

Missbruk av alkohol och narkotika är ett stort problem i såväl Sverige som internationellt [1].

Här sammanfattar och kommenterar SBU en systematisk kunskapsöversikt från The Cochrane Collaboration som behandlar effekter av att använda motiverande samtal (tidigare benämnt motivationshöjande samtal), MI, för personer som är i riskzonen, beroende av eller missbrukar alkohol, narkotika eller läkemedel [2].

#### Kommenterad rapport

Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Library, 2011, issue 11.

Publicerad: Maj 2011 • Senaste sökning: 2010-11-30

Länk: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/abstract>

#### SBU:s sammanfattning

I Cochrane-rapporten sammanfattar författarna 59 randomiserade studier som visar på små effekter på missbruk på upp till ett års sikt av motiverande samtal jämfört med ingen behandling. Däremot visade MI inte bättre resultat än sedvanlig behandling eller andra aktiva behandlingar.

#### SBU:s kommentarer

- ▶ Författarna till Cochrane-rapporten drar slutsatsen att hälso- och sjukvården bör erbjuda någon form av samtal eller behandling vid missbruk eftersom motiverande samtal har en viss effekt jämfört med att inte göra något alls. Däremot går det inte att avgöra om MI har bättre eller sämre effekt än sedvanlig behandling eller andra aktiva behandlingar. Det går alltså inte att dra några slutsatser om tekniken motiverande samtal har några effekter i sig eller om effekten på missbruk på kort sikt har att göra med att patienten till exempel uppmärksammas eller får komma på återbesök.
- ▶ Deltagarna i de ingående studierna varierar från missbrukare till studenter med hög konsumtion eller där incidenter inträffat. Meta-analyserna i rapporten skiljer inte på olika typer av missbruksproblem, vilket gör resultaten mer spretiga och svårtolkade. Det är viktigt att veta om effekten är olika för de som har alkohol- respektive narkotikaproblem. Författarna konstaterar att det var för få studier som gjorde direkta jämförelser för att kunna bedöma detta.
- ▶ Sannolikt har motiverande samtal olika effekt på olika patientgrupper beroende på såväl deras missbruksproblematik som på vilka behandlingsalternativ som finns tillgängliga. SBU har i en tidigare rapport från 2001 konstaterat att motiverande samtal har effekt på personer med riskfylld alkoholkonsumtion [3]. Effekten kan variera för olika patientgrupper och en SBU-rapport visade att det inte var någon skillnad i effekt mellan motiverande samtal och sedvanlig vård hos personer med diabetes [4].
- ▶ Rapporten saknar hälsoekonomisk utvärdering.

## Sammanfattning av originalrapporten

### Om studierna i originalrapporterna

Randomiserade studier med personer som är i riskzonen, beroende av eller missbrukar alkohol, läkemedel eller narkotika, inkluderades där åtgärden var motivationshöjande samtal. Totalt inkluderades 59 studier med 13 342 deltagare. De flesta studierna var gjorda i USA, men en del kom från Australien, Storbritannien, Holland, Kanada, Tyskland och Nya Zeeland. Utfallsmåtten var omfattning av missbruk, behandlingsfölsamhet, förändringsbenägenhet och återfallsdomar. Jämförelsegruppen var ingen åtgärd, stå på väntelista, placebobehandling eller annan aktiv åtgärd.

### Risk för systematiska fel

Författarna använde de sex kriterier för risk för systematiska fel (risk of bias) som rekommenderas i

Cochrane handbook. Av de 59 studier som inkluderades bedömdes 28 ha låg risk för systematiska fel på grund av att de hade en adekvat metod för randomiseringen (sequence generation) medan det i 29 studier var oklart om metoden var adekvat. Svårigheterna att blinda gjorde att 27 studier bedömdes ha hög risk för systematiska fel.

### Resultat

I jämförelse med ingen behandling visade motiveerande samtal (MI) en statistiskt signifikant nedgång i omfattningen av missbruk och effekten var större direkt efter interventionen och betydligt svagare vid uppföljning på kort (upp till sex månader) och medellång sikt (sex månader upp till ett år). Vid långtidsuppföljning (mer än ett år) var resultaten inte signifikanta. Se Tabell 1.

**Tabell 1** MI jämfört med ingen åtgärd.

Utfall,uppföljningstid	Antal studier (Antal deltagare)	Standard mean difference (SMD)	SMD 95 % Konfidensintervall
<b>Omfattning av missbruk</b>			
Direkt efter	4 (202)	0,79	0,48, 1,09
Kort (>6 mån)	15 (2 327)	0,17	0,09, 0,26
Medel (6–12 mån)	12 (2 326)	0,15	0,04, 0,25
Lång (>12 mån)	1 (363)	0,06	–0,16, 0,28
Förändringsberedskap*	5 (1 495)	0,05	
Kvar i behandling vid uppföljning	2 (427)	0,26	–0,0, 0,52

Författarna kunde inte bedöma om effekterna av MI påverkades av typen av missbruk, t ex om missbruket avsåg användning av alkohol, cannabis, kokain eller läkemedel. Det var för få studier som gjorde sådana jämförelser.

\* Mätt med Readiness to Change Questionnaire (RCQ)

När det gäller jämförelser mellan MI och sedvanlig behandling kunde inga skillnader ses vare sig man studerade effekten direkt efter intervention eller vid uppföljning på kort och lång sikt (Tabell 2). Sedvanlig behandling är inte definierad i rapporten, men av de

ingående studierna förstår man att det varierar från enkel rådgivning till en utbildningssession eller ett öppenvårdsbesök. En liten effekt kunde avläsas vid medellång uppföljning, men ingen effekt på kort sikt (Tabell 3).

**Tabell 2** MI jämfört med sedvanlig vård.

Utfall, uppföljningstid	Antal studier (Antal deltagare)	Standard mean difference (SMD)	SMD 95 % Konfidensintervall
<b>Omfattning av missbruk</b>			
Direkt efter	9 (1 940)	0,01	-0,09, 0,11
Kort (>6 mån)	10 (2 102)	0,01	-0,08, 0,10
Medel (6–12 mån)	5 (890)	0,08	-0,05, 0,21
<b>Kvar i behandling</b>	2 (427)	-0,11	-0,41, 0,19

**Tabell 3** MI jämfört med värdering och feedback.

Utfall, uppföljningstid	Antal studier (Antal deltagare)	Standard mean difference (SMD)	SMD 95 % Konfidensintervall
<b>Omfattning av missbruk</b>			
Kort (>6 mån)	7 (986)	0,12	-0,01, 0,24
Medel (6–12 mån)	2 (265)	0,38	0,10, 0,66

**Tabell 4** MI jämfört med andra aktiva behandlingar.

Utfall, uppföljningstid	Antal studier (Antal deltagare)	Standard mean difference (SMD)	SMD 95 % Konfidensintervall
<b>Omfattning av missbruk</b>			
Direkt efter	2 (185)	-0,07	-0,37, 0,23
Kort (< 6 mån)	12 (2 137)	0,02	-0,07, 0,12
Medel (6–12 mån)	6 (1 586)	-0,02	-0,16, 0,13
Lång (>12 mån)	2 (437)	-0,03	-0,21, 0,14
<b>Förändringsberedskap</b>	2 (350)	-0,03	-0,24, 0,18
<b>Kvar i behandling</b>	5 (447)	0,01	-0,45, 0,47

Metaanalysen kunde inte påvisa att MI hade någon bättre effekt jämfört med andra aktiva behandlingar (Tabell 4).

### Originalrapportens slutsatser

Författarna konstaterar att motivationshöjande samtal är en kort intervention med högst fyra sessioner där man inte kan förvänta sig stora effekter på beroende eller missbruk. Resultaten vid uppföljning upp till ett år visar dock statistiskt signifikanta skillnader på konsumtionen jämfört med att inte göra något. Däremot såg man inga signifikanta skillnader mellan MI och annan behandling.

### Jämförelse med andra systematiska översikter

Författarna jämför med andra systematiska översikter och konstaterar att huvudresultaten är likartade och med ungefär samma moderata effektstorlek.

### SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [5]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt. Beskrivningen av populationerna är dock lite knapphändig och författarna har inte analyserat risken för eventuella jäv i de ingående studierna.

### **Faktaruta 1** Motiverande samtal.

("Motivational interviewing", MI) är en specifik samtalsmetod och ett förhållningssätt med syfte att uppnå ökad motivation till beteendeförändring. MI bygger på fyra principer: visa empati, uttrycka ambivalens, stärka patientens egen förmåga att genomföra förändringar samt att reducera patientens eget motstånd till förändring. MI-metoden kan ges som korta enskilda samtal, vanligtvis 1–4 sessioner, men kan även kombineras med andra insatser och benämns då AMI ("adaptions of motivational interviewing"). Motiverande samtal kan också kombineras med individuell "feedback" och benämns då MET ("motivational enhancement therapy").

### **Faktaruta 2** SMD (standardised mean difference).

Ett skaloberoende effektmått där medelvärdeskillnaden dividerats med en vägd spridning avseende interventions- respektive kontrollgrupp. Enheten är standardavvikelse och inte ett numeriskt effektvärde. Enligt konvention utgör 0,20 en liten effekt, 0,50 en måttlig effekt och 0,80 en stor effekt. Under vissa antaganden kan man säga att  $SMD=0,20$  motsvarar att cirka 8 % fler i interventionsgruppen får en positiv effekt jämfört med personerna i kontrollgruppen.

### **Faktaruta 3** Definitioner av riskbruk, beroende och missbruk.

Klassificeringen av diagnoser sker vanligtvis enligt WHO:s system ICD-10 (ICD = International Classification of Diseases) eller efter ett inom psykiatri för forskningsändamål använt klassificeringssystem kallat DSM (DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). DSM-V har ersatt DSM-IV, som dock har använts i denna översikt.

**Beroende** kan innebära ett fysiologiskt, psykologiskt och socialt beroende, ofta allt detta. Personen kommer troligtvis att lida av abstinens om drogen tas bort, men det kan finnas ett beroende även utan toleransökning och abstinens. Kriterier enligt ICD-10 är att det finns en stark längtan efter drogen, svårigheter att kontrollera intag, fortsatt användning trots skadliga effekter, prioritering av droganvändning framför andra förpliktelser, ökad tolerans och ibland fysiska abstinenssymtom. Enligt DSM-IV, som i hög grad överensstämmer med ICD-10, ska minst tre av följande sju kriterier vara uppfyllda: (1) behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt, (2) abstinensbesvär, (3) intag av större mängd under längre tid än vad som avsågs, (4) varaktig önskan att minska intaget, (5) betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera eller hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika, (6) viktiga sociala, yrkesmässiga aktiviteter försummas och (7) fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

**Missbruk enligt DSM-IV** definieras som ett substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande, vilket tar sig uttryck i minst ett av följande kriterier under en tolv månadersperiod: (1) upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet, (2) upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet, (3) upprepade kontakter med rättsväsendet eller (4) fortsatt användning trots återkommande problem.

Skadligt bruk enligt ICD-10 (WHO): Enligt ICD-10 måste missbruket leda till faktiska psykiska eller fysiska skador för att diagnosen skadligt bruk ska vara aktuell.

Begreppet **riskbruk** av alkohol eller andra substanser handlar om den konsumtion som ännu inte har lett till några problem men som riskerar att göra det om den fortsätter.

## Lästips

- Durlak JA. How to select, calculate, and interpret effect sizes. *J Pediatr Psychol* 2009;34:917-28.

## Referenser

1. Socialstyrelsen: Folkhälsorapport 2009 – Hälsokonsekvenser av alkohol- och narkotikamissbruk. Västerås: Socialstyrelsen, 2009. ISBN 978-91-978065-8-9. Art nr. 2009-125-71.
2. Smedslund G, Berg RC, Hammerström KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane Library*, 2011, issue 11. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008063.pub2/abstract>
3. SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. SBU-rapport nr 156. Stockholm: SBU 2001.
4. SBU. Patientutbildning vid diabetes. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009. SBU-rapport nr 195. ISBN: 978-91-85413-30-0.
5. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2007; 7:10.

## Projektgrupp

### Sakkunnig

Måns Rosén

### SBU

Måns Rosén, projektledare

Madelene Lusth Sjöberg, projektadministratör

### Projektsamordnare

Mikael Nilsson

## Granskare

Karin Wikblad, professor emerita, Institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet

Sven Andreasson, adjungerad professor, Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin, Karolinska Institutet, överläkare vid Beroendecentrum

## 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.

### SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit senare.

SBU Kommenterar nr 2014\_09

SBU:s rapporter finns i pdf på [www.sbu.se](http://www.sbu.se). Kontakta 08-779 96 85 eller [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se) för beställning.

---

Ansvarig utgivare: Måns Rosén, Direktör SBU  
Programchef: Jan Liliemark, SBU  
Grafisk produktion: Yra

SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering  
08-412 32 00 • [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se) • [www.sbu.se](http://www.sbu.se)