåttet är SE (oklar rapportering)	M (SD)	▼*
Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Drinking intensity (Average Peak BAC, estimated from self-report of intake, participant weight and length of time to consume)	M (SD)	▲

INT = integrerad insats utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing (motiverande samtal); 12-steg = tolvstegsprogram; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens egen analysmodell ses en statistiskt icke säkerställd negativ effekt av behandling. Vid analys av slutvärden ses en statistiskt icke säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 1.1.4.2.1).

Figur 1.1.4.2.1 Mängd substansintag per tillfälle, >3≤12 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar standardiserad medelskillnad av mängden substansintag per tillfälle (mätt med olika mått och för olika substanser) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.4.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier ett varierande lägre genomsnittligt substansintag per tillfälle (standardiserad medelskillnad, alkohol) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [55, 215]. Skillnaderna var inte statistiskt säkerställda. I en studie sågs ett större genomsnittligt substansintag per tillfälle (cannabis) för behandling jämfört med kontroll [36]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

I en studie med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling jämfört med kontroll för substansintag per tillfälle räknat på den mest använda substansen per person [35].

Kommentar till analyserade studier:

- Bogenschutz 2014 har misslyckad randomisering [55].
- Graeber 2003 mäter utfallet på ett annorlunda sätt. Estimerar BAC (blood alcohol concentration) utifrån självrapportering och tar även hänsyn till längd och vikt i detta mått [215].

1.1.4.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Mängd substansintag per tillfälle. Lägre intag, >3≤12 månader efter påbörjad behandling

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 503 deltagare

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av bortfall samt att randomiseringen var delvis misslyckad i en studie [55]. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.5 Beroendets svårighetsgrad

1.1.5.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.5.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [34, 216].

1.1.5.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.5.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [34, 279].

1.1.5.2.2 Subgrupp behandlingstyp, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.1.5.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 1 jämförelse [34].

1.1.6 Andel substansfria deltagare

1.1.6.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.6.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

5 jämförelser [55, 215, 216, 291, 459].

Tabell 1.1.6.1.1 Resultattabell SWiM.

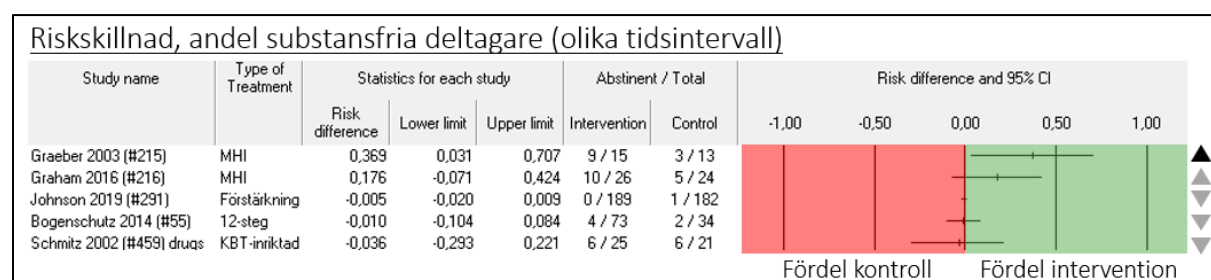
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Bogenschutz 2014 [55] Måttlig 12%	12 1	12-stegs facilitering (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion abstinent from alcohol, past 90 d (Form 90-A/TLFB)	%	▼

Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Participants abstinent (alcohol), past 30 days (BDP)	%	▲
Graham 2016 [216] Måttlig 15%	53	Kort motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Participants using no substances, past 30 days (MAP)	N	△
Johnson 2019 [291] Måttlig 33%	37 1	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	No of participants using cannabis, past 3 months	N	▼
Schmitz 2002 [459] Måttlig 52%	46	Integrerad KBT (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Participants using drugs, past 30 days* (MM interview)	N	▼

KBT = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing (motiverande samtal); **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 1.1.6.1.1 Andel substansfria deltagare, 0≤3 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar riskskillnaden för andel substansfria deltagare (%) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.6.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (18 % till 37 % fler substansfria deltagare) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [215, 216].

I en av dessa studier var effekten statistiskt säkerställd [215]. I tre studier sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (0,5 % till 4 % färre substansfria deltagare) vid behandling jämfört med kontroll [55, 291, 459]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

Kommentar till analyserade studier:

- Största studien, Johnson 2019, handlar om unga cannabisanvändare [291]. Det framgår inte om behandlingsmålet var total cannabisfrihet och det är något oklart om resultaten kan generaliseras till andra patientgrupper.

1.1.6.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 619 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (−1)	Inget avdrag	Vissa brister	Mycket allvarliga brister (−2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier, samt delvis misslyckad randomisering i en studie [55]. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.6.1.2 Subgrupp behandlingstyp, 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.1.6.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Inga jämförelser.

1.1.6.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.6.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [55, 215, 266].

Tabell 1.1.6.2.1 Resultattabell SWiM.

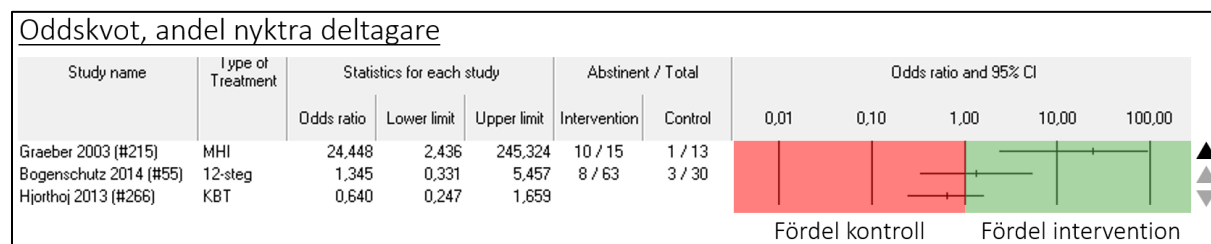
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Bogenschutz 2014 [55] Måttlig 23%	121	12-steps facilitering (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion abstinent from alcohol, past 90 d (Form 90- A/TLFB): %	%	▲
Graeber 2003 [215] Måttlig 7%	28	MI (MHI) vs Uppmärksamhetskontroll: Utbildningsinsats	Participants abstinent (alcohol), past 30 days (BDP)	%	▲
Hjorthoj 2013 [266] Låg	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Abstinence from cannabis (TLFB, 30 days)	OR (CI)	▼

34%					
-----	--	--	--	--	--

INT = integrerad insats utvärderas; ; **KBT** = kognitiv betetendeterapi; **MHI** = Motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 1.1.6.2.1. Andel substansfria deltagare, 3≤12 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar oddsquoten för andel substansfria deltagare mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.6.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande högre oddsquot för substansfria deltagare (OR 1,3 till 24) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [55, 215]. I en av dessa studier var effekten statistiskt säkerställd [215].

I en studie sågs en lägre oddsquot för substansfria deltagare (OR 0,6) vid behandling jämfört med kontroll [266]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Bogenschutz 2014 har misslyckad randomisering [55].

1.1.6.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 252 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Vissa brister	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier, samt delvis misslyckad randomisering i en studie [55]. Två avdrag (precision) eftersom resultatet baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare samt att det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt. Vissa brister i överförbarhet på grund av att endast cannabis- och alkohol-beroende representeras i analysen, ledde inte till några ytterligare avdrag.

1.1.6.2.2 Subgrupp behandlingstyp, 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.1.6.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast en jämförelse [266].

1.1.7 Psykiska symtom

1.1.7.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.7.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

7 jämförelser [58, 291, 334, 340, 342, 343, 395].

Tabell 1.1.7.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Bonsack 2011 [58] Måttlig 18%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative): Md (range)	-	◄► positive ◄► negative Totalt: ◄►
Johnson 2019 [291] Måttlig 33%	371	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative)	Coeff (95% CI)	▲ positive ▲ negative Totalt: ▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 27%	64	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Positive psychotic symptoms (SAPS) (1) Negative psychotic symptoms (SANS) (2)	M (SD)	▼* SAPS ▼ SANS Totalt: ▼
Martino 2006 [340] Måttlig 23%	44	MI (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, general, positive, negative)	-	◄► general ◄► positive ▼ negative Totalt: ◄►
McDonell 2017 [342] Måttlig 24%	79	Förstärkning av nykterhet (Förstärkningsmetod) vs Ersättning utan krav	Psychiatric symptom severity (PANSS, subscale not specified) no numbers reported	-	◄►
McDonell 2013 [343] Måttlig 28%	176	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Ersättning utan krav	Psychiatric symptom severity (PANSS, Excitement)	M (SD)	▲
O'Connell 2020 [395] (4) Måttlig 41%	137	Färdighetsträning med eller utan socialt stöd (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative)	M (SD)	▽ positive △ negative Totalt: ◄►

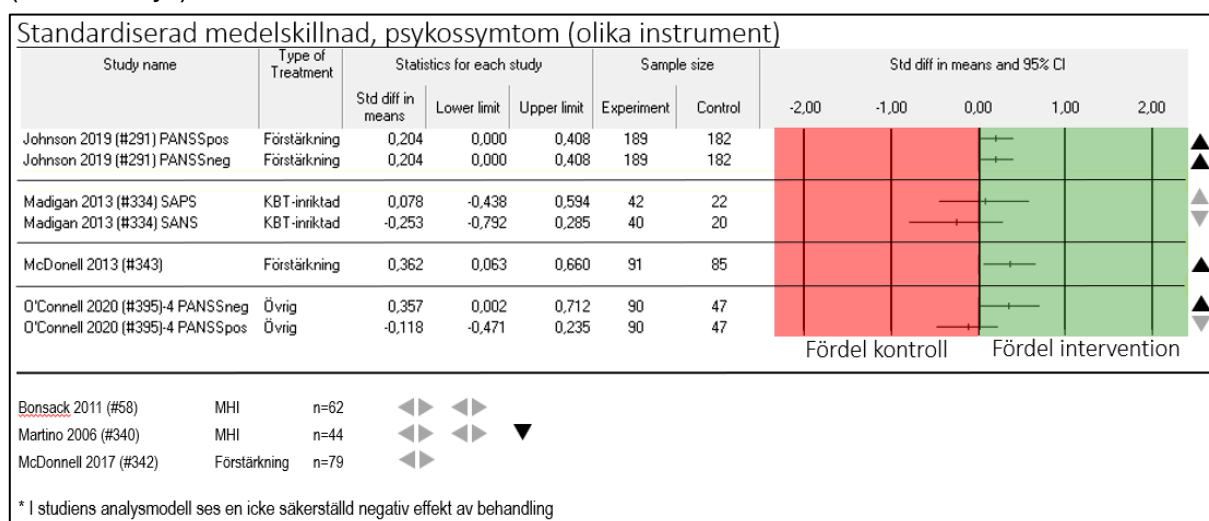
INT = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing (motiverande samtal); **PANSS** = Positive and Negative Syndrome Scale; **SAPS/SANS** = Scale for the Assessment of Positive Symptoms / Scale for the Assessment of Negative Symptoms.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning).

• I studiens analysmodell ses en negativ effekt av behandling på utfallet SAPS. När slutvärden används ses i stället en positiv effekt av behandling (se Figur 1.1.7.1.1). Effekten är inte statistiskt säkerställd något av fallen.

Figur 1.1.7.1.1 Psykossymtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykossymtom (mätt med olika skalor) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje. Längst ner: Tre studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.7.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I två studier visade resultaten för psykossymtom, mätt med olika mått, totalt sett på en statistiskt säkerställd positiv effekt vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [291, 343].

I en studie sågs totalt sett en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [334]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I fyra studier hade resultaten för psykossymtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt säkerställd [58, 340, 342, 395].

Kommentar till analyserade studier:

- McDonnell 2013 rapporterar och kommenterar endast delskalan excitement från PANSS, trots att man i metoden beskriver att man ska mäta både BSI och PANSS (delskalor är inte specificerade) [343].
- Graham 2016 lämnas utanför analysen eftersom det är enda studien som inte mäter psykossymtom [216].

1.1.7.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykossymtom. Lägre symtombörda 0≤3 månader efter påbörjad behandling

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling

Studier och deltagare: 7 studier, totalt 933 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i de flesta studierna samt risk för rapporteringsbias i en studie [343]. Ett avdrag (samstämmighet) då resultat i en studie visar på en statistiskt säkerställd negativ effekt av behandling. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

1.1.7.1.2 Förstärkningsmetoder (subgruppsanalys), 0-3 månader

Psykosiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [291, 342, 343].

Tabell 1.1.7.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Johnson 2019 [291] Måttlig 33%	371	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative)	Coeff (95% CI)	▲ ▲ Totalt: ▲
McDonell 2017 [342] Måttlig 24%	79	Förstärkning av nykterhet (Förstärkningsmetod) vs Ersättning utan krav	Psychiatric symptom severity (PANSS, subscale not specified) no numbers reported	-	◀ ▶
McDonell 2013 [343] Måttlig 28%	176	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Ersättning utan krav	Psychiatric symptom severity (PANSS, Excitement)	M (SD)	▲

PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykosiska symtom (projektgruppens bedömning)

För skogsdiagram se Figur 1.1.7.1.1.

1.1.7.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I två studier visade resultaten för psykosymtom, mätt med olika mått, totalt sett en statistiskt säkerställd positiv effekt vid tillägg av förstärkningsmetod utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [291, 343].

I en studie hade resultaten för psykosymtom ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt säkerställd [342].

Kommentar till analyserade studier:

- McDonell 2013 rapporterar och kommenterar endast subskalan excitement från PANSS, trots att man i metoden beskriver att man ska mäta både BSI och PANSS [343].

1.1.7.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykossymtom. Lägre symtombörda 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Förstärkningsmetod som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 626 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Vissa brister	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall samt risk för rapporteringsbias i en studie [343]. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt. Vissa brister i överförbarheten på grund av att två studier är från USA, med ett annat socialförsäkringssystem, vilket kan påverka effekten av interventionen. Endast en typ av förstärkning användes (ekonomisk ersättning). Totalt resulterade detta i tre avdrag.

1.1.7.1.3 KBT-inriktad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [334, 459].

1.1.7.1.4 Motivationshöjande insatser (subgruppsanalys), 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [58, 216, 340].

Tabell 1.1.7.1.4 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Bonsack 2011 [58] Måttlig 18%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative): Md (range)	-	◄► positive ◄► negative Totalt: ◄►
Graham 2016 [216] Måttlig 15%	53	Kort motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Symptoms of anxiety (HADS) Symptoms of depression (HADS)	Difference in means (95% CI)	▲ anxiety ▲ depression Totalt: ▲
Martino 2006 [340] Måttlig 23%	44	MI (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, general, positive, negative)	-	◄► general ◄► positive ▼ negative Totalt: ◄►

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **MHI** = motivationshöjande insats; **MI** = motivational interviewing (motiverande samtal); **PANSS** = Positive and Negative Syndrome Scale.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

§ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

Inget skogsdiagram

1.1.7.1.4.1 Beräknad effekt – SWiM

I en studie visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett på en positiv effekt vid tillägg av motivationshöjande insatser utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling. Effekten var inte statistiskt säkerställd [216].

I två studier hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt säkerställd [58, 340].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

1.1.7.1.4.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Motivationshöjande insats som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 159 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (−2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Totalt tre avdrag (risk för bias, precision), på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall, obindad intervention) samt att underlaget baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare och att det sannolikt att effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.7.1.5 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast en jämförelse [58].

1.1.7.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.7.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

13 jämförelser [34, 35, 36, 58, 266, 279, 334, 342, 343, 395, 564, 786, 867].

Tabell 1.1.7.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative)	M (SD)	▲ total ▲ positive* ▲ negative Totalt: ▲
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative, general)	M (SD)	▼ total ▲ positive** ▲ negative** ▼ general*** Totalt: ◄►
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative)	M (SD)	▽ total ▽ positive △ negative Totalt: ◄►
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative): Md (range)	-	◄► positive ◄► negative Totalt: ◄►
Hjorthoj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, overall, positive, negative)	Difference in means (95% CI)	▼ overall ▲ positive ▼ negative Totalt: ◄►
James 2004 [279] Måttlig 8%	58	Samsjuklighetsprogram (MHI) vs En timmes utbildning-session	Psychopathology (BPRS, total)	M (SD)	▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 42%	50	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Positive psychotic symptoms (SAPS)(1), Negative psychotic symptoms (SANS)(2)	M (SD)	▲ Positive ▲ Negative Totalt: ▲
McDonell 2017 [342] Måttlig 24%	79	Förstärkning av nykterhet (Förstärkningsmetod) vs Ersättning utan krav	Psychiatric symptom severity (PANSS, subscale not specified)	-	◄►

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt§
McDonell 2013 [343] Måttlig 39%	176	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Ersättning utan krav	Psychiatric symptom severity (PANSS, Excit)	M (SD)	▲
O'Connell 2020 [395] (4) Måttlig 53%	137	Färdighetsträning med eller utan socialt stöd (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative)	M (SD från SE)	△ positive △ negative Totalt: △
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Depressive symptoms (QIDS-C): Regression: B (SE)	-	▲
Eack 2015 [786] Måttlig 42%	31	Cognitive enhancement therapy (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	General psychopathology (BPRS)	M (SD)	▼
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, negative, general)	-	◀▶ negative ◀▶ general Totalt: ◀▶

INT = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats;

MI = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **PANSS** = Positive and Negative Syndrome Scale; **QIDS** = Quick Inventory of Depressive Symptoms; **BPRS** = Brief Psychiatric Rating Scale.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

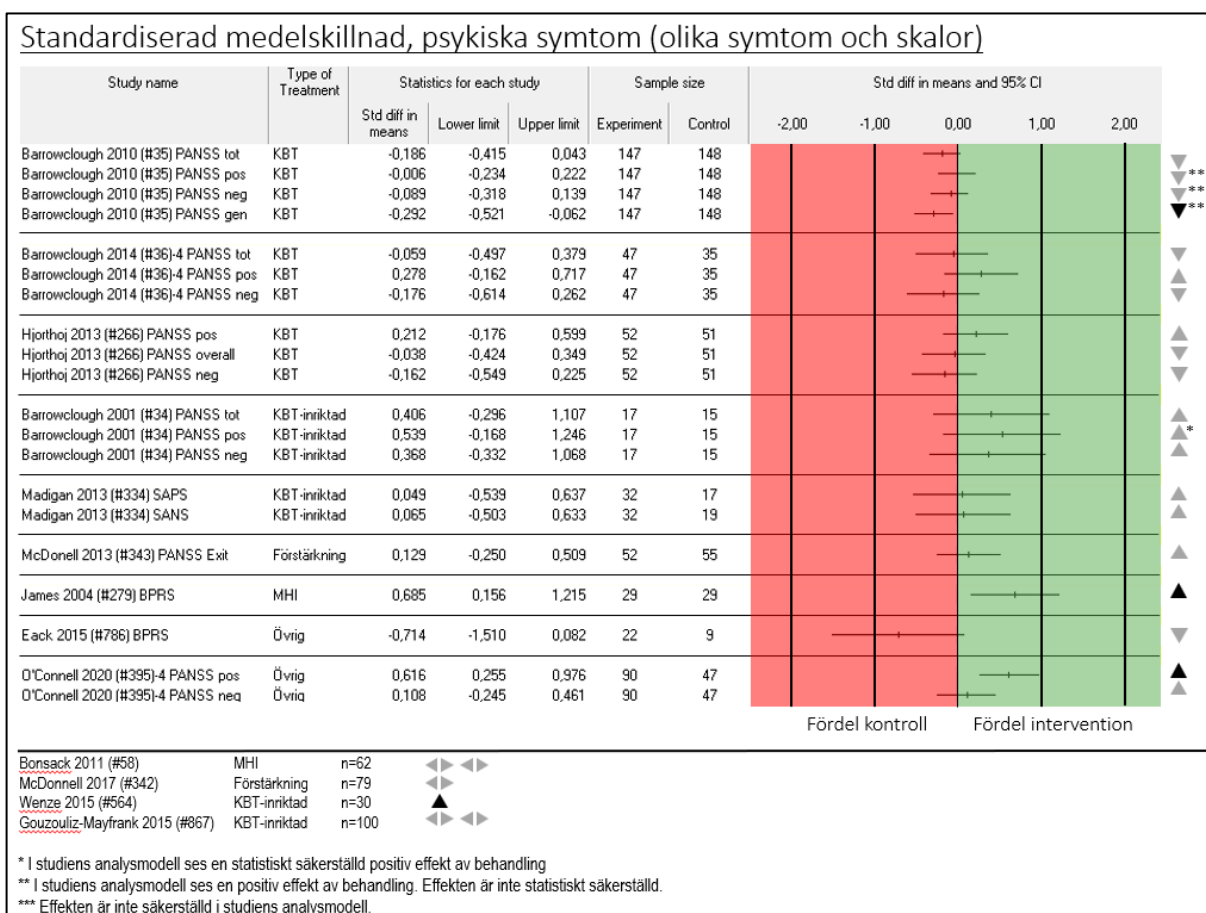
§ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (se Figur 1.1.7.2.1).

** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling. När slutvärden används ses en negativ effekt av behandling (se Figur 1.1.7.2.1). I inget av fallen är effekten statistiskt säkerställd.

*** När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd negativ effekt av behandling (Figur 1.1.7.2.1).

Figur 1.1.7.2.1 Psykiska symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika skolor) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje. Längst ner: Fyra studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.7.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I sex studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, på en positiv effekt vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [34, 279, 334, 343, 395, 564]. I två av studierna var effekten statistiskt säkerställd [279, 564].

I en studie visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [786]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I sex studier hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [35, 36, 58, 266, 342, 867].

Kommentar till analyserade studier:

- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.7.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 13 studier, totalt 1 211 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (samstämmighet) då det finns studier i underlaget som visar på både positiv och negativ effekt av behandling. Ett avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.7.2.2 KBT (subgruppsbehandling), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [35, 36, 266].

Tabell 1.1.7.2.2. Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative, general)	M (SD)	▼ total ▲ positive* ▲ negative* ▼ general** Totalt: ◄►
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative)	M (SD)	▽ total ▽ positive △ negative Totalt: ◄►
Hjorthoj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, overall, positive, negative)	Difference in means (95% CI)	▼ overall ▲ positive ▼ negative Totalt: ◄►

INT = integrerad behandling utvärderas; **PANSS** = Positive and Negative Syndrome Scale.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

För skogsdiagram se Figur 1.1.7.2.1

* I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling. Effekten är inte statistiskt säkerställd.

** När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd negativ effekt av behandling (se Figur 1.1.7.2.1).

1.1.7.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I samtliga tre studier hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [35, 36, 266].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

1.1.7.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykossymtom. Lägre symtombörda >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 457 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (–2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Totalt tre avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall, oblandad intervention) samt bristande precision (sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt).

1.1.7.2.3 KBT-inriktad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

4 jämförelser [34, 334, 564, 867].

Tabell 1.1.7.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative)	M (SD)	▲ total ▲ positive ▲ negative Totalt: ▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 42%	49	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Positive psychotic symptoms (SAPS), Negative psychotic symptoms (SANS)	M (SD)	▲ Positive ▲ Negative Totalt: ▲
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	30 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Depressive symptoms (QIDS-C)	-	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, negative, general)	-	◄► negative ◄► general Totalt: ◄►

INT = integrerad behandling utvärderas; *KBT* = kognitiv beteendeterapi; *MI* = Motivational Interviewing (motiverande samtal); *SAPS/SANS* = Scale for the Assessment of Positive Symptoms/Scale for the Assessment of Negative Symptoms; *PANSS* = Positive and Negative Syndrome Scale; *QIDS* = Quick Inventory of Depressive Symptoms.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriiktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

För skogsdiagram se Figur 1.1.7.2.1.

1.1.7.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I tre studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett på en positiv effekt av KBT-inriktad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [34, 334, 564]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd [564].

I en studie visade resultaten för psykiska symtom på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte var statistiskt säkerställd [786].

I en studie hade resultaten för psykiska symtom totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [867].

Kommentar till analyserade studier:

- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.7.2.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT-inriktad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 211 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i en studie samt oklart bortfall i en annan. Två avdrag (precision) då analysen baseras på fyra studier med totalt sett relativt få deltagare samt att det oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

1.1.7.2.4 Motivationshöjande insatser (subgruppsanalys), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [58, 279].

1.1.7.2.5 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

7 jämförelser [34, 35, 36, 58, 266, 564, 867].

Tabell 1.1.7.2.5 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt\$
Barrowclough 2011 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative)	M (SD)	▲ total ▲ positive ▲ negative Totalt: ▲
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative, general)	M (SD)	▼ total ▲ positive* ▲ negative* ▼ general** Totalt: ◀▶

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Bedömning total effekt§
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, total, positive, negative)	M (SD)	▽ total ▽ positive △ negative Totalt: ◄►
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, positive, negative): Md (range)	-	◄► positive ◄► negative Totalt: ◄►
Hjorthøj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric symptom severity (PANSS, overall, positive, negative)	Difference in means (95% CI)	▼ overall ▲ positive ▼ negative Totalt: ◄►
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	30 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Depressive symptoms (QIDS-C)	-	▲
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	PANSS negative (1), general (2) Psychiatric symptom severity (PANSS, negative, general)	-	◄► negative ◄► general Totalt: ◄►

INT = integrerad behandling utvärderas; **MHI** = motivationshöjande insats; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PANSS** = Positive and Negative Syndrome Scale; **QIDS** = Quick Inventory of Depressive Symptoms.

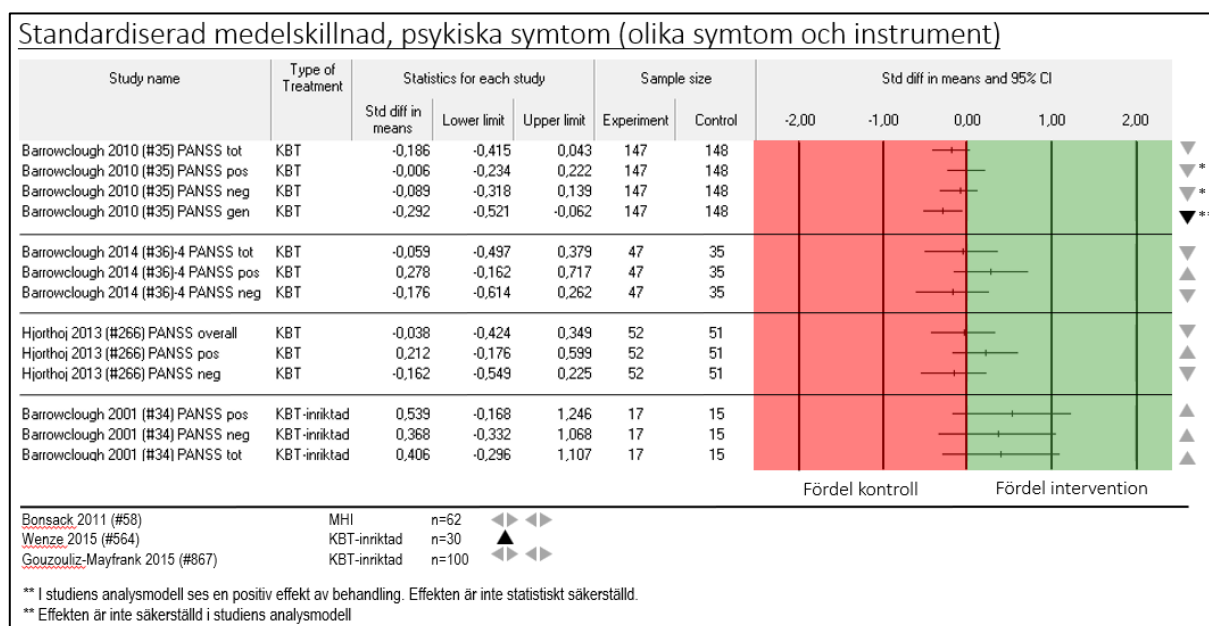
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

§ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

* I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling. När slutvärden används ses en negativ effekt av behandling (se Figur 1.1.7.2.5). Effekten är inte statistiskt säkerställd i något av fallen.

** När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd negativ effekt av behandling (se Figur 1.1.7.2.5).

Figur 1.1.7.2.5 Psykossymtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykossymtom (olika instrument) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått rapporteras skiljs åt med en horisontell linje. Längst ner: Tre studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.7.2.5.1 Beräknad effekt – SWiM

I två studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett på en positiv effekt av integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [34, 564]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd [564].

I fem studier hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [35, 36, 58, 266, 867].

Kommentar till analyserade studier:

- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.7.2.5.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykossymtom. Lägre symtombörda >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 7 studier, totalt 681 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (RoB) på grund av stort bortfall i två studier samt oklart bortfall i en studie. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.8 Funktion

1.1.8.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.8.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

5 jämförelser [858, 334, 340, 395, 867].

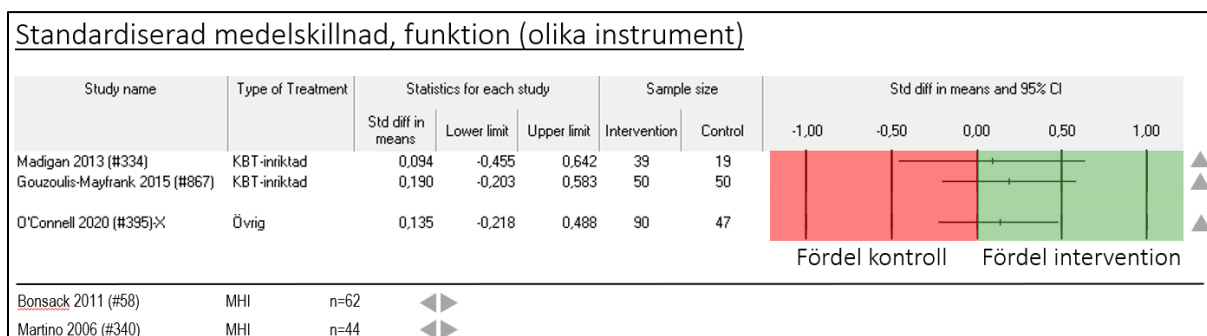
Tabell 1.1.8.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF): Md (range)	-	◀▶
Madigan 2013 [334] Måttlig 27%	58	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF)	M (SD)	▲
Martino 2006 [340] Måttlig 23%	44	MI (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Psychiatric functioning (GAS)	-	◀▶
O'Connell 2020 [395] (4) Måttlig 41%	137	Färdighetsträning med eller utan socialt stöd (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Social functioning (SFS)	M (SD från SE)	△
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF) Data extracted from figure	M (SD från konfidens- intervall)	△

GAF = Global Assessment of Function; **GAS** = Global Assessment Scale; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **MI** = Motivational Interviewing; **SFS** = Social Functioning Scale.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 1.1.8.1.1 Funktion, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i funktion (olika typer av funktion, mätt med olika skalor) mellan intervention och kontroll. Längst ner: Tre studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

1.1.8.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I tre studier visade resultaten för olika typer av funktion, mätt med olika mått, på positiv effekt av psykologisk eller psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [334, 395, 867]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I två studier sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data [58, 340].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer

1.1.8.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Funktion. Högre funktion, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 401 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.8.1.2 Subgrupp behandlingstyp, 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.1.8.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast en jämförelse [867].

1.1.8.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.8.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

9 jämförelser [34, 35, 36, 58, 266, 334, 395, 564, 867].

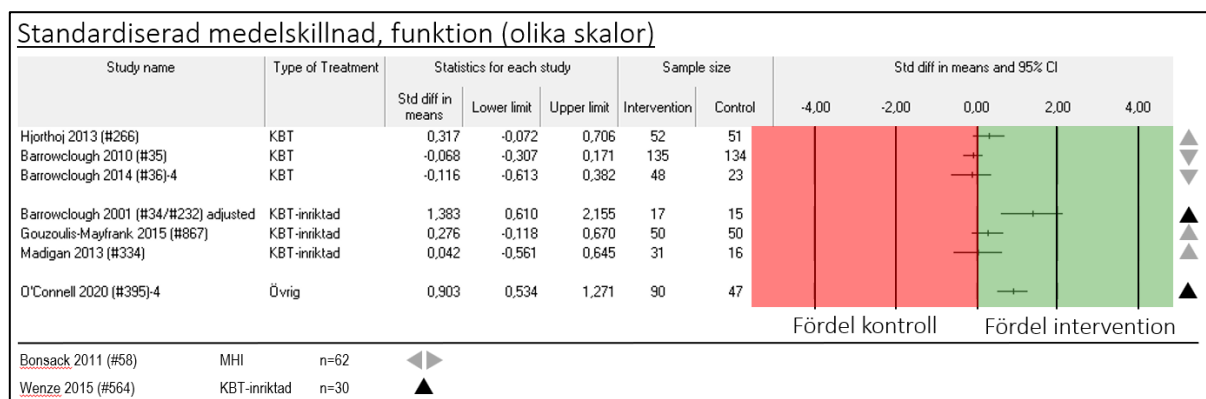
Tabell 1.1.8.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD) Baslinjejusterat*	▲
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD)	▼
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD)	▽
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF): Md (range)	-	◀▶
Hjorthøj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trail Making test: B NR, NS	Coeff (95% CI)	▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 42%	47	Grupp-intervention (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
O'Connell 2020 [395] (4) Måttlig 53%	137	Färdighetsträning med eller utan socialt stöd (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Social functioning (SFS)	M (SD beräknat från SE)	△
Wenze 2015 [564] Måttlig 26%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT- inriktad) vs Utökad uppföljning	Functional Impairment (WHODAS2.0)	-	▲
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF) Data extracted from figure	M (SD)	▲

GAF = Global Assessment of Function; **GAS** = Global Assessment Scale; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); ; **NR** = inte rapporterat; **SFS** = Social Functioning Scale; **WHODAS** = WHO Disability Assessment Schedule.
 Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.
 * När baslinjejusterade värden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. Utan baslinjejustering är effekten inte statistiskt säkerställd.

Figur 1.1.8.2.1 Funktion, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden av funktion (olika typer av funktion, mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Längst ner: Två studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.8.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I sex studier visade resultaten för olika typer av funktion, mätt med olika instrument, på en positiv effekt av psykologisk eller psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling

jämfört med enbart sedvanlig behandling [34, 266, 334, 395, 564, 867]. I två av studierna var effekten statistiskt säkerställd [34, 564]. I en studie, som saknade statistisk analys av jämförelsen, sågs i ett skogsdiagram en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling jämfört med kontroll [395].

I två studier visade resultaten för funktion på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [35, 36].

I en studie sågs ingen statistiskt säkerställd effekt av behandling jämfört med kontroll, och effektriktningen gick inte att utläsa från data [58].

Kommentar till analyserade studier:

- Sju studier mäter generell (global) funktion, en studie mäter social funktion och en studie kognitiv funktion.
- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.8.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Funktion. Högre funktion, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 9 studier, totalt 864 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.8.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [35, 36, 266].

Tabell 1.1.8.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD)	▼
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD)	▽
Hjorthoj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trail Making test	Coeff (95% CI)	▲

GAF = Global Assessment of Function; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **MHI** = motivationshöjande insats;
MI = Motivational Interviewing (motiverande samtal).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två
pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej
säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 1.1.8.2.1

1.1.8.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I en studie visade resultaten för funktion på en positiv effekt av KBT som tillägg till sedvanlig
behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling. Effekten var inte statistiskt säkerställd
[266].

I två studier visade resultaten för funktion på en negativ effekt av behandling jämfört med
kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna [35, 36].

Kommentar till analyserade studier:

- Två studier mäter global funktion [35, 36], en studie mäter kognitiv funktion [266].
- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9
månader) [36].

1.1.8.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmaßt: Funktion. Högre funktion, >3≤12 månader efter påbörjad behandling

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört enbart sedvanlig behandling

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 457 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Vissa brister	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (–2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias, överförbarhet) på grund av bortfall samt att
populationen inkluderad i underlaget inte är helt representativ för populationen generellt (ung
ålder, få kvinnor, ingen studie med alkohol). Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den
sammanväga effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.8.2.3 KBT-inriktad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

4 jämförelser [34, 334, 564, 867].

Tabell 1.1.8.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF)	M (SD) Baslinjejusterat*	▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 42%	47	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF)	M (SD)	▲
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Functional Impairment (WHODAS2.0): B (SE)	-	▲
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF) Data extracted from figure	M (SD)	▲

GAF = Global Assessment of Function; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi;

MHI = motivationshöjande insats; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **NR** = inte rapporterat;

WHODAS = WHO Disability Assessment Schedule.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* När baslinjejusterade värden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. Utan baslinjejustering är effekten inte statistiskt säkerställd.

För skogsdiagram se Figur 1.1.8.2.1.

1.1.8.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I fyra studier visade resultaten för olika typer av funktion, mätt med olika mått, på en positiv effekt av KBT-inriktad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [34, 334, 564, 867]. I två av studierna var effekten statistiskt säkerställd [34, 564].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

1.1.8.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Funktion. Högre funktion >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT-inriktad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 208 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (–1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (–2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i en studie samt oklart bortfall i en studie. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att effekten inte är skild från nolleffekt, samt att resultatet baseras på fyra studier med totalt sett få deltagare.

1.1.8.2.4 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

7 jämförelser [34, 35, 36, 58, 266, 564, 867].

Tabell 1.1.8.2.4 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Barrowclough 2001 [34] Måttlig 11%	32 INT	Integrerad MI-KBT (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD) Baslinjejusterat*	▲
Barrowclough 2010 [35] Måttlig 18%	275 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD)	▼
Barrowclough 2014 [36] (4) Måttlig 28%	79 INT	MI-KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF, total)	M (SD)	▽
Bonsack 2011 [58] Måttlig 13%	62 INT	Motiverande insats (MHI) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF): Md (range)	-	◀▶

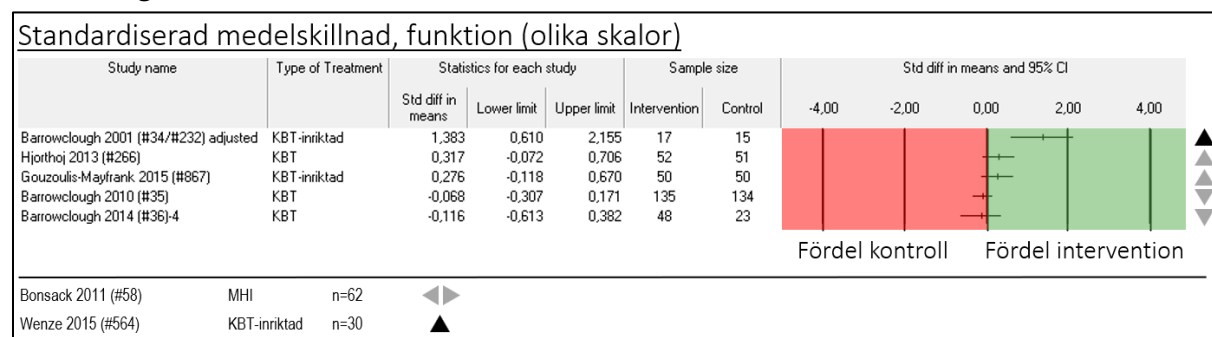
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hjorthøj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trail Making test	Coeff (95% CI)	▲
Wenze 2015 [564] Måttlig 20%	29 INT	Integrerat program för vårdövergång (KBT-inriktad) vs Utökad uppföljning	Functional Impairment (WHODAS2.0)	-	▲
Gouzoulis-Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Global functioning (GAF) Data extracted from figure	M (SD)	▲

GAF = Global Assessment of Function; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi;

MI = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **NR** = inte rapporterat; **WHODAS** = WHO Disability Assessment Schedule.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 1.1.8.2.4 Funktion, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i funktion (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Längst ner: Två studier saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.8.2.4.1 Beräknad effekt – SWiM

I fem studier visade resultaten för olika typer av funktion, mätt med olika mått, på en positiv effekt av integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [34, 266, 395, 564, 867]. I två av studiernas analysmodeller var effekten statistiskt säkerställd [34, 564]. I en av studierna saknades statistisk analys av jämförelsen, men i ett skogsdiagram sågs en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling jämfört med kontroll [395].

I två studier visade resultaten för funktion på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [35, 36].

I en studie sågs ingen statistiskt säkerställd effekt av behandling jämfört med kontroll, och effektriktningen gick inte att utläsa från data [58].

Kommentar till analyserade studier:

- Barrowclough 2014 har två sammanslagna armar med olika behandlingslängd (4,5 och 9 månader) [36].

1.1.8.2.4.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Funktion. Högre funktion >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 7 studier, totalt 680 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (–1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (–2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flertalet studier samt oklart bortfall i en studie. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

1.1.9 Livskvalitet

1.1.9.1 Uppföljning 0-3 månader

1.1.9.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Livskvalitet vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [291, 334].

1.1.9.2 Uppföljning 3-12 månader

1.1.9.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

3 jämförelser [266, 334, 867].

Tabell 1.1.9.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hjorthoj 2013 [266] Låg 34%	103 INT	CapOpus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Quality of Life (MANSA): Marginal mean (95% CI)	M difference (95% CI) LMM	▲
Madigan 2013 [334] Måttlig 42%	48	Grupp-intervention (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Subjective quality of life (WHOQOL. BREF): mixed effects, repeated measures analysis of variance	M (SD)	▲*
Gouzoulis- Mayfrank 2015 [867] Måttlig NR	100 INT	Integrerad behandling (KBT-inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	General satisfaction with life (FLZ): Group X time p-value	-	◀▶

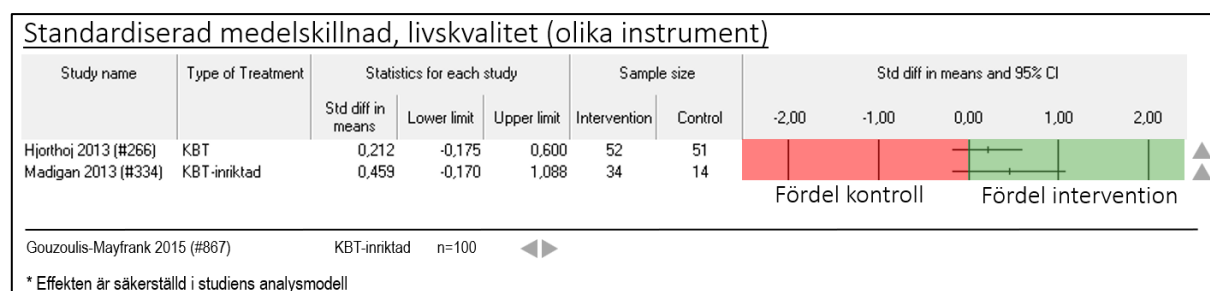
FLZ = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi;

MANSA = Manchester Short Assessment of Quality of Life; **WHOQOL** = WHO Quality of Life.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* Enligt studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 1.1.9.2.1)

Figur 1.1.9.2.1 Livskvalitet, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i livskvalitet (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Längst ner: En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

1.1.9.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande genomsnittlig högre livskvalitet (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [226, 334]. I en av dessa studier var skillnaden statistiskt säkerställd i studiens analysmodell [334].

I en studie, med data som inte gick att illustrera i ett skogsdiagram sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data [867].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

1.1.9.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Livskvalitet. Högre livskvalitet, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 251 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Vissa brister	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall två studier samt oklart bortfall i en studie. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt, samt att resultatet baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare. Vissa brister i överförbarhet, inga alkoholstudier och inga bipolärstudier, inget avdrag.

1.1.9.2.2 Subgrupp behandlingstyp, 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.1.9.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [266, 867].

1.2 Jämförelser mot aktiv behandling

Jämförelser mellan olika typer av aktiv psykologisk eller psykosocial behandling vid svår psykisk sjukdom.

Tabell 1.2 Beskrivning av studier i analys.

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Barrowclough 2014 [36] (1)	Cannabis- beroende Psykos	n=75 25 år 9%	Integrerad MI-KBT (kort behandling), <i>dubbelt fokus</i> Integrerad MI-KBT (lång behandling), <i>dubbelt fokus</i> 4,5–9 månader	KBT KBT	CM och krisstöd, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i>	- 27 %
Mueser 2013 [365]	SUD Schizofreni	n=108 34 år 30 %	Familje- intervention, <i>dubbelt fokus</i> Familjeutbildning, <i>dubbelt fokus</i> 18 månader	Familje- behandling Psyko- edukation	CM, Läkemedels- behandling, yrkesinriktad rehab, remiss för behandling av beroendet, <i>fokus psykiatri</i>	- 22 %
Weiss 2009 [560]	SUD Bipolär sjukdom	n=61 38 år 41%	Integrerad grupp- terapi, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> 12-steg, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 3 månader	KBT-inriktad 12-steg	Stämningsstabiliserande läkemedelsbehandling, <i>fokus psykiatri</i>	Inte rapport erat
Weiss 2007 [561]	SUD Bipolär sjukdom	n=62 42 år 56%	Integrerad grupp- terapi, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> 12-steg, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 5 månader	KBT-inriktad 12-steg	Läkemedelsbehandling, tillåtet med individuell terapi och att delta i AA/NA- grupp, <i>varierande</i> <i>fokus</i>	Inte rapport erat
González- Ortega 2022 [684]	Cannabis- beroende Psykos	n=65 26 år 28%	KBT, <i>dubbelt fokus</i> Sedvanlig psykosvård, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i> 4 månader	KBT KBT-inriktad	Läkemedelsbehandling för psykisk sjukdom, <i>fokus psykiatri</i>	- 49 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Herman 2000 [871]	SUD/AUD Blandade diagnoser	n=429 33 (7) år 26%	Heldygns- behandling med samsjuklighets- fokus, <i>dubbelt fokus</i> Sedvanlig psykiatrisk heldygns- behandling, <i>fokus psykiatri</i> 4 veckor	12-steg Övrig	Stabilisering av akuta besvär, läkemedelsbehandling, <i>varierande fokus</i>	13 % 12 %

AUD = alcohol use disorder; **CM** = case management; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MI** = motivational interviewing (motiverande samtal); **SUD** = substance use disorder; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Fokus substansbruk = behandlingen har fokus på beroendetillståndet, *fokus psykiatri* = behandling har fokus på det psykiatriska tillståndet, *dubbelt fokus* = behandlingen har fokus på både beroendetillståndet och det psykiatriska tillståndet, *varierande fokus* = behandlingsfokus kan variera mellan deltagare.

För studier med fler än två armar indikeras den specifika jämförelsen med en siffra inom parentes.

* Med sedvanlig behandling avses den behandling som alla deltagare i studien får oavsett om det är behandling som deltagarna redan får utanför studien eller om det ingår som en del av studien.

**Upp till och med tre månader efter påbörjad behandling.

***Mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling.

1.2.1 Dagar med substansbruk

1.2.1.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.1.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning. [560].

1.2.1.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.1.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning. [36, 365, 560, 561, 871].

1.2.1.2.2 Behandlingstyp

Dagar med substansbruk vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.2.1.2.3 Integrerad behandling, 3-12 månader

Dagar med substansbruk vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast 1 jämförelse [871].

1.2.2 Dagar med intensivkonsumtion

1.2.2.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.2.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [560].

1.2.2.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.2.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [560].

1.2.3 Mängd substansintag

1.2.3.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.3.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning. Inga jämförelser.

1.2.3.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.3.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [36, 684].

1.2.4 Mängd substansintag per tillfälle

1.2.4.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.4.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning. Inga jämförelser.

1.2.4.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.4.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [36]

1.2.5 Beroendets svårighetsgrad

1.2.5.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.5.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [36].

1.2.5.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.5.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [365, 560, 561].

1.2.5.2.2 Behandlingstyp, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.2.5.2.3 Integrerad behandling, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Inga jämförelser.

1.2.6 Antal substansfria deltagare

1.2.6.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.6.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [560].

1.2.6.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.6.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [560, 684].

1.2.7 Psykiska symtom

1.2.7.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.7.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [560]

1.2.7.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.7.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [36, 365, 560, 561, 684].

1.2.7.2.2 Behandlingstyp, 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.2.7.2.3 Integrerad behandling, 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast en jämförelse [684].

1.2.8 Funktion

1.2.8.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.8.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning. Inga jämförelser.

1.2.8.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.8.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [36, 365, 684].

1.2.8.2.2 Behandlingstyp, 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

1.2.8.2.3 Integrerad behandling, 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (jämförelse av två aktiva behandlingar vid svår psykisk sjukdom).

Ingen analys. Endast en jämförelse [684].

1.2.9 Livskvalitet

1.2.9.1 Uppföljning 0-3 månader

1.2.9.1.1 Alla studier, 0-3 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning. Inga jämförelser.

1.2.9.2 Uppföljning 3-12 månader

1.2.9.2.1 Alla studier, 3-12 månader

Ingen analys, se metodbeskrivning [365].

2. Depression, ångestsyndrom och ptsd

2.1 Jämförelser mot enbart sedvanlig behandling

Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling, vid depression, ångestsyndrom eller ptsd.

Tabell 2.1 Beskrivning av studier i analys.

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Baker 2010 [29/30] (2)	AUD Depression	n=145 46 år 61 %	MI-KBT, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 10 veckor	KBT -	Introduktions-session baserad på MI, samt självhjälpsmaterial, <i>dubbelt fokus</i>	- 26 %
Baker 2010 [29/30] (4)	AUD Depression	n=284 46 år 60 %	MI-KBT, tre olika fokus (tre sammanslagna armar): alkohol, depression eller integrerat, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 10 veckor	KBT -	Introduktions-session baserad på MI, samt självhjälpsmaterial, <i>dubbelt fokus</i>	- 16 %
Coffrey 2016 [122] (1)	AUD ptsd	n=85 35 år 44%	MET, <i>fokus psykiatri</i> Avslappning 8 veckor	Motivations- höjande insats Uppmärksam hetskontroll	6 veckors behandlings- program i heldygnsvård med daglig grupp- behandling, AA/NA möten, individuellt stöd. <i>Fokus substansbruk</i> Prolonged exposure (KBT) som en del av studieupplägget, <i>fokus psykiatri</i>	8 % 22 %
Coffrey 2016 [122] (4)	AUD ptsd	n=126 34 år 46%	Prolonged exposure med eller utan MET, <i>fokus psykiatri</i> Hälsoinformation plus avslappning 8 veckor	KBT Uppmärksam hetskontroll	6 veckors behandlings- program i heldygnsvård med daglig grupp- behandling, AA/NA möten, individuellt stöd, <i>fokus substansbruk</i>	26 % 22 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
DiNitto 2002 [156]	SUD Blandade diagnoser	n=97 33 år 53%	Good Chemistry Groups, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 4 veckor	Psyko- edukation -	Heldygnsvård med behandling utifrån Minnesota-modellen med avgiftning, 12- stegsmetodik, individuellt stöd, introduktion till AA. <i>Fokus substansbruk</i>	46 % -
Drebing 2007 [160]	SUD Blandade diagnoser	n=100 46 år 1%	Förstärkning av drogfrihet och arbetssökande, <i>fokus substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 8 månader	Förstärkning -	Arbetsmarknadsinsats med ersättning, <i>annat fokus</i>	- 12 %
Fals-Stewart 1992 [169] (3)	SUD OCD	n=60 33 år 26%	OCD behandling integrerad med behandling i terapeutiskt samhälle, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling med eller utan avslappning 6 veckor	KBT Uppmärksam hetskontroll	Behandling för beroende i terapeutiskt samhälle, i grupp och individuellt. <i>Fokus substansbruk</i>	5 % -
Foa 2013 [180] (1)	AUD ptsd	n=82 43 år 35%	Prolonged exposure + Naltrexon, <i>dubbelt fokus</i> Naltrexon + sedvanlig behandling 6 mån	KBT -	Stödbehandling baserat på BRENDA-modellen <i>fokus substansbruk</i>	- 50 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Foa 2013 [180] (2)	AUD ptsd	n=83 43 år 34%	Prolonged exposure + placebo, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i> Placebo + sedvanlig behandling 6 mån	KBT -	Stödbehandling baserat på BRENDA-modellen + placebo, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	- 47 %
Garland 2016 [193] (2)	SUD Blandade diagnoser	n=116 38 år 0%	Seeking Safety- baserad, 10 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 10 veckor	Övrig -	Innan randomisering: Terapeutiskt samhälle med psykoedukation kopplat till beroende, gruppterapi och färdighetsträning, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Efter randomisering: Interventionsgruppen får Seeking Safety i stället för gruppterapi	20 % -
Garland 2016 [193] (3)	SUD Blandade diagnoser	n=116 38 år 0%	Mindfulness- Oriented Recovery Enhancement (MORE), <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 10 veckor	Övrig -	Innan randomisering: Terapeutiskt samhälle med psykoedukation kopplat till beroende, gruppterapi och färdighetsträning, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Efter randomisering: Interventionsgruppen får MORE i stället för gruppterapi	22 % -
Hien 2009 [263]	SUD ptsd	n=353 39 år 100%	Seeking safety, 12 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Hälsoinformation + sedvanlig behandling 6 veckor	Övrig Uppmärksam hetskontroll	Behandling vid öppenvård för beroende, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	37 % 39 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Kushner 2013 [316]	AUD Ångest- syndrom	n=344 39 år 40%	Breaking the Drinking & Anxiety Connection, <i>dubbelt fokus</i> Avslappning + sedvanlig behandling 1 vecka	KBT-inriktad Uppmärksam hetskontroll	Behandling utifrån Minnesota modellen med 12- stegsmetodik i heldygnsvård, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	5% 30 %
McGovern 2015 [346] (2)	SUD ptsd	n=148 35 år 58%	Individual Addiction Counseling, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	12-steg -	Intensiv behandling för beroende i öppenvård individuellt och i grupp, läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	- 23 %
McGovern 2015 [346] (3)	SUD ptsd	n=146 35 år 60%	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	KBT -	Intensiv behandling för beroende i öppenvård individuellt och i grupp, läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	- 24 %
Mills 2012 [358]	SUD ptsd	n=103 34 år 62%	COPE, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 3 mån	KBT -	Behandling för beroende utifrån behov och tillgänglighet, såsom öppenvård, avgiftning och läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	20 % 25 %
O'Reilly 2019 [398]	AUD Egentlig depression	n=95 48 år 54%	Supportive text messages, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 6 månader	Övrig -	Innan randomisering: behandlingsprogram i heldygnsvård, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Efter randomisering: SMS med tack för deltagande. Valfri eftervård, psykiatrisk uppföljning, självhjälpsgrupp, <i>varierande fokus</i>	1 % 24 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Schacht 2017 [456]	ODD ptsd	n=58 37 år 79%	Förstärkning av behandlings- närvaro, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	Förstärkning -	Underhållsbehandling med metadon, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Exponeringsbaserad KBT som en del av studie- upplägget, <i>fokus psykiatri</i>	14 % 14 %
Schadé 2005 [457]	AUD Fobi	n=96 42 år 34 %	KBT för ångest + valfri behandling med SSRI, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 16 veckor	KBT -	Intensiv behandling för alkoholberoende i grupp, psykoedukation, disulfiram behandling vid behov. Öppenvård eller heldygnsvård. <i>Fokus</i> <i>substansbruk</i>	- 23 % (0% för alkohol- utfall)
Schäfer 2019 [458] (2)	SUD ptsd	n=228 41 år 100 %	Seeking safety, 16 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 16 veckor	Övrig -	Frihet att delta i annan valfri behandling för beroende, ptsd eller andra problem, <i>varierande fokus</i>	- 41 %
Schäfer 2019 [458] (3)	SUD ptsd	n=232 41 år 100 %	Återfalls- prevention, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 16 veckor	KBT -	Frihet att delta i annan valfri behandling för beroende, ptsd eller andra problem, <i>varierande fokus</i>	- 33 %
Stappenbeck 2015 [487] (2)	AUD ptsd	n=47 44 år 49%	Experiential Acceptance, <i>dubbelt fokus</i> Kostinformation 5 veckor	KBT Uppmärksam hetskontroll	Inte beskrivet	13 % -
Stappenbeck 2015 [487] (3)	AUD ptsd	n=51 44 år 49%	Cognitive restructuring, <i>dubbelt fokus</i> Kostinformation 5 veckor	KBT Uppmärksam hetskontroll	Inte beskrivet	13 % -

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Zlotnick 2009 [590]	SUD ptsd	n=49 35 år 100%	Seeking safety, 25 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 8 veckor	Övrigt -	Behandlingsprogram enligt 12 stegsmodellen i 3–6 månader under fängelsevistelse, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Studiens behandlingsavslut sammanfaller med frigivning från fängelse.	0 % 10 %
Peck 2023 [652] (1)	ODU ptsd	n=20 35 år 60%	Förstärkning av behandlings- närvaro, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	Förstärkning -	Underhållsbehandling med metadon, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Prolonged exposure som en del av studie-upplägget, <i>fokus psykiatri</i>	20 % -
Peck 2023 [652] (4)	ODU ptsd	n=30 38 år 63%	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings- närvaro, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	KBT -	Underhållsbehandling med metadon, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	20 % -
Simpson 2022 [683] (2)	AUD ptsd	n=63 44 år 54%	Cognitive Processing Therapy, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 7 veckor	KBT -	Fortsatt behandling med läkemedel för psykisk sjukdom och alkoholberoende (ej disulfiram), tilläts om insatt senast 3 månader innan rekrytering, <i>varierande fokus</i>	21 % -
Simpson 2022 [683] (3)	AUD ptsd	n=60 40 år 58%	Återfalls- prevention, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 7 veckor	KBT -	Fortsatt behandling med läkemedel för psykisk sjukdom och alkoholberoende (ej disulfiram), tilläts om insatt senast 3 månader innan rekrytering, <i>varierande fokus</i>	20 % -

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Agyapong 2012 [837, 838]	AUD Egentlig depression	n=54 49 år 54 %	Supportive text messages, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 3 mån	Övrig -	Innan randomisering: 4 veckors behandlings- program för samsjuklighet med psykoedukation och terapi (heldygnsvård), <i>dubbelt fokus</i> Efter randomisering: Frihet att delta i eftervårdsprogram och självhjälpsgrupper, <i>varierande fokus</i>	7 % 11 %
Daros 2024 [911]	SUD Blandade diagnoser	n=110 34 år 63%	iDBT, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Väntelista 4 veckor	Digital -	Inte beskrivet	6 % -
Shouten 2024 [984]	AUD Depression	n=163 25 år 78%	Beating the Booze, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling Oklar behandlingslängd	Digital	Depressionsbehandling enligt riktlinjer (olika psykologiska behandlingsprogram), <i>fokus</i> <i>psykiatri</i>	13 % 15%

AA = Anonyma alkoholister; **AUD** = Alcohol Use Disorder; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **iDBT** = Internet-delivered Dialectical Behavior Therapy; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **MI** = motivational interviewing; **NA** = Anonyma narkomaner; **OCD** = Obsessive Compulsive Disorder (tvångssyndrom); **ODU** = Opioid Use Disorder; **PTSD** = posttraumatic stress disorder; **SSRI** = Selektiva serotoninåterupptagshämmare; **SUD** = Substance use Disorder. Fokus substansbruk = behandlingen har fokus på beroendetillståndet, fokus psykiatri = behandling har fokus på det psykiatriska tillståndet, dubbelt fokus = behandlingen har fokus på både beroendetillståndet och det psykiatriska tillståndet, varierande fokus = behandlingsfokus kan variera mellan deltagare.

För studier med fler än två armar indikeras den specifika jämförelsen med en siffra inom parentes.

* Med sedvanlig behandling avses den behandling som alla deltagare i studien får oavsett om det är behandling som deltagarna redan får utanför studien eller om det ingår som en del av studien.

**Upp till och med tre månader efter påbörjad behandling.

***Mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling.

2.1.1 Andel substansfria dagar

2.1.1.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.1.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller PTSD).

6 jämförelser [156, 263, 398, 683, 837].

Tabell 2.1.1.1.1 Resultattabell SWiM.

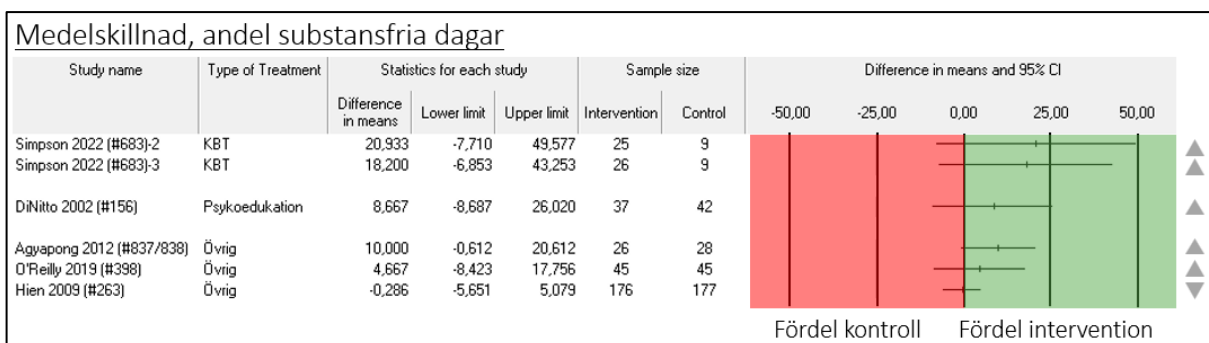
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
DiNitto 2002 [156] Måttlig 46%	68 INT	Good Chemistry Groups (Psykoedukation) vs Enbart sedvanlig behandling	Mean days alcohol or drugs used, past 30 days (ASI) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug use, past week (SUI) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 1%	90 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days, past 3 months, change score (TLFB) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	34+ INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days in past 30 days (Form 90) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	35+ ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days in past 30 days (Form 90) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Cumulative Abstinence Duration (TLFB), 3 months (transformerat till PDA)	M (SD)	▲

INT = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta

Figur 2.1.1.1.1 Andel substansfria dagar, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel (%) substansfria dagar (olika tidsintervall). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.1.1.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fem jämförelser en varierande genomsnittlig högre andel substansfria dagar (4 % till 21 %) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [156, 398, 683-2, 683-3, 837]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (0,3 %) vid behandling jämfört med kontroll [263]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 har ett avsevärt kortare tidsspänn, senaste veckan i stället för senaste 30 dagar eller 90 dagar som rapporteras i de andra studierna [263].
- 3 jämförelser med ptsd, 2 med depression och en med en blandad population
- Ytterligare en studie [346] beskrev att substansbruksdata skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte.
- I studien av Stappenbeck 2015 finns andel substansfria dagar rapporterat för de två interventionsarmarna, men inte för armen med enbart sedvanlig behandling [487].

2.1.1.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0-3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 jämförelser i 5 studier, totalt 634 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.1.1.1.2 Subgrupp behandlingstyp, 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Färre än tre jämförelser för alla behandlingstyper (förutom övrig, som inte analyseras separat).

2.1.1.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

5 jämförelser [156, 263, 398, 683, 837].

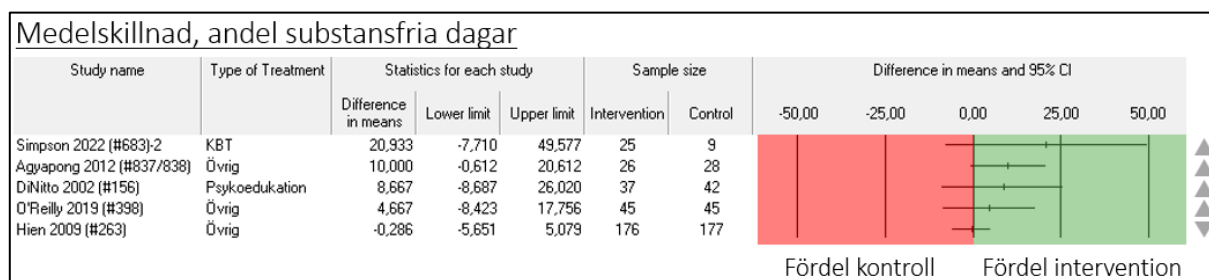
Tabell 2.1.1.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
DiNitto 2002 [156] Måttlig 46%	68 INT	Good Chemistry Groups (Psykoedukation) vs Enbart sedvanlig behandling	Mean days alcohol or drugs used, past 30 days (ASI) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug use, past week (SUI) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 1%	90 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days, past 3 months, change score (TLFB) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 24%	43 INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days in past 30 days (Form 90) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Cumulative Abstinence Duration (TLFB), 3 months (transformerat till PDA)	-	▲

ASI = Addiction Severity Index; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.1.1.1.3 Andel substansfria dagar, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel (%) substansfria dagar (olika tidsintervall).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.1.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra jämförelser en varierande högre genomsnittlig andel substansfria dagar (4 % till 21 %) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [156, 398, 683-2, 837]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie sågs en lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (0,3 %) vid behandling jämfört med kontroll [263]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 har ett avsevärt kortare tidsspann, senaste veckan i stället för senaste 30 dagar eller 90 dagar som de andra studierna rapporterar [263].
- Ytterligare en studie, McGovern 2015, beskrev att substansbruksdata skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].
- I Stappenbeck 2015 finns andel substansfria dagar rapporterat för de två interventionsarmarna, men inte för armen med enbart sedvanlig behandling och därför ingår den inte i denna analys [487].
- 2 studier med ptsd, 2 studier med depression, en studie med blandade diagnoser.

2.1.1.1.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 608 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av relativt stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.1.1.2 *Uppföljning 3-12 månader*

2.1.1.2.1 *Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader*

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

14 jämförelser [29, 122, 180, 263, 316, 346, 398, 458, 590, 837].

Tabell 2.1.1.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Baker 2010 [29] (4) Måttlig 16%	211 INT	MI-KBT, tre olika fokus: alkohol, depression eller integrerat (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Mean drinking days per week, past 2 weeks (TLFB)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (1) Låg 22%	42+ ptsd	MET (MHI) vs Avslappning	Per cent days abstinent, past 90 days, alcohol (TLFB), MLMM with ITT sample and accounting for missing data	M (SD beräknat från CI)	▽
Coffey 2016 [122] (4) Låg 22%	126+ ptsd	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Per cent days abstinent, past 90 days, alcohol (TLFB), model base data	M (SD beräknat från CI)	▽
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug or alcohol use, past week (SUI)	-	◀▶
Kushner 2013 [316] Måttlig 30%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection (KBT-inriktad) vs Avslappning	Drinking days per month, past 4 months (TLFB)	M (SD)	▲*
McGovern 2015 [346] (2) Måttlig 23%	87+ ptsd	Individual Addiction Counseling (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days* (TLFB)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	85+ INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days (TLFB)	M (SD)	▲
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 24%	71 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days, past 3 months, change score (TLFB)	M (SD)	▲
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	169+ INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug- and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲**
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	174+ ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug- and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Weeks Abstinent from substances, of 12 (ASI)	M (SD)	▼
Agyapong 2012 [837] Måttlig 11%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Cumulative Abstinence Duration (TLFB)	M (SD)	▲

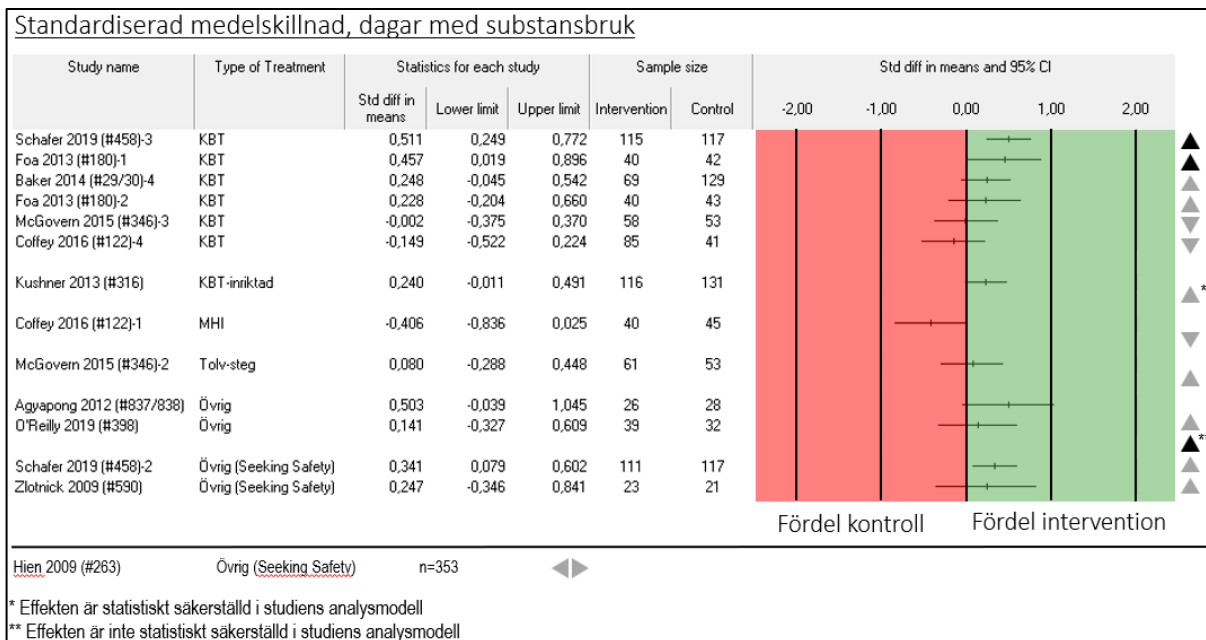
ASI = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back; **12-steg** = tolvstegsprogram.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 2.1.1.2.1).

** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.1.2.1).

Figur 2.1.1.2.1 Substansfria dagar, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdigram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för dagar med eller utan substansbruk (olika tidsintervall). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.1.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tio studier en varierande genomsnittlig positiv effekt med färre dagar med substansbruk (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [29-4, 180-1, 180-2, 316, 346-2, 837, 458-2, 458-3, 590, 398]. För två jämförelser var effekten statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [458-3, 316].

I tre jämförelser sågs en genomsnittlig negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [122-1, 122-4, 346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av dessa jämförelser.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data. [263].

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 rapporterar inga data utan kommenterar endast i text att vid samtliga mätpunkter finns ingen skillnad [263].
- Coffey 2016 (jämförelse 1) har en nästan signifikant negativt effekt. Jämförelsen undersöker om huruvida ett tillägg av en traumafokuserad motivationshöjande insats innan prolonged exposure kunde förbättra behandlingsutfall. Det verkar det inte göra. Men, det är inte en intervention som i första hand behandlar vare sig substansbruket eller det psykiatriska tillståndet [122].
- 10 jämförelser med ptsd, 3 studier med depression, en med ångest.

2.1.1.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 14 jämförelser i 10 studier, totalt 1 828 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Vissa brister	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flertalet studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt. Vissa brister i överförbarhet (överbäggande ptsd-diagnos och stor andel kvinnor i underlaget) resulterade inte i något ytterligare avdrag.

2.1.1.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

6 jämförelser [29, 122, 180, 346, 458].

Tabell 2.1.1.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Baker 2010 [29] (4) Måttlig 16%	211 INT	MI-KBT, tre olika fokus: alkohol, depression eller integrerat (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Mean drinking days per week, past 2 weeks (TLFB)	M (SD)	▲
Coffrey 2016 [122] (4) Låg 22%	126 ptsd	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Per cent days abstinent, past 90 days, alcohol (TLFB), model based data	M (SD) beräknat från CI)	▽
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days (TLFB)	M (SD)	▲
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	232 ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲

ASI = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.1.1.2.1

2.1.1.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra studier en varierande genomsnittlig positiv effekt med färre dagar med substansbruk (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [29-4, 180-1, 180-2, 458-3]. För en jämförelse var effekten statistiskt säkerställd i studiens analysmodell [458-3].

I två jämförelser sågs en varierande genomsnittlig negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [122-4, 346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av dessa jämförelser.

Kommentar till analyserade studier:

- 5 jämförelser med ptsd, 1 med depression. Ingen med ångestsyndrom.

2.1.1.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 jämförelser i 5 studier, totalt 845 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Vissa brister	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller relativt stort bortfall i flertalet studier. Ett avdrag på grund av bristande precision då det är oklart om effekten är skild från nolleffekt. Vissa brister (överförbarhet) på grund av att underlaget till övervägande del består av studier av ptsd ledde inte till några avdrag.

2.1.1.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

9 jämförelser [29, 180, 263, 316, 346, 398, 458, 590, 837].

Tabell 2.1.1.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Baker 2010 [29] (2) Måttlig 14%	131 INT	MI-KBT, integrerat fokus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Mean drinking days per week, past 2 weeks* (TLFB)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug use, past week (SUI)	-	◀▶
Kushner2013 [316] Måttlig 30%	344 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection (KBT-inriktad) vs Avslappning	Drinking days per month, past 4 months (TLFB)	M (SD)	▲*
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	146 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days* (TLFB)	M (SD)	▲
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 24%	71 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days, past 3 months, change score* (TLFB)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	228 INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲ **
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	49 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Weeks Abstinent, of 12 (ASI)	M (SD)	▼
Agyapong 2012 [837] Måttlig 11%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Cumulative Abstinence Duration (TLFB)	M (SD)	▲

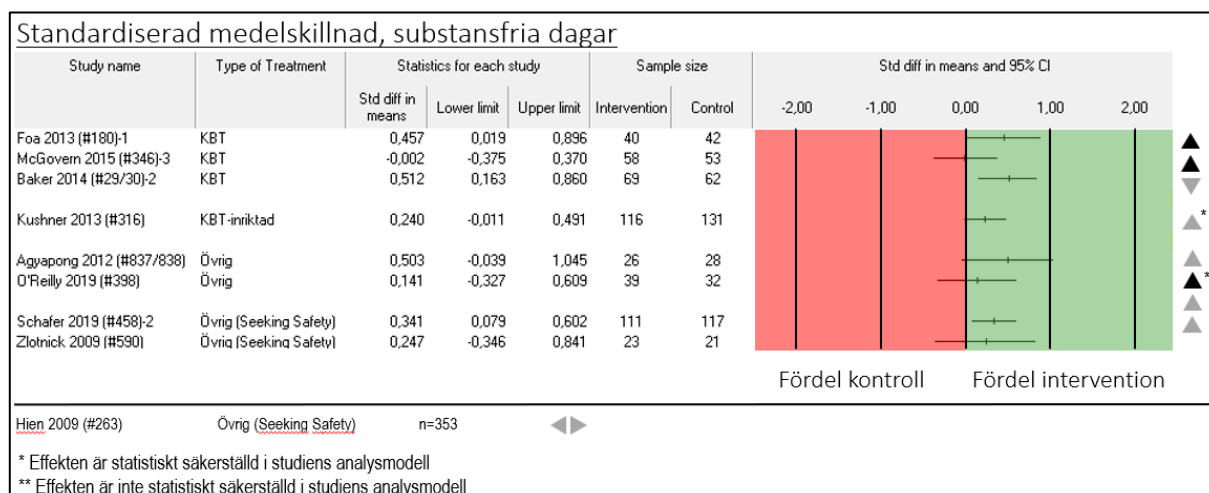
ASI = addiction severity index; INT = integrerad behandling utvärderas; KBT = kognitiv beteendeterapi; ptsd = studie med ptsd-population; ; SUI = substance use inventory; 12-steg = tolvstegsprogram; TLFB = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 2.1.1.2.3).

** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.1.2.1).

Figur 2.1.1.2.3 Substansfria dagar, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier.



Skogsdigram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för dagar med eller utan substansbruk (olika tidsintervall). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.1.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdigram sågs i sju studier en varierande genomsnittlig positiv effekt med färre dagar med substansbruk (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av integrerad behandling utöver

sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [29-2, 180-1, 316, 398, 458-2, 590, 837]. För en jämförelse var effekten statistiskt säkerställd i studiens analysmodell [316].

I en jämförelse sågs en genomsnittlig negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriiktningen gick inte att utläsa från data. [263].

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 Hien rapporterar inga data utan kommenterar endast i text att vid samtliga mätpunkter finns ingen skillnad [263].
- Fem jämförelser med ptsd, tre studier med depression, en med ångestsyndrom.
- I Baker 2014 så analyseras en annan jämförelse här än i huvudanalysen, jämförelse 2 i stället för jämförelse 4 [20/30].

2.1.1.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 9 studier, totalt 1 458 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller relativt stort bortfall i flertalet studier. Ett avdrag på grund av bristande precision då det är oklart om effekten är helt skild från nolleffekt.

2.1.2 Dagar med intensivkonsumtion

2.1.2.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.2.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser i en studie [683].

2.1.2.2 Uppföljning 3-12 månader

2.1.2.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [457].

2.1.3 Mängd substansintag

2.1.3.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.3.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

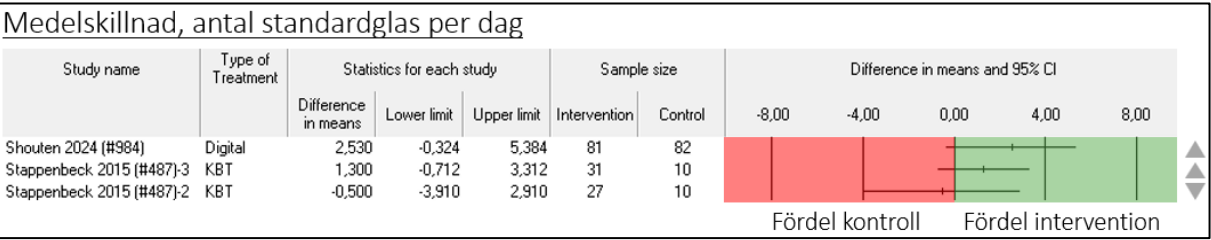
Tre jämförelser [487, 984].

Tabell 2.1.3.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogsdiagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Referens (jämförelse)					
RoB					
Bortfall					
Stappenbeck 2015 [487] (2) Måttlig 13%	37+ INT ptsd	Experiential Acceptance (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinks per day (IVR)	M (SD)	◀▶*
Stappenbeck 2015 [487] (3) Måttlig 13%	41+ INT ptsd	Cognitive restructuring (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinks per day (IVR)	M (SD)	◀▶*
Shouten 2024 [984] Måttlig 13%	163	Beating the Booze (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Daily number of standard drinks, past week (TLFB)	M (SD)	▲

INT = integrerad behandling utvärderas; IVR = Interactive Voice Response; KBT = kognitiv beteendeterapi; ptsd = studie med ptsd-population; TLFB = timeline follow-back.
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.
† För armar som förkommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
* Relativt stor skillnad vid baslinjen (dock ej säkerställd skillnad) gör det svårt att utläsa riktning på jämförelsen och statistisk analys saknas för jämförelsen i studien.

Figur 2.1.3.1.1 Mängd substansintag, 0≤3 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar medelskillnad av antalet standardglas per dag mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.3.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två jämförelser varierande genomsnittlig minskning av antalet standardglas per dag (1,3 och 2,5 glas färre per dag) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling [487-3, 984]. I en jämförelse sågs en genomsnittlig ökning av antalet standardglas per dag (0,5 glas fler per dag) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling [487-2].

Kommentar till analyserade studier:

- Två studier med ptsd, en studie med depression. Ingen med ångestsyndrom.
- Endast alkohol i alla analyser.
- En studie med digital intervention [984].

2.1.3.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagligt alkoholintag. Lägre intag, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 jämförelser i 2 studier, totalt 241 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar: Totalt tre avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (oblindad intervention, självskattat utfall) och precision (resultatet baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare samt att det är sannolikt att den sammanvägda effekten inkluderar nolleffekt).

2.1.3.1.2 **Subgrupp behandlingstyp, 0-3 månader**

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

2.1.3.1.3 **Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader**

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser i en studie [487].

2.1.3.2 *Uppföljning 3-12 månader*

2.1.3.2.1 **Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader**

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Tre jämförelser [29, 316, 984].

Tabell 2.1.3.2.1 Resultattabell SWiM.

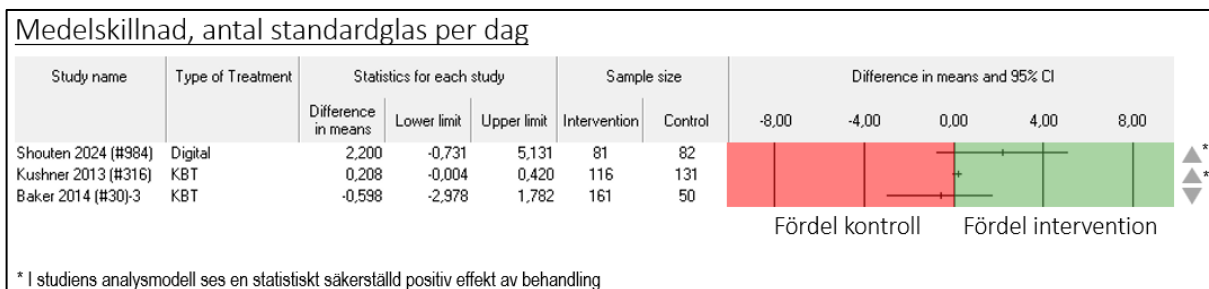
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Baker 2010 [29] (4) Måttlig 16%	211 INT	MI-KBT, tre olika fokus: alkohol, depression eller integrerat (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Daily alcohol consumption (OTI, estimated drinks per day), change from baseline	M (SD)	▼
Kushner 2013 [316] Måttlig 30%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection (KBT- inriktad) vs Avslappning	Total drinks per month, past 4 months (Transformerat till dagligt intag)	M (SD)	▲*
Shouten 2024 [984] Måttlig 15%	163	Beating the Booze (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Daily number of standard drinks, past week (TLFB)	M (SD)	▲*

INT = integrerad behandling utvärderas; KBT = kognitiv beteendeterapi; OTI = opiate treatment index; **ptsd** = studie med ptsd-population; TLFB = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 2.1.3.2.1)

Figur 2.1.3.2.1 Mängd substansintag, >3≤12 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar medelskillnad av antalet standardglas per dag mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.3.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två jämförelser en varierande genomsnittlig minskning av antalet standardglas per dag (0,2 till 2,2 glas färre per dag) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [316, 984]. Effekten var statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller.

I en jämförsele sågs en genomsnittlig ökning av antalet standardglas per dag (0,6 glas fler per dag) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling [29-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- I Kushner 2013 fungerar sedvanlig behandlingen väldigt bra för båda grupperna [316].
- Volymmåttet selekterar för alkohol och cannabisstudier (därför görs inget avdrag för överförbarhet för detta mått).
- Två studier med depression, en studie med ångestsyndrom, ingen med ptsd.

2.1.3.2.1.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Dagligt alkoholintag. Lägre intag >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 621 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar: Totalt tre avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (stort bortfall i en studie, oblindad intervention, självskattat utfall) och bristande precision (sannolikt att den sammanväga effekten inte är skild från nolleffekt).

2.1.3.2.2 *Subgrupp behandlingstyp, 3-12 månader*

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

2.1.3.2.3 *Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader*

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser [29, 316].

2.1.4 *Mängd substansintag per tillfälle*

2.1.4.1 *Uppföljning 0-3 månader*

2.1.4.1.1 *Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader*

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser [398, 837].

2.1.4.2 *Uppföljning 3-12 månader*

2.1.4.2.1 *Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader*

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser [29, 398].

2.1.5 Beroendets svårighetsgrad

2.1.5.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.5.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd)

4 jämförelser [156, 456, 911, 984]

Tabell 2.1.5.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
DiNitto 2002 [156] Måttlig 46%	68 INT	Good Chemistry Groups (Psykoedukation) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI Composite Domain, alcohol	M (SD)	◀▶ *
Schacht 2017 [456] Måttlig 14%	38 INT	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI drug composite score	-	◀▶
Daros 2024 [911] Måttlig 6%	68 INT	iDBT, "Pocket Skills 2.0" (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of alcohol or substance dependence (SDS)	M (SD)	▲ **
Shouten 2024 [984] Måttlig 13%	163	Beating the Booze (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Hazardous, harmful, and dependent drinking patterns (AUDIT)	M (SD)	▲ ***

AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test; **ASI** = addiction severity index; **iDBT** = Internet-delivered dialectical behavioral therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **SDS** = substance dependence scale.

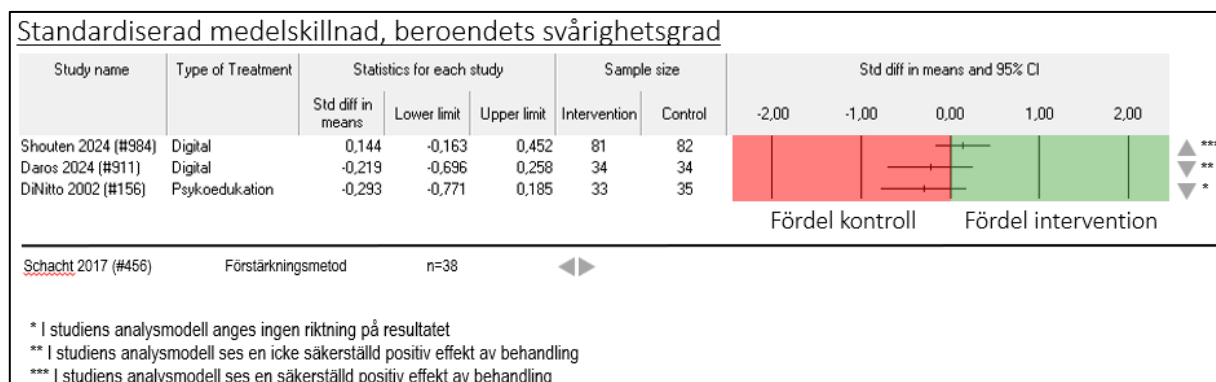
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell anges ingen riktning på resultatet. När slutvärden används ses en statistiskt ej säkerställd negativ effekt av behandling (Figur 2.1.5.1.1)

** I studiens analysmodell med baslinjejustering ses en statistiskt ej säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används ses en statistiskt ej säkerställd negativ effekt av behandling (Figur 2.1.5.1.1)

*** I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är denna effekt inte statistiskt säkerställd (Figur 2.1.5.1.1)

Figur 2.1.5.1.1 Beroendets svårighetsgrad, 0≤3 månader efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden av beroendets svårighetsgrad (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Längst ner: En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.5.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i en studie en genomsnittlig minskning av beroendets svårighetsgrad vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [984]. Effekten var statistiskt säkerställd i studiens analysmodell.

I två jämförelser sågs en genomsnittlig ökning av beroendets svårighetsgrad vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling [156, 911]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller.

Kommentar till analyserade studier:

- I DiNitto 2002 finns en relativt stor skillnad vid baslinjen för utfallsmåttet (dock ej säkerställd) där interventionsgruppen har större beroendesvårigheter än kontrollgruppen vid behandlingsstart [156].
- Även i Daros 2024 finns en statistiskt icke säkerställd baslinjeskillnad [911].
- Ingen studie med ptsd.

2.1.5.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmaß: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighetsgrad, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 337 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Vissa brister	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (stort bortfall i en studie) samt överförbarhet på grund av få typer av olika psykologiska och psykosociala behandlingar ingår i analysen. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanväga effekten inte är skild från nolleffekt.

2.1.5.2 Uppföljning 3-12 månader

2.1.5.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

7 jämförelser [346, 456, 458, 590, 984].

Tabell 2.1.5.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (2) Måttlig 23%	87+ ptsd	Individual Addiction Counseling (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Alcohol severity score (ASI- alcohol)	M (SD)	▽
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	85+ INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Alcohol severity score (ASI- alcohol)	M (SD)	▼
Schacht 2017 [456] Måttlig 14%	33 ptsd	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI drug composite score	-	◀▶
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	169+ INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	174+ ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI Alcohol Composite (ASI)	M (SD)	▲
Shouten 2024 [984] Måttlig 15%	163	Beating the Booze (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Hazardous, harmful, and dependent drinking patterns (AUDIT)	M (SD)	▲*

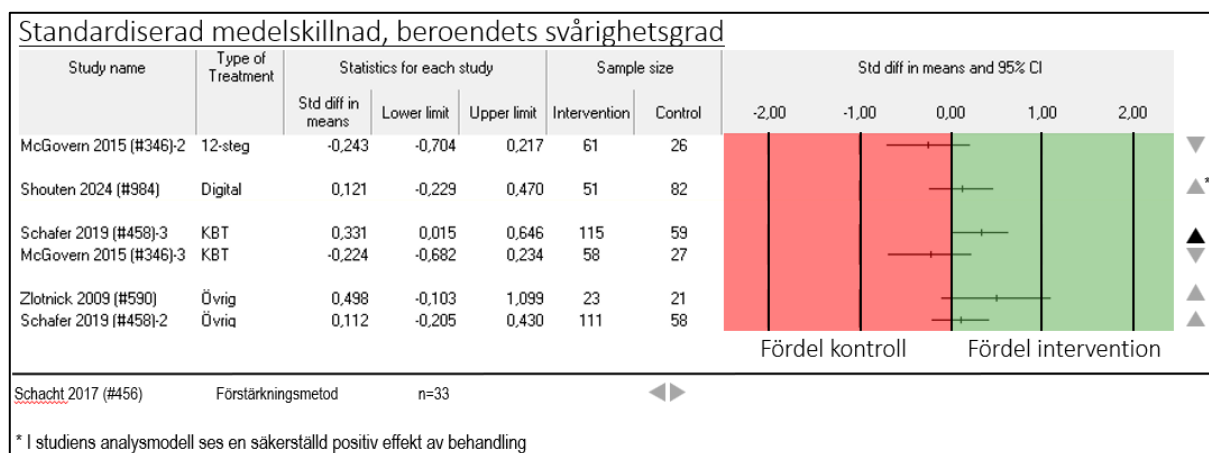
AUDIT = Alcohol Use Disorder Identification Test; **ASI** = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är denna effekt inte statistiskt säkerställd (Figur 2.1.5.2.1)

Figur 2.1.5.2.1 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (olika instrument). Längst ner: En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.5.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra jämförelser en varierande genomsnittlig lägre svårighetsgrad, mätt med olika mått (standardiserad medelskillnad 0,1-0,3), vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [458-2, 458-3, 590, 984]. I två av dessa jämförelser var skillnaden statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [458-3, 984].

I två jämförelser, från samma studie, sågs en genomsnittlig högre svårighetsgrad, (standardiserad medelskillnad 0,2) [346-2, 346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av jämförelserna.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och riktningen på effekten gick inte att utläsa från data [456].

Kommentar till analyserade studier:

- Sex studier med ptsd, en med depression, ingen med ångestsyndrom.

2.1.5.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighetsgrad, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 7 jämförelser i 5 studier, totalt 755 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.1.5.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [346, 458].

2.1.5.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

3 jämförelser [346, 458, 590].

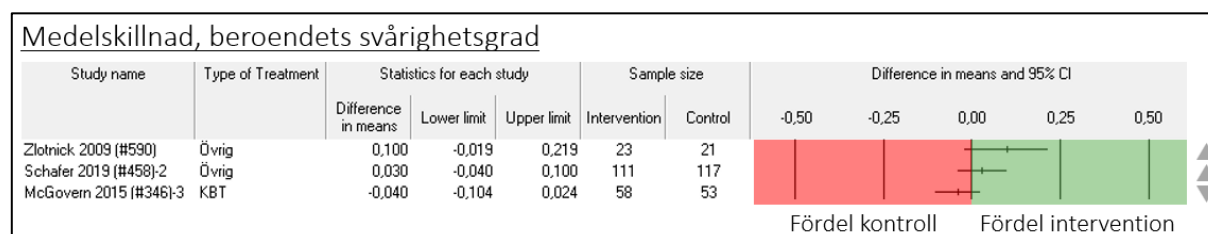
Tabell 2.1.5.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Alcohol severity score (ASI- alcohol)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	232 INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI Alcohol Composite (ASI)	M (SD)	▲

INT = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ASI** = addiction severity index; **ptsd** = studie med ptsd-population.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.1.5.2.3 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (ASI, kompositmått för alkohol). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.5.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande genomsnittlig lägre svårighetsgrad av beroendet, mätt med addiction severity index, vid tillägg av integrerad behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [458-2, 590]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av dessa studier.

I en studie sågs en genomsnittlig högre svårighetsgrad av beroendet [346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Endast ptsd och alkohol.

2.1.5.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighetsgrad >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 387 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Vissa brister	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt. Vissa brister i överförbarhet då samtliga studier undersöker en ptsd-population.

2.1.6 Andel substansfria deltagare

2.1.6.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.6.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

8 jämförelser [156, 263, 358, 652, 683, 837].

Tabell 2.1.6.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
DeNitto 2002 [156] Måttlig 46%	80 INT	Good Chemistry Groups (Psykoedukation) vs Enbart sedvanlig behandling	Clients abstaining from alcohol and drugs, study period: n %	%	▲

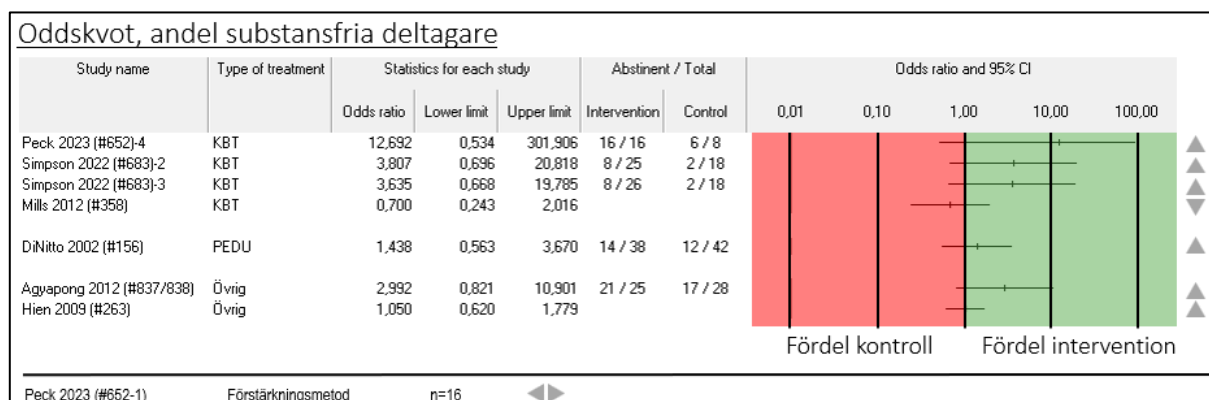
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Abstinence rate, past week (drug or alcohol): %	OR (95% KI)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent: n (%)	OR (95% KI)	▼
Peck 2023 [652] (1) Måttlig 20%	8† ptsd	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Used opioids last month (TFLB): N yes / N tot (%)	N (%)	▲
Peck 2023 [652] (4) Måttlig 20%	16† ptsd	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings- närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Used opioids last month (TFLB): N yes / N tot (%)	N (%)	▲
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	34† INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence: n (%)	N (%)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	35† ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence: n (%)	N (%)	▲
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	53 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion of patients continuously abstinent from alcohol: n (%)	N (%)	▲

COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **TFLB** = timeline follow back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta.

Figur 2.1.6.1.1 Andel substansfria deltagare, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av oddsquoten för intervention och kontroll för andelen substansfria deltagare (olika tidsspann). Längst ner: En studie med 100% substansfria deltagare i båda grupperna gick inte att illustrera i skogsdiagrammet och resultatet anges enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.6.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i sex jämförelser en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (oddsquot 1,1 till 12,7) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [156, 263, 652-4, 683-2, 683-3, 837]. I ingen av dessa jämförelser var effekten statistiskt säkerställd.

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (oddsquot 0,7) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

I en studie med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs 100 % substansfria deltagare i både behandlings- och kontrollgrupp [652-1].

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 har avvikande tidsspann [263].
- Sex studier med ptsd, en med depression, en med blandade diagnoser.

2.1.6.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 8 jämförelser i 6 studier, totalt 682 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.1.6.1.2 KBT (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

4 jämförelser [358, 652, 683].

Figur 2.1.6.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent: n (%)	N (%)	▼
Peck 2023 [652] (4) Måttlig 20%	24 ptsd	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings- närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Used opioids last month (TFLB): N yes / N tot (%)	N (%)	▲
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	34† INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence: n (%)	N (%)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	35† ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence: n (%)	N (%)	▲

COPE = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **TFLB** = timeline follow back.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två
pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej
säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.1.6.1.1

2.1.6.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre jämförelser en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 3,6-12,7) vid tillägg av KBT utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [652-4, 683-2, 683-3]. I ingen av dessa jämförelser var effekten statistiskt säkerställd.

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 0,7) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Endast ptsd.

2.1.6.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 4 jämförelser i 3 studier, totalt 196 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Vissa brister	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias, överförbarhet) på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall, oblidad intervention, självskattat utfall) samt överförbarhet då alla studier endast inkluderar deltagare med ptsd. Två avdrag (precision) då underlaget baseras på endast fyra studier med totalt sett få deltagare samt att det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.1.6.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

5 jämförelser [156, 263, 358, 683, 837].

Tabell 2.1.6.1.3 Resultattabell SWiM.

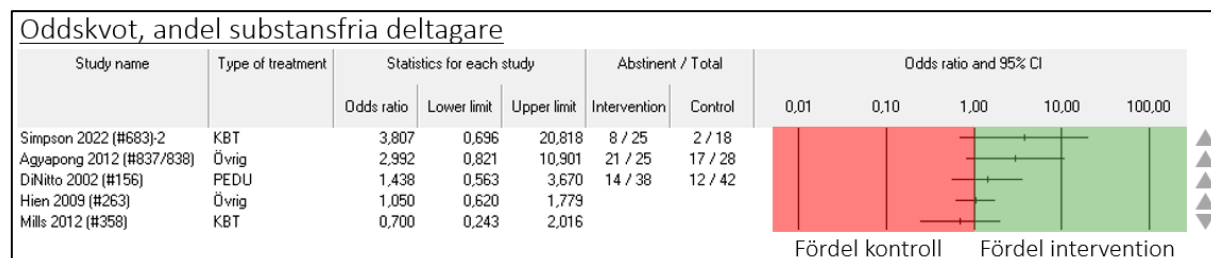
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
DeNitto 2002 [156] Måttlig 46%	80 INT	Good Chemistry Groups vs Enbart sedvanlig behandling	Clients abstaining from alcohol and drugs: n %	%	▲
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Uppmärksamhetskontroll: Hälsoinformation	Abstinence rate, past week (drug or alcohol): %	%	▼
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent: n (%)	N (%)	▼
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	43 INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence: n (%)	N (%)	▲
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	53 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Proportion of patients continuously abstinent from alcohol: n (%)	N (%)	▲

COPE = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas, ptsd = studie med ptsd-population; **KBT** = kognitiv beteendeterapi.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta.

Figur 2.1.6.1.1 Andel substansfria deltagare, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av oddskvoten för intervention och kontroll för andelen substansfria deltagare (olika tidsspann). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.6.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra jämförelser en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (oddsquot 1,1 till 3,8) vid tillägg av integrerad psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [156, 263, 683-2, 837]. I ingen av dessa jämförelser var effekten statistiskt säkerställd.

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (oddsquot 0,7) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Tre studier med ptsd, en med blandade diagnoser, en med depression.

2.1.6.1.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 632 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.1.6.2 Uppföljning 3-12 månader

2.1.6.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

6 jämförelser [160, 263, 316, 358, 457, 590].

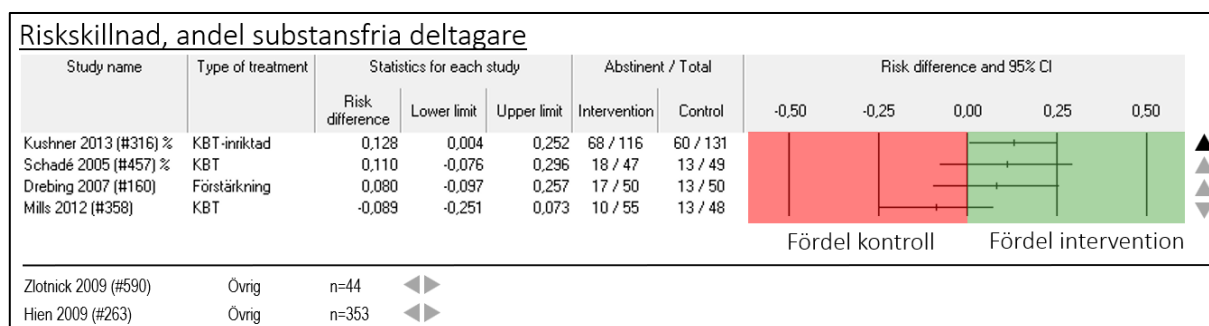
Tabell 2.1.6.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Drebing 2007 [160] Måttlig 12%	100	Förstärkning av drogfrihet (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Participants relapsing, alcohol or drugs: %	% (Participants NOT relapsing (transformed))	△
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Abstinence rate, past week (drug or alcohol): %	-	◀▶
Kushner 2013 [316] Måttlig 30%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Relapse to any alcohol use, past 4 months (TLFB): %	%	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent, alcohol or drugs: n (%)	N (%)	▼
Schadé 2005 [457] Måttlig 23%	96 INT	KBT för ångest (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Abstinence (during 32 weeks, 30 days prior to the assessments at week 16, 24 and 32), alcohol: n (%)	N (%)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Total abstinence (ASI), all substances: numbers not reported	-	◀▶

ASI = addiction severity index; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med PTSD-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.1.6.2.1 Andel substansfria deltagare, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av riskskillnaden för intervention och kontroll för andelen substansfria deltagare (olika tidsspann). Längst ner: En studie med 100% substansfria deltagare i båda grupperna gick inte att illustrera i skogsdiagrammet och resultatet anges enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.6.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (8 % till 13 % fler substansfria deltagare) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [160, 316, 457]. I ingen av dessa jämförelser var effekten statistiskt säkerställd.

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (9 % färre substansfria deltagare) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

I två studier, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och riktningen på effekten gick inte att utläsa från data [263, 590].

Kommentar till analyserade studier:

- Tre studier med ptsd, en med blandade diagnoser, två med ångestsyndrom.

2.1.6.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 studier, totalt 943 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvariga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Totalt tre avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall, oblidad intervention, självskattat utfall) samt bristande precision (sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt).

2.1.6.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [358, 457].

2.1.6.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

5 jämförelser [263, 316, 358, 457, 590].

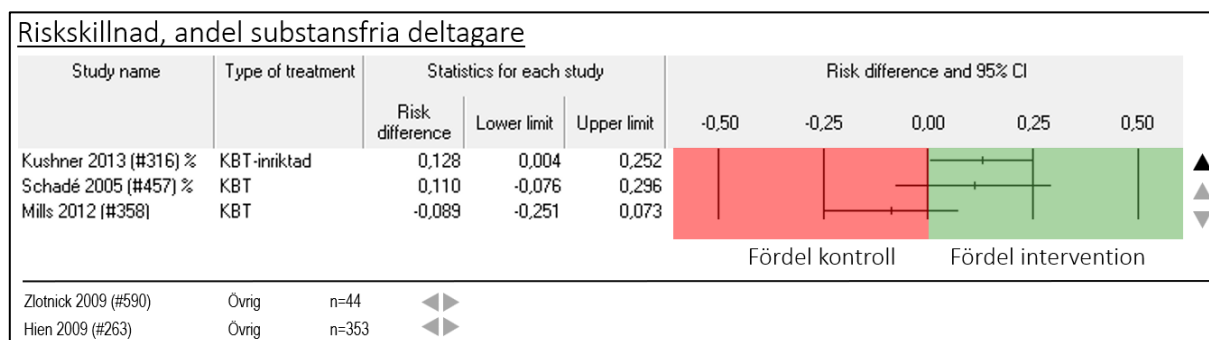
Tabell 2.1.6.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsainformation	Abstinence rate, past week (drug or alcohol): %	-	◀▶
Kushner 2013 [316] Måttlig 30%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Relapse to any alcohol use, past 4 months (TLFB): %	%	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent: n (%)	N (%)	▼
Schadé 2005 [457] Måttlig 23%	96 INT	KBT för ångest (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Abstinence (during 32 weeks, 30 days prior to the assessments at week 16, 24 and 32): n (%)	N (%)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Total abstinence (ASI): n (%)	N (%)	◀▶

ASI = addiction severity index.; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.1.6.2.3 Andel substansfria deltagare, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av riskskillnaden för intervention och kontroll för andelen substansfria deltagare (olika tidsspann). Längst ner: En studie med 100% substansfria deltagare i båda grupperna gick inte att illustrera i skogsdiagrammet och resultatet anges enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.6.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (11 % till 13 % fler substansfria deltagare) vid tillägg av integrerad behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [316, 457]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd [316].

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (9 % färre substansfria deltagare) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

I två studier, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och riktningen på effekten gick inte att utläsa från data [263, 590].

Kommentar till analyserade studier:

- Tre studier med ptsd, två med ångestsyndrom.

2.1.6.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 843 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Totalt tre avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall, oblandad intervention, självskattat utfall) samt bristande precision (sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt).

2.1.7 Psykiska symtom

2.1.7.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.7.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

21 jämförelser [122, 156, 169, 193, 263, 316, 358, 398, 456, 487, 590, 652, 683, 837, 911, 984].

Tabell 2.1.7.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Coffey 2016 [122] (1) Låg 28%	42+ ptsd	MET (Motivationshöjande insats) vs Avslappning	Trauma symptoms (IES- R): M (95% CI)	M (SD beräknat från CI)	▼
Coffey 2016 [122] (4) Låg 26%	84+ ptsd	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES- R): M (95% CI)	M (SD beräknat från CI)	△
DeNitto 2002 [156] Måttlig 46%	68 INT	Good chemistry groups (Psykoedukation) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI Composite Domain, psychiatric problems	M (SD)	◀▶*
Fals-Stewart 1992 [169] (3) Måttlig 5%	57 INT	OCD behandling (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling med eller utan avslappning	OCD symptom severity (NMIH Obsessive Compulsive Scale)	M (SD)	▲
Garland 2016 [193] (2) Måttlig 20%	90+ INT	Seeking Safety-baserad, 10 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C)	M (SD beräknat från SE)	◀▶**
Garland 2016 [193] (3) Måttlig 22%	90+ INT	Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C)	M (SD beräknat från SE)	▲
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsainformation	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Kushner 2013 [316] Måttlig 5%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Anxiety symptoms "in general", Anxiety symptoms "at this moment", State Anxiety (STAI)	- (Exakt N saknas)	▲▼ Totalt: ◀▶

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS): M (95% CI)	M (SD beräknat från 95% KI)	▲
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 1%	89 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II): change score	M (SD)	▲
Schacht 2017 [456] Måttlig 14%	38 ptsd	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	△
Stappenbeck 2015 [487] (2) Måttlig 13%	37+ INT ptsd	Experiential Acceptance (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Stappenbeck 2015 [487] (3) Måttlig 13%	41+ INT ptsd	Cognitive restructuring (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 0%	49 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-I, total score)	M (SD)	▼
Peck 2023 [652] (1) Måttlig 20%	8+ ptsd	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD beräknat från SE)	▽
Peck 2023 [652] (4) Måttlig 20%	16+ ptsd	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings-närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD från SE)	△
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	52+ INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	49+ ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II)	M (SD)	▲
Daros 2024 [911] Måttlig 6%	68 INT	iDBT, "Pocket Skills 2.0" (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Generalized anxiety symptoms, past 2 weeks (GAD-7) Depressive symptoms, past 2 weeks (PHQ-9)	M (SD)	▲ *** anxiety ▲ *** depression Totalt: ▲
Shouten 2024 [984] Måttlig 13%	163	Beating the Booze (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Depressive symptoms (CES-D)	M (SD)	▲ ****

ASI = addiction severity index; **BDI** = Beck Depression Inventory; **CAPS** = Clinician Administered PTSD Scale; **CES-D** = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **GAD** = Generalized Anxiety Disorder; **iDBT** = Internet-delivered Dialectical Behavior Therapy; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **NIMH Obsessive Compulsive Scale** = National Institute of Mental Health Global Obsessive-Compulsive Scale; **OCD** = Obsessive Compulsive Disorder (tvångssyndrom); **PCL** = PTSD Checklist; **PHQ-9** = Patient Health Questionnaire 9 Items; **ptsd** = studie med PTSD-population; **STAI** = State-Trait Anxiety Inventory.

† För armar som förkommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

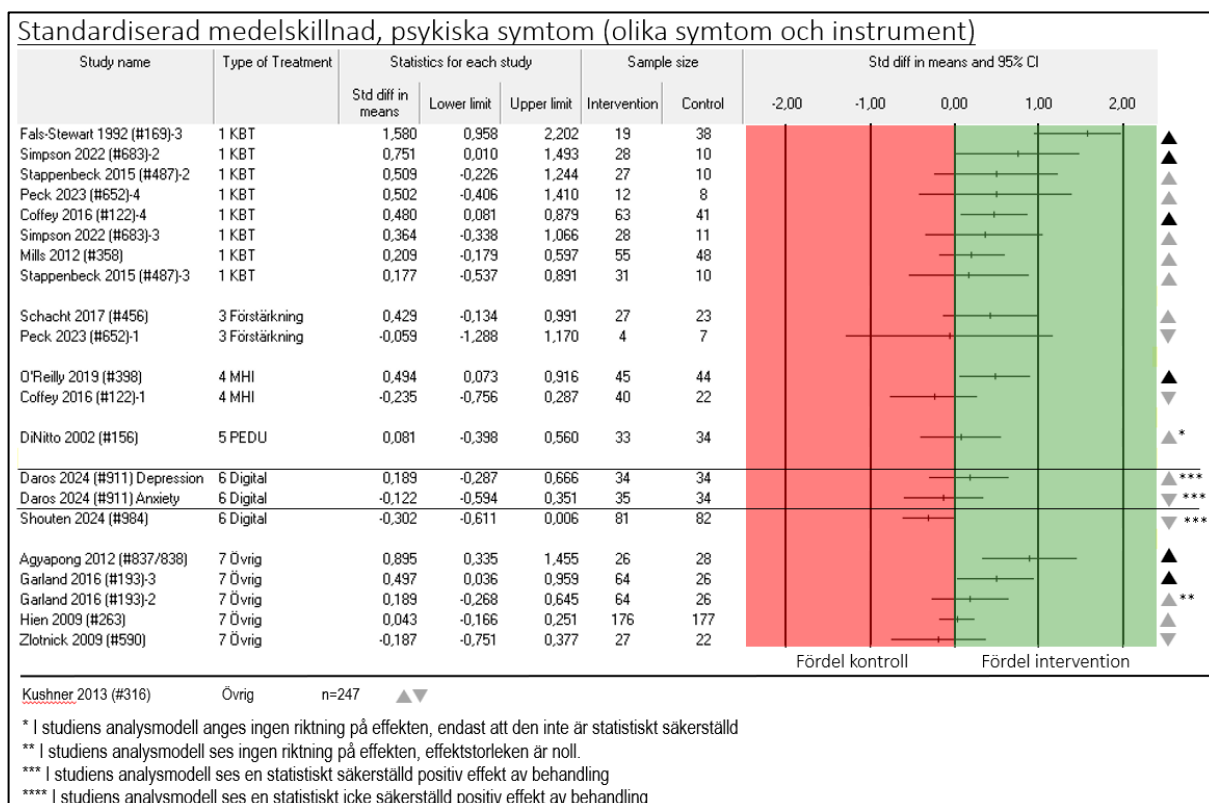
* I studiens analysmodell anges ingen riktning på effekten, endast att den inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt ej säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.7.1.1).

** I studiens analysmodell ses ingen riktning på effekten, effektstorleken är noll. När slutvärden används ses en statistiskt icke säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.7.1.1).

*** I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd och är även negativ för depressionsmåttet (Figur 2.1.7.1.1).

**** I studiens analysmodell ses en statistiskt icke säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används ses i stället en statistiskt ej säkerställd negativ effekt (Figur 2.1.7.1.1).

Figur 2.1.7.1.1 Psykiska symtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika skalor) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje. Längst ner: En studie som gick att illustrera i skogsdiagrammet redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.7.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I sju jämförelser visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling [122-4, 169-3, 193-3, 398, 683-2, 837, 911]. I åtta studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, en positiv effekt som inte var statistiskt säkerställd [263, 358, 456, 487-2, 487-3, 652-4, 683-3, 984].

I tre jämförelser visade resultaten på en negativ effekt av behandling som inte var statistiskt säkerställd [122-1, 590, 652-1].

I tre jämförelser hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [156, 193-2, 316].

Kommentar till analyserade studier:

- Sensitivitetsanalys, Fals-Stewart 1992. Studiens huvudförfattare är anklagad för fusk i andra studier. Det gör ingen skillnad för resultatet om man tar bort denna studie [169].
- 12 jämförelser med ptsd, 3 studier med depression.
- Ytterligare en studie, McGovern 2015, beskrev att ptsd-symtom (PCL-C, CAPS) skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].

2.1.7.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtom, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 21 jämförelser i 16 studier, totalt 1 798 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Totalt två avdrag på grund av vissa brister i risk för bias (bortfall, oblidnad intervention) och precision då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.1.7.1.2 KBT (subgruppsanalys), 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

8 jämförelser [122, 169, 358, 487, 652, 683].

Tabell 2.1.7.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (4) Låg 26%	126 ptsd	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES-R)	M (SD beräknad från CI)	△
Fals-Stewart 1992 [169] (3) Måttlig 5%	57 INT	OCD behandling (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling med eller utan avslappning	OCD symptom severity (NMIH Obsessive Compulsive Scale)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknad från CI)	▲
Stappenbeck 2015 [487] (2) Måttlig 13%	37+ INT ptsd	Experiential Acceptance (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Stappenbeck 2015 [487] (3) Måttlig 13%	41+ INT ptsd	Cognitive restructuring (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Peck 2023 [652] (4) Måttlig 20%	24 ptsd	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings-närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD beräknad från SE)	△
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	52† INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms s (CAPS-5)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	49† ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptom severity (CAPS-5)	M (SD)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PCL** = ptsd check list; **ptsd** = studie med ptsd-population.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.1.7.1.1

2.1.7.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I samtliga åtta jämförelser visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, på en positiv effekt av KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [122, 169, 358, 487, 652, 683]. I två av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [169-3, 683-2] och i ytterligare en jämförelse som saknade statistisk analys sågs en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling jämfört med kontroll i skogsdiagrammet [122-4].

Kommentar till analyserade studier:

- Sensitivitetsanalys Fals-Stewart 1992. Forskare som är anklagad för fusk i andra studier. Det gör ingen skillnad för resultatet om man tar bort denna studie [169].
- 7 jämförelser med ptsd, 1 studie med OCD,
- Ytterligare en studie, McGovern 2015 beskrev att ptsd-symtom (PCL-C, CAPS) skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].

2.1.7.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 8 jämförelser i 6 studier, totalt 489 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (överförbarhet) då alla studier utom en endast inkluderar deltagare med ptsd. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt. Vissa brister i risk för bias (bortfall, oblidad intervention) ledde inte till några ytterligare avdrag.

2.1.7.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

13 jämförelser [156, 169, 193, 263, 316, 358, 398, 487, 590, 683, 837, 911].

Tabell 2.1.7.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
DeNitto 2002 [156] Måttlig 46%	68 INT	Good chemistry groups (Psykoedukation) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI Composite Domain, psychiatric problems	M (SD)	◀▶*
Fals-Stewart 1992 [169] (3) Måttlig 5%	57 INT	OCD behandling (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling med eller utan avslappning	OCD symptom severity (NMIH Obsessive Compulsive Scale)	M (SD)	▲
Garland 2016 [193] (2) Måttlig 20%	116 INT	Seeking Safety-baserad, 10 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C)	M (SD beräknat från SE)	◀▶**
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Kushner 2013 [316] Måttlig 5%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection (KBT- inriktad) vs Enbart sedvanlig behandling	Anxiety symptoms “in general”, Trait Anxiety (STAI) Anxiety symptoms “at this moment”, State Anxiety (STAI)	- (Exakt N saknas)	▲▼ Totalt: ◀▶
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från 95% KI)	▲
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 1%	89 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI- II): change score	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Stappenbeck 2015 [487] (2) Måttlig 13%	37† INT ptsd	Experiential Acceptance (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Stappenbeck 2015 [487] (3) Måttlig 13%	41† INT ptsd	Cognitive restructuring (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 0%	49 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-I, total score)	M (SD)	▼
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	63 INT ptsd	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▲
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI- II)		▲
Daros 2024 [911] Måttlig 6%	68 INT	iDBT, "Pocket Skills 2.0" (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Generalized anxiety symptoms, past 2 weeks (GAD-7) Depressive symptoms, past 2 weeks (PHQ-9)	M (SD)	▲ *** anxiety ▲ *** depression Totalt: ▲

ASI = addiction severity index; **BDI** = Beck Depression Inventory; **CAPS** = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **GAD** = Generalized Anxiety Disorder; **iDBT** = Internet-delivered Dialectical Behavior Therapy; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **NMIH Obsessive Compulsive Scale** = National Institute of Mental Health Global Obsessive-Compulsive Scale; **OCD** = Obsessive Compulsive Disorder (tvångssyndrom); **PCL** = ptsd Checklist; **PHQ-9** = Patient Health Questionnaire 9 Items; **ptsd** = studie med ptsd-population; **STAI** = State-Trait Anxiety Inventory.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

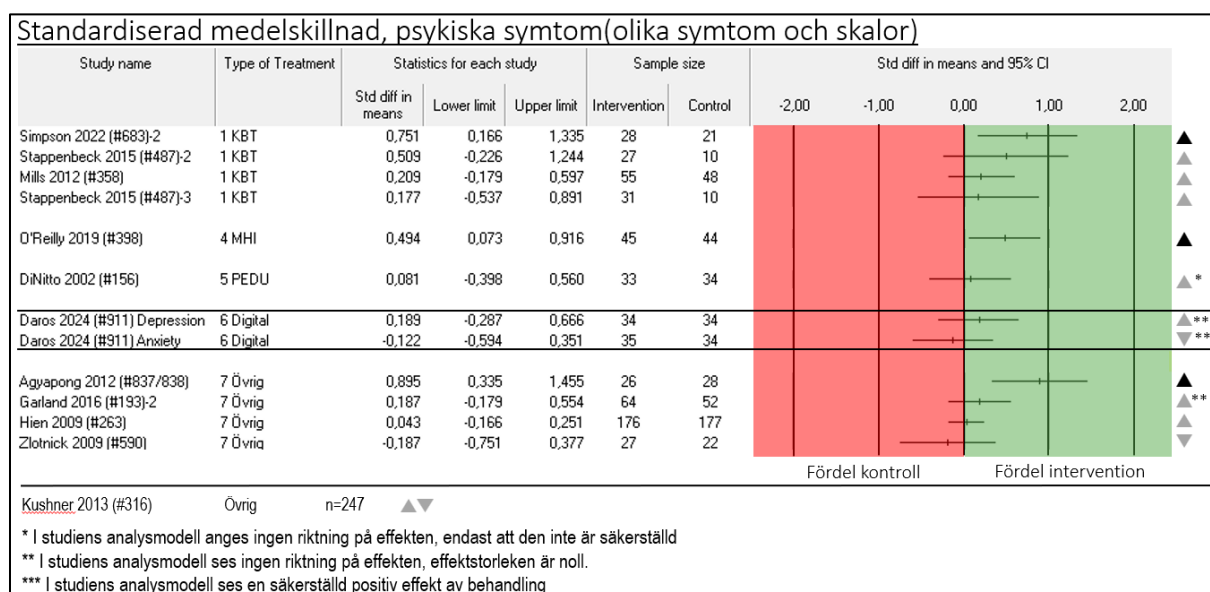
\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

* I studiens analysmodell anges ingen riktning på effekten, endast att den inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt ej säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.8.1.1).

** I studiens analysmodell ses ingen riktning på effekten, effektstorleken är noll. När slutvärden används ses en statistiskt ej säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.8.1.1).

*** I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd och är även negativ för depressionsmättet (Figur 2.1.8.1.1).

Figur 2.1.8.1.1 Psykiska symtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika skalor) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje. Längst ner: En studie som gick att illustrera i skogsdiagrammet redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.1.7.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I nio jämförelser visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett på en positiv effekt av integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [169-3, 263, 358, 398, 487-2, 487-3, 683-2, 837, 911]. I fem av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd [169-3, 398, 683-2, 837, 911].

En studie visade resultaten på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [590].

I tre jämförelser hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [156, 193-2, 316].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie, McGovern 2015, beskrev att ptsd-symtom (PCL-C, CAPS) skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].

2.1.7.1.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 13 jämförelser i 12 studier, totalt 1 345 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av att flera studier med stort bortfall ingår i analysen. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.1.7.2 Uppföljning 3-12 månader

2.1.7.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

18 jämförelser [29, 122, 180, 263, 316, 346, 358, 398, 456, 457, 458, 590, 837, 984].

Tabell 2.1.7.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Baker 2014 [29] (4) Måttlig 16%	211 INT	MI-KBT, tre olika fokus: alkohol, depression eller integrerat (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression, (BDI-II), change from baseline	Raw difference in means (CI)	▲*
Coffey 2016 [122] (1) Låg 22%	48† ptsd	MET (Motivationshöjande insats) vs Avslappning	Trauma symptoms (IES- R)	M (SD beräknat från CI)	▽
Coffey 2016 [122] (4) Låg 22%	84† ptsd	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES- R)	M (SD beräknat från CI)	△
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	ptsd symptom severity (PSS-I)	M (SD)	△

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptom severity (PSS-I)	M (SD)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 39%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	△
Kushner 2013 [316] Måttlig 30%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection vs Enbart sedvanlig behandling	Anxiety symptoms "in general", Trait Anxiety (STAI) Anxiety symptoms "at this moment", State Anxiety (STAI)	M (SD)	▲ ▲ Totalt: ▲
McGovern 2015 [346] (2) Måttlig 23%	87† ptsd	Individual Addiction Counseling (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	85† INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från CI)	▲
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 24%	71 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II), change score	M (SD)	▲
Schacht 2017 [456] Måttlig 14%	33 ptsd	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲ **
Schadé 2005 [457] Måttlig 23%	96 INT	KBT för ångest (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Anxiety symptoms (FQ, total)	- (SD saknas)	▲
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	169† INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	174† ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▲ ***

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-I, total score)	M (SD)	▲
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II)	M (SD)	▲
Shouten 2024 [984] Måttlig 15%	163	Beating the Booze (Digital intervention) vs Enbart sedvanlig behandling	Depressive symptoms (CES-D)	M (SD)	▲ ****

BDI = Beck Depression Inventory; **CAPS** = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **FQ** = Fear questionnaire; **iDBT** = Internet-delivered Dialectical Behavior Therapy; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **OCD** = Obsessive Compulsive Disorder (tvångssyndrom); **PCL** = ptsd Checklist; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **ptsd** = studie med ptsd-population; **STAI** = State-Trait Anxiety Inventory; **12-steg** = tolvstegsprogram;

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

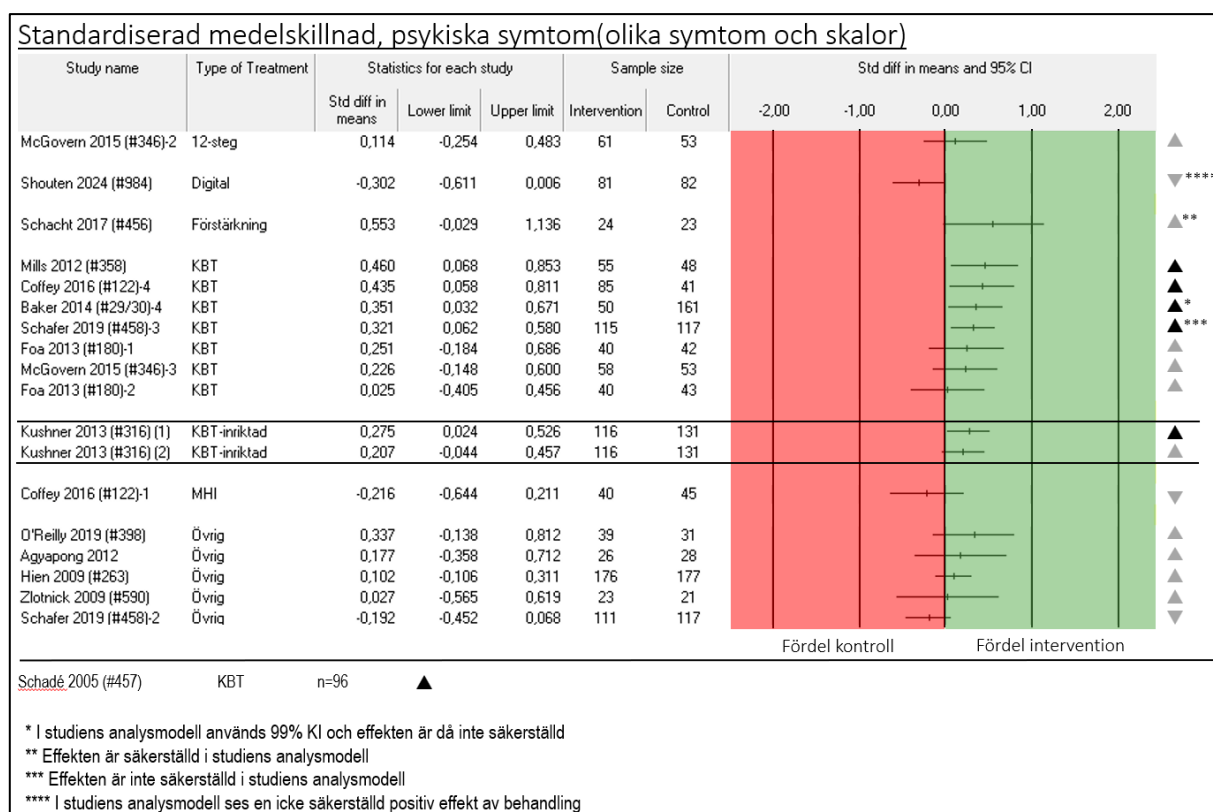
* I studiens analysmodell som använder sig av 99% KI ses ingen statistiskt säkerställd effekt. I skogsdiagrammet används 95% KI och då ses en statistiskt säkerställd positiv effekt (Figur 2.1.8.2.1).

** I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 2.1.8.2.1).

*** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.8.2.1).

**** I studiens analysmodell ses en statistiskt ej säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används ses en statistiskt ej säkerställd negativ effekt av behandling (Figur 2.1.8.2.1).

Figur 2.1.7.2.1 Psykiska symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje. Längst ner: En studie som gick att illustrera i skogsdiagrammet redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.7.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I 16 jämförelser visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, en positiv effekt av psykologisk eller psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [29-4, 122-4, 180-1, 180-2, 263, 316, 346-2, 346-3, 358, 398, 456, 457, 458-3, 590, 837, 984]. I tre av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [358, 456, 457] och i ytterligare en jämförelse som saknade statistisk analys sågs en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling jämfört med kontroll i skogsdiagrammet [122-4].

I två jämförelser visade resultaten på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [122-1, 458-2].

Kommentar till analyserade studier:

- Sju studier med ptsd, fyra studier med depression, två studier med ångestsyndrom.

2.1.7.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 18 jämförelser i 14 studier, totalt 2 187 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (RoB) på grund av stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.1.7.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

8 jämförelser [29, 122, 180, 346, 358, 457, 458].

Tabell 2.1.7.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Baker 2014 [29] (4) Måttlig 16%	211 INT	MI-KBT, tre olika fokus: alkohol, depression eller integrerat (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II)	Mean diff (CI)	▲*
Coffey 2016 [122] (4) Låg 22%	126 ptsd	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES-R)	M (SD beräknat från CI)	△
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från CI)	▲
Schadé 2005 [457] Måttlig 23%	96 INT	KBT för ångest (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Anxiety symptoms (FQ, total)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	232 ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▲***

BDI = Beck Depression Inventory; **CAPS** = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **FQ** = Fear questionnaire; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **PCL** = ptsd Checklist;; **PSS** = ptsd Symptom Scale-Interview; **ptsd** = studie med ptsd-population.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram, se Figur 2.1.7.2.1.

* I studiens analysmodell som använder sig av 99% KI ses ingen statistiskt säkerställd effekt. I skogsdiagrammet används 95% KI och då ses en statistiskt säkerställd positiv effekt (Figur 2.1.7.2.1).

*** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.1.7.2.1).

2.1.7.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I samtliga åtta jämförelser visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, en positiv effekt av KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [29, 122, 180-1, 180-2, 346, 358, 457, 458]. I två av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [358, 457] och i ytterligare en jämförelse som saknade statistisk analys sågs en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling jämfört med kontroll i skogsdiagrammet [122-4].

Kommentar till analyserade studier:

- Foa 2013 har fyra armar som jämförs parvis i analysen [180].

2.1.7.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 8 jämförelser i 7 studier, totalt 1 044 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.1.7.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

11 jämförelser [29, 180, 263, 316, 346, 358, 398, 457, 458, 590, 837].

Tabell 2.1.7.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Baker 2010 [29] (2) Måttlig 14%	107 INT	MI-KBT, integrerat fokus (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II), change from baseline	Raw difference in means (CI)	△
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT ptsd	Prolonged exposure (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 39%	353 INT ptsd	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	△
Kushner 2013 [316] Måttlig 30%	247 INT	Breaking the Drinking & Anxiety Connection vs Enbart sedvanlig behandling	Anxiety symptoms "in general", Trait Anxiety (STAI) Anxiety symptoms "at this moment", State Anxiety (STAI)	M (SD)	▲ ▲ Totalt: ▲
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT ptsd	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från CI)	▲
O'Reilly 2019 [398] Måttlig 24%	71 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II), change score	M (SD)	▲
Schadé 2005 [457] Måttlig 23%	96 INT	KBT för ångest (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Anxiety symptoms (FQ, total)	- (SD saknas)	▲
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	228 INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▼

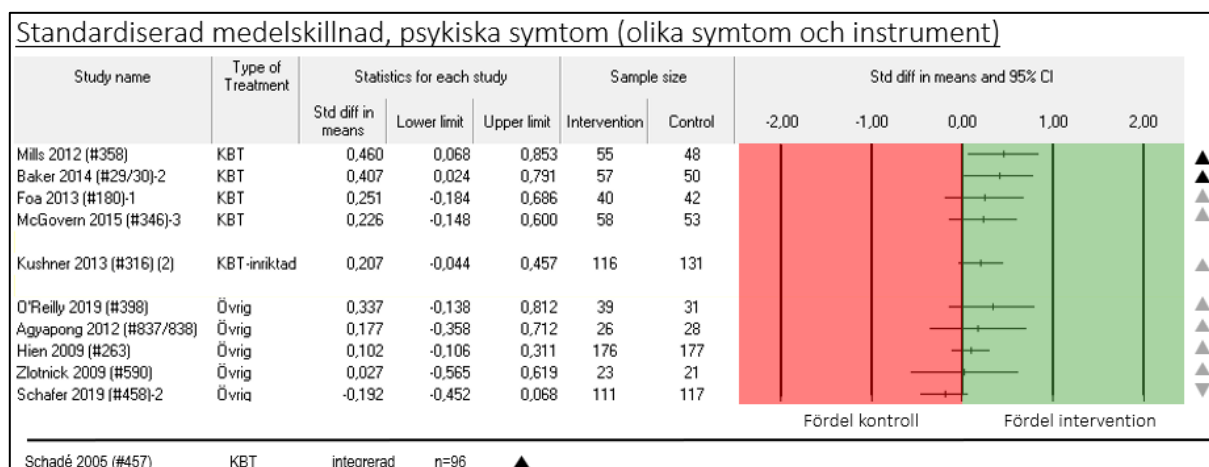
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT ptsd	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-I, total score)	M (SD)	▲
Agyapong 2012 [837] Måttlig 7%	54 INT	Supportive text messages (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Severity of depression (BDI-II)	M (SD)	▲

BDI = Beck depression inventory; **CAPS** = clinician administered ptsd scale; **FQ** = fear questionnaire; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = Kognitiv beteendeterapi, **PSS-I** = ptsd symptoms scale-interview; **ptsd** = studie med ptsd-population; **STAI** = State-Trait Anxiety Inventory.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

Figur 2.1.7.2.3 Psykiska symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika skalor) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.1.7.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I tio jämförelser visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, en positiv effekt av integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [29-2, 180-1, 263, 316, 346-3, 358, 398, 457, 590, 837]. I två av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [358, 457] och i ytterligare en studie

som saknade statistisk analys av jämförelsen sågs en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling jämfört med kontroll i skogsdiagrammet [29-2].

I en jämförelse visade resultaten på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [458-2].

Kommentar till analyserade studier:

- Sex studier med ptsd, tre studier med depression, två studier med ångestsyndrom.

2.1.7.2.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Psykiska symtom. Lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 11 studier, totalt 1 496 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av att flera studier med stort bortfall ingår i analysen. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.1.8 Funktion

2.1.8.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.8.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [356, 837].

2.1.8.2 Uppföljning 3-12 månader

2.1.8.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [29, 837].

2.1.9 Livskvalitet

2.1.9.1 Uppföljning 0-3 månader

2.1.9.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Livskvalitet vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser [456, 911].

2.1.9.2 Uppföljning 3-12 månader

2.1.9.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid depression, ångestsyndrom eller ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [456].

2.2 Jämförelser mot aktiv behandling

Jämförelse mellan olika typer av aktiv psykologisk eller psykosocial behandling vid depression, ångestsyndrom och ptsd.

Tabell 2.2 Beskrivning av studier i analys.

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Baker 2010 [29, 30] (3)	AUD Blandade diagnoser	n=214 45 år 47 %	MI-KBT, <i>dubbelt fokus</i> MI-KBT, <i>fokus substansbruk eller psykiatri (depression)</i> 10 veckor	KBT KBT	60 min introduktions-session baserad på MI, samt självhjälp material, <i>dubbelt fokus</i>	- 26 %
Baker 2010 [29, 30] (5)	AUD Blandade diagnoser	n=143 45 år 47 %	MI-KBT, <i>dubbelt fokus</i> MI-KBT, <i>fokus substansbruk</i> 10 veckor	KBT KBT	60 min introduktions-session baserad på MI, samt självhjälp material, <i>dubbelt fokus</i>	- 27 %
Buckner 2019 [93]	Cannabis-beroende Ångest-syndrom	n=55 23 år 61%	ICART, <i>dubbelt fokus</i> MET-KBT, <i>fokus substansbruk</i> 12 veckor	KBT KBT	MI, <i>fokus substansbruk</i>	33 % -
Garland 2016 [193] (1)	SUD Blandade diagnoser	n=128 38 år 0%	MORE, <i>fokus substansbruk</i> Seeking Safety-baserad behandling, <i>dubbelt fokus</i> 10 veckor	Övrig Övrig	Innan randomisering: Terapeutiskt samhälle med psykoedukation kopplat till beroende, gruppterapi och färdighetsträning, <i>fokus substansbruk</i> Efter randomisering: Interventionsgrupperna får randomiserad behandling i stället för gruppterapi	27 % -

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Greenfield 2014 [223]	SUD Blandade diagnoser	n=100 47 år 100 %	Single-gender Women's Recovery Group, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Mixed-gender Group Drug Counseling, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 3 månader	KBT 12-steg	Deltagande i annan öppenvårdsbehandling var tillåten, <i>varierande</i> <i>fokus</i>	8 % 13 %
Haller 2016 [235]	SUD Depression /ptsd	n=123 47 år 11 %	Cognitive Processing Therapy-M, <i>dubbelt</i> <i>fokus (trauma)</i> Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> <i>(depression)</i> 12 veckor	KBT KBT-inriktad	Innan randomiserad behandling: Integrerad KBT (depression, beroende) i grupp, <i>dubbelt fokus</i>	8 % 40 %
Johnson 2012 [290]	SUD Egentlig depression	n=38 35 år 100 %	Interpersonal psychotherapy, <i>fokus psykiatri</i> Psykoedukation, <i>dubbelt fokus</i> 8 veckor	Övrig Psyko- edukation	I fängelse: behandling för beroende i grupp och individuellt, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> . Efter frigivning: remiss till fortsatt vård efter avtjänat fängelsestraff	0 % 0 %
McGovern 2015 [346] (1)	SUD ptsd	n=148 35 år 59 %	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> Individual Addiction Counseling, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 12 veckor	KBT 12-steg	Intensiv behandling för beroende i öppenvård individuellt och i grupp, läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	- 20 %
Morley 2016 [360]	AUD Ångest- syndrom eller depression	n=37 42 år 46 %	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> MET, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 12 veckor	KBT Motivations- höjande insats	Läkemedelsbehandling mot alkoholkonsumtion Innan randomiserad behandling (3-4 veckor): Stabilisering av alkoholkonsumtion med stöd av läkemedel, MET, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	43 % -

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Norman 2019 [386, 331, 630]	AUD ptsd	n=119 42 år 10 %	COPE, <i>dubbelt fokus</i> Seeking safety, 12 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> 12 veckor	KBT Övrig	Frihet att delta i valfri behandling för psykisk hälsa förutom behandling mot ptsd, <i>varierande fokus</i>	- 46 %
Randall 2001 [430]	AUD Social ångest	n=93 38 år 37 %	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> KBT, <i>fokus beroende</i> 12 veckor	KBT KBT	Ingen	NR 5 %
Sannibale 2013 [451]	AUD ptsd	n=62 41 år 53 %	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> KBT, <i>fokus substansbruk</i> 12 veckor	KBT KBT	Frihet att delta i olika insatser, stabil läkemedelsbehandling tillåten, <i>varierande fokus</i>	26 % 24 %
Schäfer 2019 [458] (1)	SUD ptsd	n=226 41 år 100 %	Seeking safety, 16 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Återfalls- prevention, <i>fokus substansbruk</i> 16 veckor	Övrig KBT	Frihet att delta i valfri behandling för beroende, ptsd eller andra problem, <i>varierande fokus</i>	- 39 %
Stapinski 2021 [486]	AUD Social ångest	n=117 37 år 37 %	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> KBT, <i>fokus substansbruk</i> 10 veckor	KBT KBT	Innan randomiserad behandling (4 veckor): Stabilisering av alkoholkonsumtion med stöd av läkemedel, MET, <i>fokus substansbruk</i>	26 % 34 %
Wolitzky-Taylor 2022 [575]	Cannabis- beroende Blandade diagnoser	n=52 22 år 40 %	Affect Management Treatment, <i>dubbelt fokus</i> KBT, <i>fokus substansbruk</i> 12 veckor	KBT-inriktad KBT	Stabil läkemedelsbehandling tillåtet, <i>varierande fokus</i>	31 % 58 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Back 2019 [603, 313, 654]	SUD ptsd	n=81 40 år 10 %	COPE, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Återfalls- prevention, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 12 veckor	KBT KBT	Stabil läkemedelsbehandling tillåtet, <i>varierande</i> <i>fokus</i>	30 % 63 %
Simpson 2022 [683] (1)	AUD ptsd	n=101 42 år 53 %	CPT, <i>dubbelt fokus</i> Återfalls- prevention, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 7 veckor	KBT KBT	Läkemedel för psykisk sjukdom och alkoholberoende (ej disulfiram) var tillåten om insatt senast 3 månader innan screening, <i>varierande</i> <i>fokus</i> Frihet att delta i stödsamtal och självhjälpsgrupper, <i>varierande fokus</i>	28 % 33 %

AUD = Alcohol use disorder; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT** = Cognitive processing therapy; **CPT-M** = Cognitive processing therapy (modified trauma-focused); **ICART** = Integrated cannabis and anxiety reduction treatment; **ICBT** = integrated cognitive behavioural treatment; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **MET** = motivational enhancement therapy; **MORE** = Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement; **ptsd** = posttraumatic stress disorder; **SUD** = Substance use disorder. Fokus substansbruk = behandlingen har fokus på beroendetillståndet, fokus psykiatri = behandling har fokus på det psykiatriska tillståndet, dubbelt fokus = behandlingen har fokus på både beroendetillståndet och det psykiatriska tillståndet, *varierande fokus* = behandlingsfokus kan variera mellan deltagare. För studier med fler än två armar indikeras den specifika jämförelsen med en siffra inom parentes.

* Med sedvanlig behandling avses den behandling som alla deltagare i studien får oavsett om det är behandling som deltagarna redan får utanför studien eller om det ingår som en del av studien.

**Upp till och med tre månader efter påbörjad behandling.

***Mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling.

2.2.1 Andel substansfria dagar

2.2.1.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.1.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning. [223, 235, 360, 430, 451, 487, 575, 603, 683].

2.2.1.1.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

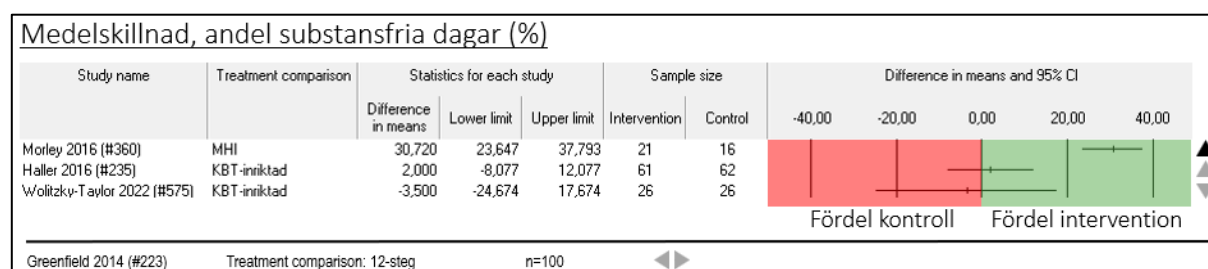
4 jämförelser [223, 235, 360, 575].

Tabell 2.2.1.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Greenfield 2014 [223] Måttlig 8%	100	Single-gender Women's Recovery Group (KBT) vs Mixed-gender Group Drug Counseling (12-steg)	N days of any use, past 30 days: % reduction from baseline, M (95% CI)	- NR	◀▶
Haller 2016 [235] Måttlig 8%	123 ptsd	CPT-M (KBT) vs ICBT (KBT-inriktad)	Percent days abstinent (any substance), past 90 days (TLFB)	M (SD)	▲
Morley 2016 [360] Måttlig 43%	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Percent Days Abstinent (alcohol), past 30 days	M (SD)	▲
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 31%	52 INT	KBT (KBT) vs Affect Management Treatment (KBT-inriktad)	Days using cannabis, past 30 days (TLFB) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▼

CPT = Cognitive Processing Therapy; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back; **12-steg** = tolvstegsprogram. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

Figur 2.2.1.1.2 Andel substansfria dagar, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.1.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier varierande högre genomsnittlig andel substansfria dagar (2 % till 31 %) vid behandling med KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [360, 235]. I en studie var effekten statistiskt säkerställd [360].

I en studie sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (3,5 %) vid behandling jämfört med kontroll [575]. Effekten var inte statistiskt säkerställt.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data. [223].

Kommentar till analyserade studier:

- Den minsta studien visar på störst effekt [360].
- Diagnoser i Greenfield 2014: 61% MDD, 88% AUD [223].
- Deltagarna i Haller 2016 var veteraner med depression med traumasymtom, 88% ptsd-diagnos [235].
- Diagnos i Wolitzky-Taylor 2022: affective disorders [575].

2.2.1.1.2.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 312 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanväga effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.1.1.3 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

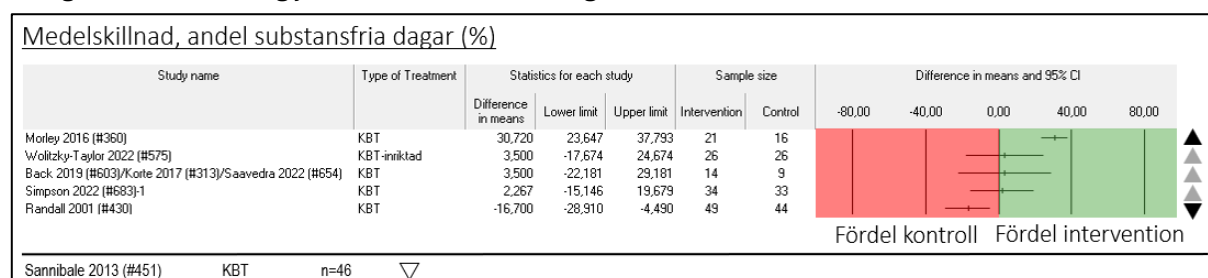
6 jämförelser [360, 430, 451, 575, 603, 683].

Tabell 2.2.1.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Morley 2016 [360] Måttlig 43%	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Percent Days Abstinent (alcohol), past 30 days	M (SD)	▲
Randall 2001 [430] Måttlig NR	93 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Percent days abstinent (alcohol), past 90 days (Form 90): Extraherat från figure M (SEM)	M (SD beräknad från SEM)	▼
Sannibale 2013 [451] Låg 26%	46 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Proportion of days abstinent (alcohol), past 90 days (TLFB): Md (range)	-	▽
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 31%	52 INT	Affect Management Treatment (KBT-inriktad) vs KBT (KBT)	Days using cannabis, past 30 days (TLFB) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Back 2019 [603] Måttlig 52%	81 INT ptsd	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	PDU Any Substance (Transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 28%	101 INT ptsd	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drinking days in past 30 days (Form 90) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▲

CPT = Cognitive Processing Therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; 12-steg = tolvstegsprogram; **MHI** = motivationhöjande insats; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **PDU** = percent days using (andel dagar med substansbruk); **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.2.1.1.3 Andel substansfria dagar, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar

(behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.1.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra studier varierande högre genomsnittlig andel substansfria dagar (2,3 % till 31%) vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [360, 575, 603, 683-1]. I en studie var effekten statistiskt säkerställd [360]. I en studie sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (17 %) vid behandling jämfört med kontroll [575]. Effekten var statistiskt säkerställt.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar vid behandling jämfört med kontroll [451]. Studien saknade statistisk analys av jämförelsen.

Kommentar till analyserade studier:

- Deltagarna i Back 2019 var veteraner [603].
- Simpson 2022 hade en crossover design där deltagare som fört ingick i arm utan behandling senare randomiserades till en av de aktiva armarna [683].

2.2.1.1.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.

Studier och deltagare: 6 studier, totalt 410 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall i samtliga studier. Ett avdrag (samstämmighet) då en studie visar på en statistiskt säkerställd negativ effekt av behandling. Ett avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.1.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.1.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [223, 235, 346, 386, 430, 458, 575, 683].

2.2.1.2.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

6 jämförelser [223, 235, 346, 386, 458, 575].

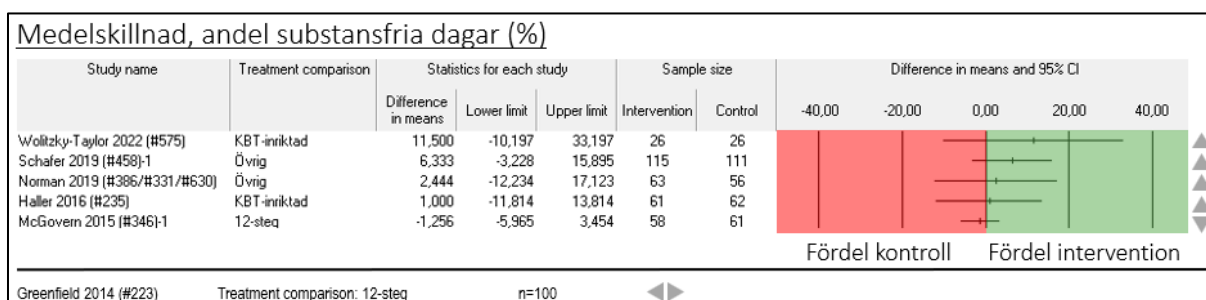
Tabell 2.2.1.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Greenfield 2014 [223] Måttlig 13%	100	Single-gender Women's Recovery Group (KBT) vs Mixed-gender Group Drug Counseling (12-steg)	N days of any use, past 30 days: % reduction from baseline, M (95% CI)	- NR	◀▶
Haller 2016 [235] Måttlig 40%	123 ptsd	CPT-M (KBT) vs ICBT (KBT-inriktad)	Percent days abstinent (any substance), past 90 days (TLFB)	M (SD)	▲
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	Days of alcohol use, past 90 days* (TLFB) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Norman 2019 [386] Måttlig 46%	119 ptsd	COPE (KBT) vs Seeking safety, 12 sessioner (Övrig)	Days abstinent (alcohol), past 90 days (TLFB): Marginal mean (95% CI) från LMM (transformerat till PDA)	M (SD) beräknat från CI	▲
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT ptsd	Återfallsprevention (KBT) vs Seeking safety, 16 sessioner (Övrig)	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 58%	52 INT	KBT (KBT) vs Affect Management Treatment (KBT-inriktad)	Days using cannabis, past 30 days (TLFB) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲

ASI = addiction severity index; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.2.1.2.2 Andel substansfria dagar, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.2.1.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra studier varierande högre genomsnittlig andel substansfria dagar (1 % till 12 %) vid behandling med KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [235, 386, 458-1, 575]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (1 %) vid behandling jämfört med kontroll [346-1]. Effekten var inte statistiskt säkerställt.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriaktionen gick inte att utläsa från data. [223].

Kommentar till analyserade studier:

- Diagnoser i Greenfield 2014: 61% MDD, 88% AUD [223].
- Deltagarna i Haller 2016 var veteraner med depression med traumasymtom, 88% ptsd-diagnos [235].
- Diagnos i Wolitzky-Taylor 2022: affective disorders [575].
- Deltagarna i Norman 2019 var veteraner [386].
- Ytterligare en studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.
- Eftersom KBT som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på psykiska symtom vid uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.1.1.2.2) så utvärderades om KBT ger en lägre eller lika stor symtombörda som annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

2.2.1.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Lika stor eller större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling

Studier och deltagare: 6 studier, totalt 768 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
---------------	---------------	---------------	-----------	------------------	------------------

Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○
----------------------------	--------------	--------------	----------------------------	-----------	------

Kommentar: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flertalet studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från negativ effekt.

2.2.1.2.3 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Sju jämförelser [29, 346, 430, 451, 458, 575, 683].

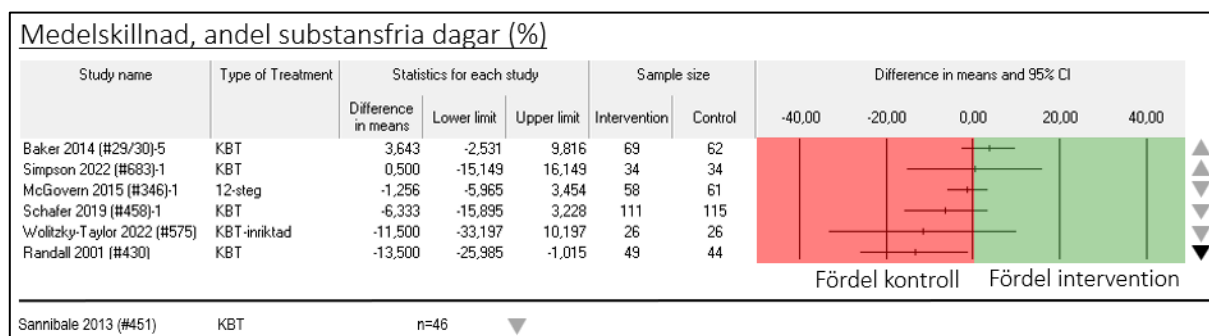
Tabell 2.2.1.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Baker 2010 [29] (5) Måttlig 17%	131 INT	MI-KBT för alkoholberoende och depression (KBT) vs MI-KBT för alkoholberoende (KBT)	Mean drinking days per week, past 2 weeks (TLFB) 18 w (Transformerat till PDA)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	Days of alcohol use, past 90 days (TLFB) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Randall 2001 [430] Måttlig 5%	93 INT	Integrerad KBT för alkoholberoende och social fobi (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Percent days abstinent (alcohol), past 90 days (Form 90)	M (SD) beräkna t från SEM)	▼
Sannibale 2013 [451] Låg 24%	46 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Proportion of days abstinent (alcohol), past 90 days (TLFB): Md (range)	-	▼
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 58%	52 INT	Affect Management Treatment (KBT-inriktad) vs KBT för cannabisfokus (KBT)	Days using cannabis, past 30 days (TLFB) (Transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 33%	101 INT ptsd	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drinking days in past 30 days (Form 90) (Transformerat till PDA)	M (SD)	◀▶

CPT = Cognitive Processing Therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.2.1.2.3 Andel substansfria dagar, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.1.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier varierande högre genomsnittlig andel substansfria dagar (0,5 % till 3,6%) vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [29-5, 683-1]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna. I fyra studier sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (1,3 % till 14 %) vid behandling jämfört med kontroll [346-1, 430, 458-1, 575]. Effekten var statistiskt säkerställd i en av studierna [430].

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar vid behandling jämfört med kontroll [451]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.
- Ytterligare en studie vilken jämförde integrerad KBT (COPE) med KBT enbart mot substansbruket (Återfallsprevention) mätte andel dagar med substansbruk men rapporterade sen inga data för uppföljningsmätningarna inom detta tidsintervall [603].
- På grund av att majoriteten av studier visar på en negativ effekt användes ett alternativt påstående vid GRADE-bedömningen, att behandling har lika bra eller sämre effekt som kontroll.

2.2.1.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Lika stor eller lägre andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.

Studier och deltagare: 7 studier, totalt 797 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort, mycket stort eller oklart bortfall i de flesta studierna. Ett avdrag (precision) då det är oklart om effekten är helt skild från positiv effekt.

2.2.2 Dagar med intensivkonsumtion

2.2.2.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.2.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [360, 430, 683].

2.2.2.1.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [360].

2.2.2.1.3 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

3 jämförelser [360, 430, 683].

Tabell 2.2.2.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Morley 2016 [360] Måttlig 43 %	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Percent Heavy Drinking Days, past 30 days	M (SD)	▲*
Randall 2001 [430] Måttlig NR	93 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Percent days heavy drinking, past 90 days (Form 90)	M (SD) beräknat från SE)	▼
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 28 %	101 INT ptsd	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Heavy drinking days in past 30 days (Form 90) (transformerat till PHDD)	M (SD)	▼**

CPT = Cognitive Processing Therapy; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **INT** = integrerad behandling utvärderas;

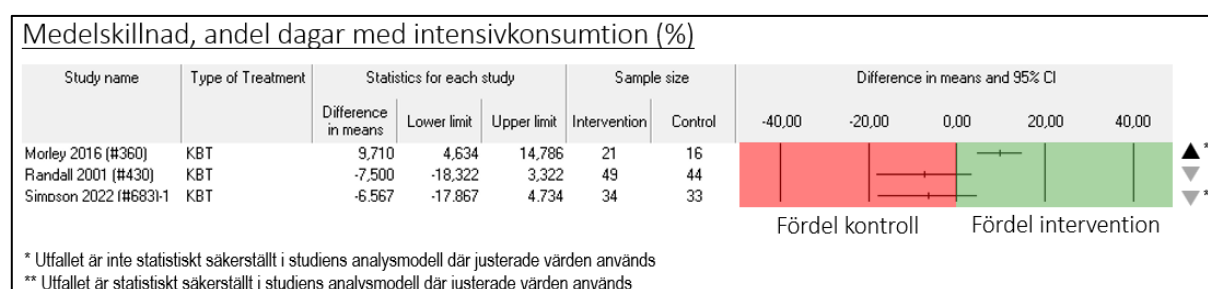
PHDD = percent heavy drinking days (andel dagar med intensivkonsumtion); **ptsd** = studie med ptsd-population.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell är ses en positiv effekt av behandling men skillnaden är inte statistiskt säkerställd. Vid analys av slutvärden ses en statistiskt säkerställd skillnad (Figur 2.2.2.1.3).

** I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd fördel för kontrollbehandlingen. När slutvärden används är skillnaden inte statistiskt säkerställd (Figur 2.2.2.1.3).

Figur 2.2.2.1.3 Dagar med intensivkonsumtion, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroende.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel dagar med intensivkonsumtion (%). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.2.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i en studie lägre genomsnittlig andel dagar med intensivkonsumtion (9,7 %) vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [360].

Effekten var statistiskt säkerställd i studiens analysmodell. I två studier sågs högre genomsnittlig andel dagar med intensivkonsumtion (18 %) vid behandling jämfört med kontroll [430, 683-1]. Effekten var statistiskt säkerställt i en av studiernas analysmodeller [430].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer

2.2.2.1.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Dagar med intensivkonsumtion av alkohol. Färre dagar med intensivkonsumtion, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling enbart beroendet.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 231 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall i samtliga studier. Två avdrag (precision) då resultatet baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare samt att det är sannolikt att den sammanvägda effekten inkluderar nolleffekt.

2.2.2.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.2.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [386, 430, 683].

2.2.2.2.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [386]. Ytterligare en studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.

2.2.2.2.3 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

3 jämförelser [29, 430, 683].

Tabell 2.2.2.3 Resultattabell SWiM.

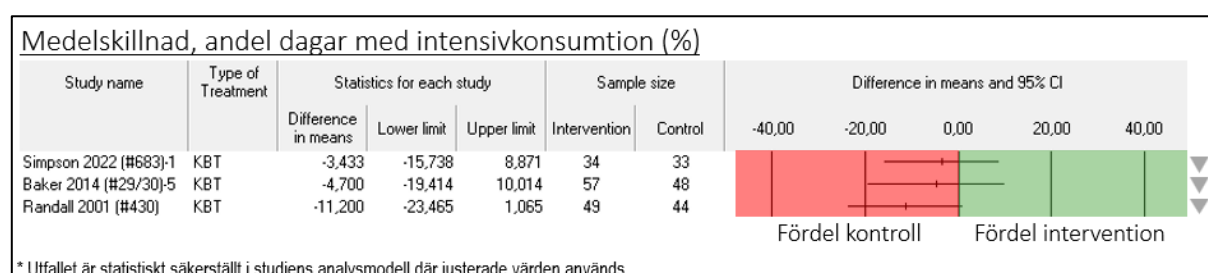
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Baker 2010 [29] (5) Måttlig 17 %	131 INT	MI-KBT för alkoholberoende och depression (KBT) vs MI-KBT för alkoholberoende (KBT)	Per cent days of heavy drinking (TLFB)	Raw difference in mean change from baseline	▽
Randall 2001 [430] Måttlig 5 %	93 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Percent days heavy drinking, past 90 days (Form 90), ANCOVA justerad för baslinjevärden)	M (SD beräknat från SE)	▼*
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 33 %	55 INT ptsd	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Heavy drinking days in past 30 days (Form 90) (PHDD transformerat)	M (SD)	▽

CPT = cognitive processing therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PHDD** = percent heavy drinking days; **ptsd** = studie med ptsd-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* Utfallet är statistiskt säkerställt i studiens analysmodell (repeated measures ANCOVA) justerat för baslinjevärden av utfallet. Vid analys av slutvärden utan justering ses ingen statistiskt säkerställd skillnad (Figur 2.2.2.3).

Figur 2.2.2.3 Dagar med intensivkonsumtion, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för dagar med intensivkonsumtion. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.2.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier en varierande högre genomsnittlig andel dagar med intensivkonsumtion (3,4 % till 11 % fler dagar med intensivkonsumtion) vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [29-5, 430, 683-1]. Effekten var statistiskt säkerställd i en av studiernas analysmodeller [430].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.

2.2.2.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med intensivkonsumtion av alkohol. Färre dagar med intensivkonsumtion >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 279 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i alla studier. Två avdrag (precision) då resultatet baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare samt att det är sannolikt att den sammanvägda effekten inkluderar nolleffekt.

2.2.3 Mängd substansintag

2.2.3.1 0≤3 månader efter påbörjad behandling

2.2.3.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [93, 430].

2.2.3.1.2 KBT jämfört med annan typ av behandling

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.2.3.1.3 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [93, 430].

2.2.3.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.3.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [29, 430].

2.2.3.2.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.2.3.2.3 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser [29, 430].

2.2.4 Mängd substansintag per tillfälle

2.2.4.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.4.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [360, 430, 451, 486, 575, 603].

2.2.4.1.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Endast två studier [360, 575].

2.2.4.1.3 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 0-3 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

5 jämförelser [360, 430, 451, 486, 603].

Tabell 2.2.4.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Morley 2016 [360] Måttlig 43%	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Drinks per Drinking Day, past 30 days	M (SD)	▲
Randall 2001 [430] Måttlig NR	93 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Drinks per drinking day, past 90 days (Form 90)	-	◀▶
Sannibale 2013 [451] Låg 26%	62 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Drinks per drinking day, past 90 days (TLFB)	M (SD)	▲*
Stapinski 2021 [486] Måttlig 26%	117 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Standard drinks/drinking day (TLFB)	M (SD beräknad från CI)	▼
Back 2019 [603] Måttlig 52%	81 INT ptsd	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drinks per drinking day, (unclear time window)	M (SD)	▼**

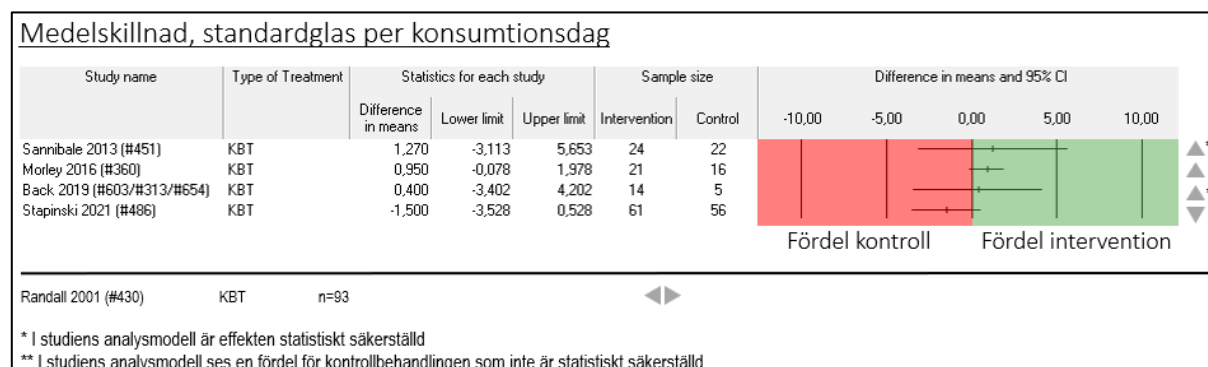
COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med PTSD-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställt positiv effekt av integrerad behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 2.2.4.1.3).

** I studiens analysmodell ses en statistiskt icke säkerställd positiv effekt av kontrollbehandling. När slutvärden används ses en statistiskt icke säkerställd fördel för integrerad behandling (Figur 2.2.4.1.3)

Figur 2.2.4.1.3 Mängd substansintag per tillfälle, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroende.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för antal standardglas per konsumtionsdag. En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av

effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.4.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier ett varierande lägre genomsnittligt alkoholintag per konsumtionsdag (0,4 till 1,3 glas färre per konsumtionsdag) [360, 451, 603] vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet. Enligt studiernas analysmodeller var effekten statistiskt säkerställd i en studie [451] och av omvänd riktning (negativ effekt) och statistiskt säkerställd i en studie [603]. I en studie sågs i skogsdiagrammet ett högre genomsnittligt alkoholintag per konsumtionsdag (1,5 glas fler per konsumtionsdag) [486] vid behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie mätte ett intensitetsmått av konsumtion (genomsnittligt antal gånger cannabis används på en konsumtionsdag), men utfallet bedömdes vara för olika för att användas i analysen [575].

2.2.4.1.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Mängd substansintag per tillfälle. Lägre intag, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 390 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.4.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.4.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [29, 430, 451, 486, 575, 603]

2.2.4.2.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd)

Ingen analys. Inga jämförelser. En studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.

2.2.4.2.3 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 3-12 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

4 jämförelser [430, 451, 486, 603].

Tabell 2.2.4.2.3 Resultattabell SWiM.

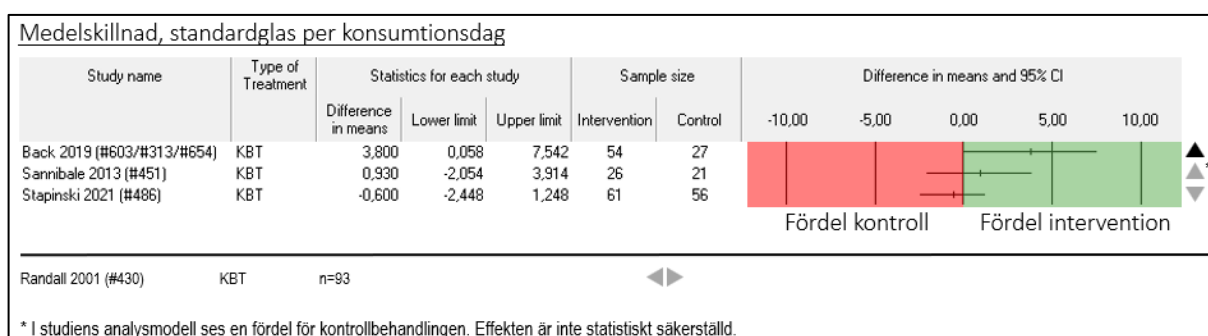
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Randall 2001 [430] Måttlig 5 %	93 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Drinks per drinking day, past 90 days (Form 90)	-	◀▶
Sannibale 2013 [451] Låg 24%	62 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Drinks per drinking day, past 90 days (TLFB):	M (SD)	▼*
Stapinski 2021 [486] Måttlig 34%	117 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Standard drinks/drinking day (TLFB)	M (SD beräknat från CI)	▼
Back 2019 [603] Måttlig 63%	81 INT ptsd	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drinks per drinking day, unclear time window: M (-) Antagande: Alla deltagare ingår i analysen	M, N, p- värde	▲

COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med PTSD-population; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell, ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av kontrollbehandlingen. För slutvärden ses en positiv effekt av behandling, vilken inte är statistiskt säkerställd (Figur 2.2.4.2.3).

Figur 2.2.4.2.3 Mängd substansintag per tillfälle, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för genomsnittligt antal standardglas per konsumtionsdag. En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.4.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier ett varierande lägre genomsnittligt alkoholintag per konsumtionsdag (0,9 till 3,8 glas färre per konsumtionsdag) [451, 603] vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet. Effekten var statistiskt säkerställd i en studie

[603]. I en studie var effektriktningen den motsatta (negativ effekt) i studien egen analysmodell [451].

I skogsdiagrammet sågs i en studie ett genomsnittligt högre alkoholintag per konsumtionsdag (0,6 glas fler per konsumtionsdag) [486] vid behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I en studie med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs ingen tydlig riktning på resultatet och effekten var inte statistiskt säkerställd [430].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.

2.2.4.2.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Mängd substansintag per tillfälle. Lägre intag, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 353 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall i de flesta studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.5 Beroendets svårighetsgrad

2.2.5.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.5.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [93, 223, 360, 451, 486, 575, 603].

2.2.5.1.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

3 jämförelser [223, 360, 575].

Tabell 2.2.5.1.2 Resultattabell SWiM.

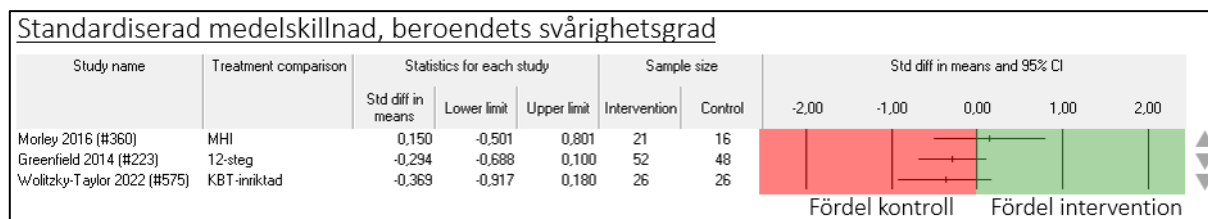
Studie	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogsdiagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Referens (jämförelse)					
RoB					
Bortfall					

Greenfield 2014 [223] Måttlig 8%	100	Single-gender Women's Recovery Group (KBT) vs Mixed-gender Group Drug Counseling (12-steg)	ASI Alcohol reduction from baseline, M (95% CI)	M (95% CI) för skillnaden mellan grupperna	▼
Morley 2016 [360] Måttlig 43%	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Severity of dependence (ADS)	M (SD)	▲
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 31%	52 INT	KBT (KBT) vs Affect Management Treatment (KBT-inriktad)	Severity of use (CAST)	M (SD)	▼

ADS = Alcohol Dependence Scale; **ASI** = addiction severity index; **CAST** = Cannabis Abuse Screening Test; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **ptsd** = studie med ptsd-population; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.2.5.1.2 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (mätt med olika skalor). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.5.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i en studie en genomsnittlig minskning av beroendets svårighetsgrad vid behandling med KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [360]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i studiens analysmodell. I två jämförelser sågs en genomsnittlig ökning av beroendets svårighetsgrad vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling [223, 575]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studiernas analysmodeller.

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.2.5.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighetsgrad, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 189 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då underlaget baseras på få studier med totalt sett litet antal deltagare och det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.5.1.3 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

6 jämförelser [93, 360, 451, 486, 575, 603].

Tabell 2.2.5.1.3 Resultattabell SWiM.

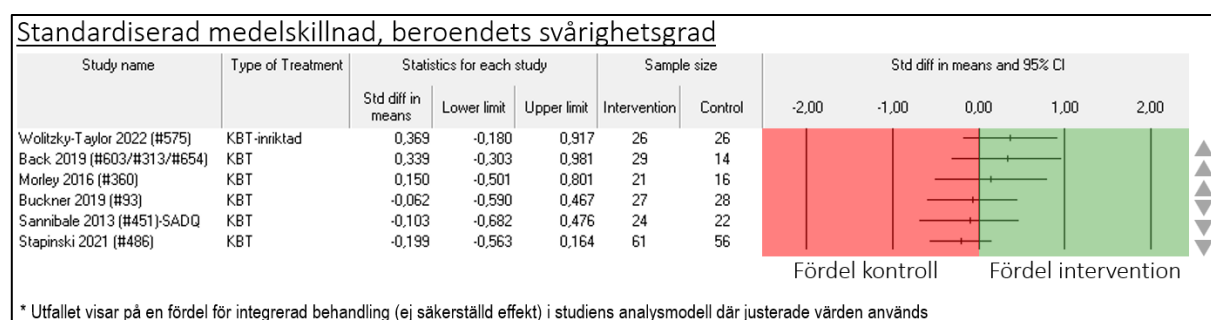
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Buckner 2019 [93] Måttlig 33%	55 INT	ICART (KBT) vs MET-KBT för cannabis-beroende (KBT)	Cannabis problem severity (MPS)	M (SD)	▼
Morley 2016 [360] Måttlig 43%	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Severity of dependence (ADS)	M (SD)	▲
Sannibale 2013 [451] Låg 26%	62 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Dependence severity (SADQ-C)	M (SD)	▼
Stapinski 2021 [486] Måttlig 26%	117 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Dependence severity, alcohol (SADQ)	M (SD) beräknad från CI)	▲*
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 31%	52 INT	Affect Management Treatment (KBT) vs KBT (KBT)	Severity of use (CAST)	M (SD)	▲
Back 2019 [603] Måttlig 52%	43 INT ptsd	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	ASI – Alcohol Composite	M (SD)	△

ADS = Alcohol Dependence Scale; **ASI** = addiction severity index; **CAST** = Cannabis Abuse Screening Test; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **ICART** = integrated cannabis and anxiety reduction treatment; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MPS** = Marijuana Problems Scale; **ptsd** = studie med PTSD-population; **SADQ** = Social Anxiety Disorder Questionnaire.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en positiv effekt av integrerad behandling, effekten är inte statistiskt säkerställd. För slutvärden utan justering ses en icke säkerställd negativ effekt av integrerad behandling (Figur 2.2.5.1.3)

Figur 2.2.5.1.3 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (mätt med olika instrument). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.5.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier en genomsnittlig minskning av beroendets svårighetsgrad vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [360, 575, 603]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studiernas analysmodeller.

I tre jämförelser sågs en genomsnittlig ökning av beroendets svårighetsgrad vid behandling jämfört med kontroll [93, 451, 458]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studiernas analysmodeller. I en av studiernas analysmodeller var effekten i stället positiv men inte statistiskt säkerställd [486].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.2.5.1.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad, 0≤3 månader efter påbörjad behandling, lägre svårighetsgrad.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med fokus på enbart ett tillstånd.

Studier och deltagare: 6 studier, totalt 366 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.5.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.5.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [29, 223, 346, 451, 458, 486, 575, 603].

2.2.5.2.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

4 jämförelser [223, 346, 458, 575].

Tabell 2.2.5.2.2 Resultattabell SWiM.

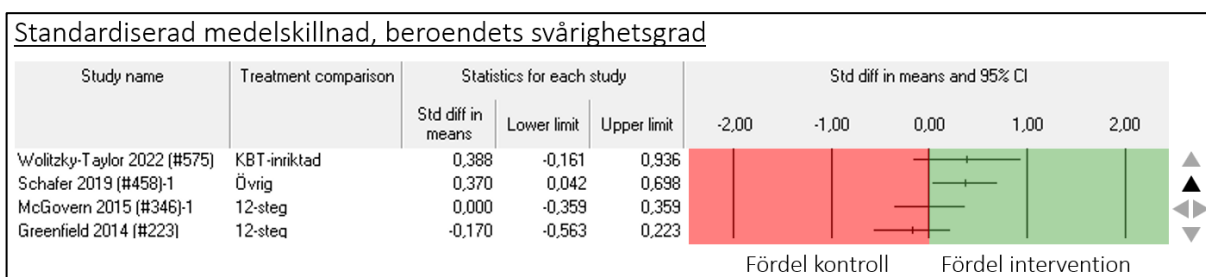
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Greenfield 2014 [223] Måttlig 13%	100	Single-gender Women's Recovery Group (KBT) vs Mixed-gender Group Drug Counseling (12-steg)	ASI Alcohol reduction from baseline	M (95% CI) för skillnaden mellan grupperna	▼
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	Alcohol severity score (ASI-alcohol)	M (SD)	◀▶
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Seeking safety, 16 sessioner (Övrig)	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	Cohen's d (95% CI) Justerat för baslinjevärden	▲
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 58%	52 INT	KBT (KBT) vs Affect Management Treatment (KBT-inriktad)	Severity of use (CAST)	M (SD)	▲

ASI = addiction severity index; **CAST** = Cannabis Abuse Screening Test; **INT** = integrerad behandling utvärderas;

KBT = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.2.5.2.2 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (mätt med olika instrument). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.5.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en genomsnittlig minskning av beroendets svårighetsgrad vid behandling med KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [458-1, 575]. Effekten var statistiskt säkerställd i en av studiernas analysmodeller [458-1].

I en studie sågs en genomsnittlig ökning av beroendets svårighetsgrad vid behandling jämfört med kontroll [223]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I en studie sågs ingen skillnad på beroendets svårighetgrad mellan KBT och annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [346-1].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.

2.2.5.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighetsgrad, 3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 526 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.5.2.3 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

5 jämförelser [346, 451, 458, 486, 575].

Tabell 2.2.5.2.3 Resultattabell SWiM.

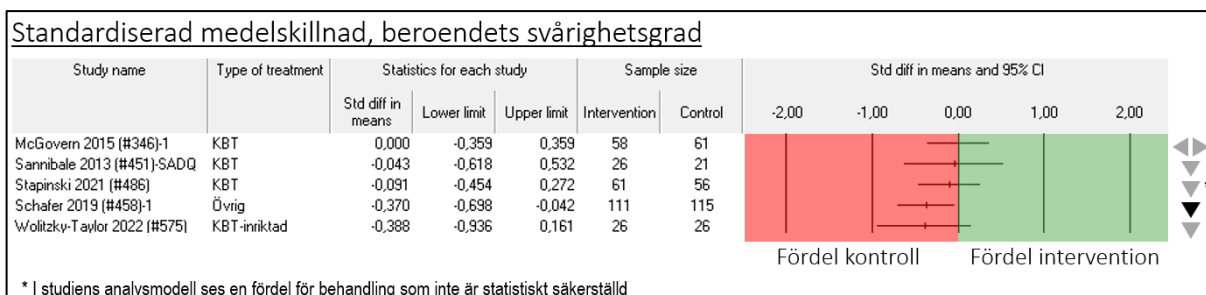
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	Alcohol severity (ASI- alcohol)	M (SD)	◀▶
Sannibale 2013 [451] Låg 24%	62 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Dependence severity (SADQ-C)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Återfalls-prevention (KBT)	Alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	Cohen's d (95% CI) Justerat för baslinjevärden	▼
Stapinski 2021 [486] Måttlig 34%	117 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Dependence severity, alcohol (SADQ)	M (SD beräknat från CI)	▲*
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 58%	52 INT	Affect Management Treatment (KBT-inriktad) vs KBT (KBT)	Severity of use (CAST)	M (SD)	▼

ASI = addiction severity index; **CAST** = Cannabis Abuse Screening Test; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **ptsd** = studie med ptsd-population; **SADQ** = Social Anxiety Disorder Questionnaire; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en positiv effekt av integrerad behandling. När slutvärden används är effekten negativ (Figur 2.2.5.2.3). Effekten är inte statistiskt säkerställd i något av fallen.

Figur 2.2.5.2.3 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (mätt med olika instrument). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.5.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra studier en varierande genomsnittlig ökning av beroendets svårighetsgrad vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [451, 458-1, 486, 575]. Effekten var statistiskt säkerställd i en av studiernas analysmodeller [458-1]. I en av studierna sågs positiv effekt av behandling i studiens analysmodell [486], effekten var dock fortfarande inte statistiskt säkerställd.

I en studie sågs ingen skillnad på beroendets svårighetsgrad mellan integrerad behandling och behandling av enbart beroendet [346-1].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie vilken jämförde KBT med en motivationshöjande insats [360] beskrev att de mätte utfall vid 16 och 24 veckor, men rapporterade sen aldrig data för dessa tidpunkter.

2.2.5.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighetsgrad, 3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 605 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.2.6 Andel substansfria deltagare

2.2.6.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.6.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [603, 683].

2.2.6.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.6.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [346, 683].

2.2.7 Psykiska symtom

2.2.7.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.7.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [93, 193, 235, 290, 360, 430, 451, 486, 487, 575, 603, 683].

2.2.7.1.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

3 jämförelser [235, 360, 575].

Tabell 2.2.7.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Haller 2016 [235] Måttlig 8%	123 ptsd	CPT-M (KBT) vs ICBT (KBT-inriktad)	ptsd Symptoms (PCL)	M (SD)	▽
Morley 2016 [360] Måttlig 43%	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Depression (DASS-21) Anxiety (DASS-21) Stress (DASS-21)	M (SD)	▲ depression ▼ ångest ▼ stress Totalt: ◀▶
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 31%	52 INT	KBT (KBT) vs Affect Management Treatment (KBT-inriktad)	Depressive symptoms (DASS-D) Anxiety symptoms (DASS- A)	M (SD)	▽ depression ▽ ångest Totalt: ▽

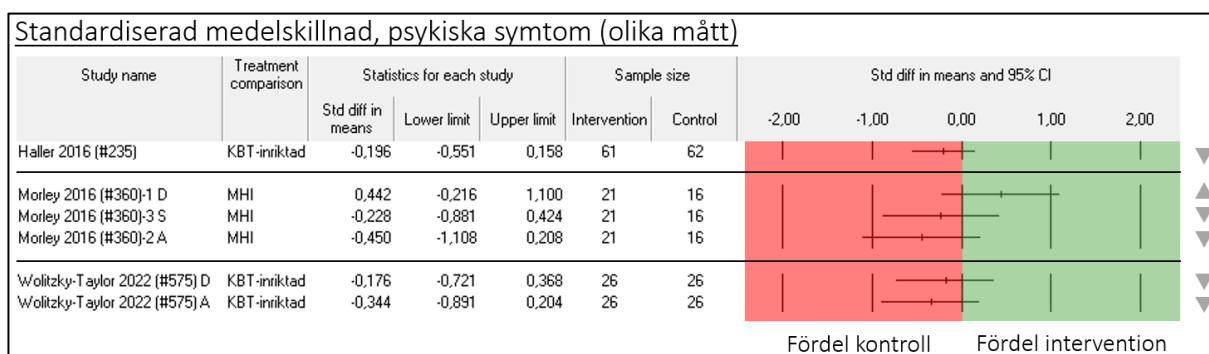
CPT = Cognitive Processing Therapy; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **DASS** = Depression, Anxiety, and Stress Scale; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi;

MHI = motivationshöjande insats; **PCL** = ptsd check list; **ptsd** = studie med ptsd-population.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

\$ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

Figur 2.2.7.1.2 Psykiska symtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.7.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I två studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett på en negativ effekt av behandling [235, 575]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [360].

Kommentar till analyserade studier:

- Eftersom KBT som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på psykiska symtom vid uppföljning 0≤3 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.1.7.1.2) så utvärderades om KBT ger en lägre eller lika stor symtombörda som annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

2.2.7.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom, lägre eller lika stor symtombörda 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 212 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) underlaget består av få studier med totalt sett litet antal deltagare och då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från negativ effekt.

2.2.7.1.3 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

10 jämförelser [93, 193, 290, 360, 430, 451, 486, 575, 603, 683].

Tabell 2.2.7.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Buckner 2019 [93] Måttlig 33%	55 INT	ICART (KBT) vs MET-KBT för cannabis- beroende (KBT)	Anxiety severity (HAMA)	M (SD)	▲ *
Johnson 2012 [290] Måttlig 0 %	38 INT	Interpersonal psychotherapy (Övrig) vs PSYCHOED (Psykoedukation)	Depressive symptoms (HAMD)	M (SD)	▲ ****
Garland 2016 [193] (1) Måttlig 27%	128 INT	Seeking Safety-baserad, 10 sessioner (Övrig) vs MORE (Övrig)	Depression (BSI) Anxiety (BSI) ptsd symptoms (PCL-C)	M (SD beräknat från SE)	▼ depression ▼ ångest ▼ ** ptsd Totalt: ▼
Morley 2016 [360] Måttlig 43%	37 INT	Integrerad vård (KBT) vs Sedvanlig behandling för alkoholproblem (MHI)	Depression (DASS-21) Anxiety (DASS-21) Stress (DASS-21)	M (SD)	▲ depression ▼ ångest ▼ stress Totalt: ◀▶
Randall 2001 [430] Måttlig NR	93 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Social phobia symptoms (SPAI)	M (SD)	△
Sannibale 2013 [451] Låg 26%	62 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	ptsd symptoms past month (CAPS)	M (SD)	△
Stapinski 2021 [486] Måttlig 26%	117 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Social anxiety (SIAS + SPS), marginal mean	M (SD beräknat från 95% KI)	▲
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 31%	52 INT	Affect Management Treatment vs KBT mot cannabisberoende	Depressive symptoms (DASS-D) Anxiety symptoms (DASS-A)	M (SD)	△ DASS-D △ DASS-A Totalt: △
Back 2019 [603] Måttlig 52%	81 INT ptsd	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	ptsd symptoms (CAPS, total)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (1)	101 INT	CPT (KBT) vs	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▼ ***

Måttlig 28%	ptsd	Återfalls-prevention (KBT)			
----------------	------	----------------------------	--	--	--

BDI = Beck Depression Inventory; **BSI** = Brief Symptoms Inventory; **CAPS** = Clinician Administered PTSD Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **DASS** = Depression, Anxiety, and Stress Scale; **HAMA** = Hamilton Anxiety Rating Scale; **HAMD** = Hamilton Rating Scale for Depression; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **MI** = Motivational Interviewing (motiverande samtal); **PCL** = PTSD Checklist; **ptsd** = studie med PTSD-population; **SPAI** = Social Phobia and Anxiety Inventory.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

§ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

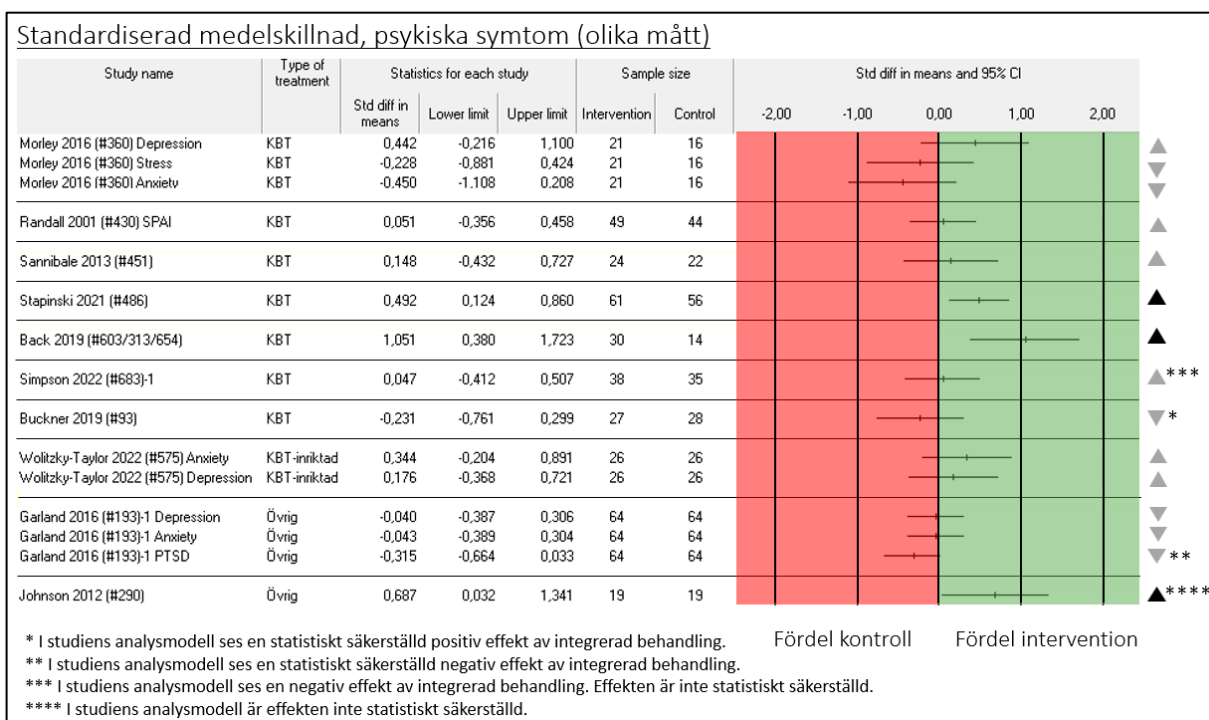
* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd fördel för integrerad behandling. När slutvärden används ses i stället en fördel för kontrollbehandlingen. Denna effekt är inte säkerställd (Figur 2.2.7.1.3).

** I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd negativ effekt av integrerad behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 2.2.7.1.3).

*** I studiens analysmodell ses en fördel för kontrollbehandlingen. När slutvärden används ses i stället en fördel för integrerad behandling. Ingen av effekterna är statistiskt säkerställda.

**** I studiens analysmodell ses en fördel för integrerad behandling som inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används är effekten statistiskt säkerställd (Figur 2.2.7.1.3).

Figur 2.2.7.1.3 Psykiska symtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.7.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I sju studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, på en statistiskt säkerställd positiv effekt av integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet

[93, 290, 430, 451, 486, 575, 603]. I tre av studierna var effekten statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller [93, 486, 603].

I två studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studiernas analysmodeller [193, 683-1].

I en studie hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [360].

Kommentar till analyserade studier:

- Eftersom integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på psykiska symtom vid uppföljning 0≤3 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.1.7.1.3) så utvärderades om integrerad behandling ger en lägre eller lika stor symtombörda som behandling av enbart beroendet.

2.2.7.1.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Psykiska symtom. Lika stor eller lägre symtombörda 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling men enbart beroendefokus

Studier och deltagare: 10 studier, totalt 764 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Inget avdrag	Ej bedömt	⊕⊕⊕○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort eller oklart bortfall samtliga studier.

2.2.7.2 *Uppföljning 3-12 månader*

2.2.7.2.1 *Alla studier*

Ingen analys, se metodbeskrivning [29, 235, 290, 346, 386, 430, 451, 458, 486, 575, 603, 683].

2.2.7.2.2 *KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader*

Psykiska symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

5 jämförelser [235, 346, 386, 458, 575].

Tabell 2.2.7.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effektriktning\$
Haller 2016 [235] Måttlig	123 ptsd	CPT-M (KBT) vs ICBT (KBT-inriktad)	ptsd symptoms (PCL)	M (SD)	▼*

40%					
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Norman 2019 [386] Måttlig 46%	119 ptsd	COPE (KBT) vs Seeking safety, 12 sessioner (Övrig)	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD från 95% KI)	▲
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT ptsd	Återfalls-prevention (KBT) vs Seeking safety, 16 sessioner (Övrig)	ptsd symptoms (PSS-I)	Cohen's d (95% KI)	▲
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 58%	52 INT	KBT (KBT) vs Affect Management Treatment (KBT-inriktad)	Depressive symptoms (DASS-D) Anxiety symptoms (DASS- A)	M (SD)	▼ ▼ Totalt: ▼

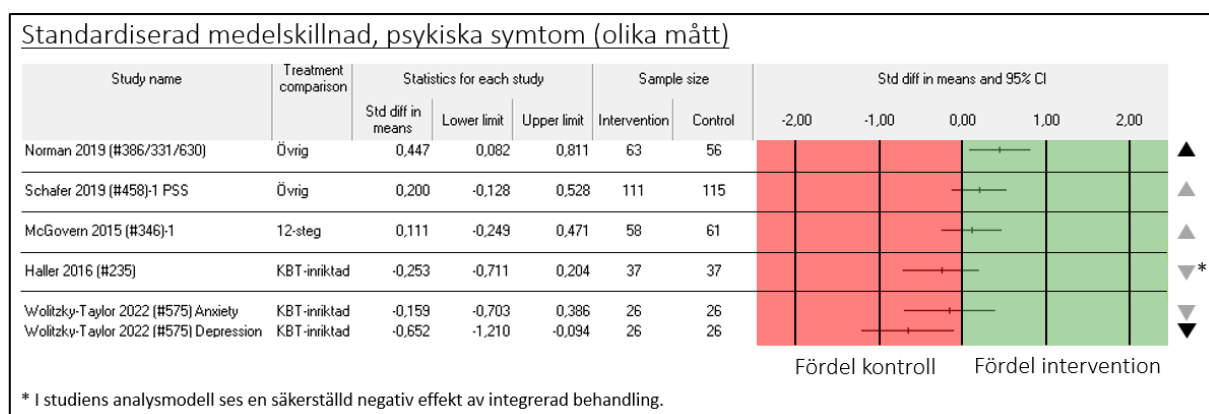
CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **DASS** = Depression, Anxiety, and Stress Scale; **ICART** = Integrated cannabis and anxiety reduction treatment; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PCL** = ptsd check list; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **ptsd** = studie med ptsd-population.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

§ För studier där flera utfall valdes (se metod, högst upp i bilagan) redovisas även den totala effektriktningen för studien avseende valda psykiska symtom (projektgruppens bedömning)

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd negativ effekt av KBT jämfört med annan behandling. När slutvärden används är denna effekt inte statistiskt säkerställd.

Figur 2.2.7.2.2 Psykiska symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått från delskalor rapporteras skiljs åt med en horisontell linje.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.7.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I tre studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, på en positiv effekt av KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [386, 346-1, 458-1]. I en av studierna var effekten statistisk säkerställd [386].

I två studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, totalt sett på en negativ effekt av behandling [235, 575]. Effekten var statistiskt säkerställd i en av studiernas analysmodeller [235].

Kommentar till analyserade studier:

- Morley 2015 skriver i metod att resultat mäts även vid 16 och 24 veckor, men rapporteras eller kommenteras sen inte [360].
- Eftersom KBT som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på psykiska symtom vid uppföljning $>3 \leq 12$ månader efter påbörjad behandling (se analys 2.1.7.2.2) så utvärderades om KBT ger en lägre eller lika stor symtombörda som annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

2.2.7.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom, lika stor eller lägre symtombörda $>3 \leq 12$ månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 668 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (samstämmighet) då en studie visar på en säkerställd negativ effekt. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från negativ effekt.

2.2.7.2.3 Integrerad behandling jämfört med enbart beroendebehandling, 3-12 månader

Psykiska symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

10 jämförelser [29, 290, 346, 430, 451, 458, 486, 575, 603, 683].

Tabell 2.2.7.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie Sammanfattad effekttriaktning\$
Baker 2010 [29] (5) Måttlig 17%	131 INT	MI-KBT för alkoholberoende och depression (KBT) vs MI-KBT för alkoholberoende (KBT)	Depression level (BDI-II), change from baseline	M (SD)	▽
Johnson 2012 [290]	38 INT	Interpersonal psychotherapy (Övrig)	Depressive symptoms (HAMD)	M (SD)	▼

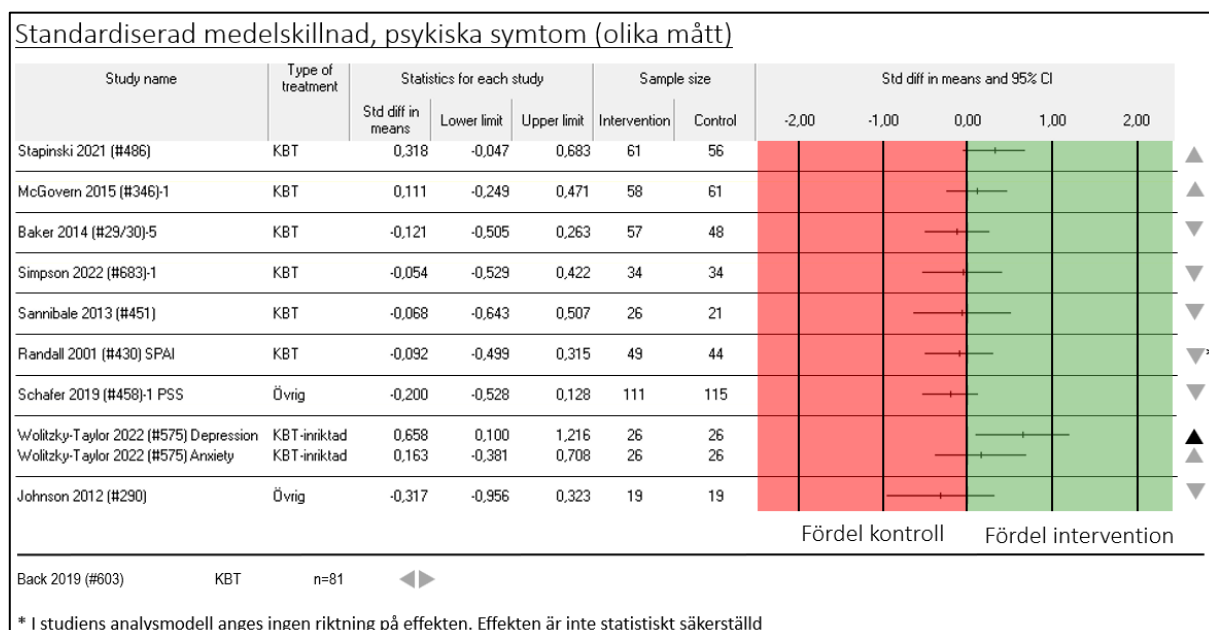
Måttlig 0 %		vs PSYCHOED (Psykoedukation)			
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Randall 2001 [430] Måttlig 5%	93 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Social phobia symptoms (SPAI)	M (SD)	◀▶*
Sannibale 2013 [451] Låg 24%	62 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	ptsd symptoms, past month (CAPS)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT ptsd	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Återfalls-prevention (KBT)	ptsd symptoms (PSS- I)	Cohen's d (95% KI)	▼
Stapinski 2021 [486] Måttlig 34%	117 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Social anxiety (SIAS + SPS): marginal mean	M (SD beräknat från 95% KI)	▲
Wolitzky-Taylor 2022 [575] Måttlig 58%	52 INT	KBT (KBT) vs Affect Management Treatment (KBT-inriktad)	Depressive symptoms (DASS-D) Anxiety symptoms (DASS-A)	M (SD)	▲ DASS-D ▲ DASS-A Totalt: ▲
Back 2019 [603] Måttlig 63%	81 INT ptsd	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	ptsd symptoms (CAPS, total), data rapporteras ej men kommenteras	-	◀▶
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 28%	101 INT ptsd	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▼

BDI = Beck Depression Inventory; **HAMD** = Hamilton Rating Scale for Depression; **CAPS** = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **ptsd** = studie med ptsd-population; **SIAS** = Social Interaction Anxiety Scale; **SPAI** = Social Phobia and Anxiety Inventory; **SPS** = Social Phobia Scale; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell anges ingen riktning på effekten. Effekten är inte statistiskt säkerställd.

Figur 2.2.7.2.3 Psykiska symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i psykiska symtom (olika symtom, mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Studier där flera mått rapporteras skiljs åt med en horisontell linje. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.2.7.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I tre studier visade resultaten för psykiska symtom på en positiv effekt av integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [346-1, 486, 575]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd [486].

I fem studier visade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [29-5, 290, 451, 458-1, 683-1]. Effekten var inte säkerställd i någon av studierna.

I två studie hade resultaten för psykiska symtom, mätt med olika mått, ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [430, 603].

Kommentar till analyserade studier:

- Morley 2015 skriver i metod att resultat mäts även vid 16 och 24 veckor, men rapporteras eller kommenteras sen inte [360].
- Back 2019 saknar data för skogsdiagram, men kommenterar att det inte finns skillnad mellan grupperna [603].
- Eftersom integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på psykiska symtom vid uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.1.7.2.3) så utvärderades om integrerad behandling ger en lägre eller lika stor symtombörda som behandling av enbart beroendet.

2.2.7.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Psykiska symtom. Lika stor eller lägre symtombörda >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 10 studier, totalt 1 049 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Inget avdrag	Ej bedömt	⊕⊕⊕○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier.

2.2.8 Funktion

2.2.8.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.8.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning. Inga studier.

2.2.8.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.8.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [29, 386].

2.2.8.2.2 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [386].

2.2.8.2.3 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid depression, ångestsyndrom och ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [29].

2.2.9 Livskvalitet

2.2.9.1 Uppföljning 0-3 månader

2.2.9.1.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [486].

2.2.9.2 Uppföljning 3-12 månader

2.2.9.2.1 Alla studier

Ingen analys, se metodbeskrivning [376, 486].

2.3 Särredovisning av ptsd – jämförelser mot enbart sedvanlig behandling

Psykologisk och psykosocial behandling vid samsjuklighet med ptsd som tillägg till sedvanlig behandling jämfört enbart sedvanlig behandling

Tabell 2.3 Beskrivning av studier i analys.

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Coffrey 2016 [122] (1)	AUD ptsd	n=85 35 år 44%	MET, <i>fokus psykiatri</i> Avslappning 8 veckor	Motivations- höjande insats Uppmärksa mhetskontr oll	6 veckors behandlings- program i heldygnsvård med daglig grupp- behandling, AA/NA möten, individuellt stöd. <i>Fokus substansbruk</i> Prolonged exposure (KBT) som en del av studieupplägget, <i>fokus psykiatri</i>	8 % 22 %
Coffrey 2016 [122] (4)	AUD ptsd	n=126 34 år 46%	Prolonged exposure med eller utan MET, <i>fokus psykiatri</i> Hälsoinformation plus avslappning 8 veckor	KBT Uppmärksa mhetskontr oll	6 veckors behandlings- program i heldygnsvård med daglig grupp- behandling, AA/NA möten, individuellt stöd, <i>fokus substansbruk</i>	26 % 22 %
Foa 2013 [180] (1)	AUD ptsd	n=82 43 år 35%	Prolonged exposure + Naltrexon, <i>dubbelt fokus</i> Naltrexon + sedvanlig behandling 6 mån	KBT -	Stödbehandling baserat på BRENDA-modellen, <i>fokus substansbruk</i>	- 50 %
Foa 2013 [180] (2)	AUD ptsd	n=83 43 år 34%	Prolonged exposure + placebo, <i>fokus psykiatri</i> Placebo + sedvanlig behandling 6 mån	KBT -	Stödbehandling baserat på BRENDA-modellen + placebo, <i>fokus substansbruk</i>	- 47 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Hien 2009 [263]	SUD ptsd	n=353 39 år 100%	Seeking safety, 12 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Hälsoinformation + sedvanlig behandling 6 veckor	Övrig Uppmärksa mhetskontr oll	Öppenvård för beroende, <i>fokus substansbruk</i>	37 % 39 %
McGovern 2015 [346] (2)	SUD ptsd	n=148 35 år 58%	Individual Addiction Counseling, <i>fokus substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	12-steg -	Intensiv behandling för beroende i öppenvård individuellt och i grupp, läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	- 24 %
McGovern 2015 [346] (3)	SUD ptsd	n=146 35 år 60%	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	KBT -	Intensiv behandling för beroende i öppenvård individuellt och i grupp, läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	- 24 %
Mills 2012 [358]	SUD ptsd	n=103 34 år 62%	COPE, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 3 mån	KBT -	Behandling för beroende utifrån behov och tillgänglighet, såsom öppenvård, avgiftning och läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	20 % 25 %
Schacht 2017 [456]	ODU ptsd	n=58 37 år 79%	Förstärkning av behandlings- närvaro, <i>fokus psykiatri</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	Förstärknin g -	Underhållsbehandling med metadon, <i>fokus substansbruk</i> Exponeringsbaserad KBT som en del av studie- upplägget, <i>fokus psykiatri</i>	14 % 14 %
Schäfer 2019 [458] (2)	SUD ptsd	n=228 41 år 100 %	Seeking safety, 16 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 16 veckor	Övrig -	Frihet att delta i annan valfri behandling för beroende, ptsd eller andra problem, <i>varierande fokus</i>	- 41 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Schäfer 2019 [458] (3)	SUD ptsd	n=232 41 år 100 %	Återfalls- prevention, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 16 veckor	KBT -	Frihet att delta i annan valfri behandling för beroende, ptsd eller andra problem, <i>varierande fokus</i>	- 33 %
Stappenbeck 2015 [487] (2)	AUD ptsd	n=47 44 år 49%	Experiential Acceptance, <i>dubbelt fokus</i> Kostinformation 5 veckor	KBT -	Inte beskrivet	13 % -
Stappenbeck 2015 [487] (3)	AUD ptsd	n=51 44 år 49%	Cognitive restructuring, <i>dubbelt fokus</i> Kostinformation 5 veckor	KBT Uppmärksa mhetskontr oll	Inte beskrivet	13 % -
Zlotnick 2009 [590]	SUD ptsd	n=49 35 år 100%	Seeking safety, 25 sessioner, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Enbart sedvanlig behandling 8 veckor	Övrigt -	Behandlingsprogram enligt 12 stegsmodellen i 3–6 månader under fängelsevistelse, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Studiens behandlingsavslut sammanfaller med frigivning från fängelse.	0 % 10 %
Peck 2023 [652] (1)	ODU ptsd	n=20 35 år 60%	Förstärkning av behandlings- närvaro, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	Förstärknin g -	Underhållsbehandling med metadon, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Prolonged exposure (KBT) som en del av studie- upplägget, <i>fokus psykiatri</i>	20 % -

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Peck 2023 [652] (4)	OD ptsd	n=30 38 år 63%	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings- närvaro, <i>fokus</i> <i>psykiatri</i> Enbart sedvanlig behandling 12 veckor	KBT -	Underhållsbehandling med metadon, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i>	20 % -
Simpson 2022 [683] (2)	AUD ptsd	n=63 44 år 54%	Cognitive Processing Therapy, dubbelt fokus Enbart sedvanlig behandling 7 veckor	KBT -	Fortsatt behandling med läkemedel för psykisk sjukdom och alkoholberoende (ej disulfiram), tilläts om insatt senast 3 månader innan rekrytering, <i>varierande fokus</i>	21 % -
Simpson 2022 [683] (3)	AUD ptsd	n=60 40 år 58%	Återfalls- prevention, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> Enbart sedvanlig behandling 7 veckor	KBT -	Fortsatt behandling med läkemedel för psykisk sjukdom och alkoholberoende (ej disulfiram), tilläts om insatt senast 3 månader innan rekrytering, <i>varierande fokus</i>	20 % -

AUD = Alcohol use disorder; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **MET** = motivational enhancement therapy; **OD** = Opioid Use Disorder; **ptsd** = posttraumatic stress disorder; **SUD** = Substance use disorder. Fokus substansbruk = behandlingen har fokus på beroendetillståndet, fokus psykiatri = behandling har fokus på det psykiatriska tillståndet, dubbelt fokus = behandlingen har fokus på både beroendetillståndet och det psykiatriska tillståndet, varierande fokus = behandlingsfokus kan variera mellan deltagare.

För studier med fler än två armar indikeras den specifika jämförelsen med en siffra inom parentes.

* Med sedvanlig behandling avses den behandling som alla deltagare i studien får oavsett om det är behandling som deltagarna redan får utanför studien eller om det ingår som en del av studien.

**Upp till och med tre månader efter påbörjad behandling.

***Mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling.

2.3.1 Andel substansfria dagar

2.3.1.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.1.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

3 jämförelser [263, 683].

Tabell 2.3.1.1.1 Resultattabell SWiM.

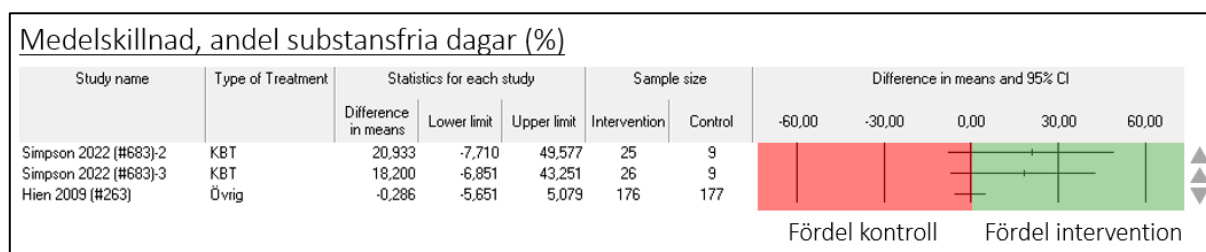
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug use, past week (SUI) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	34† INT	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days in past 30 days (Form 90) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	35†	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drinking days in past 30 days (Form 90) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲

INT = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **SUI** = substance use inventory.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.1.1.1 Andel substansfria dagar, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.1.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två jämförelser en högre genomsnittlig andel substansfria dagar (18 % till 21 % fler substansfria dagar) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver

sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [683-2, 683-3]. Effekten var inte statistiskt signifikant i någon av jämförelserna.

I en jämförelse sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (0,3 % färre substansfria dagar) vid behandling jämfört med kontroll [263]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie, McGovern 2015, beskrev att substansbruksdata skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].
- I Stappenbeck 2015 finns andel substansfria dagar rapporterat för de två interventionsarmarna, men inte för armen med enbart sedvanlig behandling [487].

2.3.1.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 jämförelser i 2 studier, totalt 422 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (överförbarhet) på grund av resultatet baseras på endast två studier och få olika typer av psykologisk och psykosocial behandling. Två avdrag (precision) då resultatet baseras på endast två studier varav en med få deltagare samt det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.1.1.2 Subgrupp behandlingstyp, 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Färre än 3 jämförelser för alla behandlingstyper.

2.3.1.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [263, 683].

2.3.1.1.4 Traumafokuserad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.1.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.1.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

10 jämförelser [122, 180, 263, 346, 458, 590].

Tabell 2.3.1.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffrey 2016 [122] (1) Låg 22%	42 [†]	MET (MHI) vs Avslappning	Per cent days abstinent, past 90 days, alcohol (TLFB)	M (SD beräknat från CI)	▽
Coffrey 2016 [122] (4) Låg 22%	84 [†] TF	Prolonged exposure med eller utan MET, (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Per cent days abstinent, past 90 days, alcohol (TLFB)	M (SD beräknat från CI)	▽
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	Percentage of drinking days over the last 30 days (TFBI)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Percentage of drinking days over the last 30 days (TFBI)	M (SD)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug use, past week (SUI)	-	◀▶
McGovern 2015 [346] (2) Måttlig 23%	87 [†]	Individual Addiction Counseling (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days (TLFB)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	85 [†] INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days (TLFB)	M (SD)	▲ *
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	169 [†] INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲ *
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	174 [†]	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Weeks Abstinent, of 12 (ASI)	M (SD)	▼

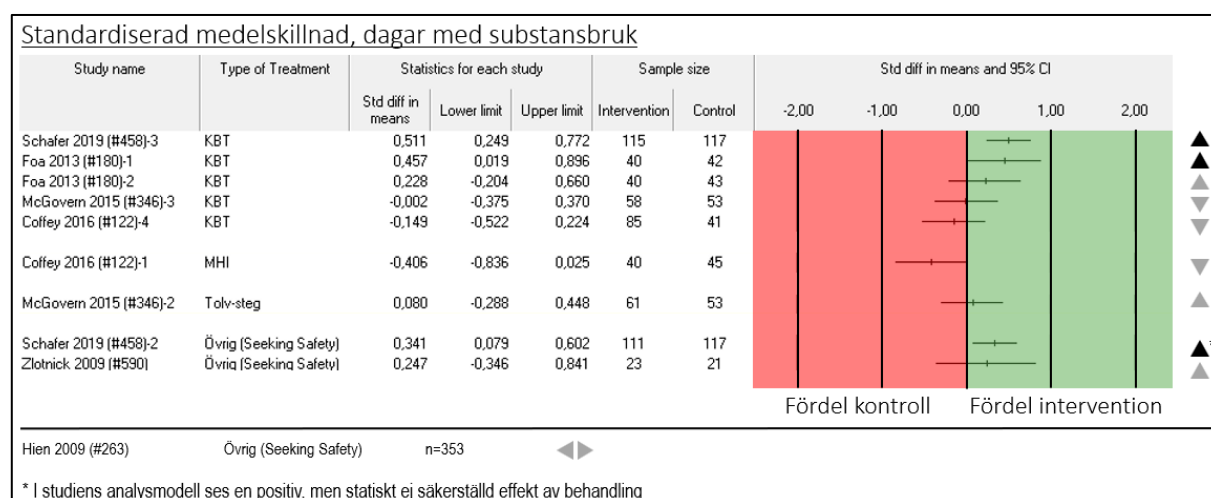
ASI = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **SUI** = substance use inventory; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **TLFB** = timeline follow-back; **12-steg** = tolvstegsprogram.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

• I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling. När slutvärden används ses istället en negativ effekt av behandling (Figur 2.3.1.2.1). I inget av fallen är effekten statistiskt säkerställd.

** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.3.1.2.1).

Figur 2.3.1.2.1 Dagar med substansbruk, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för frekvens substansbruk (olika tidsintervall). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.1.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i sex studier en varierande genomsnittlig positiv effekt med färre dagar med substansbruk (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [180-1, 180-2, 346-2, 458-2, 458-3, 590]. För en av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd i studiens analysmodell [458-3].

I tre jämförelser i skogsdiagrammet sågs en varierande genomsnittlig negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [122-1, 122-4, 346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av dessa jämförelser.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data. [263].

Kommentar till analyserade studier:

- Zlotnick 2009 har ett annorlunda mått som inte går att omvandla till PDA [590].
- Hien 2009 rapporterar inga data utan kommenterar endast i text att vid samtliga mätpunkter finns ingen skillnad [263].

2.3.1.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 10 jämförelser i 6 studier, totalt 1 203 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.1.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

5 jämförelser [122, 180, 346, 458].

Tabell 2.3.1.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogsdiagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffrey 2016 [122] (4) Låg 22%	126 TF	Prolonged exposure med eller utan MET, (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Per cent days abstinent, past 90 days, alcohol (TLFB)	M (SD från CI)?	▽
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	Percentage of drinking days over the last 30 days (TFBI)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days* (TLFB)	M (SD)	▲
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	232	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲

INT = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy;

TF = behandling med traumafokus utvärderas; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.3.1.2.1

2.3.1.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier en varierande genomsnittlig positiv effekt med färre dagar med substansbruk (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av KBT utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [180-1, 180-2, 458-3]. För en jämförelse var effekten statistiskt säkerställd i studiens analysmodell [458-3].

I två jämförelser sågs i skogsdiagrammet en varierande genomsnittlig negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [122-4, 346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av dessa jämförelser.

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer

2.3.1.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 5 jämförelser i 4 studier, totalt 634 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.3.1.2.3 Seeking Safety (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

3 jämförelser [263, 458, 590].

Tabell 2.3.1.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug use, past week (SUI)	-	◀▶
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	228 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI- lite)	M (SD)	▲*
Zlotnick 2009 [590] Måttlig	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs	Weeks Abstinent, of 12 (ASI)	M (SD)	▼

10%		Enbart sedvanlig behandling			
-----	--	-----------------------------	--	--	--

ASI = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **SUI** = substance use inventory.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.3.1.2.1).

För skogsdiagram se Figur 2.3.1.2.1.

2.3.1.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande genomsnittlig positiv effekt med färre dagar med substansbruk (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av Seeking Safety utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [458-2, 590]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data. [263].

Kommentar till analyserade studier:

- Zlotnick 2009 har ett annorlunda mått som inte går att omvandla till PDA [590].
- Hien 2009 rapporterar inga data utan kommenterar endast i text att vid samtliga mätpunkter finns ingen skillnad [263].

2.3.1.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Seeking Safety som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 625 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.1.2.4 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

4 jämförelser [180, 263, 346, 458, 590].

Tabell 2.3.1.2.4 Resultattabell SWiM.

Studie	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogsdiagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Referens (jämförelse)					
RoB					
Bortfall					

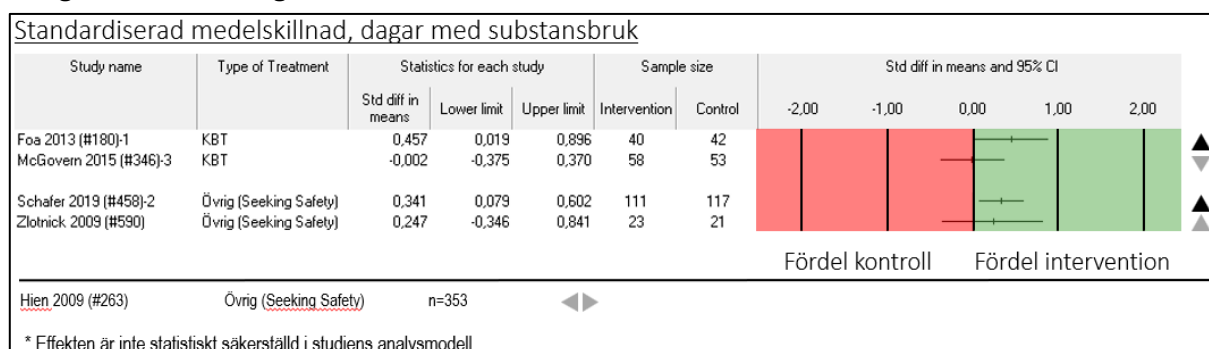
Foa 2013 #180 (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
Hien 2009 #263 Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Days of drug use, past week (SUI)	-	◀▶
McGovern 2015 #346 (3) Måttlig 24%	111 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Days of alcohol use, past 90 days* (TLFB)	M (SD)	▲
Schäfer 2019 #458 (2) Måttlig 41%	228 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲*
Zlotnick 2009 #590 Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Weeks Abstinent, of 12 (ASI)	M (SD)	▼

ASI = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling, vilken inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en säkerställd effekt (Figur 2.3.1.2.4).

Figur 2.3.1.2.4 Dagar med substansbruk, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för frekvens av substansbruk (olika tidsintervall). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.1.2.4.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier en varierande genomsnittlig positiv effekt med färre dagar med substansbruk (standardiserad medelskillnad) vid tillägg av integrerad behandling utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [180-1, 458-2, 590]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i studiernas analysmodeller.

I en jämförelse sågs i skogsdiagrammet en genomsnittlig negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet sågs ingen statistiskt säkerställd effekt, och effektriktningen gick inte att utläsa från data. [263].

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 rapporterar inga data utan kommenterar endast i text att vid samtliga mätpunkter finns ingen skillnad [263]. Det är även den största studien.

2.3.1.2.4.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 818 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Ett avdrag för bristande precision då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.3.1.2.5 Traumafokuserad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

3 jämförelser [122, 180].

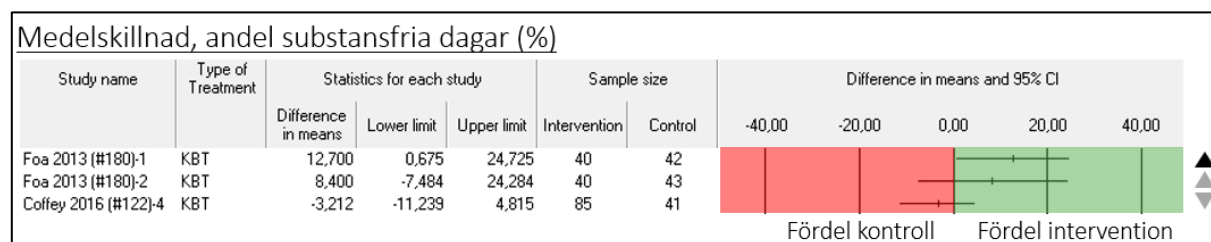
Tabell 2.3.1.2.5 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (4) Låg 22%	126 TF	Prolonged exposure med eller utan MET, (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Per cent days abstinent, past 90 days, alcohol (TLFB)	M (SD från CI)	▽
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Percentage of drinking days over the last 30 days (TLFB)	M (SD)	△

INT = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **TLFB** = timeline follow-back.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.1.2.5 Dagar med substansbruk, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, traumafokuserad behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (olika tidsintervall). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.1.2.5.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två jämförelser en varierande genomsnittlig större andel substansfria dagar (8,4 % till 13 % fler substansfria dagar) vid tillägg av traumafokuserad ptsd-behandling utöver sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [180-1, 180-2]. Studien saknade statistisk analys för dessa jämförelser.

I en jämförelse sågs en genomsnittlig negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [122-4]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i studiens analysmodell.

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer

2.3.1.2.5.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Ökad andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Traumafokuserad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 jämförelser i 3 studier, totalt 291 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i studierna. Två avdrag (precision) då resultatet baseras på endast tre studier med totalt sett få deltagare samt det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.2 Dagar med intensivkonsumtion

2.3.2.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.2.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser [683].

2.3.2.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.2.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.3 Mängd substansintag

2.3.3.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.3.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser i en studie [487].

2.3.3.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.3.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.4 Mängd substansintag per tillfälle

2.3.4.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.4.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.4.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.4.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.5 Beroendets svårighetsgrad

2.3.5.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.5.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.5.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.5.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

6 jämförelser [346, 456, 458, 590].

Tabell 2.3.5.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (2) Måttlig 23%	87 [†]	Individual Addiction Counseling (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	Alcohol severity score (ASI- alcohol)	M (SD)	▽
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	85 [†] INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Alcohol severity score (ASI- alcohol)	M (SD)	▼
Schacht 2017 [456] Måttlig 14%	58	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI drug composite score	-	◀▶
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	169 [†] INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	174 [†]	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI Alcohol Composite (ASI)	M (SD)	▲

2.3.5.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [346, 458].

2.3.5.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

3 jämförelser [346, 458, 590].

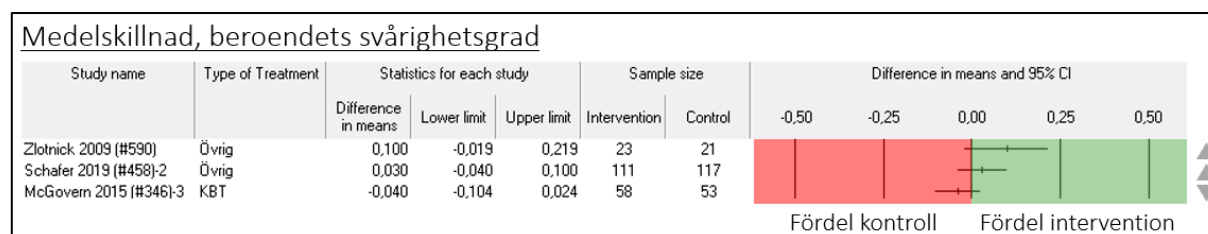
Tabell 2.3.5.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Alcohol severity score (ASI- alcohol)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	232 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ASI Alcohol Composite (ASI)	M (SD)	▲

ASI = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.1.5.2.3 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (ASI, kompositmått för alkohol). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.5.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram av medelskillnad sågs i två jämförelser en varierande genomsnittlig lägre svårighetsgrad av beroendet, mätt med addiction severity index, vid tillägg av integrerad behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [458-2, 590]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av dessa studier.

I en jämförelse sågs i skogsdiagrammet en genomsnittlig högre svårighetsgrad [346-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Samma jämförelser ingår i denna analys som i analys 2.1.5.2.3.

2.3.5.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighet, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 387 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i en studie. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.5.2.4 Traumafokuserad ptsd-behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.6 Andel substansfria deltagare

2.3.6.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.6.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

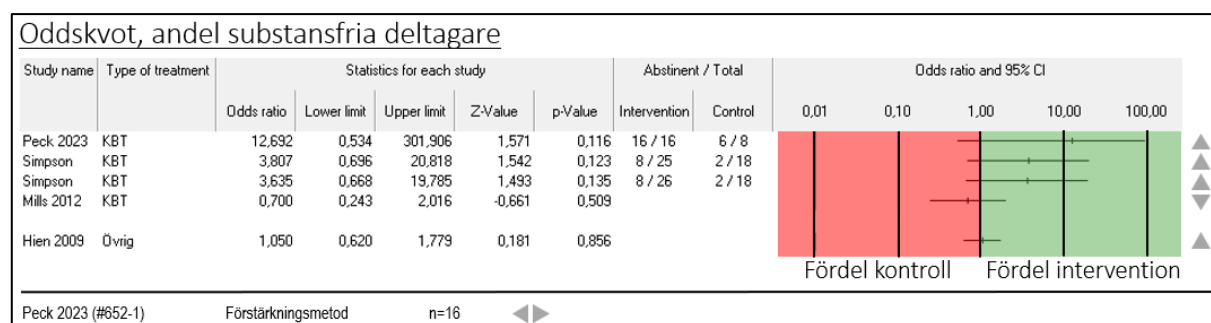
6 jämförelser [263, 358, 652, 683].

Tabell 2.3.6.1.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hien 2009 #263 Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsainformation	Abstinence rate, past week (drug or alcohol): %	OR (95% KI)	▲
Mills 2012 #358 Måttlig 20%	103 INT TF	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent: n (%)	OR (95% KI)	▼
Peck 2023 #652 (1) Måttlig 20%	8†	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	Used opioids last month (TFLB): N yes / N tot (%)	N (%)	▲
Peck 2023 #652 (4) Måttlig 20%	16† TF	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings-närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Used opioids last month (TFLB): N yes / N tot (%)	N (%)	▲
Simpson 2022 #683 (2) Måttlig 21%	34† INT	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence: n (%)	N (%)	▲
Simpson 2022 #683 (3) Måttlig 20%	35†	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence: n (%)	N (%)	▲

COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **TFLB** = timeline follow back. † För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
 Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.6.1.1 Andel substansfria deltagare, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagram av oddsquoten för intervention och kontroll för andelen substansfria deltagare (olika tidsspann). Längst ner: En studie med 100% substansfria deltagare i båda grupperna gick inte att illustrera i skogsdiagrammet och resultatet anges

enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.6.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i fyra jämförelser en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 1,1 till 12,7) vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [156, 263, 652-4, 683-2, 683-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av jämförelserna.

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 0,7) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I en studie med data som inte gick att illustrera i ett skogsdiagram sågs ingen tydlig riktning på effekten och skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 har ett annorlunda tidsspänn [263].

2.3.6.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare, 0-3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 jämförelser i 4 studier, totalt 549 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Inget avdrag	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Totalt tre avdrag för bister i studiernas risk för bias (bortfall, oblindad intervention, självskattat utfall) samt för bristande precision då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.6.1.2 KBT (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

4 jämförelser [358, 652, 683].

Tabell 2.3.6.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT TF	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent	OR (95% KI)	▼
Peck 2023 [652] (4) Måttlig 20%	24 TF	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings-närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Used opioids last month (TFLB)	N (%)	▲
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	34† INT	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence	N (%)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	35†	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence	N (%)	▲

COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **TFLB** = timeline follow back.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.3.6.1.1.

2.3.6.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre jämförelser en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 3,6 till 12,7) vid tillägg av KBT utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [652-4, 683-2, 683-3]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av jämförelserna.

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 0,7) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.3.6.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 4 jämförelser i 3 studier, totalt 196 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Totalt tre avdrag för brister i studiernas risk för bias (bortfall, oblindad intervention, självskattat utfall) och för bristande precision då resultatet baseras på tre studier med totalt sett få deltagare samt att det är oklart om den sammanvägda effekten är skild från nolleffekt.

2.3.6.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

3 jämförelser [263, 358, 683].

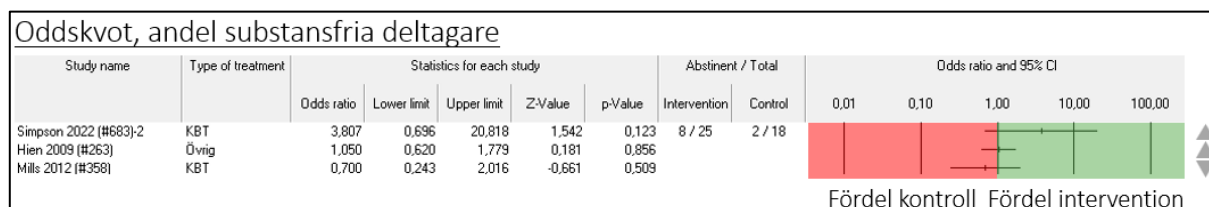
Tabell 2.3.6.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) ROB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Abstinence rate, past week (drug or alcohol)	OR (95% KI)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT TF	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent	OR (95% KI)	▼
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	43 INT	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Past month alcohol abstinence	N (%)	▲

INT = integrerad behandling utvärderas, TF = behandling med traumafokus utvärderas

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.6.1.3 Andel substansfria deltagare, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagram av oddsquoten för intervention och kontroll för andelen substansfria deltagare (olika tidsspann). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.6.1.3.1 *Beräknad effekt – SWiM*

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande ökning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 1,1 till 3,8) vid tillägg av integrerad behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [263, 683-2]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av jämförelserna.

I en studie sågs en minskning av andelen substansfria deltagare (oddskvot 0,7) vid behandling jämfört med kontroll [358]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

Kommentar till analyserade studier:

- Hien 2009 har ett annorlunda tidsspann [263].

2.3.6.1.3.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 499 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Totalt tre avdrag för brister i studiernas risk för bias (bortfall, obblindad intervention, självskattat utfall) samt för bristande precision då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.6.1.4 *Traumafokuserad ptsd-behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader*

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [358, 652].

2.3.6.2 *Uppföljning 3-12 månader*

2.3.6.2.1 *Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader*

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

3 jämförelser [263, 358, 590].

Tabell 2.3.6.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	Abstinence rate, past week (drug or alcohol): %	-	◄ ►
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	No. of participants Abstinent, alcohol or drugs: n (%)	N (%)	▼
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	Total abstinence (ASI), all substances: numbers not reported	-	◄ ►

ASI = addiction severity index; **COPE** = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Inget skogsdiagram.

2.3.6.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I en studie visade resultatet för andelen substansfria deltagare en negativ effekt vid tillägg av psykologisk eller psykosocial behandling utöver sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [358]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I två studier sågs ingen tydlig riktning på effekten och skillnaden var inte statistiskt säkerställd [263, 590].

Kommentar till analyserade studier:

- Inte tillräckligt med data för att göra skogsdiagram.

2.3.6.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Andel substansfria deltagare. Fler substansfria deltagare >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 500 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.6.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast 1 jämförelse [358].

2.3.6.2.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Samma analys som huvudanalysen (se avsnitt 2.3.6.2.1). [263, 358, 590].

2.3.6.2.4 Traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast 1 jämförelse [358].

2.3.7 Ptsd-symtom

2.3.7.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.7.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

12 jämförelser [122, 263, 358, 456, 487, 590, 652, 683].

Tabell 2.3.7.1.1 Resultattabell SWiM.

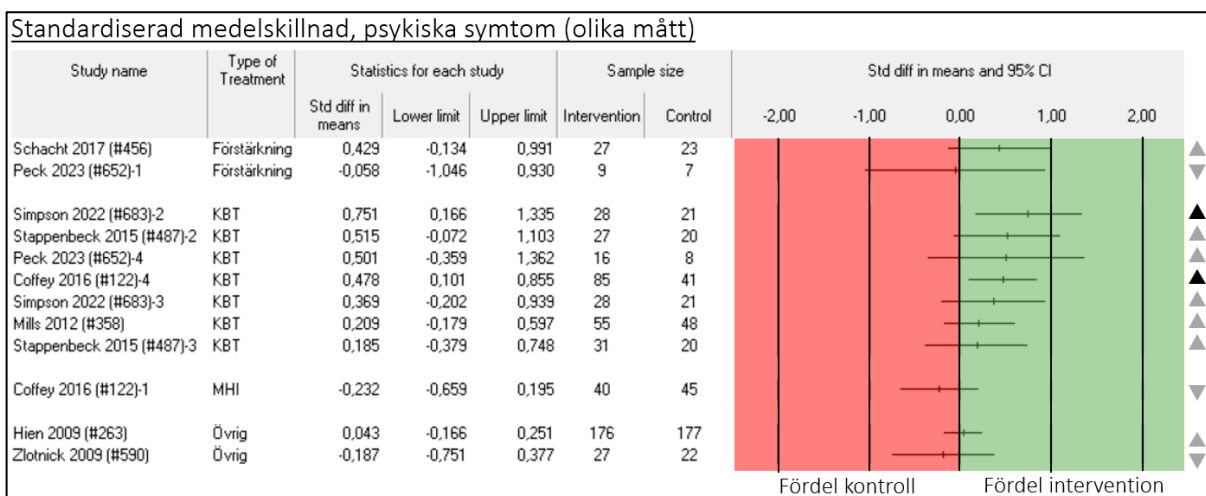
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (1) Låg 28%	42†	MET (MHI) vs Avslappning	Trauma symptoms (IES-R): M (95% CI)	M (SD beräknat från CI)	▼
Coffey 2016 [122] (4) Låg 26%	84† TF	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES-R): M (95% CI)	M (SD beräknat från CI)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT TF	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS): M (95% CI)	M (SD beräknat från 95% KI)	▲
Schacht 2017 [456] Måttlig 14%	38	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	△
Stappenbeck 2015 [487] (2) Måttlig 13%	37+ INT	Experiential Acceptance (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Stappenbeck 2015 [487] (3) Måttlig 13%	41+ INT	Cognitive restructuring (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 0%	49 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-1)	M (SD)	▼
Peck 2023 [652] (1) Måttlig 20%	8+ TF	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD beräknat från SE)	▽
Peck 2023 [652] (4) Måttlig 20%	16+ TF	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings- närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD från SE)	△
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	52+ INT	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (3) Måttlig 20%	49+ TF	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MHI** = motivationshöjande insats; **PCL** = ptsd Checklist; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två
pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej
säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.7.1.1 Ptsd-symtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i ptsd-symtom (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.3.7.1.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I nio jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, en positiv effekt av psykologisk eller psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [122-4, 263, 358, 456, 487-2, 487-3, 652-4, 683-2, 683-3]. För två av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd behandling [122-4, 683-2].

I tre jämförelser visade resultaten på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [122-1, 590, 652-1].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie, McGovern 2015, beskrev att ptsd-symtom (PCL-C, CAPS) skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].

2.3.7.1.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 12 jämförelser i 8 studier, totalt 872 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Totalt två avdrag på grund stort bortfall i ett antal studier (risk för bias) samt på grund av bristande precision då det är oklart om effekten är helt skild från nolleffekt.

2.3.7.1.2 KBT (subgruppsanalys), 0-3 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

7 jämförelser [122, 358, 487, 652, 683].

Tabell 2.3.7.1.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogsdiagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffey 2016 #122 (4) Låg 26%	126	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES-R)	M (SD beräknad från CI)	△
Mills 2012 #358 Måttlig 20%	103 INT	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknad från CI)	▲
Stappenbeck 2015 #487 (2) Måttlig 13%	37+ INT	Experiential Acceptance (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Stappenbeck 2015 #487 (3) Måttlig 13%	41+ INT	Cognitive restructuring (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Peck 2023 #652 (4) Måttlig 20%	24	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlingsnärvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknad från SE)	△
Simpson 2022 #683 (2) Måttlig 21%	52+ INT	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Simpson 2022 #683 (3) Måttlig 20%	49†	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PCL** = ptsd Checklist; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

† För armar som förkommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två
pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej
säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.3.7.1.1.

2.3.7.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I samtliga sju jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, en positiv effekt av KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [122-4, 358, 487-2, 487-3, 652-4, 683-2, 683-3]. I två av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd [122-4, 683-2].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie, McGovern 2015, beskrev att ptsd-symtom (PCL-C, CAPS) skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].

2.3.7.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmaßt: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, 0-3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 7 jämförelser i 5 studier, totalt 432 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕⊕○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (precision) då det är oklart om effekten är helt skild från nolleffekt. Vissa brister i risk för bias ledde inte till några ytterligare avdrag.

2.3.7.1.3 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

6 jämförelser [263, 358, 487, 590, 683].

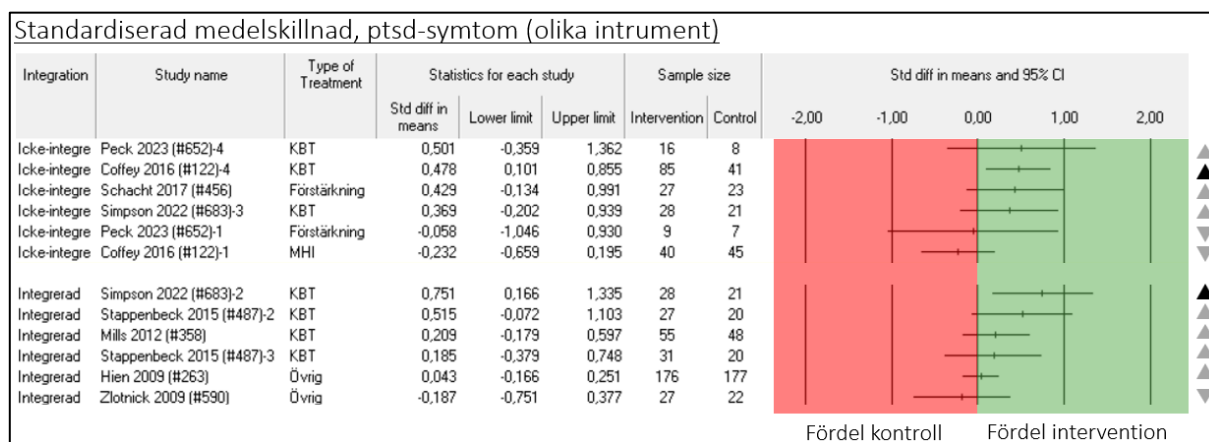
Tabell 2.3.7.1.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Hien 2009 [263] Måttlig 37%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT TF	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD) beräknat från 95% KI)	▲
Stappenbeck 2015 [487] (2) Måttlig 13%	37† INT	Experiential Acceptance (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Stappenbeck 2015 [487] (3) Måttlig 13%	41† INT	Cognitive restructuring (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PCL-C, adapted for IVR)	M (SD)	▲
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 0%	43 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-I)	M (SD)	▼
Simpson 2022 [683] (2) Måttlig 21%	59 INT	Cognitive Processing Therapy (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi, **PCL** = ptsd Checklist; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två
pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej
säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.7.1.3 Ptsd-symtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling. Övre grupp: icke integrerad behandling, nedre grupp: integrerad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i Ptsd-symtom (mätt med olika skalor) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.3.7.1.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I fem jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom en positiv effekt av integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [263, 358, 487-2, 487-3, 683-2]. I en av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd [683-2].

I en studie visade resultaten för ptsd-symtom på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [590].

Kommentar till analyserade studier:

- Ytterligare en studie, McGovern 2015, beskrev att ptsd-symtom (PCL-C, CAPS) skulle samlas in vid denna uppföljningstid, men data rapporterades sen inte [346].

2.3.7.1.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 jämförelser i 5 studier, totalt 636 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Totalt två avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall, oblidad intervention) samt att det är oklart om den sammanvägda effekten är skild från nolleffekt.

2.3.7.1.4 Traumafokuserad ptsd-behandling (subgruppsanalys), 0-3 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

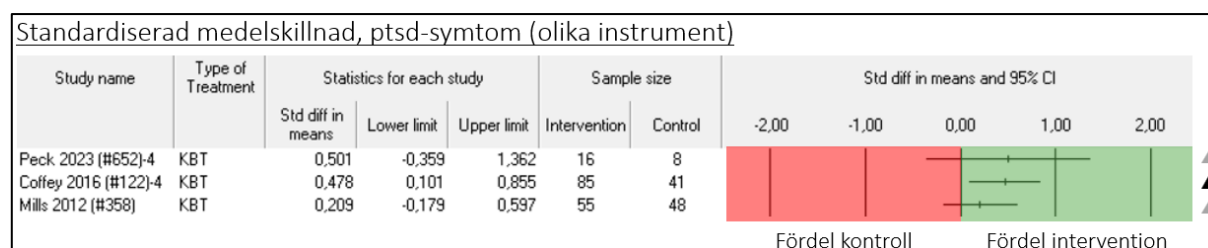
3 jämförelser [122, 358, 652].

Tabell 2.3.7.1.4 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (4) Låg 26%	126 TF	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES-R)	M (SD beräknat från CI)	△
Mills 2012 [358] Måttlig 20%	103 INT TF	COPE (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från 95% KI)	▲
Peck 2023 [652] (4) Måttlig 20%	24 TF	Prolonged exposure med eller utan förstärkning av behandlings-närvaro (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD beräknat från SE)	△

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.7.1.4 Ptsd-symtom, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, traumafokuserad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i ptsd-symtom (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.3.7.1.4.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier en varierande genomsnittlig minskning av ptsd-symtom, mätt med olika instrument, vid tillägg av traumafokuserad psykologisk eller psykosocial ptsd-behandling till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [122-4, 358, 652-]

4]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i två studier [358, 652-4]. I en studie, som saknade statistisk analys av jämförelsen, var effekten statistiskt säkerställd i skogsdiagrammet [122-4].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.3.7.1.4.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Traumafokuserad ptsd-behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 253 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Vissa brister	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Totalt två avdrag på grund av vissa brister i studiernas risk för bias (bortfall, oblandad intervention) samt precision (det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt).

2.3.7.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.7.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

12 jämförelser [122, 180, 263, 346, 358, 456, 458, 590].

Tabell 2.3.7.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (1) Låg 22%	42 [†]	MET (Motivationshöjande insats) vs Avslappning	Trauma symptoms (IES-R)	M (SD beräknat från CI)	▽
Coffey 2016 [122] (4) Låg 22%	84 [†] TF	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES-R)	M (SD beräknat från CI)	△
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 39%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (PSS-SR)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (2) Måttlig 23%	87+ INT	Individual Addiction Counseling (12-steg) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	85+ INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT TF	COPE (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från CI)	▲
Schacht 2017 [456] Måttlig 14%	33	Förstärkning av behandlings- närvaro (Förstärkningsmetod) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲*
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	169+ INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	174+ INT	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▲**
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-I)	M (SD)	▲

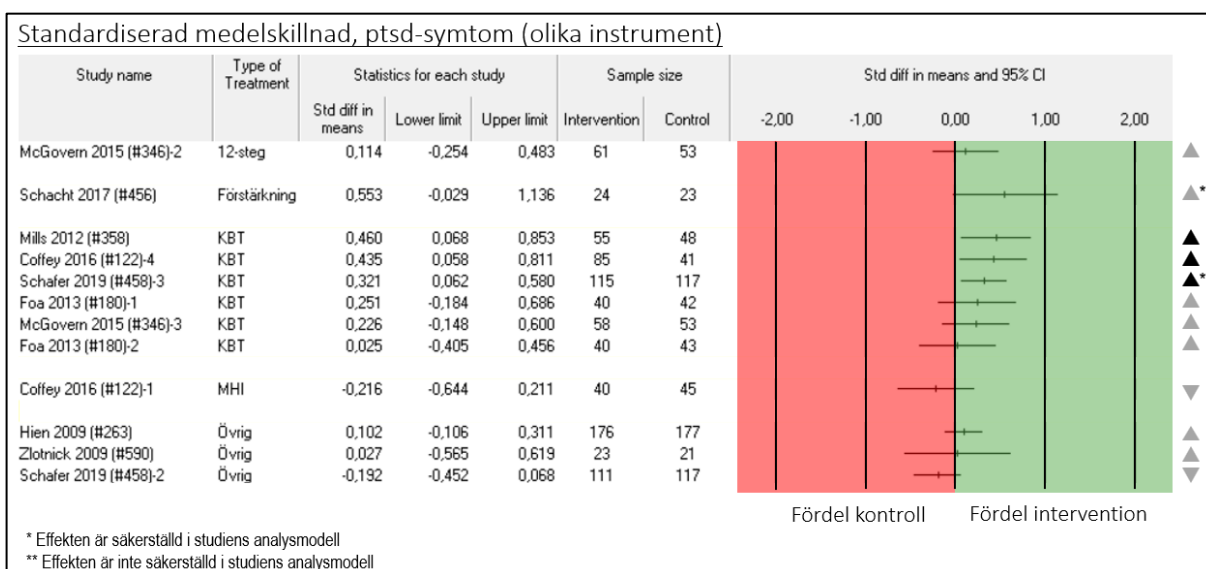
CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **PSS-SR** = ptsd Symptom Scale-Self report; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **12-steg** = tolvstegsprogram.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling. När slutvärden används är effekten inte statistiskt säkerställd (Figur 2.3.8.2.1).

** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är statistiskt säkerställd. När slutvärden används ses en statistiskt säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.3.8.2.1).

Figur 2.3.7.2.1 Ptsd-symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, alla studier (huvudanalys).



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i ptsd-symtom (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.3.7.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I tio jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, en positiv effekt av psykologisk eller psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [122-4, 180-1, 180-2, 263, 346-2, 346-3, 458-3, 358, 456, 457, 590]. I två av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd [358, 456], och i två jämförelser som i studierna saknade statistisk analys sågs en statistiskt säkerställd effekt i skogsdiagrammet [122-4, 457].

I två jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [122-1, 458-2].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.3.7.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, 3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Psykologisk och psykosocial behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 12 jämförelser i 8 studier, totalt 1 339 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.3.7.2.2 KBT (subgruppsanalys), 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

6 jämförelser [122, 180, 346, 358, 458].

Tabell 2.3.7.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (4) Låg 22%	126 TF	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES- R)	M (SD beräknat från CI)	△
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT TF	COPE (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från CI)	▲
Schäfer 2019 [458] (3) Måttlig 33%	232	Återfalls-prevention (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▲**

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **12-steg** = tolvstegsprogram.

† För armar som förekommer två gånger i samma analys har antalet deltagare halverats för att justera för detta
Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.3.7.2.1

** I studiens analysmodell ses en positiv effekt av behandling som inte är säkerställd. När slutvärden används ses en säkerställd positiv effekt av behandling (Figur 2.3.7.2.1).

2.3.7.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I samtliga sex jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, på en positiv effekt av KBT som tillägg sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [122-4, 180-1, 180-2, 346-3, 358, 458-3]. För en av jämförelserna var effekten statistisk säkerställd [358] och för en jämförelse som saknade statistisk analys sågs en statistiskt säkerställd effekt i skogsdiagrammet [122-4].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.3.7.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling

Studier och deltagare: 6 jämförelser i 5 studier, totalt 737 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund stort bortfall i flera studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om effekten är helt skild från nolleffekt.

2.3.7.2.3 Seeking Safety (subgruppsanalys), 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

3 jämförelser [263, 458, 590].

Tabell 2.3.7.2.3 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Hien 2009 #263 Måttlig 39%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (PSS-SR)	M (SD)	△
Schäfer 2019 #458 (2) Måttlig 41%	228 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▼
Zlotnick 2009 #590 Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS-I)	M (SD)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **PSS-SR** = ptsd Symptom Scale-Self report.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

För skogsdiagram se Figur 2.3.7.2.1 (övrig typ av behandling)

2.3.7.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I två studier visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, en positiv effekt av Seeking safety som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [263, 590]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie visade resultaten för ptsd-symtom på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [458-2].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.3.7.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Seeking Safety som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 625 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.3.7.2.4 Integrerad behandling (subgruppsanalys), 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

6 jämförelser [180, 263, 346, 358, 458, 590].

Tabell 2.3.7.2.4 Resultattabell SWiM.

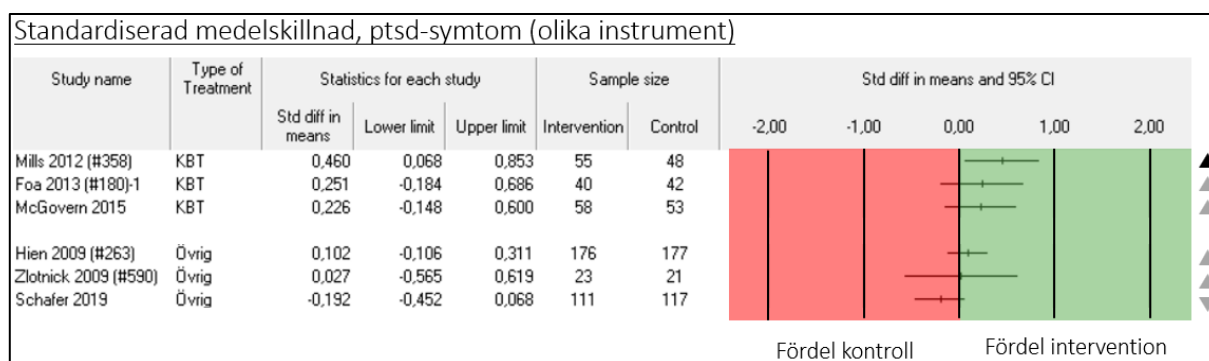
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
Hien 2009 [263] Måttlig 39%	353 INT	Seeking safety, 12 sessioner (Övrig) vs Hälsoinformation	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	△

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (3) Måttlig 24%	111 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT TF	COPE (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från CI)	▲
Schäfer 2019 [458] (2) Måttlig 41%	228 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▼
Zlotnick 2009 [590] Måttlig 10%	44 INT	Seeking safety, 25 sessioner (Övrig) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS- lp)	M (SD)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.7.2.4 Ptsd-symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, integrerad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i ptsd-symtom (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.3.7.2.4.1 Beräknad effekt – SWiM

I fem jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, en positiv effekt vid tillägg av integrerad behandling till sedvanlig behandling och jämfört med enbart sedvanlig behandling [180-1, 263, 346-3, 358, 590]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd [358].

I en jämförelse visade resultaten för ptsd-symtom på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll. Effekten var inte statistiskt säkerställd [458-2].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.3.7.2.4.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 6 studier, totalt 921 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är oklart om effekten är helt skild från nolleffekt.

2.3.7.2.5 Traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

4 jämförelser [122, 180, 358].

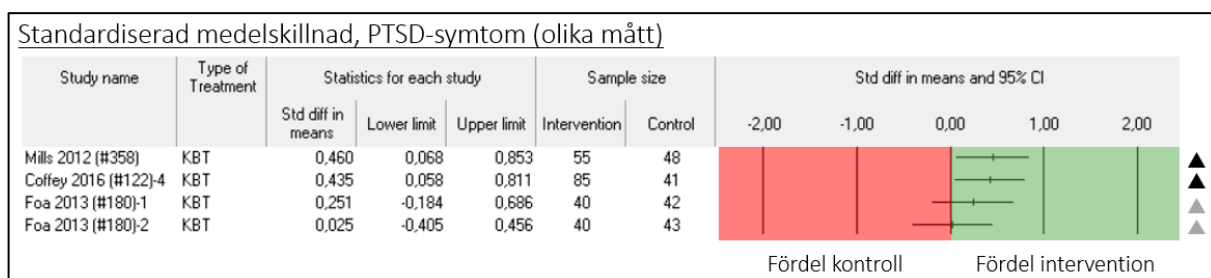
Tabell 2.3.7.2.5 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Coffey 2016 [122] (4) Låg 22%	126 TF	Prolonged exposure med eller utan MET (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	Trauma symptoms (IES-R)	M (SD beräknat från CI)	△
Foa 2013 [180] (1) Måttlig 50%	82 INT TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling, inklusive naltrexon	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
Foa 2013 [180] (2) Måttlig 47%	83 TF	Prolonged exposure (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	△
Mills 2012 [358] Måttlig 25%	103 INT TF	COPE (KBT, traumafokuserad) vs Enbart sedvanlig behandling	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD beräknat från CI)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **IES-R** = The Impact of Event Scale – Revised; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.3.7.2.5 Ptsd-symtom, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, traumafokuserad behandling.



Skogsdiagrammet visar den standardiserade medelskillnaden i ptsd-symtom (mätt med olika instrument) mellan intervention och kontroll. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.3.7.2.5.1 Beräknad effekt – SWiM

I samtliga fyra jämförelser visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, en positiv effekt av traumafokuserad psykologisk eller psykosocial ptsd-behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling [122-4, 180-1, 180-2, 358]. I en

av jämförelserna var effekten statistiskt säkerställd [358] och i en jämförelse som i studien saknade statistisk analys sågs i skogsdiagrammet en statistiskt säkerställd effekt [122-4].

Kommentar till analyserade studier:

- Foa 2013 har fyra armar som jämförs parvis [180].

2.3.7.2.5.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Traumafokuserad ptsd-behandling som tillägg till sedvanlig behandling jämfört med enbart sedvanlig behandling.

Studier och deltagare: 4 jämförelser i 3 studier, totalt 394 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdrag: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från nolleffekt.

2.3.8 Funktion

2.3.8.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.8.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.8.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.8.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.3.9 Livskvalitet

2.3.9.1 Uppföljning 0-3 månader

2.3.9.1.1 Huvudanalys (alla studier), 0-3 månader

Livskvalitet vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [456].

2.3.9.2 Uppföljning 3-12 månader

2.3.9.2.1 Huvudanalys (alla studier), 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (tilläggsbehandling vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [456].

2.4 Särredovisning av ptsd – jämförelser mot aktiv behandling

Jämförelser mellan olika typer av aktiv psykologisk eller psykosocial behandling vid ptsd.

Tabell 2.4 Beskrivning av studier i analys.

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
McGovern 2015 [346] (1)	SUD ptsd	n=148 35 år 59 %	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> Individual Addiction Counseling, <i>fokus</i> <i>substansbruk</i> 12 veckor	KBT 12-steg	Intensiv behandling för beroende i öppenvård individuellt och i grupp, läkemedelsbehandling, <i>fokus substansbruk</i>	- 20 %
Haller 2016 [235]	SUD Depression /ptsd	n=123 47 år 11 %	CPT-M (trauma), <i>dubbelt fokus</i> Integrerad KBT (depression), <i>dubbelt fokus</i> 12 veckor	KBT KBT-inriktad	Innan randomiserad behandling: Integrerad KBT (depression, beroende) i grupp, <i>dubbelt fokus</i>	8 % 40 %
Najavits 2018 [376]	SUD ptsd	n=52 49 år 27 %	Creating change, <i>dubbelt fokus</i> Seeking safety, 17 sessioner, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> 17 veckor	Övrig Övrig	Frihet att delta i olika insatser, ej ptsd/SUD terapi, <i>varierande</i> <i>fokus</i>	- 38 %
Norman 2019 [386, 331, 630]	AUD ptsd	n=119 42 år 10 %	COPE, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> Seeking safety, 12 sessioner, <i>dubbelt</i> <i>fokus</i> 12 veckor	KBT Övrig	Frihet att delta i valfri behandling för psykisk hälsa förutom behandling mot ptsd, <i>varierande fokus</i>	- 46 %
Sannibale 2013 [451]	AUD ptsd	n=62 41 år 53 %	Integrerad KBT, <i>dubbelt fokus</i> KBT för alkoholberoende, <i>fokus substansbruk</i> 12 veckor	KBT KBT	Frihet att delta i olika insatser, stabil läkemedelsbehandling tillåten, <i>varierande</i> <i>fokus</i>	26 % 24 %

Författare År Referens (jämförelse)	Diagnoser	Antal deltagare Ålder Andel kvinnor	Intervention, <i>behandlingsfokus</i> Kontroll, <i>behandlingsfokus</i> Behandlingslängd	Typ av behandling Typ av kontroll	Sedvanlig behandling*, <i>behandlingsfokus</i>	Studie- bortfall 0-3 mån** 3-12 mån***
Schäfer 2019 [458] (1)	SUD ptsd	n=226 41 år 100 %	Seeking safety, 16 sessioner, <i>dubbelt fokus</i> Återfalls- prevention, <i>fokus substansbruk</i> 16 veckor	Övrig KBT	Inte beskrivet, men deltagande i valfri behandling för beroende, ptsd eller andra problem var tillåten, <i>varierande fokus</i>	- 39 %
Back 2019 [603, 313, 654]	SUD ptsd	n=81 40 år 10 %	COPE, <i>dubbelt fokus</i> Återfalls- prevention, <i>fokus substansbruk</i> 12 veckor	KBT KBT	Inte beskrivet	52 % 63 %
Simpson 2022 [683] (1)	AUD ptsd	n=101 42 år 53 %	CPT, <i>dubbelt fokus</i> Återfalls- prevention, <i>fokus substansbruk</i> 7 veckor	KBT KBT	Läkemedel för psykisk sjukdom och alkoholberoende (ej disulfiram) var tillåten om insatt senast 3 månader innan screening, <i>varierande fokus</i>	28 % 46 %

AUD = Alcohol Use Disorder; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **ICART** = Integrated Cannabis and Anxiety Reduction Treatment; **ICBT** = Integrated Cognitive Behavioural Treatment; **IPT** = Interpersonal Psychotherapy; **KBT** = Kognitiv beteendeterapi; **MET** = Motivational Enhancement Therapy; **MORE** = Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement; **ptsd** = posttraumatic stress disorder; **SUD** = Substance Use Disorder. Fokus substansbruk = behandlingen har fokus på beroendetillståndet, fokus psykiatri = behandling har fokus på det psykiatriska tillståndet, dubbelt fokus = behandlingen har fokus på både beroendetillståndet och det psykiatriska tillståndet, varierande fokus = behandlingsfokus kan variera mellan deltagare.

För studier med fler än två armar indikeras den specifika jämförelsen med en siffra inom parentes.

*Med sedvanlig behandling avses den behandling som alla deltagare i studien får oavsett om det är behandling som deltagarna redan får utanför studien eller om det ingår som en del av studien.

**Upp till och med tre månader efter påbörjad behandling.

***Mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling.

2.4.1 Andel substansfria dagar

2.4.1.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.1.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [235].

2.4.1.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

3 jämförelser [451, 603, 683].

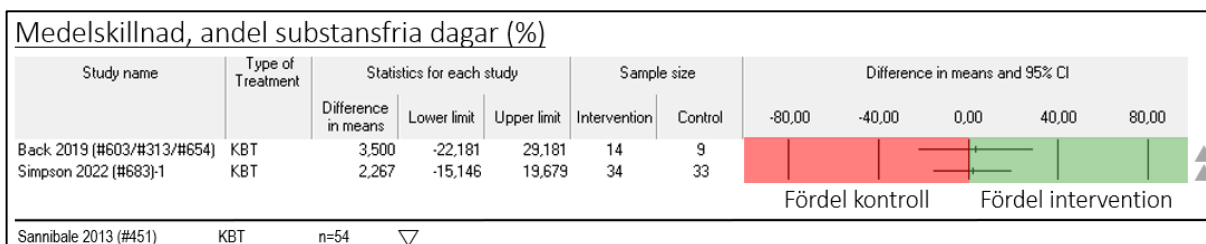
Tabell 2.4.1.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Sannibale 2013 [451] Låg 26%	62 INT TF	Integrerad KBT (KBT, Traumafokuserad) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Proportion of days abstinent, past 90 days (TLFB): Md (range)	-	▽
Back 2019 [603] Måttlig 52%	81 INT TF	COPE (KBT, Traumafokuserad) vs Återfalls-prevention (KBT)	PDU Any Substance	M (SD)	▲
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 28%	101 INT	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drinking days in past 30 days (Form 90)	M (SD)	▲

CPT = Cognitive Processing Therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PDU** = percent days using; **TLFB** = timeline follow-back; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.4.1.1.2 Dagar med substansbruk, uppföljning 0≤3 mån efter påbörjad behandling, Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.4.1.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier högre genomsnittlig andel substansfria dagar (2,3 % till 3,5 % fler substansfria dagar) vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [603, 683-1]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie, med data som inte gick att illustrera i skogsdiagrammet, sågs lägre genomsnittlig andel substansfria dagar vid behandling jämfört med kontroll [451]. Studien saknade statistisk analys av jämförelsen.

Kommentar till analyserade studier:

- Deltagarna i Back 2019 var veteraner [603].
- Simpson 2022 hade en crossover design där deltagare som fört ingick i arm utan behandling senare randomiserades till en av de aktiva armarna [683].

2.4.1.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått Dagar med substansbruk. Större andel substansfria dagar 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 244 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i samtliga studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.4.1.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [235].

2.4.1.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.1.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

4 jämförelser [235, 346, 386, 458].

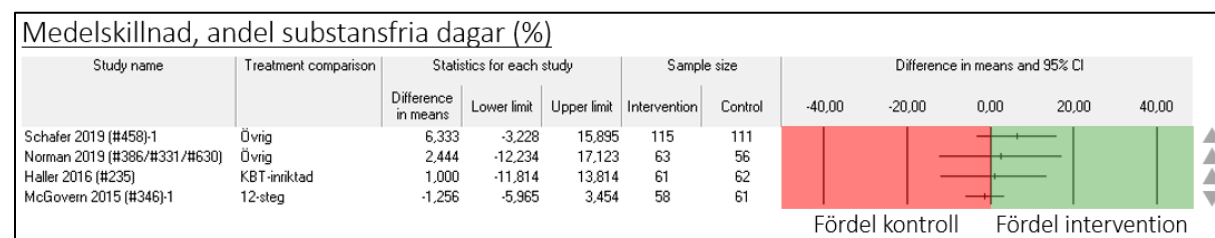
Tabell 2.4.1.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Haller 2016 [235] Måttlig 40%	123 TF	CPT-M (KBT, Traumafokuserad) vs ICBT (KBT-inriktad)	Percent days abstinent, past 90 days (TLFB)	M (SD)	▲
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	119 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	Days of alcohol use, past 90 days* (TLFB) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Norman 2019 [386] Måttlig 46%	119 TF	COPE (KBT, Traumafokuserad) vs Seeking safety, 12 sessioner (Övrig)	Days abstinent, past 90 days (TLFB): Marginal mean	M (SD) beräknat från CI)	▲
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT	Återfalls-prevention (KBT) vs Seeking safety, 16 sessioner (Övrig)	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite) (transformerat till PDA)	M (SD)	▲

COPE = Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **TLFB** = timeline follow back; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.4.1.2.1 Dagar med substansbruk, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.4.1.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier varierande högre genomsnittlig andel substansfria dagar (1 % till 6 % fler substansfria dagar) vid behandling med KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [235, 458-1]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie sågs i skogsdiagrammet lägre genomsnittlig andel substansfria dagar (1 %) vid behandling jämfört med kontroll [346-1]. Effekten var inte statistiskt säkerställt.

Kommentar till analyserade studier:

- Deltagarna i Haller 2016 var veteraner med depression med traumasymtom, 88% ptsd-diagnos [235].
- Deltagarna i Norman 2019 var veteraner [386].
- Eftersom KBT som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på psykiska symtom vid uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.3.1.2.3) så utvärderades om KBT ger en lägre eller lika stor symtombörda som annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

2.4.1.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Dagar med substansbruk. Lika stor eller större andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 587 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i tre studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från negativ effekt.

2.4.1.2.2 **Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 3-12 månader**

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

4 jämförelser [346, 451, 458, 683].

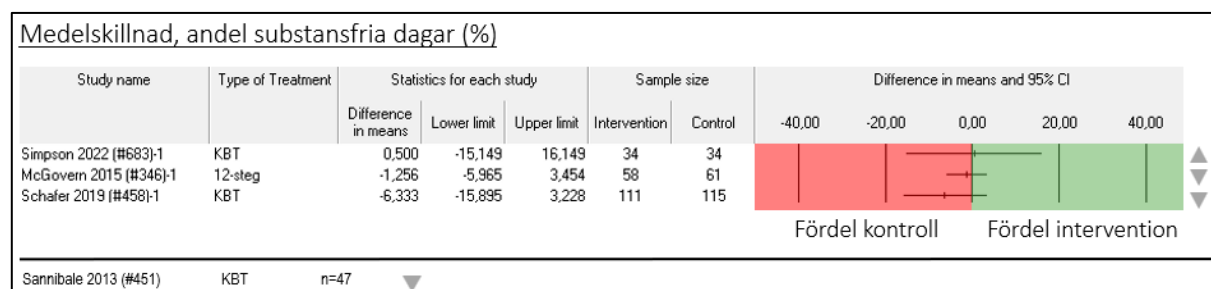
Tabell 2.4.1.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	119 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	Days of alcohol use, past 90 days* (TLFB) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Sannibale 2013 [451] Låg 24%	47 INT ptsd	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Proportion of days abstinent (alcohol), past 90 days (TLFB): Md (range)	-	▼
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drug and alcohol-free days, past 30 days (ASI-lite) (transformerat till PDA)	M (SD)	▼
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 46%	101 INT	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	Drinking days in past 30 days (Form 90) (transformerat till PDA)	M (SD)	△

CPT = Cognitive Processing Therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **PDA** = percent days abstinent (andel substansfria dagar); **TLFB** = timeline follow-back; **12-steg** = tolvstegsprogram; **KBT** = kognitiv beteendeterapi.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.4.1.2.2 Dagar med substansbruk, uppföljning >3≤12 mån efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagram av medelskillnad mellan intervention och kontroll för andel substansfria dagar (%). En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.4.1.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i en studie en högre genomsnittlig andel substansfria dagar (0,5 % fler substansfria dagar) vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [683-1]. Effekten var inte statistiskt säkerställd.

I två studier sågs i skogsdiagrammet varierande genomsnittlig lägre andel substansfria dagar (1,3 % till 6,3 % färre substansfria dagar) vid behandling jämfört med kontroll [346-1, 458-1]. Effekten var statistiskt säkerställd i någon av studierna.

Kommentar till analyserade studier:

- På grund av att majoriteten av studier visar på en negativ effekt användes ett alternativt påstående vid GRADE-bedömningen, att behandling har lika bra eller sämre effekt som kontroll.

2.4.1.2.2.2 *Evidensgradering enligt GRADE*

Effektmått: Dagar med substansbruk. Lika stor eller mindre andel substansfria dagar >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 493 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild helt från positiv effekt.

2.4.1.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Andel substansfria dagar vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast två jämförelser [235, 386].

2.4.2 Dagar med intensivkonsumtion

2.4.2.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.2.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.2.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [683].

2.4.2.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.2.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.2.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [386].

2.4.2.2.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [683].

2.4.2.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Dagar med intensivkonsumtion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [386].

2.4.3 Mängd substansintag

2.4.3.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.3.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.3.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.3.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Mängd substansintag vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.3.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.3.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.3.2.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.3.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Mängd substansintag vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.4 Mängd substansintag per tillfälle

2.4.4.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.4.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.4.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [451, 603].

2.4.4.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.4.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.4.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.4.2.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [451, 603].

2.4.4.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Mängd substansintag per tillfälle vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.5 Beroendets svårighetsgrad

2.4.5.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.5.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.5.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [451, 603].

2.4.5.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.5.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.5.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [346].

2.4.5.2.2 Integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

3 jämförelser [346, 451, 458].

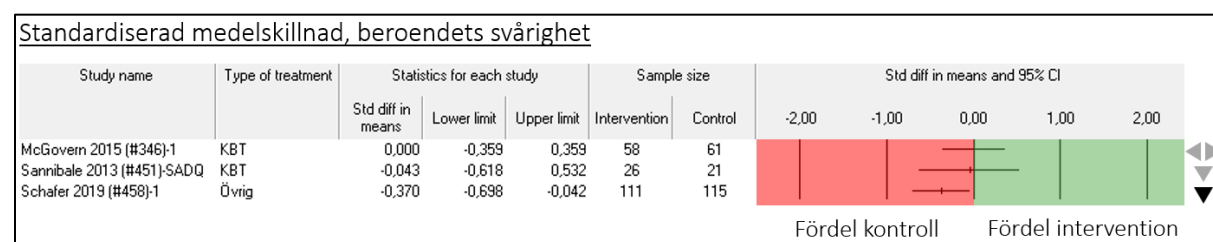
Tabell 2.4.5.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
McGovern 2015 #346 (1) Måttlig 20%	119 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	Alcohol severity score (ASI-alcohol)	M (SD)	◀▶
Sannibale 2013 #451 Låg 24%	62 INT	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	Dependence severity (SADQ-C)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 #458 (1) Måttlig 39%	226 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Återfalls-prevention (KBT)	ASI alcohol severity, past 30 days (ASI-lite)	Cohen's d (95% KI) Justerat för baslinjevärden	▼

ASI = addiction severity index; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **SADQ** = Severity of Alcohol Dependence Questionnaire; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.4.5.2.2 Beroendets svårighetsgrad, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för beroendets svårighetsgrad (mätt med olika instrument). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = säkerställd effekt, grå fyllning = ej säkerställd effekt.

2.4.5.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i två studier en varierande genomsnittlig ökning av beroendets svårighetsgrad vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [451, 458-1]. Effekten var statistiskt säkerställd i en av studiernas analysmodeller [458-1].

I en studie sågs i skogsdiagrammet ingen skillnad på beroendets svårighetsgrad mellan integrerad behandling och behandling av enbart beroendet [346-1].

Kommentar till analyserade studier:

- Inga kommentarer.

2.4.5.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Beroendets svårighetsgrad. Lägre svårighet, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 407 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i två studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.4.5.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Beroendets svårighetsgrad vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [376].

2.4.6 Andel substansfria deltagare

2.4.6.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.6.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.6.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast 2 jämförelser [603, 683].

2.4.6.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.6.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.6.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [346].

2.4.6.2.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast 1 jämförelse [683].

2.4.6.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Andel substansfria deltagare vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.7 Ptsd-symtom

2.4.7.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.7.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [235].

2.4.7.1.2 Integrerad behandling jämfört med enbart beroendebehandling, 0-3 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

3 jämförelser [451, 603, 683].

Tabell 2.4.7.1.2 Resultattabell SWiM.

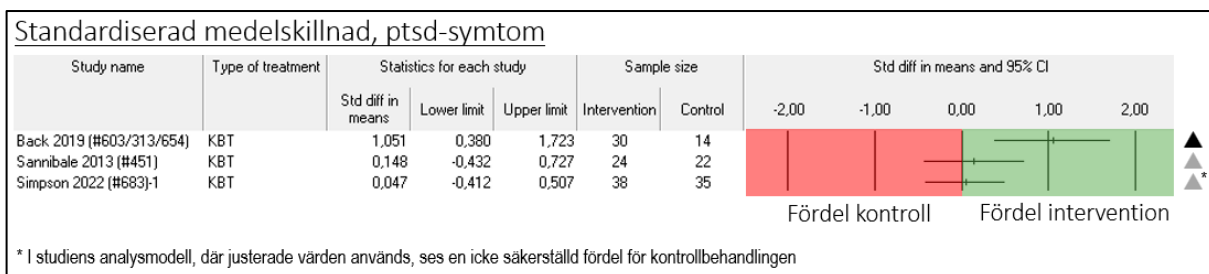
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram		SWiM- pil enligt analys i studie
Sannibale 2013 [451] Låg 26%	62 INT TF	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	ptsd symptoms, past month (CAPS)	M (SD)		△
Back 2019 [603] Måttlig 52%	81 INT TF	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention	ptsd symptoms (CAPS, total)	M (SD)		▲
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 28%	101 INT	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)		▼*

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas, **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

- I studiens analysmodell ses en negativ effekt av integrerad behandling jämfört med kontrollbehandling. När slutvärden används ses en positiv effekt av integrerad behandling (Figur 2.4.7.1.2). Effekten är inte statistiskt säkerställt i något av fallen.

Figur 2.4.7.1.2 Ptsd-symtom, uppföljning 0≤3 månader efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för ptsd-symtom (CAPS). Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.4.7.1.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I ett skogsdiagram sågs i tre studier varierande genomsnittligt lägre ptsd-symtom vid integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [451, 603, 683-1]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd.

I en av studierna visade resultaten för ptsd-symtom på en negativ effekt av behandling som inte var statistiskt säkerställd i studiens egen analysmodell [683-1].

Kommentar till analyserade studier:

- Eftersom integrerad behandling som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på ptsd-symtom vid uppföljning 0≤3 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.3.7.1.3) så utvärderades om integrerad behandling ger en lägre eller lika stor symtombörda som behandling av enbart beroendet.

2.4.7.1.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre eller lika stor symtombörda, 0≤3 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 244 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-1)	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i samtliga studier. Ett avdrag (precision) då det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från negativ effekt.

2.4.7.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [235].

2.4.7.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.7.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

4 jämförelser [235, 346, 386, 458].

Tabell 2.4.7.2.1 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM-pil enligt analys i studie
Haller 2016 [235] Måttlig 40%	123 TF	CPT-M (KBT, Traumafokuserad) vs ICBT (KBT-inriktad)	ptsd symptoms (PCL)	M (SD)	▼*
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲

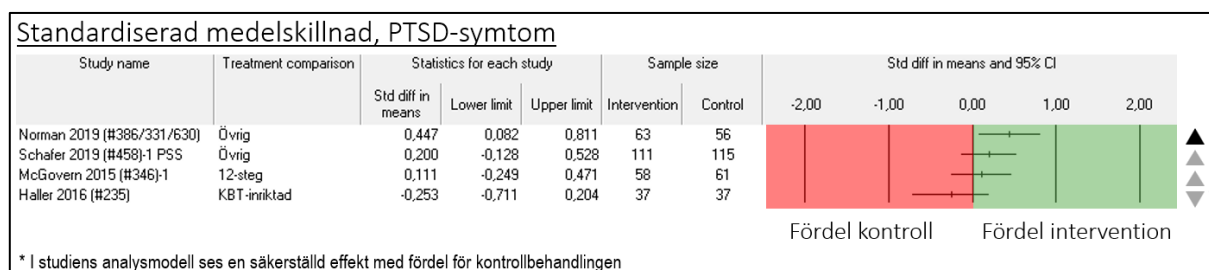
Norman 2019 [386] Måttlig 46%	119	COPE (KBT, Traumafokuserad) vs Seeking safety, 12 sessioner (Övrig)	ptsd symptoms (CAPS): M (95% CI) <i>from model</i>	M (SD beräknar från KI)	▲
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT	Återfalls-prevention (KBT) vs Seeking safety, 16 sessioner (Övrig)	ptsd symptoms (PSS-I)	M (SD)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PCL** = ptsd Checklist; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas; **12-steg** = tolvstegsprogram.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd negativ effekt av KBT jämfört med kontrollbehandling. När slutvärden används är denna effekt inte statistiskt säkerställd.

Figur 2.4.7.2.1 Ptsd-symtom, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för ptsd-symtom (olika instrument).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.4.7.2.1.1 Beräknad effekt – SWiM

I tre studier visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, på en positiv effekt av KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling [346-1, 386, 458-1]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd [386].

I en studie visade resultaten för ptsd-symtom på en negativ effekt av behandling [235, 575]. Effekten var statistiskt säkerställd i studiens analysmodell [235].

Kommentar till analyserade studier:

- Eftersom KBT som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på ptsd-symtom vid uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.3.7.2.2) så utvärderades om KBT ger en lägre eller lika stor symtombörda som annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

2.4.7.2.1.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lika stor eller lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling.

Studier och deltagare: 4 studier, totalt 616 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Ej bedömt	⊕⊕○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i tre studier. Ett avdrag (samstämmighet) då en studie visar på en statistiskt säkerställd negativ effekt av behandling.

2.4.7.2.2 Integrerad behandling jämfört med enbart beroendebehandling, 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

5 jämförelser [346, 451, 458, 603, 683].

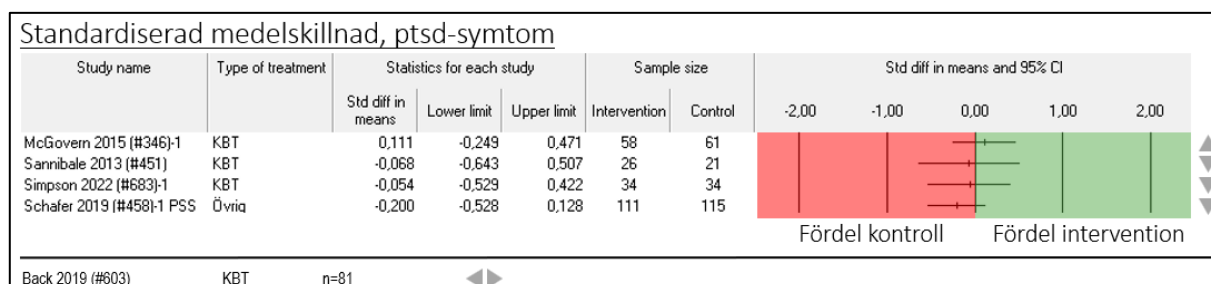
Tabell 2.4.7.2.2 Resultattabell SWiM.

Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
McGovern 2015 [346] (1) Måttlig 20%	148 INT	Integrerad KBT (KBT) vs Individual Addiction Counseling (12-steg)	ptsd symptoms (CAPS)	M (SD)	▲
Sannibale 2013 [451] Låg 24%	62 INT TF	Integrerad KBT (KBT) vs KBT för alkoholberoende (KBT)	ptsd symptoms, past month (CAPS)	M (SD)	▼
Schäfer 2019 [458] (1) Måttlig 39%	226 INT	Seeking safety, 16 sessioner (Övrig) vs Återfalls-prevention (KBT)	ptsd symptoms (PSS-I)	Cohen's d (95% KI)	▼
Back 2019 [603] Måttlig 63%	81 INT TF	COPE (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	ptsd symptoms (CAPS, total)	-	◀▶
Simpson 2022 [683] (1) Måttlig 28%	101 INT	CPT (KBT) vs Återfalls-prevention (KBT)	ptsd symptoms (CAPS-5)	M (SD)	▼

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT** = Cognitive Processing Therapy; **INT** = integrerad behandling utvärderas; **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PSS-I** = ptsd Symptom Scale-Interview; **TF** = behandling med traumafokus utvärderas.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

Figur 2.4.7.2.2 Ptsd-symtom, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för ptsd-symtom (mätt med olika instrument). En studie saknade data som gick att illustrera i skogsdiagrammet och effekten redovisas enbart med pilar. Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.4.7.2.2.1 Beräknad effekt – SWiM

I en studie visade resultaten för ptsd-symtom på en positiv effekt av integrerad behandling jämfört med behandling av enbart beroendet [346-1].

I två studier visade resultaten för ptsd-symtom, mätt med olika instrument, på en negativ effekt av behandling [451, 458, 683-1]. Effekten var inte statistiskt säkerställd i någon av studierna.

I en studie hade resultaten för ptsd-symtom ingen tydlig riktning och skillnaden var inte statistiskt signifikant [603].

Kommentar till analyserade studier:

- Back 2019 saknar data för skogsdiagram, men kommenterar att det inte finns skillnad mellan grupperna [603].

2.4.7.2.2.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Integrerad behandling jämfört med behandling med enbart beroendefokus.

Studier och deltagare: 5 studier, totalt 618 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i flera studier. Två avdrag (precision) då det är sannolikt att den sammanvägda effekten inte är skild från nolleffekt.

2.4.7.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Ptsd-symtom vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

3 jämförelser studier [235, 376, 386].

Tabell 2.4.7.2.3 Resultattabell SWiM.

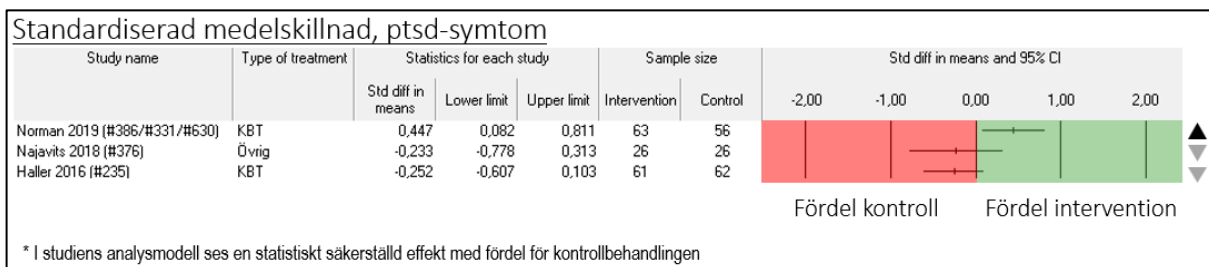
Studie Referens (jämförelse) RoB Bortfall	N	Jämförelser (typ av behandling)	Utfallsmått	Data i skogs- diagram	SWiM- pil enligt analys i studie
Haller 2016 [235] Måttlig 40%	123 TF	CPT-M (KBT, Traumafokuserad) vs ICBT (KBT-inriktad)	ptsd symptoms (PCL)	M (SD)	▼*
Najavits 2018 [376] Måttlig 38 %	52 TF	Creating change (Övrig, Traumafokuserad) vs Seeking Safety (Övrig)	ptsd symptoms (PCL, total)	M (SD)	▼
Norman 2019 [386] Måttlig 46%	119 TF	COPE (KBT, Traumafokuserad) vs Seeking safety, 12 sessioner (Övrig)	ptsd symptoms (CAPS): M (95% CI) from model	M (SD beräknar från KI)	▲

CAPS = Clinician Administered ptsd Scale; **COPE** = Concurrent Treatment of ptsd and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure; **CPT-M** = Cognitive Processing Therapy (modified trauma-focused); **KBT** = kognitiv beteendeterapi; **PCL** = ptsd Checklist; **TF** = traumafokuserad behandling utvärderas.

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt, utan fyllning = ingen statistisk analys.

* I studiens analysmodell ses en statistiskt säkerställd negativ effekt av traumafokuserad ptsd-behandling jämfört med icke traumafokuserad ptsd-behandling. När slutvärden används är denna effekt inte statistiskt säkerställd.

Figur 2.4.7.2.3 Ptsd-symtom, uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling, traumafokuserad ptsd-behandling jämfört med icke-traumafokuserad ptsd-behandling.



Skogsdiagram av standardiserad medelskillnad mellan intervention och kontroll för ptsd-symtom (olika instrument).

Illustration av effektskillnad med pilar (behandling jämfört med kontroll): pil upp = positiv effekt, pil ner = negativ effekt, två pilar åt höger och vänster = ingen effektskillnad. Svart fyllning = statistiskt säkerställd effekt, grå fyllning = statistiskt ej säkerställd effekt.

2.4.7.2.3.1 Beräknad effekt – SWiM

I en studie visade resultatet för ptsd-symtom på en statistiskt säkerställd positiv effekt av traumafokuserad ptsd-behandling jämfört med icke-traumafokuserad ptsd-behandling [386].

I två studier visade resultaten på en negativ effekt av behandling jämfört med kontroll [235, 376]. I en av studierna var effekten statistiskt säkerställd i studiens analysmodell [235].

Kommentar till analyserade studier:

- I två av studierna utgörs den traumafokuserade behandlingen av KBT [235, 386].

- Eftersom traumafokuserad ptsd-behandling som tillägg till sedvanlig behandling bedömdes ha en positiv effekt på ptsd-symtom vid uppföljning >3≤12 månader efter påbörjad behandling (se analys 2.3.7.2.5) så utvärderades om traumafokuserad ptsd-behandling ger en lägre eller lika stor symtombörda som icke-traumafokuserad ptsd-behandling.

2.4.7.2.3.2 Evidensgradering enligt GRADE

Effektmått: Ptsd-symtom. Lika stor eller lägre symtombörda, >3≤12 månader efter påbörjad behandling.

Jämförelse: Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört med icke-traumafokuserad ptsd-behandling.

Studier och deltagare: 3 studier, totalt 294 deltagare.

Risk för bias	Överförbarhet	Samstämmighet	Precision	Publikationsbias	Tillförlitlighet
Allvarliga brister (-1)	Inget avdrag	Inget avdrag	Mycket allvarliga brister (-2)	Ej bedömt	⊕○○○

Kommentar till avdragen: Ett avdrag (risk för bias) på grund av stort bortfall i samtliga studier. Två avdrag (precision) på grund av att resultatet baseras på ett litet antal studier med totalt sett få deltagare samt att det är oklart om den sammanvägda effekten är helt skild från negativ effekt.

2.4.8 Funktion

2.4.8.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.8.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd)

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.8.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.8.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Funktion vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.8.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.8.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.8.2.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.8.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Funktion vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [386].

2.4.9 Livskvalitet

2.4.9.1 Uppföljning 0-3 månader

2.4.9.1.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 0-3 månader

Livskvalitet vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.9.1.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 0-3 månader

Livskvalitet vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.9.1.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 0-3 månader

Livskvalitet vid uppföljning upp till och med tre månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.9.2 Uppföljning 3-12 månader

2.4.9.2.1 KBT jämfört med annan typ av psykologisk eller psykosocial behandling, 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en jämförelse [386].

2.4.9.2.2 Integrerad behandling jämfört med behandling för endast ett tillstånd, 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Inga jämförelser.

2.4.9.2.3 Traumafokuserad ptsd-behandling jämfört icke traumafokuserad ptsd-behandling, 3-12 månader

Livskvalitet vid uppföljning mellan tre och upp till och med tolv månader efter påbörjad behandling (vid ptsd).

Ingen analys. Endast en studie [376].

Referenslista

Nr	Referens
#29	Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, Hunt SA, Lewin TJ, Carr VJ, et al. Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. <i>Addiction</i> (Abingdon, England). 2010;105(1):87-99. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02757.x
#30	Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, Hunt SA, Lewin TJ, Carr VJ, et al. Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: outcomes to 36-months. <i>Journal of substance abuse treatment</i> . 2014;46(3):281-90. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.001
#34	Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. <i>The American journal of psychiatry</i> . 2001;158(10):1706-13. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1706
#35	Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. <i>BMJ</i> (Clinical research ed). 2010;341:c6325. Available from: https://doi.org/10.1136/bmj.c6325
#36	Barrowclough C, Marshall M, Gregg L, Fitzsimmons M, Tomenson B, Warburton J, et al. A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. <i>Psychological Medicine</i> . 2014;44(13):2749-61. Available from: https://doi.org/10.1017/S0033291714000208
#55	Bogenschutz MP, Rice SL, Tonigan JS, Vogel HS, Nowinski J, Hume D, et al. 12-step facilitation for the dually diagnosed: a randomized clinical trial. <i>Journal of substance abuse treatment</i> . 2014;46(4):403-11. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.12.009
#58	Bonsack C, Gibellini Manetti S, Favrod J, Montagrin Y, Besson J, Bovet P, et al. Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: a randomized controlled trial. <i>Psychotherapy and psychosomatics</i> . 2011;80(5):287-97. Available from: https://doi.org/10.1159/000323466
#75	Brooner RK, Kidorf MS, King VL, Peirce J, Neufeld K, Stoller K, et al. Managing psychiatric comorbidity within versus outside of methadone treatment settings: a randomized and controlled evaluation. <i>Addiction</i> (Abingdon, England). 2013;108(11):1942-51. Available from: https://doi.org/10.1111/add.12269
#93	Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH, Schmidt NB, Lewis EM, Paulus DJ, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial. <i>Behaviour research and therapy</i> . 2019;115:38-45. Available from: https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.014

Nr	Referens
#122	Coffey SF, Schumacher JA, Nosen E, Littlefield AK, Henslee AM, Lappen A, et al. Trauma-focused exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder in alcohol and drug dependent patients: A randomized controlled trial. <i>Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors</i> . 2016;30(7):778-90. Available from: https://doi.org/10.1037/adb0000201
#156	DiNitto DM, Webb DK, Rubin A. The effectiveness of an integrated treatment approach for clients with dual diagnoses. <i>Research on Social Work Practice</i> . 2002;12(5):621-41. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-67
#160	Drebing CE, Van Ormer EA, Mueller L, Hebert M, Penk WE, Petry NM, et al. Adding contingency management intervention to vocational rehabilitation: outcomes for dually diagnosed veterans. <i>Journal of rehabilitation research and development</i> . 2007;44(6):851-65. Available from: https://doi.org/10.1682/jrrd.2006.09.0123
#169	Fals-Stewart W, Schafer J. The treatment of substance abusers diagnosed with obsessive-compulsive disorder: an outcome study. <i>J Subst Abuse Treat</i> . 1992;9(4):365-70. Available from: https://doi.org/10.1016/0740-5472(92)90032-j
#180	Foa EB, Yuskos DA, McLean CP, Suvak MK, Bux DA, Jr., Oslin D, et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial. <i>JAMA</i> . 2013;310(5):488-95. Available from: https://doi.org/10.1001/jama.2013.8268
#193	Garland EL, Roberts-Lewis A, Tronnier CD, Graves R, Kelley K. Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. <i>Behaviour research and therapy</i> . 2016;77:7-16. Available from: https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.012
#215	Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. <i>Community mental health journal</i> . 2003;39(3):189-202. Available from: https://doi.org/10.1023/a:1023371705506
#216	Graham HL, Copello A, Griffith E, Freemantle N, McCrone P, Clarke L, et al. Pilot randomised trial of a brief intervention for comorbid substance misuse in psychiatric in-patient settings. <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> . 2016;133(4):298-309. Available from: https://doi.org/10.1111/acps.12530
#223	Greenfield SF, Sugarman DE, Freid CM, Bailey GL, Crisafulli MA, Kaufman JS, et al. Group therapy for women with substance use disorders: results from the Women's Recovery Group Study. <i>Drug and alcohol dependence</i> . 2014;142:245-53. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.035
#224	Gregory RJ, Chlebowski S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. <i>Psychotherapy (Chicago, Ill)</i> . 2008;45(1):28-41. Available from: https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.28

Nr	Referens
#232	Haddock G, Barrowclough C, Tarrier N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, et al. Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2003;183:418-26. Available from: https://doi.org/10.1192/bjp.183.5.418
#235	Haller M, Norman SB, Cummins K, Trim RS, Xu X, Cui R, et al. Integrated Cognitive Behavioral Therapy Versus Cognitive Processing Therapy for Adults With Depression, Substance Use Disorder, and Trauma. Journal of substance abuse treatment. 2016;62:38-48. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.11.005
#263	Hien DA, Wells EA, Jiang H, Suarez-Morales L, Campbell ANC, Cohen LR, et al. Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring ptsd and substance use disorders. Journal of consulting and clinical psychology. 2009;77(4):607-19. Available from: https://doi.org/10.1037/a0016227
#266	Hjorthoj CR, Fohlmann A, Larsen AM, Gluud C, Arendt M, Nordentoft M. Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. Psychological Medicine. 2013;43(7):1499-510. Available from: https://doi.org/10.1017/S0033291712002255
#279	James W, Preston NJ, Koh G, Spencer C, Kisely SR, Castle DJ. A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2004;34(6):983-90. Available from: https://doi.org/10.1017/s0033291703001648
#290	Johnson JE, Zlotnick C. Pilot study of treatment for major depression among women prisoners with substance use disorder. Journal of psychiatric research. 2012;46(9):1174-83. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.007
#291	Johnson S, Rains LS, Marwaha S, Strang J, Craig T, Weaver T, et al. A contingency management intervention to reduce cannabis use and time to relapse in early psychosis: the CIRCLE RCT. Health technology assessment (Winchester, England). 2019;23(45):1-108. Available from: https://doi.org/10.3310/hta23450
#304	Kehle-Forbes SM, Chen S, Polusny MA, Lynch KG, Koffel E, Ingram E, et al. A randomized controlled trial evaluating integrated versus phased application of evidence-based psychotherapies for military veterans with comorbid ptsd and substance use disorders. Drug and alcohol dependence. 2019;205:107647. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107647
#313	Korte KJ, Bountress KE, Tomko RL, Killeen T, Maria MMS, Back SE. Integrated treatment of ptsd and substance use disorders: The mediating role of ptsd improvement in the reduction of depression. Journal of Clinical Medicine. 2017;6(1). Available from: https://doi.org/10.3390/jcm6010009
#316	Kushner MG, Maurer EW, Thuras P, Donahue C, Frye B, Menary KR, et al. Hybrid cognitive behavioral therapy versus relaxation training for co-occurring anxiety and alcohol disorder: a randomized clinical trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2013;81(3):429-42. Available from: https://doi.org/10.1037/a0031301

Nr	Referens
#331	Lyons R, Panza KE, Helm J, Angkaw AC, Straus E, Norman SB. Psychosocial functioning in integrated treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder. <i>Journal of psychiatric research</i> . 2021;142:40-7. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.036
#334	Madigan K, Brennan D, Lawlor E, Turner N, Kinsella A, O'Connor JJ, et al. A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. <i>Schizophrenia research</i> . 2013;143(1):138-42. Available from: https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.018
#340	Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. <i>Addiction (Abingdon, England)</i> . 2006;101(10):1479-92. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01554.x
#342	McDonell MG, Leickly E, McPherson S, Skalsky J, Srebnik D, Angelo F, et al. A Randomized Controlled Trial of Ethyl Glucuronide-Based Contingency Management for Outpatients With Co-Occurring Alcohol Use Disorders and Serious Mental Illness. <i>The American journal of psychiatry</i> . 2017;174(4):370-7. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050627
#343	McDonell MG, Srebnik D, Angelo F, McPherson S, Lowe JM, Sugar A, et al. Randomized controlled trial of contingency management for stimulant use in community mental health patients with serious mental illness. <i>The American journal of psychiatry</i> . 2013;170(1):94-101. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11121831
#346	McGovern MP, Lambert-Harris C, Xie H, Meier A, McLeman B, Saunders E. A randomized controlled trial of treatments for co-occurring substance use disorders and post-traumatic stress disorder. <i>Addiction (Abingdon, England)</i> . 2015;110(7):1194-204. Available from: https://doi.org/10.1111/add.12943
#356	Milby JB, Schumacher JE, McNamara C, Wallace D, Usdan S, McGill T, et al. Initiating abstinence in cocaine abusing dually diagnosed homeless persons. <i>Drug and alcohol dependence</i> . 2000;60(1):55-67. Available from: https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00139-8
#358	Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. <i>JAMA</i> . 2012;308(7):690-9. Available from: https://doi.org/10.1001/jama.2012.9071
#360	Morley KC, Baillie A, Leung S, Sannibale C, Teesson M, Haber PS. Is Specialized Integrated Treatment for Comorbid Anxiety, Depression and Alcohol Dependence Better than Treatment as Usual in a Public Hospital Setting? <i>Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)</i> . 2016;51(4):402-9. Available from: https://doi.org/10.1093/alcalc/agg131
#365	Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Xie H, Zarate R, Smith LF, et al. A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. <i>Schizophrenia bulletin</i> . 2013;39(3):658-72. Available from: https://doi.org/10.1093/schbul/sbr203

Nr	Referens
#376	Najavits LM, Krinsley K, Waring ME, Gallagher MW, Skidmore C. A Randomized Controlled Trial for Veterans with PTSD and Substance Use Disorder: Creating Change versus Seeking Safety. <i>Substance use & misuse</i> . 2018;53(11):1788-800. Available from: https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1432653
#386	Norman SB, Trim R, Haller M, Davis BC, Myers US, Colvonen PJ, et al. Efficacy of Integrated Exposure Therapy vs Integrated Coping Skills Therapy for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. <i>JAMA psychiatry</i> . 2019;76(8):791-9. Available from: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0638
#395	O'Connell MJ, Flanagan EH, Delphin-Rittmon ME, Davidson L. Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. <i>Journal of mental health (Abingdon, England)</i> . 2020;29(1):6-11. Available from: https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294733
#398	O'Reilly H, Hagerty A, O'Donnell S, Farrell A, Hartnett D, Murphy E, et al. Alcohol Use Disorder and Comorbid Depression: A Randomized Controlled Trial Investigating the Effectiveness of Supportive Text Messages in Aiding Recovery. <i>Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)</i> . 2019;54(5):551-8. Available from: https://doi.org/10.1093/alcalc/agz060
#406	Park TW, Cheng DM, Samet JH, Winter MR, Saitz R. Chronic care management for substance dependence in primary care among patients with co-occurring disorders. <i>Psychiatric services (Washington, DC)</i> . 2015;66(1):72-9. Available from: https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300414
#419	Philips B, Wennberg P, Konradsson P, Franck J. Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. <i>European addiction research</i> . 2018;24(1):1-8. Available from: https://doi.org/10.1159/000485564
#430	Randall CL, Thomas S, Thevos AK. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. <i>Alcoholism, clinical and experimental research</i> . 2001;25(2):210-20. Available from: https://doi.org/
#451	Sannibale C, Teesson M, Creamer M, Sitharthan T, Bryant RA, Sutherland K, et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. <i>Addiction</i> . 2013;108(8):1397-410. Available from: https://doi.org/10.1111/add.12167
#456	Schacht RL, Brooner RK, King VL, Kidorf MS, Peirce JM. Incentivizing attendance to prolonged exposure for PTSD with opioid use disorder patients: A randomized controlled trial. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> . 2017;85(7):689-701. Available from: https://doi.org/10.1037/ccp0000208
#457	Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJL, Koeter MWJ, de Beurs E, van den Brink W, et al. The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: a randomized controlled trial. <i>Alcoholism: Clinical & Experimental Research</i> . 2005;29(5):794-800. Available from: https://doi.org/10.1097/01.alc.0000163511.24583.33

Nr	Referens
#458	Schafer I, Lotzin A, Hiller P, Sehner S, Driessen M, Hillemacher T, et al. A multisite randomized controlled trial of Seeking Safety vs. Relapse Prevention Training for women with co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. <i>European journal of psychotraumatology</i> . 2019;10(1):1577092. Available from: https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1577092
#459	Schmitz JM, Averill P, Sayre S, McCleary P, Moeller FG, Swann A. Cognitive-behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: a preliminary randomized study. <i>Addictive Disorders & Their Treatment</i> . 2002;1(1):17-24. Available from: https://doi.org/10.1097/00132576-200205000-00004
#486	Stapinski LA, Sannibale C, Subotic M, Rapee RM, Teesson M, Haber PS, et al. Randomised controlled trial of integrated cognitive behavioural treatment and motivational enhancement for comorbid social anxiety and alcohol use disorders. <i>The Australian and New Zealand journal of psychiatry</i> . 2021;55(2):207-20. Available from: https://doi.org/10.1177/0004867420952539
#487	Stappenbeck CA, Luterek JA, Kaysen D, Rosenthal CF, Gurrad B, Simpson TL. A controlled examination of two coping skills for daily alcohol use and ptsd symptom severity among dually diagnosed individuals. <i>Behaviour research and therapy</i> . 2015;66:8-17. Available from: https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.013
#520	Thylstrup B, Schroder S, Hesse M. Psycho-education for substance use and antisocial personality disorder: a randomized trial. <i>BMC psychiatry</i> . 2015;15:283. Available from: https://doi.org/10.1186/s12888-015-0661-0
#546	van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Blankers M, Dekker JJM, van den Brink W, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of a randomized clinical trial. <i>Drug and alcohol dependence</i> . 2019;197:28-36. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023
#560	Weiss RD, Griffin ML, Jaffee WB, Bender RE, Graff FS, Gallop RJ, et al. A “community-friendly” version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. <i>Drug and alcohol dependence</i> . 2009;104(3):212-9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.04.018
#561	Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. <i>The American journal of psychiatry</i> . 2007;164(1):100-7. Available from: https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.100
#564	Wenze SJ, Gaudiano BA, Weinstock LM, Tezanos KM, Miller IW. Adjunctive psychosocial intervention following Hospital discharge for Patients with bipolar disorder and comorbid substance use: A pilot randomized controlled trial. <i>Psychiatry research</i> . 2015;228(3):516-25. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.005

Nr	Referens
#575	Wolitzky-Taylor K, Glasner S, Tanner A, Ghahremani DG, London ED. Targeting maladaptive reactivity to negative affect in emerging adults with cannabis use disorder: A preliminary test and proof of concept. Behaviour research and therapy. 2022;150:104032. Available from: https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104032
#590	Zlotnick C, Johnson J, Najavits LM. Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and ptsd. Behavior therapy. 2009;40(4):325-36. Available from: https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.09.004
#603	Back SE, Killeen T, Badour CL, Flanagan JC, Allan NP, Ana ES, et al. Concurrent treatment of substance use disorders and ptsd using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. Addictive Behaviors. 2019;90:369-77. Available from: https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032
#630	Hoffman SN, Lyons RC, Stein MB, Taylor CT, Norman SB. Changes in positive and negative affect following prolonged exposure for ptsd comorbid with alcohol use disorder: Secondary analysis of a randomized clinical trial. Behaviour Research and Therapy. 2022;155. Available from: https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104097 .
#652	Peck KR, Badger GJ, Cole R, Higgins ST, Moxley-Kelly N, Sigmon SC. Prolonged exposure therapy for ptsd in individuals with opioid use disorder: A randomized pilot study. Addictive Behaviors. 2023;143. Available from: https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107688
#654	Saavedra LM, Morgan-López AA, Back SE, Patel SV, Hien DA, Killeen TK, et al. Measurement Error-Corrected Estimation of Clinically Significant Change Trajectories for Interventions Targeting Comorbid ptsd and Substance Use Disorders in OEF/OIF Veterans. Behavior Therapy. 2022;53(5):1009-23. Available from: https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.04.007 .
#683	Simpson TL, Kaysen DL, Fleming CB, Rhew IC, Jaffe AE, Desai S, et al. Cognitive Processing Therapy or Relapse Prevention for comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder: A randomized clinical trial. PLoS ONE. 2022;17(11). Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276111
#684	González-Ortega I, Echeburúa E, Alberich S, Bernardo M, Vieta E, Pablo GS, et al. Cognitive Behavioral Therapy Program for Cannabis Use Cessation in First-Episode Psychosis Patients: A 1-Year Randomized Controlled Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(12). Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph19127325
#786	Eack SM, Hogarty SS, Greenwald DP, Litschge MY, McKnight SA, Bangalore SS, et al. Cognitive Enhancement Therapy in substance misusing schizophrenia: results of an 18-month feasibility trial. Schizophrenia Research. 2015;161(2-3):478-83. Available from: https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.017
#837	Agyapong VI, Ahern S, McLoughlin DM, Farren CK. Supportive text messaging for depression and comorbid alcohol use disorder: single-blind randomised trial. Journal of Affective Disorders. 2012;141(2):168-76. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.040

Nr	Referens
#838	Agyapong VIO, McLoughlin DM, Farren CK. Six-months outcomes of a randomised trial of supportive text messaging for depression and comorbid alcohol use disorder. <i>Journal of affective disorders</i> . 2013;151(1):100-4. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.058
#867	Gouzoulis-Mayfrank E, König S, Koebeke S, Schnell T, Schmitz-Buhl M, Daumann J. Trans-Sector Integrated Treatment in Psychosis and Addiction. <i>Deutsches Arzteblatt international</i> . 2015;112(41):683-91. Available from: https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0683
#871	Herman SE, Frank KA, Mowbray CT, Ribisl KM, Davidson li WS, BootsMiller B, et al. Longitudinal effects of integrated treatment on alcohol use for persons with serious mental illness and substance use disorders. <i>Journal of Behavioral Health Services and Research</i> . 2000;27(3):286-302. Available from: https://doi.org/10.1007/BF02291740
#911	Daros AR, Guimond TH, Yager C, Palermo EH, Wilks CR, Quilty LC. Feasibility, Acceptability, and Potential Efficacy of a Self-Guided Internet-Delivered Dialectical Behavior Therapy Intervention for Substance Use Disorders: Randomized Controlled Trial. <i>JMIR mental health</i> . 2024;11:e50399. Available from: https://doi.org/10.2196/50399
#984	Schouten MJE, Goudriaan AE, Schaub MP, Dekker JJM, Blankers M. Effectiveness of a digital alcohol intervention as an add-on to depression treatment for young adults: Results of a pragmatic randomized controlled trial. <i>Psychological Medicine</i> . 2024. Available from: https://doi.org/10.1017/S0033291724000953