

Missbruk och beroende av alkohol och narkotika

Kunskapsläget för utredningar och insatser inom socialtjänsten

En kartläggning av systematiska översikter

Rapportserie Denna rapport ingår i serien SBU Kartlägger. Rapportserien baseras på systematiska litteraturgenomgångar av forskningsartiklar. Rapporten har utarbetats av en grupp sakkunniga inom ämnesområdet. De sakkunniga har bland annat preciserat frågeställningen, bedömt forskningens kvalitet och diskuterat de sammanvägda resultat som framkommit. Frågeställningen belyses ur ett etiskt perspektiv. Rapporten har granskats såväl internt inom SBU som av externa granskare inom området.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration	Utvärdering av ny/etablerad metod	✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
	✓ Systematisk litteratursökning	✓ Patienter/brukare medverkat
	✓ Relevansgranskning	Etiska aspekter
	✓ Kvalitetsgranskning	Ekonomiska aspekter
	Sammanvägning av resultat	Sociala aspekter
	Evidensgradering gjord av SBU	✓ Granskad av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
	✓ Evidensgradering gjord externt	✓ Granskad av SBU:s vetenskapliga råd
	Baseras på en systematisk litteraturöversikt	Godkänd av SBU:s nämnd
	Konsensusprocess	

Ämnesord Missbruksrelaterade sjukdomar, Alkoholmissbruk, Socialt arbete, Socialtjänst

Utgiven Februari 2019

Giltighetstid Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat

Produktion Grafisk produktion av Åsa Isaksson, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU 2017/913

Citera denna rapport SBU. Missbruk och beroende av alkohol och narkotika – Kunskapsläget för utredningar och insatser inom socialtjänsten. En kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU-rapport nr 296. ISBN 978-91-88437-38-9.

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	9
Syfte	9
Avgränsning	9
Kunskapsläget	10
Målgrupp	10
2 Bakgrund	11
Missbruk och beroende	11
— Begrepp	11
— Förekomst	12
— Samsjuklighet	12
— Återfallsproblem	12
— Teoretiska perspektiv	12
Utredning och behandling	13
3 Metod för den systematiska kartläggningen	15
Fråga	15
Inklusionskriterier	15
— Inklusionskriterier för behandlingsinsatser	15
— Inklusionskriterier för utredningar	16
— Definitioner	17
Avgränsning	18
— Studiedesign och språk	18
— Exklusionskriterier	18
Utformning av domäner	18
Identifierade domäner	19
Litteratursökning	19
Metod för urval av systematiska översikter	19
Metod för bedömning av kvalitet	20
Överförbarhet	20
Kartläggning av översikter till domäner	20
4 Identifierade domäner	21
Domäner	21
5 Resultat	23
Domänen Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	24
Domänen Stöd, råd och information	24
Kartläggning till domäner	25
Vetenskaplig kunskap och kunskapsluckor	26
— Vetenskaplig kunskap	26
— Vetenskapliga kunskapsluckor	28

6	Diskussion	31
	Kartläggning och nationella riktlinjer	31
	Otydligheter i de inkluderade översikterna	32
	— Begrepp och definitioner	32
7	Överväganden för forskning, policy och praktik	35
	Metodologiska utmaningar inom missbruks- eller beroendområdet	36
8	Projektgrupp och externa granskare	37
	Projektgrupp	37
	— Sakkunniga	37
	— SBU	37
	Externa granskare	38
	Bindningar och jäv	38
9	Begreppsförklaringar	39
10	Referenser	41
Bilaga 1	Tabeller över beskrivning av inkluderade studier (hög eller medelhög kvalitet)	tillgänglig på www.sbu.se/296
Bilaga 2	Studier med låg metodologisk kvalitet	tillgänglig på www.sbu.se/296
Bilaga 3	Exkluderade studier	tillgänglig på www.sbu.se/296
Bilaga 4	Sökstrategier	tillgänglig på www.sbu.se/296
Bilaga 5	Brukarföreningar, intresseorganisationer samt representanter för professionen som inkommit med synpunkter för val av domäner	tillgänglig på www.sbu.se/296
Bilaga 6	Kvalitetsgranskningsmall som är baserad på AMSTAR-mallen	tillgänglig på www.sbu.se/296

Sammanfattning

Denna kartläggning är en av flera kartläggningar som undersöker kunskapsläget för specifika grupper som utreds eller får en insats inom socialtjänsten.

SBU har sedan 2009 ett särskilt regeringsuppdrag att kartlägga var det finns vetenskapliga kunskapsluckor inom vård och omsorg. Rapporttypen SBU Kartlägger är i första hand SBU:s sätt att lyfta var det finns behov av mer forskning. Denna information riktar sig i huvudsak till forskningsaktörer, det vill säga lärosäten och forskningsfinansiärer. SBU Kartlägger utgör alltså inga riktlinjer för hälso- och sjukvård eller socialtjänst och är heller inte avsedd att ersätta eller komplettera Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Syfte

Syftet med denna rapport är att kartlägga det vetenskapliga kunskapsläget utifrån systematiska översikter om utredningar respektive insatser som genomförs eller kan genomföras i eller på uppdrag av kommunal socialtjänstverksamhet för vuxna individer som är beroende av eller missbrukar alkohol eller narkotika, eller för deras anhöriga.

Bakgrund

Missbruk och beroende av alkohol eller narkotika är sammansatta fenomen där många olika faktorer påverkar. Från ett kliniskt perspektiv har det uppmärksamats att personer som missbrukar eller är beroende av alkohol eller

narkotika ofta samtidigt har psykiska och psykosociala problem. Utredningar och insatser involverar därför ofta olika professioner för att ge medicinsk såväl som psykologisk och psykosocial bedömning och behandling. Olika utrednings- eller behandlingsinsatser som kan erbjudas är till exempel ASI (Addiction Severity Index), individuella stödsamtal, kognitiv beteendeterapi, gruppterapi, familjebehandling och motiverande samtal. Rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som riktar sig till både socialtjänsten och hälso- och sjukvården [1].

Metod

Denna kartläggning utgår från elva domäner (listade i tabellen nedan) och systematiska översikter publicerade inom dessa domäner. Litteratursökningen efter systematiska översikter utfördes under vintern år 2017 i databaserna Academic Search Elite, ASSIA, Campbell library, IBSS, Proquest Sociology (Sociological Abstracts och Social Services Abstracts), PsycInfo, Medline, SocIndex, Social Care Online och Scopus. Efter litteratursökningen relevans- och kvalitetsbedömdes de systematiska översikterna. Utifrån författarnas slutsatser i dem har kunskap och kunskapsluckor dokumenterats områdesvis. Om ingen översikt av medelhög eller hög kvalitet identifierats för en domän redovisas hela domänen som en kunskapslucka. Det kan visserligen finnas primärstudier, men om dessa inte är sammanvägda i en tillförlitlig översikt är det en kunskapslucka enligt SBU:s definition. Kartläggningen inkluderar ingen kvalitetsbedömning av de primärstudier som ingår i de systematiska översikterna.

Huvudresultat

Totalt identifierade SBU 20 systematiska översikter som bedömdes ha hög eller medelhög kvalitet (se Tabell 1). Av dessa berör 17 domänen Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser, varav de flesta rörde allmänna psykosociala insatser följt av motiverande samtal och 12-stegsbehandling. Domänen Stöd, råd och information berörs i 5 översikter. Sammantaget visar översikterna att det finns både vetenskaplig kunskap och vetenskapliga kunskapsluckor inom dessa två domäner. Övriga domäner utgör alla vetenskapliga kunskapsluckor.

Domän	Systematisk översikt av hög eller medelhög kvalitet (antal)	Vetenskaplig kunskap	Vetenskapliga kunskapsluckor
Behovsbedömning och screening klient	0	Nej	Ja
Behovsbedömning anhöriga	0	Nej	Ja
Uppföljning av behov, insatser och aktiviteter	0	Nej	Ja
Insatser eller aktiviteter för att öka möjligheten till arbete och sysselsättning	0	Nej	Ja
Boende	0	Nej	Ja
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	17	Delvis	Delvis
Stöd, råd och information	5	Delvis	Delvis
Integrerade insatser eller aktiviteter	0	Nej	Ja
Samverkan och informationsöverföring	0	Nej	Ja
Anhörigstöd och familjeorienterat arbete	0	Nej	Ja
Hjälpmedel	0	Nej	Ja

Tabell 1
Sammanfattning av huvudresultaten.

1 Inledning

Syfte

Syftet med kartläggningen är att utifrån systematiska översikter beskriva vilken vetenskaplig kunskap som finns om utredningar och insatser som kan genomföras i eller på uppdrag av kommunal socialtjänstverksamhet för vuxna individer som är beroende av eller missbrukar alkohol eller narkotiska preparat, eller för deras anhöriga.

I kartläggningen delas sådana utredningar och insatser in i underområden kallade domäner som bildar en karta (se till exempel Tabell 4.1) för området. SBU har gjort en omfattande litteratursökning och granskat den litteratur som identifierats i denna för att se om det finns tillförlitliga systematiska översikter som är relevanta för de olika domänerna. Därefter bedömer vi om de systematiska översikterna visar att det finns vetenskaplig kunskap eller vetenskapliga kunskapsluckor. Slutligen ger vi förslag på hur de vetenskapliga kunskapsluckorna kan tänkas fyllas, antingen genom att man sammanställer en ny systematisk översikt, uppdaterar en befintlig systematisk översikt eller om det behövs mer primärforskning.

Avgränsning

Denna kartläggning är en av flera i en serie kartläggningar där SBU kartlägger systematiska översikter om utredningar eller insatser inom socialtjänsten som görs eller kan göras inom eller på uppdrag av kommunal socialtjänstverksamhet. Utredningar och insatser som enbart utförs inom hälso- och sjukvården, till

exempel läkemedelsbehandlingar, ingår inte i kartläggningen. De substanser som beaktats i missbruks- och beroendeväsende i denna kartläggning är alkohol, cannabis, opioider som heroin, centralstimulerande preparat som amfetamin och kokain, lugnande eller sömngivande preparat samt hallucinogener eller designade droger som ecstasy [2–4]. Ytterligare avgränsningar hittar du i Kapitel 3, där vi beskriver vår metod.

Endast de systematiska översikter som var relevanta för kartläggningen och som bedömdes vara tillförlitliga inkluderades i kartläggningen. Minimikraven för att en översikt ska anses tillförlitlig är att den ska ha genomfört följande:

- beskrivit en litteratursökning som svarar på översiktens frågeställning och kan återupprepas
- dubbelgranskat de inkluderade studierna
- kvalitetsbedömt och tabellerat de inkluderade studierna
- sammanvägt de inkluderade studiernas resultat.

SBU har inte granskat primärstudierna som ingår i de systematiska översikterna i denna kartläggning.

Kunskapsläget

Med kunskapsläget menas i denna kartläggning den vetenskapliga kunskap eller vetenskapliga kunskapslucka som har identifierats för de underområden (domäner) som SBU har kartlagt. En vetenskaplig kunskapslucka identifieras antingen

1. när en relevant tillförlitlig systematisk översikt visar på en osäker effekt eller
2. när det saknas en relevant tillförlitlig systematisk översikt för en utredning eller insats.

Utifrån SBU:s definition finns det alltså endast vetenskaplig kunskap om det kan påvisas i en tillförlitlig systematisk översikt. Trots att det kan finnas relevanta primärstudier som visar att en metod har en effekt eller nationella riktlinjer som prioriterar en metod högt, så kan metoden alltså definieras som en vetenskaplig kunskapslucka utifrån SBU:s kriterier om den inte är inkluderad och utvärderad i en systematisk översikt eller om det finns en översikt som utvärderar studierna men kommer fram till att effekten är osäker.

Målgrupp

Rapporten vänder sig framför allt till forskningsaktörer, det vill säga lärosäten och forskningsfinansiärer.

2 Bakgrund

Missbruk och beroende

Begrepp

Ett flertal begrepp används för att beteckna problem som individer har med alkohol och narkotika. Vanliga exempel är skadligt bruk, missbruk och beroende. Men alkohol- eller narkotikaproblem och problematisk konsumtion av alkohol eller droger är begrepp som också förekommer.

De två system som används för att klassificera missbruk eller beroende är Världshälsoorganisationens (WHO) International Classification of Diseases (ICD) och American Psychiatric Associations Diagnostic and Statistical Manual for Mental disorders (DSM). DSM-5 är den senaste versionen av DSM som publicerades under 2013 medan ICD-10 är den senaste versionen av ICD. ICD-11 är dock under arbete och kommer att ersätta ICD-10.

I DSM-5 ersätter diagnosen substansbrukssyndrom (eng. Substance Use Disorder, SUD) tidigare diagnoser för missbruk (eng. abuse) och beroende (eng. dependence), där nu också sug (eng. craving) lagts till som ett kriterium. Ett tidigare kriterium för missbruk – legala problem – har tagits bort [5]. Det finns specifika substansbrukssyndrom som exempelvis Alcohol Use Disorder, Cannabis Use Disorder och så vidare.

ICD-10 använder begreppet beroendesyndrom (eng. dependence syndrom) [6], och skiljer mellan beroende och skadlig användning (eng. harmful use) där den senare diagnosen inte ska sättas om individen uppfyller kriterier för beroendesyndrom. Centralt i ICD-10:s definition av beroende är att en substans kommit

att få högre prioritet än annat som individen tidigare värderat högt i livet. ICD-10 betonar likt DSM-5 att beroende kännetecknas av ett sug att använda substansen.

Förekomst

Enligt en utredning från Socialdepartementet bedömdes 330 000 personer vara beroende av alkohol i Sverige 2011, 29 500 personer hade ett tungt narkotikamissbruk och 65 000 personer uppskattades vara beroende av läkemedel [7]. En studie från 2013 visade att bland svenska individer mellan 17 och 84 år hade 4,2 procent ett alkoholberoende och 1,7 procent ett alkoholmissbruk utifrån DSM-IV [8]. Motsvarande skattning för narkotikaberoende och narkotikamissbruk var 0,6 respektive 0,1 procent [8]. Skattningar pekar på att år 2010 var 3,5 procent av individer i åldrarna 18 till 64 år i EU beroende av alkohol [9] och snarlika siffror har påvisats i amerikanska studier [10]. Förekomsten varierar dock mellan olika sociodemografiska grupper, där till exempel män och yngre individer i större utsträckning uppfyller kriterier för diagnos [11–13].

Samsjuklighet

När det gäller beroende eller missbruk av alkohol och narkotika syftar samsjuklighet dels på missbruk och beroende av olika substanser, dels att de förekommer samtidigt som psykisk sjukdom som personlighetsstörningar, psykos, ångestproblem och depression [14,15]. Epidemiologiska studier pekar på en påtaglig samsjuklighet mellan substansbrukssyndrom (Alcohol Use Disorder eller Drug Use Disorder) och depression och ångestproblematik [3,15]. Det råder osäkerhet kring huruvida sambanden mellan dessa olika tillstånd är kausala eller inte. Både ångestproblematik och depression kan ses som en orsak till missbruksproblem såväl som en effekt av dem, men det är också möjligt att samsjukligheten är orsakad av andra faktorer [2].

Återfallsproblem

Återkommande återfall i missbruk, så kallade relapser, är viktigt att belysa. Graden av återfall i missbruk eller beroendeproblem efter behandling är nämligen hög [4,16]. Man skiljer ibland på ”lapse” och ”relapse” där lapse syftar på ett tillfälligt återfall medan relapse syftar på mer tydlig återgång i missbruksbeteende. Skillnaden mellan dessa två begrepp är dock flytande [16].

Teoretiska perspektiv

Det finns många olika teoretiska perspektiv för att beskriva och analysera missbruksproblem och -behandling. De teoretiska förklaringsperspektiven kan ha sin grund i biologi, psykologi och sociala synsätt [14,16,17]. Man har fokuserat på neurobiologiska faktorer, socioekonomi, arv- och miljöfrågor, grundläggande intrapsykiska processer, interpersonella processer och familjeprocesser. Olika grupper har studerats, så som ungdomar, vuxna och äldre. Genusaspekter, hur beroende kan beskrivas för män och kvinnor, liksom betydelsen av etnicitetsfaktorer har också studerats [14,16].

Många forskare har lyft att det biologiska eller genetiska inflytandet på beroende är betydande [16,18]. Men orsakerna bakom beroendeproblem är komplicerade, där såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer samspelar [14,16,17]. Ett av de mer ambitiösa försöken att syntetisera olika forskningsinriktningar görs av West och Brown [19] som diskuterar både biologiska och flera psykologiska faktorer och hur de kan integreras i en mer komplex modell för att förstå vad som orsakar beroende och missbruk.

Utredning och behandling

Ansvar för att erbjuda utredning och behandling vid missbruk och beroende är delat mellan kommuner och landsting. Det beror på att kommunen är huvudman för socialtjänst och landstinget för hälso- och sjukvård.

Socialtjänstens uppdrag är omfattande. En utredning är grunden för vilken insats som erbjuds för att ge vård och hjälp att komma ifrån missbruket eller beroendet. Om insatser behövs från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Insatserna ska väljas och utformas utifrån individens situation och behov. De kan ges antingen på frivillig grund, det vill säga med den enskildes samtycke¹, eller med tvång enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall². Sådana fall kan exempelvis vara om personen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara till följd av sitt missbruk. Samma typ av insatser kan dock erbjudas oavsett om det sker inom ramarna för frivillighet eller tvång.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som riktar sig till både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, innehåller rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende [1]. Socialstyrelsen ger bland annat rekommendationer om bedömningsinstrument och medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser och behandling vid samsjuklighet. För att stödja vuxna anhöriga till en person med missbruk eller beroende rekommenderar Socialstyrelsen psykosocialt stöd, och även åtgärder för anhöriga som vill motivera personer med missbruk eller beroende till behandling [1].

¹ SOL 2001:453.

² LVM 1988:870.

3 Metod för den systematiska kartläggningen

Fråga

Vilka systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet finns det om utredningar eller insatser som ges inom socialtjänsten för att hjälpa antingen vuxna personer som är beroende av eller missbrukar alkohol eller narkotika, eller deras anhöriga?

Inklusionskriterier

Nedan anger vi kriterier för vilka av de systematiska översikter som identifierades i kartläggningen som inkluderas i rapporten. De delas upp i en fråga med inklusionskriterier för behandlingsinsatser och en för utredningar.

Inklusionskriterier för behandlingsinsatser

Frågan för behandlingsinsatser kan delas upp i ett PICO som är en förkortning för population (P), intervention (I), kontroll eller jämförelsebehandling (C) och utfall (O).

Population

- Vuxna (≥ 18 år) individer som är beroende av eller missbrukar alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel
- Anhöriga till ovan nämnda personer

Intervention

- Insatser av olika slag och omfattning, till exempel psykosociala insatser, intervention inriktad på arbete och utbildning eller hem för vård eller boende (HVB), som ges eller kan ges inom socialtjänsten

Kontroll eller jämförelsebehandling

Inga begränsningar har generellt gjorts för kontrollgruppen utan en relevansbedömning har gjorts utifrån varje översikt. Exempel på jämförelsebehandling kan vara en annan insats, vårdform eller boendeform än det som ges i interventionen.

Utfall

- Effekt av interventionen
- Sidoeffekter, oönskade händelser, problem, svårigheter eller händelser för deltagare i samband med interventionen
- Upplevelser eller erfarenheter av interventionen
- Delaktighet
- Kostnader
- Ovan nämnda utfall som belyses genom en eller flera av följande aspekter:
 - Genus/kön
 - Jämställdhet
 - Etnicitet
 - Sexuell läggning

Inklusionskriterier för utredningar

Frågan för utredningar kan delas upp i ett PIRO som är en förkortning för population (P), bedömningsmetod (I), referensmetod (R) och utfall (O).

Population

- Vuxna (≥ 18 år) individer som är beroende av eller missbrukar alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel
- Anhöriga till ovan nämnda personer

Bedömningsmetod

- Bedömningsinstrument, till exempel ASI (Addiction Severity Index), som ges eller kan ges inom socialtjänsten
- Utredning och handläggning, till exempel utredning av behandlingsbehov utifrån ASI, som ges eller kan ges inom socialtjänsten

Referensmetod

Inga begränsningar har generellt gjorts för kontrollgruppen utan en relevansbedömning har gjorts utifrån varje översikt. Exempel på jämförelsemetod kan vara en annan bedömningsmetod än det som ges i interventionen.

Utfall

- Tillförlitlighet/validitet
- Användarmöjlighet/användartillgänglighet
- Upplevelser/erfarenheter av bedömningsmetod
- Delaktighet
- Kostnader
- Ovan nämnda utfall som belyses genom en eller flera av följande aspekter:
 - Genus/kön
 - Jämställdhet
 - Etnicitet
 - Sexuell läggning

Definitioner

Personer med missbruks- eller beroendeproblem

Som huvudlinje i denna rapport inkluderas systematiska översikter där diagnosen missbruk, beroende eller substansbrukssyndrom fastställts med DSM i dess olika versioner eller med ICD-10 [6]. Missbruket eller beroendet ska ha avsett alkohol, narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, inklusive samsjuklighet där missbruk eller beroende ingår. I första hand inkluderade vi översikter som angett att de utgått från DSM eller ICD-10, men det var inget krav. Även översikter som tydligt angett att studierna omfattar personer över 18 år som genomgått någon form av behandling för missbruk eller beroende även om de inte fått en diagnos enligt DSM eller ICD-10 inkluderades. Detta eftersom personer som behandlats för missbruk kan antas ha haft eller ha en allvarlig problematik som ligger i linje med de kriterier som formuleras i DSM eller ICD-10.

Anhöriga

Med anhöriga avses:

- förälder, make, maka eller partner till person med missbruks- eller beroendeproblem
- barn till föräldrar med missbruks- eller beroendeproblem.

Avgränsning

Vi har inkluderat översikter som studerar metoder som skulle kunna tillhandahållas i ett svenskt perspektiv med stöd av socialtjänstlagen¹ och lagen om vård av missbrukare i vissa fall².

Studiedesign och språk

Enbart systematiska översikter publicerade från år 2000 eller senare, på engelska, svenska, norska eller danska inkluderades.

Exklusionskriterier

Vi exkluderade systematiska översikter som studerat insatser av medicinsk karaktär som i Sverige är landstingsfinansierade och som inte kan genomföras av socialtjänsten.

Vidare exkluderades översikter som studerade

- all form av läkemedelsbehandling
- primärprevention (på gruppnivå) som till exempel ANDT(alkohol, narkotika, dopnings och tobak)-undervisning
- bedömning för att ställa medicinska diagnoser
- upplevelse av att ha ett tillstånd
- prevalens av tillstånd
- risk- och skyddsfaktorer (bakgrundsfaktorer) för olika tillstånd.

Utformning av domäner

SBU:s projektgrupp tog fram ett förslag på de viktigaste relevanta domänerna för respektive population i samråd med sakkunniga. Utifrån kriterierna i listan nedan, som SBU arbetar efter, bedömdes ifall domänerna var relevanta:

- stor betydelse för liv och hälsa
- vanligt hälsoproblem – berör många
- stor variation i praxis
- ofullständig kunskap om hur starkt det vetenskapliga underlaget är
- stora ekonomiska konsekvenser
- viktig etisk fråga
- stor betydelse för organisation eller personal
- kontroversiell eller uppmärksammas fråga.

Därefter skickades förslaget på domäner till ett stort antal brukarföreningar, intresseorganisationer samt representanter för professionen, för att säkerställa att de domäner som valts ut var relevanta (Bilaga 5).

¹ SOL 2001:453.

² LVM 1988:870.

Identifierade domäner

Totalt identifierades elva domäner, tre om utredning inklusive handläggning och åtta om insatser. Domänerna finns listade i Tabell 4.1 och 5.1.

Litteratursökning

Litteratursökningar genomfördes våren 2017 i databaserna Academic Search Elite, ASSIA, Campbell library, Cochrane Library, IBSS, Proquest Sociology (Sociological Abstracts och Social Services Abstracts), PsycInfo, PubMed, SocIndex, Social Care Online och Scopus. Sökord för population (fritext och kontrollerade ämnesord) kombinerades med sökord för systematiska översikter av kvantitativ och kvalitativ forskning. Sökningarna avgränsades i tid från publiceringsår 2000 och framåt samt till språken engelska, svenska, norska och danska. I Bilaga 4 framgår litteratursökningen i sin helhet.

Metod för urval av systematiska översikter

För att en systematisk översikt skulle bedömas som relevant ställde projektgruppen följande krav:

- den skulle uppfylla de kriterier som beskrivs i Kapitel 3
- den skulle beröra någon eller några av de förutbestämda domänerna.

Relevanta systematiska översikter identifierades och valdes ut i två steg:

- urval efter bedömning av deras sammanfattning (abstrakt)
- relevansbedömning efter att ha lästs i fulltext.

Projektgruppens projektledare granskade översikternas abstrakter avseende relevans parvis och oberoende av varandra. Urvalet av artiklar som lästes i fulltext var generöst. Det innebar att endast de artiklar som med säkerhet inte svarade mot vår fråga eller rymdes inom våra avgränsningar exkluderades. Det räckte dessutom med att en av de två granskarna ansåg att en artikel skulle inkluderas för att den skulle läsas i sin helhet.

Översikternas relevans bedömdes sedan parvis av projektgruppens sakkunniga. Vid oenighet fördes först en diskussion inom paret och vid behov involverades projektledare eller samordnare i diskussionen tills man enades om en bedömning.

Vissa översikter innefattade även andra beroendeproblem som tobak. De översikter som inte presenterade separata resultat för alkohol och narkotika exkluderades. Översikter där merparten av deltagarna var under 18 år exkluderades också.

Metod för bedömning av kvalitet

Projektgruppen bedömde de systematiska översikternas vetenskapliga kvalitet med stöd av AMSTAR granskningsmall (Bilaga 6) [20]. Endast översikter som bedömdes hålla en medelhög eller hög kvalitet ingår och redovisas i denna kartläggning.

Samtliga inkluderade översikter kvalitetsgranskades av två sakkunniga personer oberoende av varandra. Oenigheter löstes genom konsensus och vid behov rådgästades en tredje person inom projektgruppen. I de fall då flera systematiska översikter hade samma frågeställning inkluderades endast den senast publicerade om det inte fanns viktiga kompletterande data i andra översikter.

Vid kvalitetsbedömningen utgick vi från att vissa delar i processen att sammanställa en systematisk översikt är viktigare än andra. För att en översikt skulle få en medelhög kvalitet skulle den uppfylla följande krav:

- beskriva en litteratursökning som svarar på översiktens frågeställning och som kan återupprepas
- ha dubbelgranskat och gallrat inkluderade studier
- ha kvalitetsbedömt och tabellerat inkluderade studier och vägt samman deras resultat.

För att en översikt skulle bedömas ha hög kvalitet skulle den dessutom ha listat exkluderade studier, bedömt sannolikheten för publikationsbias och redovisat intressekonflikter.

Överförbarhet

Vid relevansgranskningen bedömdes även hur överförbara de utredningar och insatser som utvärderades i översikterna är till svenska förhållanden. Om inte dessa ansågs möjliga att använda i svensk kontext exkluderades översikten på grund av bristande relevans.

Kartläggning av översikter till domäner

Projektgruppens sakkunniga sorterade in de relevanta översikterna under en eller flera domäner utifrån deras innehåll.

Vetenskapliga kunskapsluckor identifierades av tre projektledare på SBU enligt SBU:s kriterier för en vetenskaplig kunskapslucka, det vill säga antingen att en eller flera systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet visar på en osäker effekt av en metod, insats eller åtgärd eller att det saknas systematiska översikter av hög eller medelhög kvalitet. De områden med vetenskapliga kunskapsluckor som identifierades i befintliga systematiska översikter av hög eller medelhög kvalitet finns markerade i Tabell 4.1 och 5.1.

4 Identifierade domäner

Domäner

Totalt identifierades elva domäner, tre om utredningar inklusive handläggning och åtta om insatser inklusive aktiviteter. Det bör noteras att exemplen nedan inte täcker allt som ingår i domänerna.

Domän	Exempel
Utredningar	
Behovsbedömning och screening klient	• ASI – Addiction Severity Index • AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test • DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test • DUR – Dokumentation utredning resultat • IBIC – Individens behov i centrum • KASAM – Känsla av sammanhang • Net Plan – Utredning av behandlingsbehov utifrån AISCID 1 – Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders
Behovsbedömning anhöriga	• COAT – Carers Outcome Agreement Tool • Föra barn på tal • IBIC – Individens behov i centrum • Kartlägga klientens nätverk
Uppföljning av behov, insatser och aktiviteter	• ASI – Addiction Severity Index • AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test • DOK – Dokumentationssystem inom missbrukarvården • DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test • KASAM – Känsla av sammanhang • TLFB – Timeline Follow-Back • UIV – Uppföljning av insatser för vuxna personer med missbruk

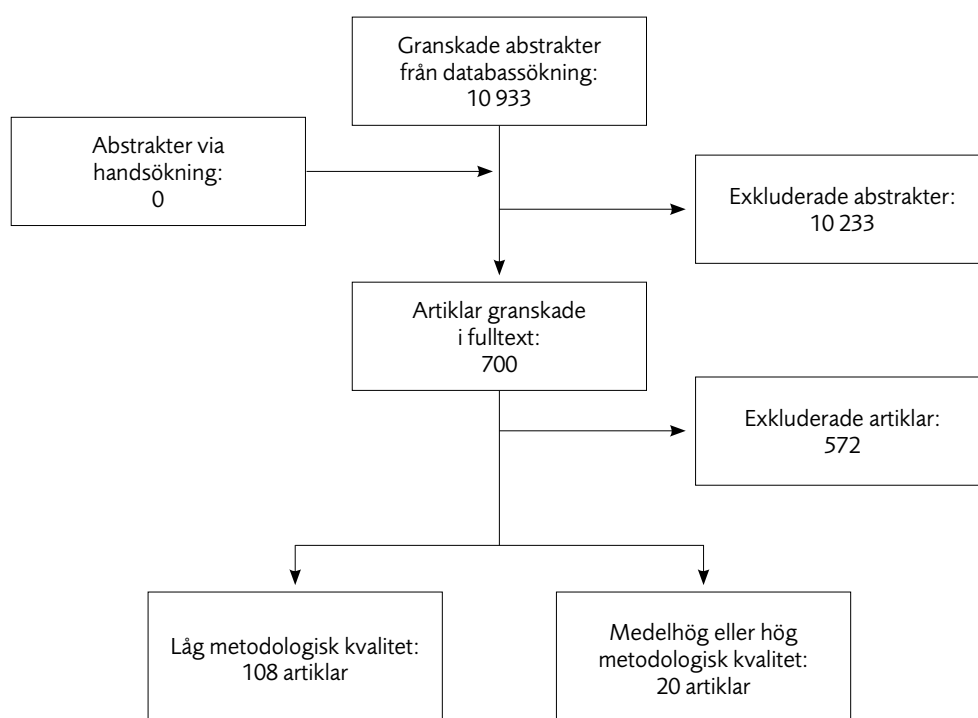
Tabell 4.1
Utredningar och insatser.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 4.1
fortsättning

Domän	Exempel
Insatser	
Insatser eller aktiviteter för att öka möjligheten till arbete och sysselsättning	• Behandlingar inriktade på arbete och utbildning (exempelvis BASTA) • Case Management – Strengths Model • IPS – Supported Employment
Boende	• Housing first – Bostad först • HVB-hem för boende/vård/behandling (frivillig) • HVB-hem för boende/vård/behandling (tvång) • Vårdkedja • Övergångskontrakt
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	• 12-stepsbehandling • ACT – Acceptance and Commitment Therapy • CRA – Community Reinforcement Approach • KBT – Kognitiv beteendeterapi • MET – Motivational Enhancement Therapy • MI – Motivational Interviewing • Mindfulness • Webbaserat behandlingsstöd • Återfallsprevention
Stöd, råd och information	• 12-stepsbehandling • AA – Anonyma Alkoholister • Kontaktperson • NADA-akupunktur – öronakupunktur • SMADIT – Samverkan mot alkohol och droger i trafiken • SDM – Shared Decision Making • Stödsamtal (en vidare term än MI som kan betyda olika saker, som att ge stöd eller möjlighet att berätta om sin livssituation) • Umgängeskaktpersoner
Integrerade insatser eller aktiviteter	• Case Management/Case Manager • DMO – Delaktighetsmodellen • Inflytandegrupp • Integrated Care/Integrerade mottagningar • SIP – Individuell och samordnad individuell plan
Samverkan och informationsöverföring	• Arbetsförmedlingen • Försäkringskassan • Hälso- och sjukvårdsenheter • Socialtjänsten
Anhörigstöd och familjeorienterat arbete	• Anhöriggrupper Anhörigstöd – Anhörigkonsulenter • Balders barngrupper • Barngrupper i olika former beroende på behovsområde • Barns Brukarmedverkan • Enskilda samtal • Familjehelger och läger • Föräldrastödsprogram • Föräldrarutbildningsprogram • Stödsamtal
Hjälpmiddel	SMS – Textmeddelanden

5 Resultat



Figur 5.1
Flödesschema
inkluderade studier.

Litteratursökningen gjordes väldigt brett med fokus på söktermer om missbruk och beroende utan begränsning till exempelvis substanser eller behandling. Den genererade 10 933 referenser. I första steget granskades dessa artiklars abstrakter och 700 artiklar bedömdes kunna vara relevanta och lästes i fulltext. Vid en fulltextgranskning identifierades sedan 128 relevanta systematiska översikter, av vilka

20 bedömdes hålla medelhög eller hög kvalitet (Tabell 5.1 och Figur 5.1). De 128 översikterna sorterades in under den eller de domäner som de berörde. Av de 20 översikterna med medelhög och hög kvalitet berörde 15 endast domänen Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser [21,23,25–37], 3 endast domänen Stöd, råd och information [38–40] medan 2 översikter berörde båda dessa domäner [22,24].

Det saknas helt systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet för domänerna som rör utredningar, det vill säga behovsbedömningar för klienter och anhöriga och uppföljning av behov. Det saknas också systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet för domänerna som rör insatser för att öka möjligheten till arbete och sysselsättning, boende, integrerade insatser eller aktiviteter, samverkan och informationsöverföring, anhörigstöd och familjeorienterat arbete samt hjälpmedel. Hela dessa domäner är därmed vetenskapliga kunskapsluckor (Tabell 4.1).

Majoriteten av de översikter som exkluderades på grund av att de inte var relevanta för denna kartläggning fokuserade enbart på insatser som inte kan ges av socialtjänsten, till exempel läkemedelsbehandling. De översikter som bedömdes ha låg kvalitet brast i ett eller flera av följande steg:

- litteratursökning som svarar på översiktens frågeställning och kan återupprepas
- dubbelgranskning av inkluderade studier
- kvalitetsbedömning och tabellering av inkluderade studier
- sammanvägning av inkluderade studiers resultat.

Domänen Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser

De 17 översikterna inom domänen Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser innefattar en rad olika insatser och de skiljer sig åt i population och fokus [21–37]. Vissa översikter fokuserar brett på psykosociala insatser, medan andra har fokus på mer specifika insatser som motiverande samtal eller mindfulnessbehandling. På liknande sätt adresserar vissa översikter alkohol- och narkotikamissbruk i allmänhet medan andra är specifikt inriktade på substanser som alkohol, opiater eller cannabis. De inkluderade översikterna finns tabellerade i Bilaga 1.

Domänen Stöd, råd och information

De 5 översikterna inom domänen Stöd, råd och information innefattar flera olika insatser och de skiljer sig åt i population och fokus. En av översikterna fokuserar på olika varianter av 12-stegsprogram för narkotikamissbruk [22], en fokuserade på olika varianter av 12-stegsprogram för alkoholberoende [24], en på hembesök

för gravida kvinnor med alkohol- och narkotikaproblem [40] och två på informellt stöd för personer med substansberoende respektive alkohol- och narkotikaproblem [38,39]. De inkluderade översikterna finns tabellerade i Bilaga 1.

Kartläggning till domäner

Samtliga systematiska översikter som bedömdes vara relevanta sorterades in under de förutbestämda domänerna (Tabell 5.1).

Enligt SBU finns en vetenskaplig kunskapslucka när

- en eller flera systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet visar på en osäker¹ effekt av en metod, insats eller åtgärd eller
- systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet saknas.

¹ När en eller flera systematiska översikter pekar på att det finns oklarhet kring till exempel en behandlingseffekt. Då översikten har evidensgraderat sina resultat bedöms resultatet som en vetenskaplig kunskapslucka ifall evidensgraderingen landat på mycket låg tillförlitlighet. I de fall evidensgraderingen har landat på en högre evidens än mycket lågt vetenskapligt underlag men där denna slutsats baseras på en mindre studie så bedöms det resultat som vetenskaplig kunskapslucka.

Domän	Antal relevanta översikter (referens)	Antal översikter med hög eller medelhög kvalitet (referens)
Behovsbedömning och screening klient	3 [41–43]	0
Behovsbedömning anhöriga	0	0
Uppföljning av behov, insatser och aktiviteter	1 [44]	0
Insatser eller aktiviteter för att öka möjligheten till arbete och sysselsättning	1 [45]	0
Boende	1 [46]	0
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	111 [21–37,47–139]	17 [21–37] Allmänna psykologiska och psykosociala insatser: 8 [21,23,25,26,28,32,33,36] Specifika insatser: 9 Mindfulness: 1 [30] Motiverande samtal: 2 [27,34] Datorstödd behandling: 1 [31] Integrerad behandling: 1 [37] Eftervård: 1 [29] 12-stegsprogram: 2 [22,24] Terapeutiska samhällen: 1 [35]

Tabell 5.1

Antal systematiska översikter per domän, totalt och med hög eller medelhög kvalitet.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.1
fortsättning

Domän	Antal relevanta översikter (referens)	Antal översikter med hög eller medelhög kvalitet (referens)
Stöd, råd och information	7 [22,24,38–40, 108,130]	5 [22,24,38–40] Informellt stöd: 2 Hembesök hos gravida, före och efter barnets födsel: 1 [40] 12-stegsprogram: 2 [22,24]
Integrerade insatser eller aktiviteter	0	0
Samverkan och informationsöverföring	8 [63,98,103, 140–144]	0
Anhörigstöd och familjeorienterat arbete	3 [58,145,146]	0
Hjälpmedel	2 [147,148]	0

Not. Samma systematiska översikt kan förekomma flera gånger i tabellen om den har sorterats in under flera domäner.

Vetenskaplig kunskap och kunskapsluckor

Genom att granska systematiska översikter har vi kunnat identifiera vilka utredningar och insatser som har belysts i sådana (Tabell 5.1). Den vetenskapliga kunskap (Tabell 5.2) eller kunskapslucka (Tabell 5.3) som påvisas i dessa översikter² har dokumenterats domänvis. För hela eller delar av varje domän har denna kartläggning också identifierat vetenskapliga kunskapsluckor som beror på att det saknas en aktuell systematisk översikt av medelhög eller hög kvalitet som studerat en utredning eller insats för domänen.

Vetenskaplig kunskap

Författarna till de systematiska översikterna visar att det finns konstaterad vetenskaplig kunskap i elva systematiska översikter, varav tio berör domänen Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser [21–23,25,26,30–32,34,37] och två domänen Stöd, råd och information [22,38] (se Tabell 5.2).

² En systematisk översikt kan förekomma som referens till både vetenskaplig kunskap och en kunskapslucka, beroende på översiktens slutsatser.

Domän	Population	Intervention	Av översiktsförfattarna identifierad kunskap	Författare Referens
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer med ett opioidberoende	Psykosociala interventioner i kombination med agonistbehandling	"Present evidence suggests that adding psychosocial support does not change the effectiveness of retention in treatment and opiate use during treatment."	Amato et al [21]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser Stöd, råd och information	Individer som missbrukar narkotika	Olika varianter av 12-stegsprogram	"The results of this review suggest that 12-step interventions to support illicit drug users are as effective as alternative psychosocial interventions in reducing drug use."	Bøg et al [22]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer som missbrukar bensodiazepiner	Kognitiv beteendeterapi i kombination med nedtrappning av bensodiazepiner	"CBT plus taper is effective in the short term (three-month time period) in reducing BZD use. However, this is not sustained at six months and subsequently."	Darker et al [23]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer som missbrukar cannabis	Psykosociala interventioner	"Psychosocial intervention was shown, in comparison with minimal treatment controls, to reduce frequency of use and severity of dependence in a fairly durable manner, at least in the short term."	Gates et al [25]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer med svår psykisk ohälsa och ett substansmissbruk	"Integrated models of care" jämfört med sedvanlig behandling	"No significant difference in the likelihood of participants being lost to treatment." "No significant differences with regards to participants dying by the end of 36 months treatment." "No significant differences in average general life satisfaction scores (up to the end of 36 months treatment)."	Hunt et al [26]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer med beroende- eller missbruksproblem av alkohol, narkotika eller tobak	Mindfulness	"Mindfulness treatment for substance misuse is a promising intervention for substance misuse."	Li et al [30]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer som missbrukar narkotika	Datorbaserade insatser	"Computer-based interventions for drug use disorders show initial evidence of efficacy during treatment and some evidence effects continue after treatment."	Moore et al [31]

Tabell 5.2
Vetenskaplig kunskap i systematiska översikter med hög eller medelhög kvalitet fördelat efter domän.

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 5.2
fortsättning

Domän	Population	Intervention	Av översiktsförfattarna identifierad kunskap	Författare Referens
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer som missbrukar bensodiazepiner	Psykosociala interventioner	"The addition of psychosocial interventions was slightly more effective than gradual dose reduction alone at post-cessation and this effect was maintained at follow-up."	Parr et al [32]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer som missbrukar eller är beroende av substanser	Motiverande samtal	"The results show that people who have received MI have reduced their use of substances more than people who have not received any treatment. However, it seems that other active treatments, treatment as usual and being assessed and receiving feedback can be as effective as motivational interviewing."	Smedslund et al [34]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Individer med traumatiska erfarenheter och ett substansmissbruk	Integrerad behandling (IT)	"We found no evidence that IT is harmful or less effective than nonintegrated programs. Thus, the existing evidence base suggests that both integrated and nonintegrated programs are viable and effective treatment options."	Torchalla et al [37]
Stöd, råd och information	Individer som återhämtar sig från ett beroende av alkohol, droger eller båda	Informellt stöd	"This systematic review suggests the positive impact of peer-delivered recovery support services."	Bassuk et al [38]

BZD = Benzodiazepine; **CBT** = Cognitive Behavioral Therapy; **IT** = Integrated Treatment

Vetenskapliga kunskapsluckor

Som nämnts ovan finns det enligt SBU:s definition två typer av vetenskapliga kunskapsluckor. Nedan redogör vi de vetenskapliga kunskapsluckorna som vi har identifierat i den här kartläggningen samt vad som kan behövas för att fylla kunskapsluckorna, fler primärstudier eller en systematisk översikt.

Fler primärstudier behövs

Fler primärstudier behövs när en aktuell befintlig systematisk översikt av medelhög eller hög kvalitet har visat att det behövs mer primärforskning. Anledningen kan vara att det helt saknas forskning, eller forskning av god kvalitet, alternativt att befintlig forskning visar motstridiga resultat. I kartläggningen har vi identifierat åtta systematiska översikter [23,25–29,33,39] där författarna inte kan komma fram till en tydlig slutsats om insatsens effekt och därmed identifierar en vetenskaplig kunskapslucka (Tabell 5.3). Frågor för vilka översikterna påvisar ett behov av fler primärstudier har tabellerats domänvis i Tabell 5.3 där även den studietyp som översikten begränsats till är redovisad.

Domän	Vetenskaplig kunskapslucka konstaterad i översikt	Studiedesign som inkluderats i översikten	Författare Referens
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	"Currently there is insufficient evidence to support the use of MI to reduce BZD use."	RCT-studier	Darker et al [23]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	"Very low-quality of evidence indicated that those receiving intervention (psychosocial) reported using fewer joints per day compared with those given inactive control."	RCT-studier	Gates et al [25]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	"To assess the effects of psychosocial interventions for reduction in substance use in people with a serious mental illness compared with standard care."	RCT-studier	Hunt et al [26]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	"To synthesize the evidence on the effectiveness of motivational interviewing (MI), delivered in modes other than face-to-face individual counseling, in preventing and treating substance abuse related behaviors."	RCT-studier	Jiang et al [27]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	"To assess the effects of psychosocial interventions for problem alcohol use in illicit drug users (principally problem drug users of opiates and stimulants)."	RCT- och CCT-studier	Klimas et al [28]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	"To identify effective continuing care interventions for patients with alcohol use disorders (AUD)."	RCT-studier	Lenaerts et al [29]
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	"To find out whether psychological therapies aimed at treating traumatic stress symptoms, substance misuse symptoms, or both are effective in treating people with post-traumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorder (SUD) in comparison to control conditions and other psychological therapies"	RCT-studier och klusterstudier (RCT)	Roberts et al [33]
Stöd, råd och information	"To explore whether, for adults with experience of substance and/or behavioral addiction(s), SMART Recovery results in changes in the severity of addiction and its consequences and whether any observed changes are influenced by process variables (e.g., treatment engagement)."	RCT-studier (klusterstudier, studier med parallell design), crossover-studier, fallserier eller fall-kontrollstudier, icke-randomiserade studier, studier utan kontrollgrupp, tvärsnittsstudier eller kohortstudier, och fallstudier	Beck et al [39]

Tabell 5.3
 Vetenskaplig kunskapslucka som konstaterats i systematiska översikter, fördelat efter domän – Fler primärstudier behövs.

CCT = Clinical controlled trial; **RCT** = Randomised controlled trial

En systematisk översikt behövs

Det kan behövas en uppdaterad systematisk översikt när en befintlig systematisk översikt av medelhög eller hög kvalitet som har påvisat en osäker effekt av olika skäl blir inaktuell. Med inaktuell har vi här avsett om artikeln var publicerad mer än fem år före litteratursökningen, det vill säga före år 2013, eftersom det då kan ha tillkommit ny forskning som påverkar översiktens slutsatser och överförbarhet. I kartläggningen har vi identifierat fyra översikter [24,35,37,40] publicerade före 2013, som påvisar en vetenskaplig kunskapslucka. Dessa översikter behöver uppdateras för att man ska kunna bedöma om fler primärstudier behövs (Tabell 5.4).

När det helt saknas systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet behövs en sådan för att bedöma kunskapsläget. Behov av systematiska översikter har tabellerats domänvis i Tabell 5.4. Tabellen visar att det behövs systematiska översikter inom samtliga domäner, och anledningen till detta är att den befintliga vetenskapliga kunskapen som konstaterats i Tabell 5.2 inte ansågs heltäckande för hela domänen.

Tabell 5.4
Vetenskaplig kunskapslucka som konstaterats i systematiska översikter, fördelat efter domän – En systematisk översikt behövs.

Domän	En systematisk översikt behövs	En uppdatering av en systematisk översikt behövs (referens till översikt som behöver uppdateras)
Behovsbedömning och screening klient	Ja	Nej
Behovsbedömning anhöriga	Ja	Nej
Uppföljning av behov, insatser och aktiviteter	Ja	Nej
Insatser eller aktiviteter för att öka möjligheten till arbete och sysselsättning	Ja	Nej
Boende	Ja	Nej
Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser	Ja, delvis	Ja [24,35,37,40]
Stöd, råd och information	Ja, delvis	Ja [24]
Integrerade insatser eller aktiviteter	Ja	Nej
Samverkan och informationsöverföring	Ja	Nej
Anhörigstöd och familjeorienterat arbete	Ja	Nej
Hjälpmedel	Ja	Nej

6 Diskussion

Den här kartläggningen visar att det finns vetenskaplig kunskap inom två av de domäner som vi har identifierat. Dessa är Psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser (17 systematiska översikter) respektive Stöd, råd och information (5 systematiska översikter). För samtliga av kartläggningens övriga domäner identifierades däremot ingen systematisk översikt med tillräckligt hög kvalitet.

De översikter som höll tillräckligt hög kvalitet fokuserar på olika insatser, en del mer generella och andra specificerade som till exempel 12-stegsprogram, KBT, motiverande samtal och mindfulness. Likaså fokuserar översikterna även på olika typer av missbruk, en del mer ospecificerade substansmissbruk och andra specificerade som till exempel alkohol, cannabis och bensodiazepinmissbruk. Dessa översikter visar både att det finns vetenskaplig kunskap och vetenskapliga kunskapsluckor enligt SBU:s definition.

De vetenskapliga kunskapsluckor som vi har identifierat i denna kartläggning kan fyllas genom antingen en systematisk översikt, en uppdaterad systematisk översikt eller mer primärforskning. Vilket som behövs beror på vilken typ av kunskapslucka det är och på hur gammal översikten är.

Kartläggning och nationella riktlinjer

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som innehåller rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende [1], belyses även behovet av mer primärforskning för vissa tillstånds- och åtgärdspar. Till skillnad från denna kartläggning som begränsas till systematiska översikter så inkluderar rikt-

linjernas vetenskapliga underlag systematiska översikter, primärstudier och ibland även annan vetenskaplig litteratur. Det är därför viktigt att hålla isär dessa två kunskapsbedömningar.

Den här kartläggningen visar var det finns eller inte finns vetenskaplig kunskap baserad på systematiska översikter som passar in i denna kartläggning och som bedömts ha en medelhög eller hög kvalitet. Syftet med SBU Kartläggare är inte att utgöra riktlinjer för vård och omsorg och inte heller att ersätta eller komplettera Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Klinisk eller praktisk forskning är sällan svart eller vit (det vill säga att fullständig evidens finns eller att ingen evidens finns alls). Ett viktigt utfallsmått kan till exempel ha studerats på ett tillförlitligt sätt medan ett annat viktigt utfallsmått samtidigt kan utgöra en vetenskaplig kunskapslucka. Det är viktigt att visa på sådana vetenskapliga brister eftersom de skapar osäkerhet i hur resultaten ska tolkas. Det är trots det helt naturligt att riktlinjer ibland måste baseras på underlag med mycket låg tillförlitlighet (eng. best evidence). Det är dock viktigt att kunna både luta sig mot det vetenskapliga underlag som finns och att samtidigt kunna uttrycka att det även finns forskningsbehov kvar.

Otydligheter i de inkluderade översikterna

Begrepp och definitioner

En återkommande brist i många av översikterna är att de är otydliga med vilken population som studeras. Det är till exempel ofta oklart om studiedeltagarna i översikternas inkluderade studier uppfyller en formell definition av missbruk eller beroende enligt DSM eller ICD.

Generellt verkar också centrala begrepp användas på ett oklart eller inkonsekvent sätt. Det finns tydliga undantag, men olika avgränsningar och definitioner av missbruk eller beroende i olika översikter gör det svårt att jämföra deras slutsatser. I vissa översikter anges den studerade populationen med referens till DSM-kriterier medan andra översikter endast anger att den studerande populationen genomgått missbruksbehandling. Det är också tydligt att begreppet psykosociala insatser används på delvis olika sätt. I vissa översikter likställs begreppet med psykologisk behandling medan andra översikter inkluderar både direkta psykologiska behandlingar (som KBT) och mer socialt färgade interventioner som socialt gruppstöd inom 12-stegsbehandling.

Samsjuklighet för missbruk och mental ohälsa

Denna otydlighet kan beskrivas på olika nivåer. För det första finns det översikter som exempelvis Bøg och medarbetare som studerar olika varianter av 12-stegsprogram vid beroende av illegala droger [22] utan att ange om det finns samsjuklighet i form av psykisk ohälsa. Det förefaller mindre sannolikt att deltagarna endast är beroende av illegala droger utan att det samtidigt föreligger

någon som helst form av psykisk ohälsa. För det andra är det ibland oklart även i de översikter som explicit beaktar samsjuklighet om behandlingsresultaten har inneburit en förändring för både missbruket och för annan psykisk problematik eller endast för något av dem.

Jämförelser som görs i slutsatser

Det saknas ibland en tydlighet i vad interventionerna i interventionsgruppen jämförs med (exempelvis en annan aktiv behandling, sedvanlig behandling eller väntelista utan behandling) när översikternas författare drar slutsatser om effekter samt vad detta betyder i förhållande till effektskattningarna. Tydlighet avseende detta är en central aspekt i systematiska översikter [149]. Studier som jämför en intervention med en liknande tenderar att visa på mindre skillnader i behandlingsutfall än studier som jämför en intervention med exempelvis en obehandlad kontrollgrupp [150,151]. Detta förhållande behöver uppmärksammas mer i de systematiska översikterna. Det behöver också framhållas att vissa interventioner, som 12-stegsbehandling, sällan jämförs med obehandlade kontrollgrupper i primärstudier och detta kan missgynna resultatet för 12-stegsbehandling i förhållande till andra interventioner där det är vanligare att jämförelsen görs med obehandlade kontrollgrupper [152].

7 Överväganden för forskning, policy och praktik

För att synliggöra var det finns vetenskaplig kunskap om utredningar och insatser för personer med beroende- eller missbruksproblem behövs det systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet inom samtliga domäner som formulerats i denna kartläggning.

Det faktum att det finns en vetenskaplig kunskapslucka för en domän betyder däremot inte att det saknas studier på området. Avsaknaden av översikter kan dock ses som en indikation på att de typer av studier som ofta sammanställs i översikter, det vill säga effektstudier av behandlingar eller insatser, förekommer i mindre utsträckning.

Det faktum att det föreligger vetenskapliga kunskapsluckor betyder inte heller att det saknas stöd för att i praktiken välja en viss metod framför en annan. Metoder som potentiellt kan utsätta personer för stor risk bör självfallet undvikas liksom metoder där effekten inte studerats eller som medför särskilt höga kostnader. Insatser baserade på relevanta etablerade teoretiska antaganden (exempelvis om verksamma mekanismer) är att föredra jämfört med metoder som saknar sådan teoretisk grund.

För att bedöma vilka vetenskapliga kunskapsluckor som bör beforskas är det viktigt att dessa uppfyller något eller flera av följande kriterier:

- har stor betydelse för hälsa och livskvalitet
- berör många
- har stor praxisvariation
- får stora ekonomiska konsekvenser
- har viktig etisk, social eller legal betydelse
- har stor betydelse för organisation eller personal
- är kontroversiella eller uppmärksammade.

Ytterligare en aspekt som är viktig att ta hänsyn till är brukarnas eller klienternas perspektiv. Det är också viktigt att kunskapsluckans område är praktiskt möjligt att studera samt att forskningen kan bedrivas på ett etiskt acceptabelt sätt.

Vi har i detta projekt inte gjort någon prioritering mellan de olika vetenskapliga kunskapsluckorna efter hur angelägna de är för framtida forskning. Ett framtida projekt skulle kunna omfatta en sådan rangordning utifrån en prioriteringsmetod framtagen av brittiska James Lind Alliance där kunskapsluckor prioriteras i samverkan med profession och brukare [153].

Metodologiska utmaningar inom missbruks- eller beroendområdet

Det finns ett flertal olika teoretiska och metodologiska utmaningar för primärstudier och systematiska översikter inom missbruks- eller beroendområdet. Randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) har – i likhet med många andra forskningsområden – en hög status inom missbruks- och beroendeforskningen [16,154]. Men när det gäller forskning som inte fokuserar på läkemedel finns omständigheter som försvårar möjligheten att studera exempelvis behandlingseffekter. Det är i fallet med psykosociala insatser till exempel inte möjligt att göra dubbelblinda studier, det vill säga studier där varken behandlare eller klient/patient vet vilken insats studiedeltagarna exponeras för.

I psykosociala randomiserade och icke-randomiserade kontrollerade studier är det svårare att separera effekten av insatsen från andra faktorer som till exempel betydelsen av empatiska eller engagerade terapeuter [68,155]. Det är särskilt tydligt i studier som jämför en behandlad grupp med en helt obehandlad kontrollgrupp, exempelvis en grupp individer som står på väntelista. Här studeras ofta effekten av ett helt behandlingspaket som i sin tur kan påverkas av flera faktorer inklusive den specifika behandlingen, egenskaper hos terapeuten respektive klienten samt den terapeutiska alliansen mellan behandlare och den behandlade. Det är inte alldeles enkelt att tydligt särskilja dessa komponenter från varandra och visa på vilket sätt de bidrar till ett positivt behandlingsutfall, eftersom de inte bara går i varandra utan också interagerar med varandra [149,150,155].

8 Projektgrupp och externa granskare

Projektgrupp

Sakkunniga

SAM LARSSON

professor i socialt arbete, Högskolan i Gävle, docent i socialt arbete, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, docent i psykologi affilierad, Uppsala universitet

PATRIK KARLSSON

docent i socialt arbete, Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet

SBU

HELENA DOMEIJ

projektledare

CAROLINE JUNGNER

projektadministratör

CHRISTEL HELLBERG

projektledare under uppstartsfas

JENNY STENMAN

projektadministratör

GUNILLA FAHLSTRÖM

samordnare för kartläggningar inom socialtjänsten

MARIA AHLBERG

projektadministratör

MAJA KÄRRMAN FREDRIKSSON

informationsspecialist

Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. Dessa har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten är det möjligt att SBU inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

BENGT SVENSSON
professor i socialt arbete,
Malmö universitet

AGNETA ÖJEHAGEN
professor, Lunds universitet (fd)

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklaration rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

9 Begreppsförklaringar

AMSTAR

AMSTAR är en granskningsmall för att utvärdera kvaliteten på en systematisk översikt bestående av tolv olika frågor [20].

Kartläggning av systematiska översikter

En systematisk kartläggning utgår från en bred litteratursökning efter befintliga systematiska översikter. De översikter som uppfyller urvalskriterierna kvalitetsgranskas med hjälp av AMSTAR granskningsmall [20]. De översikter som bedöms ha hög och medelhög kvalitet sorteras sedan in i på förhand utvalda domäner för att bedöma var det finns vetenskaplig kunskap och var det finns vetenskapliga kunskapsluckor. I projektet kvalitetsgranskas endast de systematiska översikterna. De primärstudier som ingår i de systematiska översikterna granskas inte.

Primärstudie

En studie som innehåller nya resultat, och inte enbart bygger på redan publicerad forskning benämns primärstudie. Termen används för att särskilja mot sekundärstudier som innebär analyser av tidigare studier, som till exempel en systematisk översikt eller en översiktsartikel.

Systematisk översikt

En systematisk översikt är en kunskapssammanställning av primärstudier avseende en tydlig och avgränsad fråga. För att göra en systematisk översikt används en strukturerad och transparent metod för att finna, välja ut, kritiskt bedöma samt sammanfatta studier relevanta för frågeställningen. En bra systematisk översikt följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slump eller godtycklighet påverkar slutsatserna.

Hit hör:

- en preciserad fråga eller problem
- reproducerbarhet: Redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier)
- systematisk sökning efter all relevant litteratur
- kvalitetsgranskning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna
- extraktion av data och tabellering från de studier som har kvalitetsgranskats
- sammanvägning av resultaten i till exempel en metaanalys
- en bedömning av hur välgrundade resultaten är (evidensgradering).

Vetenskaplig kunskapslucka

Enligt SBU föreligger en vetenskaplig kunskapslucka om

- en eller flera systematiska översikter av medelhög eller hög kvalitet visar på en osäker effekt av en metod, insats eller åtgärd eller
- systematiska översikter av hög eller medelhög kvalitet saknas.

10 Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2017.
2. Cerda M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid forms of psychopathology: key patterns and future research directions. *Epidemiol Rev* 2008;30:155-77.
3. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015;154:1-13.
4. Sussman S, Ames SL. The social psychology of drug abuse. Buckingham, Open University Press; 2001.
5. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry* 2013;170:834-51.
6. WHO. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders; 1992.
7. SOU 2011:35. Slutbetänkande av Missbruksutredningen. Bättre insatser vid missbruk och beroende. 2011.
8. Ramstedt M, Sundin E, Landberg J, Raninen J. ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013. En studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak. Stockholm: STAD (Rapport nr 55); 2014.
9. Rehm J, Anderson P, Barry J, Dimitrov P, Elekes Z, Feijao F, et al. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *Eur Addict Res* 2015;21:6-18.
10. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:830-42.
11. Andreasson S, Danielsson AK, Hallgren M. Severity of alcohol depen-

- dence in the Swedish adult population: association with consumption and social factors. *Alcohol* 2013;47:21-5.
12. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry* 2015;72:757-66.
 13. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry* 2016;73:39-47.
 14. Amodeo M, Lopez LM. (2011). Social work interventions with alcohol and other drug problems. In: J. Brandell (ed.), *Theory and practice in clinical social work* (pp. 525-60) (2nd ed.). London: Sage.
 15. Emmelkamp PMG, Vedel E. *Evidence-Based Treatment for Alcohol and Drug Abuse*. New York, Routledge; 2006.
 16. Jung J. *Alcohol, other drugs and behaviour. Psychological Research Perspectives* London, Sage; 2010.
 17. Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *Lancet* 2016; 387:988-98.
 18. Agrawal A, Lynskey MT. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction* 2008;103:1069-81.
 19. West R, Brown J. *Theory of addiction*. Oxford: Addiction Press, Wiley, Blackwell; 2013.
 20. SBU. Mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR. Tillgänglig via http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_systematiska_oversikter.pdf; 2014.
 21. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;Cd004147.
 22. Bøg M, Filges T, Brännström L, Jørgensen AMK, Fredriksson MK. 12-step programs for reducing illicit drug use: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2017;2;DOI: 10.4073/csr.2017.2.
 23. Darker CD, Sweeney BP, Barry JM, Farrell MF, Donnelly-Swift E. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;Cd009652.
 24. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; Cd005032.
 25. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;Cd005336.
 26. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;Cd001088.
 27. Jiang S, Wu L, Gao X. Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addict Behav* 2017;73:216-35.
 28. Klimas J, Tobin H, Field CA, O’Gorman CS, Glynn LG, Keenan E, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;Cd009269.
 29. Lenaerts E, Matheï C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2014;135:9-21.
 30. Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2017;75:62-96.
 31. Moore BA, Fazzino T, Garnet B, Cutter CJ, Barry DT. Computer-based interventions for drug use disorders: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2011;40:215-23.

32. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: A meta-analysis. *Addiction* 2009;104:13-24.
33. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4: Cd010204.
34. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Campbell Systematic Reviews* 2011;6, DOI: 10.4073/csr.2011.6. 2011.
35. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:Cd005338.
36. Terplan M, Ramanadhan S, Locke A, Longinaker N, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:Cd006037.
37. Torchalla I, Nosen L, Rostam H, Allen P. Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2012;42:65-77.
38. Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, Richard M, Laudet A. Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2016;63:1-9.
39. Beck AK, Forbes E, Baker AL, Kelly PJ, Deane FP, Shakeshaft A, et al. Systematic review of SMART Recovery: Outcomes, process variables, and implications for research. *Psychol Addict Behav* 2017; 31:1-20.
40. Turnbull C, Osborn DA. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1: Cd004456.
41. Feldstein SW, Miller WR. Does subtle screening for substance abuse work? A review of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI). *Addiction* 2007;102:41-50.
42. Friedrichs A, Spies M, Härter M, Buchholz A. Patient preferences and Shared Decision Making in the treatment of substance use disorders: A systematic review of the literature. *PLoS ONE* 2016;11.
43. Sweetman J, Raistrick D, Mdege ND, Crosby H. A systematic review of substance misuse assessment packages. *Drug Alcohol Rev* 2013;32:347-55.
44. Luquiens A, Reynaud M, Falissard B, Aubin HJ. Quality of life among alcohol-dependent patients: How satisfactory are the available instruments? A systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2012; 125:192-202.
45. Walton MT, Hall MT. The Effects of employment interventions on addiction treatment outcomes: A review of the literature. *J Soc Work Pract Addict* 2016;16:358-84.
46. Reif S, George P, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Recovery housing: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014;65:295-300.
47. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CMA. Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2009;36:75-86.
48. Agosti V, Nunes EV, O'Shea D. Do manualized psychosocial interventions help reduce relapse among alcohol-dependent adults treated with naltrexone or placebo? A meta-analysis. *Am J Addict* 2012;21:501-7.
49. Amorelli CR. Psychosocial occupational therapy interventions for substance-use disorders: A Narrative Review. *Occup Ther Ment Health* 2016;32:167-84.
50. Apodaca TR, Longabaugh R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction* 2009;104:705-715.
51. Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schutz CG, McLntyre RS, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management

- of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012;24:38-55.
52. Benishek LA, Dugosh KL, Kirby KC, Matejkowski J, Clements NT, Seymour BL, et al. Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: A meta-analysis. *Addiction* 2014;109:1426-36.
 53. Blodgett JC, Maisel NC, Fuh IL, Wilbourne PL, Finney JW. How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *J Subst Abuse Treat* 2014;46:87-97.
 54. Bogenschutz MP, Geppert CMA, George J. The role of twelve-step approaches in dual diagnosis treatment and recovery. *Am J Addict* 2006;15:50-60.
 55. Bowie BH. Interventions to improve interactions between drug abusing mothers and their drug-exposed infants: a review of the research literature (Structured abstract). *J Addict Nurs* 2005;15: 153-61.
 56. Bride BE, MacMaster SA, Webb-Robins L. Is integrated treatment of co-occurring disorders more effective than nonintegrated treatment? *Best Practice in Mental Health* 2006;2:43-57.
 57. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843-61.
 58. Calabria B, Clifford A, Shakeshaft AP, Doran CM. A systematic review of family-based interventions targeting alcohol misuse and their potential to reduce alcohol-related harm in indigenous communities. *J Stud Alcohol Drugs* 2012;73:477-8.
 59. Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse* 2014; 49:492-512.
 60. Davis DR, Kurti AN, Skelly JM, Redner R, White TJ, Higgins ST. A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009–2014. *Prev Med* 2016;92:36-46.
 61. De Witte NAJ, Crunelle CL, Sabbe B, Moggi F, Dom G. Treatment for out-patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: A review. *Eur Addict Res* 2014;20:105-14.
 62. Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Soc Sci Med* 2005;60:1371-83.
 63. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A review of treatments for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:360-74.
 64. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2008;34:123-38.
 65. Dugosh K, Abraham A, Seymour B, McLoyd K, Chalk M, Festinger D. A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *J Addict Med* 2016;10: 93-103.
 66. Dumaine ML. Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: Implications for social work practice. *Res Soc Work Pract* 2003;13: 142-65.
 67. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008;165: 179-87.
 68. Farronato NS, Dürsteler-MacFarland KM, Wiesbeck GA, Petitjean SA. A systematic review comparing cognitive-behavioral therapy and contingency management for cocaine dependence. *J Addict Dis* 2013;32:274-87.
 69. Fletcher K. Couple therapy treatments for substance use disorders: A systematic review. *J Soc Work Pract Addict* 2013;13:327-52.

70. SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym 1. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm 2001. SBU Utvärderar nr 156/1.
71. Gregory VL, Jr. Cognitive-behavioral therapy for comorbid bipolar and substance use disorders: A systematic review of controlled trials. *Ment Health Subst Use* 2011;4:302-13.
72. Hellem TL. A Review of methamphetamine dependence and withdrawal treatment: A focus on anxiety outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2016;71:16-22.
73. Hellem TL, Lundberg KJ, Renshaw PE. A review of treatment options for co-occurring methamphetamine use disorders and depression. *J Addict Nurs* 2015;26:14-23.
74. Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and comorbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 2009;9.
75. Hides L, Samet S, Lubman DI. Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:508-17.
76. Hildebrand A, Behrendt S, Hoyer J. Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Psychother Res* 2015;25:565-82.
77. Hobbs JDJ, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict* 2011;20:319-29.
78. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:24-34.
79. Imel ZE. Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors* 2008;22:533-43.
80. Jaehne A, Loessl B, Frick K, Berner M, Hulse G, Balmford J. The efficacy of stepped care models involving psychosocial treatment of alcohol use disorders and nicotine dependence: a systematic review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev* 2012;5:41-51.
81. Jeffery DP, Ley A, McLaren S, Siegfried N. Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:Cd001088.
82. Katz D, Toner B. A systematic review of gender differences in the effectiveness of mindfulness-based treatments for substance use disorders. *Mindfulness* 2013;4:318-31.
83. Kelly JF, Magill M, Stout RL. How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addict Res Theory* 2009;17:236-59.
84. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012;37:11-24.
85. Krentzman AR. The evidence base for the effectiveness of Alcoholics Anonymous: Implications for social work practice. *J Soc Work Pract Addict* 2007;7:27-48.
86. Kuerbis A, Sacco P. A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Subst Abuse* 2013;0:13-37.
87. Lee EB, An W, Levin ME, Twohig MP. An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2015;155:1-7.
88. Lee NK, Cameron J, Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug Alcohol Rev* 2015;34:663-72.
89. Lee NK, Rawson RA. A systematic review of cognitive and behavioural ther-

- apies for methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Rev* 2008;27:309-17.
90. Lui S, Terplan M, Smith EJ. Psycho-social interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: Cd006753.
 91. Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 2006;101:192-203.
 92. SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym 2. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm 2001. SBU Utvärderar nr 156/2.
 93. Magill M. Cognitive-behavioral treatment with adult substance users: A meta-analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2009;70:516-27.
 94. Magor-Blatch L, Bhullar N, Thomson B, Thorsteinsson E. A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Ther Communities* 2014;35:168-84.
 95. Magura S, Staines GL, Blankertz L, Madison EM. The effectiveness of vocational services for substance users in treatment. *Subst Use Misuse* 2004; 39:2165-213.
 96. Malivert M, Fatséas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. Effectiveness of therapeutic communities: A systematic review. *Eur Addict Res* 2011;18:1-11.
 97. Marsh JC, Angell B, Andrews CM, Curry A. Client-provider relationship and treatment outcome: A systematic review of substance abuse, child welfare, and mental health services research. *J Soc Social Work Res* 2012;3:233-67.
 98. McCallum S, Mikocka-Walus A, Turnbull D, Andrews JM. Continuity of care in dual diagnosis Treatment: Definitions, applications, and implications. *J Dual Diagn* 2015;11:217-32.
 99. McCarty D, Braude L, Lyman DR, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Substance abuse intensive out-patient programs: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014;65:718-26.
 100. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction* 2005;100:304-16.
 101. Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, MacDonald R, Carlyle M, et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33: 275-86.
 102. Morgenstern J, Longabaugh R. Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction* 2000;95:1475-90.
 103. Newbury-Birch D, McGovern R, Birch J, O'Neill G, Kaner H, Sondhi A, et al. A rapid systematic review of what we know about alcohol use disorders and brief interventions in the criminal justice system. *Int J Prison Health* 2016;12: 57-70.
 104. Niccols A, Milligan K, Smith A, Sword W, Thabane L, Henderson J. Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: A systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse Negl* 2012;36:308-22.
 105. Niccols A, Milligan K, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A. Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. *Harm Reduct J* 2012;9.
 106. Novotna G, Johnner R, McCarron M, Novik N, Jeffery B, Taylor M, et al. Assessment and treatment for persons with coexisting ability and substance use issues: A review and analysis of the literature. *J Soc Work Disabil Rehabil* 2017;16:141-60.
 107. O'Campo P, Kirst M, Schaefer-McDaniel N, Firestone M, Scott A, McShane K. Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: A realist approach to synthesizing evidence. *J Urban Health* 2009;86:965-89.

108. Voshaar RC, Couvée JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006; 189:213-20.
109. Pearson FS, Prendergast ML, Podus D, Vazan P, Greenwell L, Hamilton Z. Meta-analyses of seven of the National Institute on Drug Abuse's principles of drug addiction treatment. *J Subst Abuse Treat* 2012;43:1-11.
110. Pennay A, Cameron J, Reichert T, Strickland H, Lee NK, Hall K, et al. A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *J Subst Abuse Treat* 2011;41:363-73.
111. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PMG. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28: 952-62.
112. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction* 2006;101:1546-60.
113. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. REVIEW. *Addiction* 2006;101:1546-60.
114. Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D. The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend* 2002;67:53-72.
115. Pulford J, Adams P, Sheridan J. Responding to treatment dropout: A review of controlled trials and suggested future directions. *Addict Res Theory* 2010;18:298-315.
116. Reif S, Braude L, Lyman D, Dougherty R, Daniels A, Shoma GS, et al. Peer recovery support for individuals with substance use disorders: assessing the evidence (Provisional abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects* 2014:853-61.
117. Reif S, George P, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Residential treatment for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014; 65:301-12.
118. Richards M, Doyle M, Cook P. A literature review of family interventions for dual diagnosis: Implications for forensic mental health services. *British Journal of Forensic Practice* 2009;11:39-49.
119. Riper H, Andersson G, Hunter SB, Wit J, Berking M, Cuijpers P. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. *Addiction* 2014;109: 394-406.
120. Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 2006;25: 611-24.
121. Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CAJ, Kerkhof AJFM. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend* 2004;74:1-13.
122. Roozen HG, de Waart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction* 2010;105: 1729-38.
123. Ruff S, McComb JL, Coker CJ, Sprenkle DH. Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: A substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. *Fam Process* 2010;49:439-56.
124. Schierenberg A, van Amsterdam J, van den Brink W, Goudriaan AE. Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: A review of the evidence. *Curr Drug Abuse Rev* 2012;5:320-31.
125. Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - A systematic review. *BMC Psychiatry* 2011;11.

126. Shearer J. Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2007;32:41-52.
127. Simpson TL, Lehavot K, Petrakis IL. No wrong doors: Findings from a critical review of behavioral randomized clinical trials for individuals with co-occurring alcohol/drug problems and posttraumatic stress disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 2017;41:681-702.
128. Steiro A, Dalsbo T, Smedslund G, Hammerstrom K, Samdal K. Long term institutional or residential treatment of patients with substance abuse compared to short-term outpatient treatment (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database* 2009.
129. Stoffel VC, Moyers PA. An evidence-based and occupational perspective of interventions for persons with substance-use disorders. *Am J Occup Ther* 2004; 58:570-86.
130. Sun A-P. Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30:1-20.
131. Sword W, Jack S, Niccols A, Milligan K, Henderson J, Thabane L. Integrated programs for women with substance use issues and their children: A qualitative meta-synthesis of processes and outcomes. *Harm Reduct J* 2009;6.
132. Templeton L, Velleman R, Russell C. Psychological interventions with families of alcohol misusers: A systematic review. *Addict Res Theory* 2010;18:616-48.
133. Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. *Behav Ther* 2000;31:135-49.
134. van Dam D, Vedel E, Ehrling T, Emmelkamp PMG. Psychological treatments for concurrent post-traumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012;32:202-14.
135. Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M, Rapp RC, Pearce S, Broekaert E, et al. Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *ScientificWorldJournal* 2013; 2013:427817.
136. Vaughn MG, Howard MO. Integrated psychosocial and opioid-antagonist treatment for alcohol dependence: A systematic review of controlled evaluations. *Soc Work Res* 2004;28:41-53.
137. Werb D, Kamarulzaman A, Meacham MC, Rafful C, Fischer B, Strathdee SA, et al. The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *Int J Drug Policy* 2016;28:1-9.
138. Zimmermann P, Muhlig S, Sonntag D, Buhringer G, Wittchen HU. Review on psychotherapeutic interventions for cannabis disorders (Provisional abstract). *Sucht* 2004;50:334-42.
139. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;38:25-38.
140. Chow CM, Wieman D, Cichocki B, Qvicklund H, Hiersteiner D. Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis. *Ment Health Subst Use* 2013;6:150-68.
141. Milligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A. Length of stay and treatment completion for mothers with substance abuse issues in integrated treatment programmes. *Drugs (Abingdon Engl)* 2011;18:219-27.
142. Milligan K, Niccols A, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, et al. Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: A meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010;5.
143. Niccols A, Milligan K, Sword W, Thabane L, Henderson J, Smith A, et al. Maternal mental health and integrated programs for mothers with substance abuse issues. *Psychol Addict Behav* 2010;24:466-74.

144. Timko C, Below M, Schultz NR, Brief D, Cucciare MA. Patient and program factors that bridge the detoxification-treatment gap: A structured evidence review. *J Subst Abuse Treat* 2015;52:31-9.
145. O'Farrell TJ, Clements K. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *J Marital Fam Ther* 2012;38:122-44.
146. Usher AM, McShane KE, Dwyer C. A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents. *Syst Rev* 2015;4:1-12.
147. Gates P. The effectiveness of helplines for the treatment of alcohol and illicit substance use. *J Telemed Telecare* 2015;21:18-28.
148. Young LB. Telemedicine interventions for substance-use disorder: a literature review. *J Telemed Telecare* 2012;18:47-53.
149. Karlsson P, Bergmark A. Compared with what? An analysis of control-group types in Cochrane and Campbell reviews of psychosocial treatment efficacy with substance use disorders. *Addiction* 2015;110:420-8.
150. Wampold BE. *The great psychotherapy debate. Models, Methods and Findings.* Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
151. Wampold BE. *The great psychotherapy debate.* London, Routledge; 2015.
152. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002;97:265-77.
153. Partnerships. JLAPS. In, Hämtad från <http://www.jla.nihr.ac.uk>.
154. Pope C, Mays N, Popay J. *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence. A guide to methods.* New York:, Open University Press; 2007.
155. Norcross JC, Beutler, LE & Levant RF (Eds.). *Evidence-based practices in mental health.* Washington DC, American Psychological Association; 2009.

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: @SBU_se • telefon: 08-412 32 00