

# Kostnader för psykosocial behandling av missbruk

Undersökning av några  
svenska behandlingsenheter

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Lägesbeskrivning*. Det innebär att den innehåller redovisning och analys av kartläggningar och andra former av uppföljning av lagstiftning, verksamheter, resurser mm som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den kan utgöra underlag för myndighetens ställningstaganden och ingå som en del i större uppföljningar och utvärderingar av t.ex. reformer och fördelning av stimulansmedel. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

Artikelnr 2006-131-14

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2006

# Förord

---

Socialstyrelsen påbörjade 2002 ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. I riktlinjerna ska bl.a. ekonomiska konsekvenser i form av kostnader och eventuella besparingar av olika åtgärder belysas. Flera underlag har legat till grund för riktlinjerna, bl.a. SBU:s kunskapsöversikt *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem* (1) och CUS:s kunskapsöversikt *Behandling av alkoholproblem* (2). Denna studie av hur några psykosociala behandlingsmetoder tillämpas vid ett urval behandlingsenheter i Sverige samt ett försök till beräkningar av kostnader för dessa behandlingar, är ett komplement till övriga underlag. Studien har tagits fram i nära anknytning till arbetet med de nationella riktlinjerna.

*Sara Widén* vid individ- och familjeenheten, Socialtjänstavdelningen har arbetat fram underlaget till kostnadsberäkningarna som *Matilda Hansson* vid ekonomiska sekretariatet, Socialtjänstavdelningen har gjort. Synpunkter på rapporten under arbetets gång har lämnats av Karin Mossler, chefsekonom och chef för ekonomiska sekretariatet och samordnare Ulf Malmström, vid individ- och familjeenheten.

Rapporten är främst ett underlag för de ekonomiska konsekvenserna som ska belysas i de nationella riktlinjerna. Studie visar inte någon komplett bild av psykosociala behandlingar för personer med missbruksproblem i Sverige och några generella slutsatser kan inte dras bl.a. eftersom studien omfattar relativt få behandlingsenheter. Resultaten kan därför inte sägas vara representativa, men ändå ge viktig information om enhetens verksamhet och kostnader. Den kan också ge vägledning för fortsatta studier av behandlingsenheternas verksamhet.

Åsa Börjesson  
Avdelningschef  
Socialtjänstavdelningen



# Innehåll

---

<i>Förord</i> .....	3
<i>Sammanfattning</i> .....	7
<i>Inledning</i> .....	9
<i>Psykosociala behandlingsmetoder</i> .....	10
Syfte .....	10
Metod.....	10
Resultat.....	12
<i>Kostnadsberäkningar</i> .....	20
Syfte .....	20
Metod.....	20
Resultat.....	23
<i>Diskussion</i> .....	26
<i>Referenser</i> .....	29
<i>Bilagor</i> .....	31
Resultattabeller.....	31
Behandlingsmetoder i IKB .....	38



# Sammanfattning

---

År 2002 började Socialstyrelsen att ta fram nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. I riktlinjerna ska bl.a. ekonomiska konsekvenser, både vad gäller kostnader och eventuella vinster, av olika åtgärder belysas. Denna studie har tagits fram som ett av underlagen för ekonomiska överväganden för några av de vanligaste behandlingsmetoderna som används i Sverige - vad de innehåller och vad de kostar.

I denna studie ingick fem behandlingsmetoder: Minnesotamodellen (även kallad tolvstegsbehandling), Motivational interviewing, (MI), kognitiv beteendeterapi (KBT), Community Reinforcement Approach (CRA) samt psykodynamisk terapi (PDT). Insamling av uppgifter kring dessa fem behandlingsmetoder har skett via telefonintervjuer med 25 behandlingsenheter i Sverige, både öppenvårdsenheter och institutioner. I intervjuerna ställdes frågor om målgrupp för behandlingen, vad den innehåller, hur många timmar som den pågår, om den sker i grupp eller individuellt samt frågor om personalen t.ex. yrkeskategori, antal och om de har utbildning i metoden.

Svaren visar att det är stora skillnader mellan olika behandlingsenheter trots att de använder sig av samma metod. Det finns en rad olika faktorer som påverkar kostnaderna för behandlingarna. En betydande faktor är svårighetsgraden av missbruket. Ett svårt missbruk kan innebära både en längre och en intensivare behandling. Behandlingsenheterna som ingått i undersökningen har haft olika målgrupper för behandlingen. Detta påverkar behandlingens varaktighet, frekvens och intensitet och därmed kostnaderna för behandlingen. Målgruppen kan också påverka vilken personal som krävs för behandlingen. Behandling som utförs av personal med hög utbildning, kompetens och lång erfarenhet innebär högre kostnader för behandlingen. Denna studie har visat att personalens yrkesutbildning varierar mellan behandlingsenheterna trots att de använder sig av samma behandlingsmetod. Det lilla urvalet som ingick i denna studie innebär att det är svårt att dra slutsatser av materialet då enheterna skiljer sig åt så mycket.

Med intervjumaterialet som underlag har kostnader för de olika behandlingarna beräknats. Resultatet är att kostnaderna varierar kraftigt. För öppenvården är personalkostnaderna per person och år:

- Cirka 3 000–50 000 kronor för Minnesotamodellen (endast primärbehandling).
- Cirka 3 000–34 000 kronor för MI.
- Cirka 8 000–11 000 kronor för KBT-behandling.
- Cirka 4 000–22 000 kronor för CRA.
- Cirka 8 000–46 000 kronor för PDT.

För KBT som återfallsprevention varierar kostnaden per person och behandling mellan cirka 2 000–3 000 kronor. Kostnaderna för personal och lokaler per person och år i institutionsvården varierar mellan:

- Cirka 408 000–591 000 kronor för MI.
- Cirka 244 000–724 000 kronor för KBT-behandling.
- Cirka 286 000–469 000 kronor för PDT.

En primärbehandling enligt Minnesotamodellen inom institutionsvården kostar cirka 22 000–56 000 kronor och en KBT-utredning på institution kostar cirka 61 000–175 000 kronor.

Kostnaderna för behandlingarna kan inte ensamt avgöra vilken behandling som är mest kostnadseffektiv. För detta krävs att även effekterna av behandlingen studeras, helst vid den behandlingsenhet som undersöks. I denna undersökning har effekterna av behandlingsmetoderna inte studerats. Den mest kostnadseffektiva metoden eller behandlingsenheten går inte att fastställa utifrån materialet i denna studie.

För att göra jämförelser mellan de olika metoderna och behandlingsenheterna krävs mer detaljerade uppgifter om t.ex. målgrupp för behandlingen och behandlingspersonal samt uppgifter om vilka effekter som behandlingen ger. Uppgifterna från denna studie är inte tillräckligt detaljerade för att några slutsatser ska kunna dras, varken när det gäller kostnader eller kostnadseffektivitet.



# Inledning

---

Socialstyrelsen påbörjade 2002 ett arbete med att ta fram nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. I riktlinjerna ska bl.a. ekonomiska konsekvenser, både vad gäller kostnader och eventuella vinster, av olika åtgärder belysas. Riktlinjerna baseras på flera underlag bl.a. på SBU:s kunskapsöversikt Behandling av alkohol- och narkotikaproblem (1) som bl.a. innehåller ekonomiska utvärderingar och CUS:s kunskapsöversikt Behandling av alkoholproblem (2).

Som ett komplement till denna kunskapsöversikt har Socialstyrelsen även gjort en kunskapsöversikt som studerat ekonomiska utvärderingar av missbruksvård inom socialtjänstens verksamhetsområde (3). Studien visade att det endast finns ett fåtal studier inom området och att dessa är av relativt dålig kvalitet. I rapporten konstateras också att det är problematiskt att överföra resultat från internationella studier eftersom avsevärda kostnadsskillnader finns mellan länderna vilket även kan ge stora skillnader i resultat. En metod som är kostnadseffektiv i ett annat land behöver inte vara kostnadseffektiv i Sverige.

Som underlag till de ekonomiska övervägandena i riktlinjerna behövs ytterligare kunskap om de behandlingsmetoder som används i Sverige, dels behövs kunskap om vilka behandlingsmetoder som används i Sverige och vad dessa innehåller, dels kostnaderna för dessa metoder.

# Psykosociala behandlingsmetoder

---

## Syfte

Syftet med denna del av studien var dels att undersöka innehållet i några av de psykosociala behandlingsmetoder som används i Sverige, dels att ta fram ett underlag för att göra kostnadsberäkningar för dessa metoder.

## Metod

### Val av behandlingsmetoder

Valet av behandlingsmetoder grundade sig på uppgifter i de faktadokument som expertgrupperna tagit fram. De slutsatser som kan dras från faktaunderlaget är att specifika behandlingsmetoder, dvs. teoriförankrade och med väl utprovad metodik ger bättre effekt än sedvanlig eller ospecifik behandling. De psykosociala behandlingsmetoderna kategoriserades i fem grupper varav kategori 1 till 3 och oftast kategori 5 beskrivs som specifika behandlingsmetoder (1):

1. Förändring av motivation till förändring (motivationsmetodik).
2. Förändring av själva missbruksbeteendet (främst varianter av kognitivt beteendeterapeutiska metoder och tolvstegsbehandling).
3. Metoder inriktade på bakomliggande faktorer till missbruket (främst psykodynamiskt orienterad behandling och interaktionella terapier).
4. Allmänt stödjande rådgivning (ofta kallad standard eller sedvanlig behandling, ibland kompletterad med sociala insatser och behandling med disulfiram).
5. Behandling inriktad på partner eller anhörig.

Ett kriterium för att behandlingsmetoden skulle inkluderas i denna studie var att metoden skulle ha en vetenskapligt bevisad effekt. Utifrån expertgruppernas slutsatser valdes följande evidensbaserade psykosociala behandlingsmetoder organiserade enligt indelningen ovan.

1. Förändring av motivation till förändring (motivationsmetodik):
  - Motivational Interviewing (MI) och Motivational Enhancement Therapy (MET).
  - Kortare KBT-behandling som innehåller motiverande metodik.
2. Förändring av själva missbruksbeteendet (främst varianter av kognitivt beteendeterapeutiska metoder och tolvstegsbehandling):
  - KBT-behandlingar inklusive Community Reinforcement Approach (CRA) och Väckarklockan.
  - Minnesotamodellen även kallad tolvstegsbehandling.

3. Metoder inriktade på bakomliggande faktorer till missbruket (främst dynamiskt orienterad behandling och interaktionella terapier):
  - Psykodynamisk terapi (PDT)

Behandlingsmetoderna är av två olika slag: behandlingsmetoder som är speciellt utformade för att arbeta med missbruk samt mer generella behandlingar och psykoterapier. Minnesotamodellen och Motivational Interviewing (MI) är behandlingsmodeller som är utformade specifikt för missbruksbehandling. Kognitiv beteendeterapi (KBT) och psykodynamisk terapi (PDT) är psykoterapiformer som praktiseras även för andra problem än missbruk eller beroende.

Inom kognitiv beteendeterapi finns specifika metoder för missbruksvård bl.a. Community Reinforcement Approach (CRA) och Väckarklockan. KBT-behandling för missbruk eller beroende kan även bedrivas utan att dessa specifika metoder används. Inom psykodynamisk terapi saknas specifika program för behandling av missbruks- och beroendeproblem.

### **Val av behandlingsenheter**

Socialstyrelsens register Insatser och klienter i behandlingsenheter (IKB) innehåller uppgifter om behandlingsenheter för vuxna missbrukare i Sverige samt vilka behandlingsmetoder som de använder. (4) I bilaga 2 finns en förteckning över registrets samtliga metoder.

Behandlingsenheter som uppgett i IKB att de arbetar med någon av de valda behandlingsmetoderna som bärande inslag i behandlingen inkluderades i studien. För att få så renodlade metoder som möjligt exkluderades behandlingsenheter som angett många metoder som bärande inslag. Behandlingsenheterna valdes också utifrån verksamhetsform t.ex. öppen och sluten vård, privat och kommunal regi. Behandlingsenheter där personalen inte hade adekvat utbildning eller handledning exkluderades för att säkerställa en viss kvalitet. Denna bedömning gjordes utifrån de principer för behandlingsbegreppet som återfinns i den remissversion av riktlinjerna som publiceras i april 2006 (5):

- *Evidenskriteriet* – avser systematiska, teoretiska metoder med stöd i forskning
- *Intensionskriteriet* – avsikten att initiera och vidmakthålla att enskilda individer kommer bort från sitt missbruk
- *Kompetenskriteriet* – utövare av behandling ska besitta adekvat kompetens
- *Kriteriet om terapeutisk kontext* – praktik som utövas inom en för terapeutiska/behandlande aktiviteter anpassad verksamhet

I vissa fall kontaktades utbildare i metoden som uppgav behandlingsenheter som arbetade med metoden och som på sätt inkluderades i studien. Behandlingsenheter där kontakt inte kunnat etableras har exkluderats. Fem behandlingsenheter valdes ut för att få en representativ bild av varje behandlingsmetod. Totalt 25 behandlingsenheter inkluderades i studien.

## Informationsinsamling

Behandlingsenheterna kontaktades per telefon och telefonintervjuer om cirka 15–30 minuter genomfördes. Några behandlingsenheter kontaktades vid flera tillfällen för kompletterade information. De uppgifter som efterfrågades var:

- Namn och adress på enheten samt vilken typ av verksamhet, t.ex. öppen eller sluten vård, behandlingshem och familjehemsvård.
- Vilken målgrupp som enheten riktar sig till, t.ex. avseende missbruk, ålder och kön.
- Vilka behandlingskomponenter som ingår, t.ex. grund- eller primärbehandling, eftervård och utredning.
- Över hur lång tid behandlingen sträcker sig.
- Antal behandlingstillfällen samt tid per tillfälle.
- Om behandlingen sker individuellt eller i grupp (även familj och nätverk).
- Behandlingspersonalens, och i vissa fall även den administrativa personalens, antal, yrkeskategori och utbildning.
- Antal klienter i behandling alternativt antal vårdplatser.
- Priset för behandlingen och vad som ingår i priset.

Behandlingsenheterna uppmanades att ge uppgifter för den specifika metod som efterfrågades och inte andra metoder som enheten eventuellt också arbetar med.

Priset på behandlingen eller vårdplatsen kan variera beroende på vem som köper den. Kommuner har som regel ett fast pris per tidsperiod eller individ i behandling. I de fall där det var möjligt samlades uppgifter in om pris för de olika varianter som förekom.

Kommunala verksamheter som inte säljer behandlingsplatser har inte kunnat lämna uppgifter om priset eller kostnaden för enskilda behandlingar eller vårdplatser. I dessa fall noterades uppgifter om hur många som arbetade med behandling och hur många platser som fanns tillgängliga.

## Resultat

Resultatet av intervjuerna redovisas nedan för de fem behandlingsmetoderna samt i en resultattabell i bilaga 1. En kortfattad beskrivning ges av metoden: dess syfte och mål, vilka behandlingskomponenter som ingår, hur lång behandlingstiden är och vilket material som används. För varje behandlingsmetod finns också ett avsnitt om utbildning. De utbildningar som anges under varje metod ska enbart ses som exempel på utbildningar. Redovisning är alltså inte en heltäckande redogörelse för de utbildningar som finns att tillgå och säger heller inget om deras kvalitet.

Alla de uppgifter som återfinns nedan har lämnats av de behandlingsenheter som inkluderats och kan inte sägas vara representativa för övriga behandlingsenheter som använder sig av metoden. Fördelen med uppgifter från behandlingsenheter framför uppgifter från utbildare eller manualer är att de ger en bild av hur metoderna används.

## **Minnesotamodellen**

Minnesotamodellen, även kallad tolvstegsbehandling, utgår från Anonyma Alkoholisters synsätt och arbetsmetoder och innehåller tolv olika steg. (6) Att gå på AA-möten är en central del av behandlingen och ett fortsatt deltagande i AA-möten är också ett av målen för klienternas liv efter behandlingen. Minnesotabehandlingen bedrivs i både sluten och öppen form, och omfattar de första stegen i AA:s tolvstegsmodell.

I Minnesotamodellen betraktas beroendet (av alkohol eller annat) som en sjukdom, *”en sjukdom som man inte skall söka efter orsaken till, en sjukdom som ingen har skuld i, en sjukdom som är primär (och inte en följd av något annat problem), en sjukdom som är kronisk (man måste lära sig leva helt utan alkohol) men som är behandlingsbar (man kan lära sig leva med den, precis som en allergiker måste anpassa sitt liv efter allergin)”*. (7)

Bland behandlarna finns alltid någon, ofta flera och ibland samtliga, med egen erfarenhet av drogmissbruk som efter avslutad behandling har utbildat sig i metoden. De brukar kallas alkoholterapeuter.

Klienterna ska vara avgiftade när behandlingen inleds och drogfria under behandlingen. Vissa behandlingsenheter har även avdelningar för avgiftning.

### **Syfte och mål**

Målet med behandling enligt Minnesotamodellen är att individen ska acceptera sitt beroende och leva nyktert och drogfritt med fortsatta besök på AA:s möten.

### **Behandlingskomponenter**

Behandlingen ser lite olika ut på olika behandlingsenheter, inte minst naturligtvis beroende på om behandlingen sker i öppen eller sluten form. Som regel består behandlingen av en primär- eller grundbehandling och ofta även en förlängd behandling, utöver fortsatt deltagande i AA-möten. Det vanligaste behandlingsupplägget är både gruppbehandling och individuell terapi. I gruppbehandlingen undervisas man om beroende, lyssnar på föreläsningar, ser på filmer m.m. Utöver det finns arbetsuppgifter som är kopplade till de olika stegen och litteratur om beroende och om tolvstegsarbetet.

Många enheter har även familjearbete, exempelvis i form av en ”familjevecka” på ett behandlingshem efter att den ordinarie behandlingen är slutförd.

### **Behandlingstid**

Behandlingstiden skiljer sig mycket åt:

I sluten behandling, på behandlingshem eller inackorderingshem, omfattar grundbehandlingen cirka 4–6 veckor med program för varje dag och gemensamma besök på AA-möten. Efterbehandlingen kan vara ytterligare några veckor i boendet men med större frihet eller i form av öppenvård med återträffar en gång per vecka i upp till ett år.

I öppenvårdsbehandlingen är behandlingstiderna längre, cirka 2 år varav 1 års grundbehandling och 6–12 månader efterbehandling. I grundbehandling-

en träffas man ofta 3–4 timmar ett par gånger i veckan och individuellt med sin terapeut 1 timme varje vecka.

### *Material*

Minnesotamodellen använder sig av arbetsmaterial som kopieras så att varje deltagare får sin egen pärm med material för de olika stegen. Utöver det finns videofilmer som visas i grupp och böcker som lånas ut. Minnesotamodellen kräver inga övriga löpande materialkostnader .

### *Utbildning*

Utbildningar i Minnesotamodellen finns på flera håll och både som distanskurs och traditionell undervisning. Vid vissa folkhögskolor ges utbildning i metoden, bl.a. Tollare Folkhögskola där grundkursen omfattar heltidsstudier under tre terminer. Det finns även utbildningsinstitut som ger utbildning i metoden, ett exempel är Jellinek institutet. Deras utbildning vänder sig till yrkesarbetande inom missbruksvården och omfattar två terminer med två heldagar per månad.

## **Motivational Interviewing (MI) och Motivational Enhancement Therapy (MET)**

Motivational Interviewing (MI) kan sägas bygga på antagandet att klienten själv har förmåga till och ansvar för förändring. Terapeutens uppgift är att skapa en situation så att klienten själv upplever en inre motivation och vilja till förändring. Detta görs genom att terapeuten försöker förtydliga och lyfta fram klientens ambivalenta känslor inför missbruket. Detta kräver ett empatiskt och icke dömande förhållningssätt, öppna frågor och ett gemensamt, med klienten, utforskande av för- och nackdelar med hur klienten lever i dag (även fördelar med missbruket). Terapeuten ska alltså inte vara dömande och inte heller försöka övertala klienten. Istället ska hon ”följa med” i motståndet mot förändring och acceptera klientens ambivalens. Viktigast är kanske att stötta, ge hopp och visa att man tror på klientens egen förmåga. (8)

Metoden Motivational Enhancement Therapy (MET) utvecklades för Project MATCH. Behandlingen utgår från det förhållningssätt som MI har och utgör en kort, tidsbegränsad intervention (4 tillfällen). Interventionen består av en kort utredning, återkoppling till klienten samt två uppföljande samtal. (9)

MI och MET var två av de behandlingsmetoder som var svårast att hitta representanter för bland de behandlingsenheter som kontaktades. Flera av de enheter som 2004 redovisat att de arbetade med metoderna kände överhuvudtaget inte till dem, andra menade att de arbetade enligt metoderna men när frågor om personalens utbildning ställdes visade det sig ofta att personalen varken hade utbildning eller fick någon egentlig handledning i metoderna (detta gäller främst behandlingshem). I studien ingår ingen behandlingsenhet som arbetar med MET då ingen sådan enhet har hittats.

### ***Behandlingskomponenter***

Motiverande samtal eller intervjuer sker individuellt. Vanligaste behandlingsformen inom öppenvården är samtal (45–60 minuter) några gånger i veckan i början av behandlingen och efterhand glesas samtalstillfällena ut. Ofta kombineras läkemedelsbehandling med exempelvis Subutex med MI, så att samtalet sker i anslutning till utdelning av Subutex.

### ***Behandlingstid***

MI är en metod som är avsedd att användas vid en kortare behandling. Evidensstödet gäller för MI som en kortare, tidsbegränsad intervention. Ingen forskning har genomförts för att bedöma effekter av längre behandling. (9)

Hos de enheter som kontaktades omfattade behandlingen ofta ett år eller mer.

### ***Material***

Inget särskilt material, utöver manualen, används vid MI.

### ***Utbildning***

Utbildningar i MI finns på flera håll. Vid vissa läkarutbildningar kan metoden ingå som en del av utbildningen, t.ex. vid Karolinska sjukhuset (KS). Utbildning i metoden sker även vid andra offentliga institutioner, t.ex. Beroendecentrum Stockholm. Utbildningar sker även i privat regi.

## **Kognitiv beteendeterapi (KBT)**

### ***Syfte och mål***

Syftet med KBT är att hjälpa klienterna att utveckla och tillämpa mer funktionella sätt att handla och tänka. Metoderna som används är konkret beskrivna och har prövats i vetenskapliga studier.

För behandling av missbruk finns flera specifika KBT-metoder, bland annat Community Reinforcement Approach (CRA) och Väckarklockan. Då CRA fanns som en egen grupp i IKB-registret har den behållits som separat grupp även i rapporten, trots att det egentligen är en KBT-metod.

Väckarklockan är en KBT-metod för återfallsprevention som utformades för Project MATCH (10).

Aggression Replacement Training (ART) är inte en specifik metod för behandling av missbruk utan används för att förändra aggressivt beteende hos barn och ungdomar.

### ***Behandlingskomponenter***

All KBT-behandling grundar sig på inlärningspsykologiska principer som förstärkning av önskade beteenden och reducering eller eliminering av negativa. Viss kognitiv behandling inriktar sig även på att komma åt och förändra grundläggande antaganden och negativa tankar som klienten antas ha, och som ligger till grund för dysfunktionella beteenden.

Ofta ingår s.k. social färdighetsträning, ofta med rollspel för att öva upp färdigheter som har direkt eller indirekt koppling till missbruket. Det kan

vara att lära sig tacka nej till alkohol och narkotika eller att umgås socialt utan droger, men också färdigheter som t.ex. att tala om för anhöriga vad man vill eller tycker.

Teckenekonomi (token economy) är ett motivationssystem för att uppmuntra och förstärka önskade beteenden. Deltagarna får konkret återkoppling på sina handlingar i form av poäng som delas ut för önskvärda beteenden som har avtalats innan.

### ***Behandlingstid***

Många av de mer strukturerade metoderna tillämpas under ett bestämt antal sessioner eller träningstillfällen. Väckarklockan (för återfallsprevention) omfattar 12 sessioner (10).

Behandlingstiderna för mer allmän KBT-behandling varierar mycket, men är som regel kortare än psykodynamiska behandlingsmetoder.

### ***Material***

För de olika specifika KBT-metoderna finns manualer tillgängliga. I dessa finns självskattningsformulär, övningsblad, registreringsblanketter och liknande material som används i behandlingen. Många av behandlarna hade också material från den egna utbildningen.

Eftersom KBT är en pedagogisk metod används ofta blädderblock eller whiteboard som instrument för att åskådliggöra samband mellan beteende, tanke och känsla.

### ***Utbildning och handledning***

Utbildningsnivån skiljer sig mycket åt mellan olika KBT-metoder:

Utbildning till psykoterapeut omfattar två olika nivåer: steg 1 och steg 2. En steg 1-utbildning ger kvalifikation att bedriva terapi under handledning. Denna utbildning ingår i psykologutbildningen men kan också tas av sociologer, sjuksköterskor, läkare m.fl.

För att bli legitimerad psykoterapeut (steg 2) krävs examen från godkänd psykoterapeututbildning samt legitimation som utfärdas av Socialstyrelsen. Psykoterapeututbildningen är en påbyggnadsutbildning, som omfattar 60 poäng, och ges i regel på halvtid i tre år. Det finns en rad olika utbildningar med varierande inriktning. En förteckning över utbildningar med examensrätt finns på Psykoterapicentrumets hemsida:

<http://www.riksforeningenpsykoterapicentrum.se/docs/utbpsyk.htm>

Flera av de avgränsade KBT-metoderna kan praktiseras utan psykoterapeututbildning. Det finns kortare utbildningar för exempelvis återfallspreventionsmetoden Väckarklockan. Då metoderna bygger på inlärningspsykologiska principer är det dock extra viktigt med kompetent handledning för behandlare med annan kompetens. (se även CRA)

Vid några enheter hade personalen gått kortare kurser där de har lärt sig de inlärningspsykologiska grunderna för KBT.



## Övrigt

Det finns fler behandlingsmetoder som hör hemma bland KBT-metoderna men som inte är representerade i denna studie. Eftersom de saknas i IKB-enkäten är det osäkert i vilken omfattning de används i Sverige. Exempel på metoder är Behavioural Self-Control Training (BSCT), Case Monitoring, Interpersonell terapi (IPT) och Medveten närvaro (Mindfulness).

## Community Reinforcement Approach (CRA)

### *Syfte och mål*

CRA bygger på det grundläggande antagandet att för att en person ska komma bort från ett missbruk måste en omstrukturering av personens liv ske, så att nykterhet blir mer belönande än fortsatt konsumtion av alkohol eller narkotika. För att åstadkomma detta har behandlingen två övergripande mål (11):

- Att eliminera positiv förstärkning av alkohol- och narkotikakonsumtion.
- Att öka positiv förstärkning av nykterhet och narkotikafrihet.

### *Behandlingskomponenter*

För att uppnå målen använder sig terapeuten av flera behandlingsstrategier (11):

1. Undersöka och öka klientens motivation till förändring. Detta steg liknar det arbete som gör i motiverande samtal (MI eller MET) där för- och nackdelar utifrån klientens erfarenhet med alkohol och narkotika undersöks.
2. Sätta upp mål för nykterhet. Ett vanligt sätt är att avtala om en drogfri tid, exempelvis en månad utan droger, för att se hur det känns och för att lära mer om klientens beroende.
3. Göra en funktionell analys av missbruksbeteendet för att identifiera ”högrisksituationer” för drickande och de positiva konsekvenser (positiv förstärkning) klienten har fått av sitt missbruk, och som har förstärkt beteendet.
4. Öka positiv förstärkning. Med hjälp av den funktionella analysen gör terapeuten och klienten en behandlingsplan och väljer behandlingskomponenter från en ”meny” utifrån klientens individuella mål för vad behandlingen ska uppnå. Exempel på vanliga inslag är att hitta meningsfull, rolig och belönande fritidssysselsättning för att ersätta den tid som tidigare gått åt till missbruket, och ”jobbklubbar” för att öva upp färdigheter som kan ge ett bättre och mer belönande jobb. Målet är att göra klientens drogfria liv mer belönande och få klienten mer delaktig i samhället.
5. Öva nya beteenden som exempelvis att tacka nej till alkohol och narkotika genom aktiv problemlösning och rollspel.
6. Ta hjälp av klientens närstående. Hur familjemedlemmar och andra personer kring klienten beter sig bidrar till hur ett beteende förstärks. Att undervisa anhöriga i hur de undviker att oavsiktligt förstärka missbruket är en del av arbetet med anhöriga.

CRA kan användas inom såväl öppen som sluten vård, men lämpar sig kanske bäst i öppenvård eftersom metoden innebär att försöka förändra omgivningen kring klienten som då kan vara kvar i sin vardagsmiljö. Behandlingsenheter som använder sig av metoden har också framförallt identifierats inom öppenvården.

Steve Wicks, en av dem som håller utbildningar och handleder i metoden, beskriver CRA som en metod som kräver mycket utbildning och handledning och hög motivation från behandlingspersonalen. (12)

Flera enheter uppgav att de försökte följa modellen ”så gott det går” eller ”relativt troget”. En av svårigheterna verkade vara att få ihop bra grupper för arbetet exempelvis i jobbklubbar.

### ***Behandlingstid***

Det finns forskning som visar att CRA kan vara effektivt som en relativt kort (tre månader) behandling, men enligt litteraturen är metoden inte avgränsad till en viss tid. (10) Eftersom en stor del av behandlingen går ut på att klienten ska ha lärt sig vissa färdigheter för att uppnå målen spelar individens förutsättningar stor roll för hur lång behandlingen bör vara. I verkligheten finns naturligtvis inte alltid den möjligheten, men de behandlingsenheter som kontaktats i denna studie arbetar bara utifrån en bestämd tidsram om det är ett önskemål eller krav från beställaren (socialtjänsten).

Behandling enligt den svenska manualen omfattar 16–20 sessioner. (13)

### ***Material***

En svensk manual för CRA har getts ut av Statens institutionsstyrelse (SiS) (13). I behandlingsarbetet används formulär eller skalor, t.ex. ”sug-dagbok”. Det material som behandlingsenheterna använder har de fått från utbildningen eller från manualen och de har inga löpande materialkostnader.

### ***Utbildning och handledning***

CRA bygger på inläringsteoretiska principer och kräver därför en grundläggande förståelse för inläringsteoretiska begrepp som positiv och negativ förstärkning m.m. För behandlare med annan grund, exempelvis socionomer, är det därför viktigt med handledning för att arbeta in ”inläringstänket”. (12)

Utbildningar i CRA hålls bl.a. av privata anordnare.

### ***Övrigt***

SiS gör en vetenskaplig utvärdering av tillämpningen av CRA inom Vårdkedjeprojektet som planeras vara klart våren 2007.

### **Psykodynamisk behandling**

Psykodynamisk terapi (PDT) grundar sig på psykoanalytisk teori och fokuserar till stor del på omedvetna psykiska krafter inom individen.

I psykodynamisk terapi arbetar man med att klienten ska få ökad insikt om sig själv och sina relationer till andra människor, främst närstående och familjemedlemmar. Missbruket ses inte som ett avgränsat problem utan som ett symptom på en bakomliggande problematik. I behandlingen försöker man förstå hur missbruket hänger samman med livssituationen nu eller tidigare i livet och därigenom finna nya perspektiv och sätt att hantera svårigheter. Med större kunskap och medvetenhet om sig själv, sina behov och motiv ökar klientens förmåga att förstå och påverka sitt eget liv.

### ***Syfte och mål***

Eftersom missbruket ses som ett symptom på bakomliggande problematik jobbar man inte bara direkt med missbruket utan försöker arbeta med att förbättra individens hela situation.

### ***Behandlingskomponenter***

Psykodynamisk terapi sker inte utifrån en manual. På öppenvårdsmottagningarna omfattar behandlingen som regel ett besök (45 minuter) per vecka hos en legitimerad psykoterapeut (steg 2) eller hos en psykoterapeut (steg 1) med handledning.

På behandlingshem eller annan heltidsvård kan det psykodynamiska arbetet innebära ett förhållningssätt och en teoretisk grundsyn som genomsyrar hela arbetet. Men det kan även bestå av enbart psykodynamisk terapi inom eller utanför behandlingshemmet.

Den psykodynamiska behandling vid missbruk som har klarast evidens är psykodynamisk korttidsterapi vid opiatmissbruk (14).

### ***Material***

Inget speciellt arbetsmaterial används.

### ***Utbildning och handledning***

Utbildning till psykoterapeut omfattar två olika nivåer; steg 1 och steg 2. En steg 1-utbildning ger kvalifikationer att bedriva terapi under handledning. Denna utbildning ingår i psykologutbildningen men kan också tas av sjuksköterskor, läkare m.fl.

För att bli legitimerad psykoterapeut (steg 2) krävs examen från godkänd psykoterapeututbildning samt legitimation som utfärdas av Socialstyrelsen. Psykoterapeututbildningen är en påbyggnadsutbildning, som omfattar 60 poäng, och ges i regel på halvtid i tre år. Det finns en rad olika utbildningar med varierande inriktning. En förteckning över utbildningar med examensrätt finns på Psykoterapicentrumets hemsida:

<http://www.riksforeningenpsykoterapicentrum.se/docs/utbpsyk.htm>

# Kostnadsberäkningar

---

## Syfte

Syftet med denna del av studien var att beräkna kostnaderna för de olika psykosociala behandlingar i studiens först del, för att få en uppfattning om hur stora kostnaderna är och om de skiljer sig åt mellan de olika behandlingarna.

## Metod

### Öppenvård

För att beräkna kostnader har uppgifter om frekvens och behandlingstid sammanställts. Det totala antalet timmar för behandling beräknades både för individuell behandling och för behandling i grupp. Behandlingstider och frekvens varierar för behandlingarna beroende på individuella skillnader och behov. Antalet timmar för den kortaste behandlingen liksom antalet timmar för behandling under ett år i de fall behandlingstiden är ett år eller längre har beräknats.

Uppgifter om genomsnittlig månadslön inom primärkommunal sektor hämtades hos SCB för respektive yrkeskategori som behandlingsenheterna angett. I de fall behandlingsenheten inte uppgett behandlingspersonalens yrkeskategori utan endast antal behandlare har löneuppgift för behandlingsassistenter använts och för behandlingsansvarig har lön för socialsekreterare och kuratorer använts.

Tabell 1: Genomsnittlig månadslön för olika yrkeskategorier, 2004

Yrkeskategori (SSYK-kod)	Månadslön
Läkare (2221)	50 100
Sjuksköterska med specialistkompetens (2236)	29 300
Sjuksköterskor (3239)	24 900
Präster (246) <sup>1)</sup>	28 200
Psykologer m.fl. (2491)	27 200
Terapeuter (3229)	28 800
Socialsekreterare och kuratorer (2492)	22 900
Behandlingsassistenter m.fl. (3461)	21 300

Med månadslön avses avtalad lön inklusive fasta tillägg och rörliga lönetillägg som t.ex. ob-, jour- och beredskapsersättning. Samtliga löner är uppräknade till heltidslöner.

<sup>1)</sup>Inga uppgifter om präster fanns inom de offentliga sektorerna, så uppgifter för privat sektor har använts. Genomsnittlig månadslön (tid och prestationslön), tjänstemän privat sektor (SLP).

Källa: SCB

De genomsnittliga personalomkostnaderna 2004, som Sveriges kommuner och landsting (SKL) beräknat, uppgick till 41,8 procent och har lagts på lönerna. Månadslönen dividerades också med 160 för att få timlöner.

Genom att multiplicera timlön med antal timmar i individuell behandling erhöles en uppskattad kostnad per klient för den individuella behandlingen. För behandling som utfördes i grupp multiplicerades också antalet timmar i gruppbehandling med timlönen och dividerades sedan med antal personer som deltar i gruppbehandlingen. Ingen av behandlingsenheterna har uppgett hur många personer som deltar eller hur många som leder en gruppssession. Här har antagandet gjorts att 4–8 personer deltar och att 1–2 personer leder sessionen.

Modell för beräkning av personalkostnaderna per person i behandling i öppenvård:

$$K = I + G$$

$$I = T * i$$

$$G = (T * p * g) / d$$

$$T = M/m$$

$$M = (\sum (b_y * w_y)) / b$$

där K = total kostnad

I = kostnad för den del av behandlingen som sker individuellt

G = kostnad för den del av behandlingen som sker i grupp

T = timlön per behandlingstimme

i = antal timmar i individuell behandling

p = antal personal som leder gruppbehandling

g = antal timmar i gruppbehandling

d = antal deltagare i gruppbehandling

M = månadslön per behandlingstimme

m = antal arbetade timmar per månad (160)

b = antal behandlingspersonal

y = yrkeskategori

w = genomsnittlig månadslön inkl. personalomkostnader

De totala behandlingskostnaderna per klient har beräknats genom att addera kostnaden per klient för den individuella behandlingen med kostnaden per klient för behandlingen i grupp. Beräkningarna redovisas för den kortaste behandlingen samt för ett års behandling om behandlingen varar ett år eller längre.

### Institutionsvård

Baserat på behandlingsenheternas uppgifter beräknades antal månader i behandling. Behandlingsenheterna uppgav olika tidsenheter för behandlingstid, t.ex. har veckor omvandlats till månader genom att multiplicera antalet veckor med fyra.

Den sammanlagda månadslönen för all behandlingspersonal beräknades utifrån de genomsnittliga månadslönerna i tabellen ovan. Lönerna räknades upp med 41,8 procent för personalomkostnader.

Den sammanlagda månadslönen dividerades sedan med det antal platser som behandlingsenheten uppgett, vilket gav månadskostnaden per plats. Månadskostnaden per plats multiplicerades sedan med antalet månader i behandling för att få kostnad per behandling.

Modell för beräkning av personalkostnaderna per person i behandling på institution:

$$P = M * a$$

$$M = (\sum (b_y * w_y)) / s$$

där P = personalkostnad per behandling

M = månadskostnad per plats

a = antal behandlingsmånader

b = antal behandlingspersonal

y = yrkeskategori

w = genomsnittlig månadslön inkl. personalomkostnader

s = antal platser

Utöver kostnader för personalen har institutionsvården kostnader för lokaler. Dessa kostnader varierar för behandlingarna beroende på behandlingstiden. Lokalkostnader har inte samlats in för de olika behandlingsenheterna utan här har en schablonkostnad per dag använts. Schablonkostnaden har beräknats utifrån de lokalkostnader som Statens institutionsstyrelse i sin verksamhetsplan för 2004 angav för sina 49 verksamheter inom missbruks- och ungdomsvården. Lokalkostnaden per dygn och person har beräknats att variera från cirka 350 kronor till cirka 850 kronor. Lokalkostnaderna per dygn och person har multiplicerats med antal dygn i behandling och adderats med personalkostnaderna för behandlingen.

Modell för beräkning av lokalkostnader per person i behandling på institution:

$$L = U_q * e$$

$$U = R_x / z_x$$

$$R_x = r_x / \text{å}$$

där L = lokalkostnad per behandling

U = lokalkostnad per dag och plats

q = percentil 10 alt. 90

e = antal behandlingsdagar

R = lokalkostnad per dag

x = SiS behandlinghem

z = antal platser per dag

r = lokalkostnad per år

å = antal dagar per år (365)

Modell för beräkning av kostnad per person i behandling på institution:

$$B = P + L$$

där B = kostnad per person på institution (personal och lokaler)

P = personalkostnad per behandling

L = lokalkostnad per behandling

Liksom för öppenvården har uppgifterna beräknats för den kortaste behandlingen samt för ett års behandling om behandlingen varat ett år eller längre.

## Resultat

### Öppenvård

Kostnaderna för behandling i öppenvård varierar mellan de olika behandlingsmetoderna vilket bl.a. kan bero på att de riktar sig till olika målgrupper.

Kostnaderna för de olika behandlingsenheterna som använder en och samma metod skiljer sig också väsentligt:

Minnesotamodellen	3 000–50 000 kronor per person och år
MI	3 000–34 000 kronor per person och år
KBT	8 000–11 000 kronor per person och år
CRA	4 000–22 000 kronor per person och år
PDT	8 000–46 000 kronor per person och år
KBT-återfallsprevention	1 500–3 000 kronor per person och behandling.

Tabell 2: Varaktighet, genomsnittlig timlön, antal timmar i behandling och beräknad personalkostnad per person för kortaste öppenvårdsbehandling vid respektive behandlingsenhet

Metod	Genomsnittlig timlön, kr	Antal timmar i behandling		Beräknad personalkostnad per person, tkr		
		Individ	Grupp	Individ	Grupp	Totalt
<b>Varaktighet</b>						
<b>Minnesota</b>						
1,5 mån	152–304	60	90–120	13	2–13	15–26
6 mån	133–266	26	104	5	5–20	10–25
1 år	151–302	–	120	–	3–13	3–13
<b>MI</b>						
2 mån	183	10	–	3	–	3
2 mån	156	16–24	–	4–5	–	4–5
6 mån	143	78	–	16	–	16
1 år	164	63	–	15	–	15
2 mån	143–286	–	16	–	1–2	1–2
<b>KBT – behandling</b>						
1 år	143	52	–	11	–	11
6 mån	143	20	–	4	–	4

Forts. Tabell 2: Varaktighet, genomsnittlig timlön, antal timmar i behandling och beräknad personalkostnad per person för kortaste öppenvårdsbehandling vid respektive behandlingsenhet

Metod	Genomsnittlig timlön, kr	Antal timmar i behandling		Beräknad personalkostnad per person, tkr		
		Individ	Grupp	Individ	Grupp	Totalt
<b>Varaktighet</b>						
<b>KBT - återfallsprevention</b>						
2 mån	143	8	–	2	–	2
3,75 mån	133	11–15	–	2–3	–	2–3
<b>CRA</b>						
3 mån	180	9	–	2	–	2
3–6 mån	143	48	–	10	–	10
1 år	150	52–104	–	11–22	–	11–22
1 år	138	21–33	–	4–6	–	4–6
3 mån	143–286	16	144–192	3	4–20	7–23

Tabell 3: Varaktighet, genomsnittlig timlön, antal timmar i behandling och beräknad personalkostnad per person vid öppenvårdsbehandling under 1 år vid respektive behandlingsenhet

Metod	Genomsnittlig timlön, kr	Antal timmar i behandling		Beräknad personalkostnad per person, tkr		
		Individ	Grupp	Individ	Grupp	Totalt
<b>Minnesota</b>						
	133–266	52	208	10	10–40	20–50
	151–302	–	120	–	3–13	3–13
<b>MI</b>						
	156	104–156	–	23–34	–	23–34
	143	156	–	32	–	32
	164	63	–	15	–	15
	143–286	–	104	–	3–11	3–11
<b>KBT – behandling</b>						
	143	52	–	11	–	11
	143	39	–	8	–	8
<b>CRA</b>						
	150	52–104	–	11–22	–	11–22
	138	21–33	–	4–6	–	4–6
<b>PDT</b>						
	143	39–43	–	8–9	–	8–9
	208	104–156	–	31–46	–	31–46

## Institutionsvård

Även kostnaderna för institutionsvården skiljer sig åt mellan och inom de olika behandlingsmetoderna.

Personal- och lokalkostnaderna för institutionsvård varierar:

KBT-utredning 61 000–175 000 kronor per utredning.

Minnesotamodellen (primär) 22 000–56 000 kronor per behandling.



MI	408 000–591 000 kronor per person och år.
KBT-behandling	244 000–724 000 kronor per person och år.
PDT	286 000–590 000 kronor per person och år.

Tabell 4: Antal platser, total månadslön för behandlingspersonal, beräknad kostnad för personal, lokaler och totalt per behandling samt dygnskostnad för kortaste institutionsbehandling vid respektive behandlingsenhet

Metod Varaktighet	Antal platser	Total månads- lön, tkr	Beräknad kostnad			
			Personal, tkr	Lokaler, tkr	Totalt, tkr	Per dygn, kr
<b>Minnesota</b>						
1,5 mån	16	149	20	15–36	34–56	800–1 300
1,25 mån	25	144	10	12–30	22–44	600–1 100
<b>MI</b>						
1 mån	27	445	23	11–26	34–49	1 100–1 600
<b>KBT – utredning</b>						
3,75 mån	7	148	79	37–89	119–175	1 100–1 600
3 mån	20	194	29	32–77	61–106	700–1 200
<b>KBT – behandling</b>						
3,75 mån	7	241	129	37–89	166–218	1 500–2 100
3 mån	20	194	29	32–77	61–106	700–1 200
<b>PDT</b>						
1 år	9	210	–	–	–	1 100–1 600
1 år	22	291	–	–	–	800–1 300

Tabell 5: Antal platser, total månadslön för behandlingspersonal, beräknad kostnad för personal, lokaler och totalt per behandling samt dygnskostnad för institutionsbehandling under 1 år vid respektive behandlingsenhet

Metod Varaktighet	Antal platser	Total månads- lön, tkr	Beräknad kostnad			
			Personal, tkr	Lokaler, tkr	Totalt, tkr	Per dygn, kr
<b>MI</b>						
	27	445	280	128–310	408–591	1 100–1 600
<b>KBT – behandling</b>						
	7	241	413	128–310	541–724	1 500–2 100
	20	194	116	128–310	244–427	700–1 200
<b>PDT</b>						
	9	210	280	128–310	408–590	1 100–1 600
	22	291	159	128–310	286–469	800–1 300

# Diskussion

---

Det är svårt att få en bild av vilken sorts behandling som bedrivs inom svensk missbruksvård. För att redovisa och jämföra kostnader för olika behandlingsmetoder krävs relativt detaljerade information om innehållet, dvs. vad görs, hur ofta, av vem och till vilken kostnad. För att kunna jämföra olika behandlingars kostnadseffektivitet behövs också uppgifter om deras effekter.

Kontakter med ett femtiotal behandlingsenheter visar på stor skillnad mellan enheterna vad gäller kvaliteten på behandlingen. Det finns exempel där personalen har adekvat utbildning och hög kompetens, där verksamheten utvärderas fortlöpande och personalen vidareutbildas i metoderna som de använder. Andra exempel visar enheter där stora delar av personalen helt saknar relevant utbildning men där de ändå sade sig tillämpa specifika behandlingsmetoder. Som nämnts ovan uteslöts behandlingsenheter där det var uppenbart att personalen inte hade adekvat utbildning eller handledning för metoder som de sade sig tillämpa.

Det var svårare att kontrollera att evidenskriteriet var uppfyllt. För flera av metoderna finns inga manualer att tillgå. I vissa fall var det svårt att få en bild av innehållet i behandlingen. Ett exempel är psykodynamisk behandling, där kravet för att inkluderas i studien blev att behandlarna skulle ha minst steg 1-utbildning i psykodynamisk terapi. En annan svårighet är att den forskning som har gett stöd åt metoderna har bedrivits under andra former än i den kliniska verkligheten. Ett exempel på detta är att forskning prövat MI som en kort intervention, medan metoden inom svensk missbruksvård används i långa kontakter. Detta är problematiskt då det finns forskning på KBT och psykodynamisk behandling som visar på negativa korrelationer mellan behandlingstid och resultat vid långa behandlingar vid missbruk (13). Detta innebär bl.a. att det inte går att använda de resultat om effekter som forskning påvisat för behandlingsmetoderna är obrukbara för att beräkna kostnadseffektivitet.

Flera av behandlingsenheterna i registret Individer och Klienter i Behandlingsenheter (IKB) tillämpade inte de metoder som de uppgett i IKB-enkäten. I vissa fall handlade det om att enheterna tror sig bedriva behandling enligt metoden men uppfyllde inte kompetenskriteriet. Några behandlingsenheter som kontaktades kände inte ens till de metoder som de uppgett i IKB-enkäten. Denna vetskap är viktig i arbetet med att förbättra den statistik som regelbundet samlas in för att i framtiden kunna öka användbarheten av statistiken.

Uppgifterna från behandlingsenheterna visar att det är stora skillnader mellan dem trots att de använder sig av samma metod. Behandlingsenheterna riktar sig till en viss målgrupp för sin verksamhet, det kan handla om unga eller äldre, kvinnor eller män, alkohol, narkotika eller blandmissbruk, vissa behandlingsenheter har även inriktat sig på andra missbruk t.ex. spel- och köpmisbruk, och olika grader av missbruk eller beroende, från riskbruk

till långvarigt och frekvent missbruk. Målgruppen påverkar behandlingens varaktighet, frekvens och intensitet, vilket i sin tur påverkar kostnaden för behandlingen. För att kunna jämföra kostnaderna för olika behandlingar krävs att jämförelsen görs för en och samma målgrupp. I denna undersökning har det inte varit möjligt att ta fram så detaljerade uppgifter som krävs för att göra sådana jämförelser.

Av denna undersökning framgår även att den personal som utför behandlingen varierar mellan olika behandlingsenheter även då samma metod används. Kostnaderna för behandlingen består till stor del av personalkostnaderna, speciellt när det gäller öppenvård. Lönerna varierar kraftigt mellan olika yrkeskategorier, t.ex. från 21 300 kronor per månad för en behandlingsassistent till 50 100 kronor per månad för en psykiatriker. En intressant fråga som kan ställas är om denna skillnad i lön motsvarar skillnaden i behandlingsresultat.

Skillnaderna i kostnader är stora mellan öppenvård och institutionsvård, i många fall flera 100 000 kronor. Samma fråga som för personalkategorierna kan ställas även här: Väger effekterna för institutionsvård upp de höga kostnaderna? Det finns i dag inga studier som visar detta. Kanske är det så att det för vissa målgrupper är institutionsvården både effektivare och kostnadseffektivare än öppenvården.

När olika metoder och enheter ska jämföras behövs inte bara kostnaderna för behandlingarna, det krävs också att behandlingarnas effekter är kända. En behandling kan ha en mängd olika effekter t.ex. minskad alkoholkonsumtion, minskad kriminalitet och ökad social samvaro. Alla dessa effekter behöver studeras för varje metod och även gärna för varje behandlingsenhet. Med hjälp av kostnaderna och effekterna kan sedan kostnadseffektiviteten för respektive metod, behandlingsenhet och målgrupp beräknas. Sen kan behandlingen jämföras med andra behandlingar för samma målgrupp. Denna undersökning har inte studerat effekterna av behandlingsmetoderna. Resultat från andra studier kan inte användas eftersom metoderna varierar jämfört med de behandlingar som studierna undersökt. Från det material som denna studie har haft till förfogande kan inga slutsatser om kostnadseffektivitet dras.

Slutsatserna från denna undersökning är jämförelser mellan de olika behandlingsmetoderna inte kan göras med detta material eftersom detta kräver mer detaljerade uppgifter om bl.a. målgrupp för behandlingen. Urvalet i denna undersökning är dessutom mycket litet och slutsatser ska dras med stor försiktighet.



# Referenser

---

1. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem En evidensbaserad kunskapssammanställning Volym I och II. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001. Nr 156/I, 156/II.
2. Berglund M, Andréasson S, Bergmark A, Blomqvist J, Lindström L, Oscarsson L, et al. Behandling av alkoholproblem. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete/Liber; 2000.
3. Ekonomiska utvärderingar av missbruksvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006
4. Insatser och klienter i behandlingsenheter i missbrukarvården den 1 april 2003 "IKB2003". Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
5. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. Remissversion april 2006.
6. Anonyma alkoholister. De tolv stegen De tolv traditionerna Förslag avsedda som hjälp att tillfriskna i gemenskapen. Stockholm: AA-förlag; 1992. Hämtat 2006-03-22 från [www.scaa.se](http://www.scaa.se).
7. Svenska rådet för alcohol- och beroendefrågor. Minnesotamodellen. Hämtad 2006-03-22 från [www.scaa.se](http://www.scaa.se).
8. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? Beh Cog Psy 1995; 23:325-34.
9. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to clients heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. Alcoholism: Clin Exp Res 1998; 22:1300-11.
10. Väckarklockan. Manualbaserad återfallsprevention vid beroende Manual. Stockholm: Meda; 2001.
11. Miller WR, Meyers RJ, Hiller-Sturmhöfel S. The Community-Reinforcement Approach. Alc Res Health 1999;23(2); 116-121.
12. Personlig kontakt med Steve Wicks, Beacon Stockholm AB, Stockholm, augusti 2005.
13. Magoulas E, Forsberg L. Community Reinforcement Approach CRA. Manual för SiS. 2005
14. Föreläsning Evidensbaserade psykoterapier för barn, vuxna och äldre med Lars-Göran Öst, Stockholms Universitet, 2005-09-27.



## Bilagor

## Resultattabeller

## Minnesotamodellen

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
En Dag i Taget AB, LUND. Öppenvård. 60 i behandling.	Alkohol i grunden.	Enbart primärbehandling. Hälsotest i början, mitten och slutet av behandlingen plus stickprov.	1 år.	Totalt cirka 40 gånger à 3 timmar.	Enbart i grupp.	4 behandlare med egen erfarenhet (minst 7 års nykterhet) och utbildning. Psykiatriker och leg. psykoterapeut som konsult cirka 2 dagar per vecka.
Alfa Halvvägshus, UPPSALA. Inackorderingshem och halvvägshus. 25 platser.	Kemiskt beroende i grunden, ofta fler ex. mat, spel, sex. Från 18 år.	Primärbehandling och möjlighet till förlängd behandling (friare, åker själva på möten, fika, m.m.). "Familjevecka" erbjuds efter ordinarie behandling.	Primärbehandling: 4–6 veckor (oftast 5 veckor). Förlängd behandling: upp till 3 månader.	Dygnet runt-behandling med program för varje dag och gemensamma resor till AA-möten.	Både individuellt och i grupp.	5 terapeuter, några med egen erfarenhet. Totalt cirka 28 anställda inklusive timanställda, ekonomi, administration mm.
Erbjudandet Minnesota KA, LUND. Öppenvård. 20 platser.	Alkohol, narkotika, spel, mat.	Primärbehandling. Eftervård.	Primärbehandling: 6–12 månader. Eftervård: 1 år. Totalt: cirka 2 år.	Primärbehandling: • Grupp: 2 gånger per vecka à 4 timmar. • Individuellt: 1 gång per vecka à 1 timma.	Både individuellt och i grupp.	4 behandlare varav en anhörig och tre med egen erfarenhet. Utbildning i Minnesotamodellen.
Älvsjöhemmet/ Älvis, TUMBA. Behandlingshem (kommunalt). 16 platser.	Alkohol, narkotika, spel (mycket blandmissbruk).	Primärbehandling. Eftervård.	Primärbehandling: 6 veckor Eftervård: 12 veckor till 2 år Blandmissbruk tar ofta lång tid.	Primärbehandling: Dygnet runt behandling med program för varje dag samt gemensamma resor till AA-möten. Eftervård: 1 gång per vecka à 1 timma.	Enbart i grupp.	Dagtid: 7 behandlare, 0,5 kök+städ. Natt: bakjour. Hälften av behandlarna har tidigare missbruk. Alla är utbildade.

## Forts. Minnesotamodellen

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Blåsippan rehabilitering, UMEÅ. Öppenvård. 10 platser.	Alkohol och narkotika.	Primärbehandling. Eftervård. Anhörigprogram inklusive eftervård. Frivilliga återvändardagar.	Primärbehandling: 6 veckor, eventuellt längre. Vanligt att kvinnor är längre i primärbehandling. Eftervård: 12 månader.	Primärbehandling: 5 dagar per vecka (fm i grupp, em tid för individuell behandling). Eftervård: 1 kväll per vecka à 1 timma.	Huvuddelen i grupp, men även individuellt.	2 terapeuter med högskoleutbildning, 1 läkare och 1 psykiatriker. Präst cirka 1 fm per vecka och behandlingsassistent (administration) en halv dag per vecka. Vid behov tas psykolog för utredning och sjukgymnast in.

## Motivational Interviewing (MI)

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Tallgården inkl Validus, VIRSERUM. Öppenvård och behandlingshem. 27 platser som delas mellan psykiatri och beroende efter beläggning.	Alkohol och narkotika. På behandlingshemmet även dubbeldiagnos.	Öppenvård: Utredning - 1 månad Behandling - 3 timmar per 14 dagar, 1 timma per månad de sista 3 månaderna. Uppföljning 3, 6 och 12 månader efter avslutad behandling.	Öppenvård: 1 år Behandlingshem: 1 månad till 1,5 år (dubbeldiagnos).	1–4 gånger per vecka à 1 timma.	Endast individuellt.	1 terapeut och 2 sjuksköterskor. Utbildning i MI. Övrig personal: 16 stycken.
Beroendecentrum, TYRESÖ. Öppenvård.	Främst narkotikamissbruk, med Subutexbehandling. Från 18 år.	Individuella samtal inklusive urinprov och Subutexutdelning.	2–3 månader, ofta flera år.	2–3 gånger per vecka à 1 timma, glesas ut efter hand (inklusive urinprov, Subutex)	Endast individuellt.	1 sjuksköterska med intern utbildning i MI.
Rådgivningsbyrån, ARBOGA. Öppenvård. Cirka 15 klienter per år.	Tidigt i alkohol- eller narkotikamissbruk, ska inte ha förlorat arbete och nätverk. T.ex. remiss efter rattonykterhet.	Individuella samtal samt eventuell utdelning av t.ex. Antabus.	6 månader till 4–5 år, ofta mer än ett år.	3 timmar per vecka, mer sporadiskt senare i behandlingen.	Endast individuellt.	1 socionom utbildad i MI-liknande metod.



### Forts. Motivational Interviewing (MI)

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Ellipsprogrammet Hässelby SDF, HÄSSELBY. Öppenvård. 200–250 klienter per år för socialkontoret som helhet.	Alkohol, narkotika och dubbeldiagnos. Vuxna.	Motiverande samtal (MI). Annan behandling (kognitiv).	8 veckor (alkohol och lättare narkotika). Längst nu 7 år (dubbeldiagnoser).	MI: 2 gånger per vecka à 1 timma. Annan behandling (kognitiv): 3 timmar per dag.	Mest i grupp.	11 socionomer med intern MI-utbildning. Även handledning internt.
Nynäshamns beroendemottagning, NYNÄSHAMN. Öppenvård.	Alkohol och narkotika.	Individuella samtal samt eventuell utdelning av t.ex. Subutex.	Cirka 2 månader (minst 10 samtal). Längre vid behandling med Subutex.	1–2 gånger per vecka à 1 timma.	Endast individuellt.	1 sjuksköterska med psykiatriutbildning plus MI-utbildning.

### Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Davidso Gård HVB, NORBERG. Utrednings- och behandlingshem. (Familjevårdskonsulenterna, ÖREBRO). 5+2 platser på HVB. 56 placeringar i familjehem.	Missbruk och utagerande. Killar. 12–20 år.	Aggression Replacement Training (ART). Teckenekonomi. Strukturerat veckoschema med arbets träning, skola, mm.	Utredning 15 veckor, sedan placering på HVB eller i familjehem med utbildning och handledning.	Heldygnsvård.	ART sker i grupp.	Davidso: 8 arbetstränare, 1 sjuksköterska, 1 socionom och 1 beteendevetare. Samtliga med KBT-utbildning. Psykiatriskt utredningsteam: 1 läkare, 1 psykiolog, 1 sjuksköterska och 2 socionomer. Övrigt: 10 familjevårds konsulenter och 1 kundtjänstansvarig.
Rådgivnings- och behandlingsenheten Stegen, FALKENBERG. Öppenvård. 70 aktuella klienter.	Främst alkohol, även blandmissbruk eller annan problematik.	Bred KBT-behandling anpassad till individens problematik och behov.	Cirka 1 år. Ibland avtal 10–20 gånger, sedan utvärdering och eventuellt avtal om ny period.	1 timma per vecka.	Endast individuellt samt vid behov familjesamtal.	2 socionomer med steg 1 KBT och handledning.

### Forts. Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Sociala enheten, Norrmalms SDF, STOCKHOLM. Öppenvård. 7 i KBT-behandling.	Alkohol och narkotika. Från 20 år.	Återfallsprevention. Behandlingssamtal KBT.	Återfallsprevention: 8 veckor. Behandlingssamtal: 6 månader–2 år.	Återfallsprevention: 1 gång per vecka à 1 timma. Behandlingssamtal: 1 gång per vecka à 45 minuter.	Endast individuellt.	2 socialsekreterare med KBT steg 1, 3 socialsekreterare med utbildning i Väckarklockan plus kortkurs i KBT. Alla har KBT-handledning. Socialsekreterarna har även ordinarie arbetsuppgifter t.ex. 30 klienter, varav 7 är i KBT-behandling.
Spindelns familjehemsvård i Sverige AB, SALA. Familjehem. 30 platser.	Ofta missbruk, men även annan problematik.	Teckenekonomi. Social färdighetsträning, återfallsprevention mm.	3 månader (utredningsplacering) upp till flera år.	Heldygnsvård med bl.a. teckenekonomi i dagliga livet. Konsulenter är i familjehemmet 1 gång per vecka och är tillgängliga på telefon (jour) dygnet runt.	Endast individuellt men använder familjehemmet plus eventuellt andra placeringar för t.ex. social färdighetsträning.	3 konsulenter, 1 överläkare, 1 psykolog, 1 socionom och 1 sjuksköterska. Alla har steg 1 i KBT. Flera har även utbildning i social färdighetsträning, återfallsprevention. Läkarsekreterare, barnpsykiolog för utredning samt ART- kompetens tas in på timmar.
Vård- och omsorgsförvaltningen, ULRICEHAMN. Öppenvård, även stödboende. Har idag 4–5 klienter, men kan ta emot fler.	Alkohol och blandmissbruk.	Återfallsprevention Väckarklockan.	15 veckor.	45–60 minuter per vecka.	Endast individuellt.	1 behandlare som arbetar med återfallsprevention. Utbildad i metoden.

## Community Reinforcement Approach (CRA)

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Socialtjänsten, ÖREBRO. Öppenvård. 170 klienter per 10 behandlare (ingår även andra behandlingsmetoder).	Alkohol och narkotika, även spelberoende.	Individuell behandling och vidmakthållande.	Cirka 1 år.	1–2 gånger per vecka à 1 timma, glesare efterhand (cirka 20 gånger).	Endast individuellt.	Socionomer och terapeuter med steg 1 eller steg 2. Utbildning och handledning var 3–4:e vecka.
Henjehemmet, GISLAVED. Öppenvård samt skyddat boende med behandling. Cirka 30 i behandling i öppenvård. 15 platser på boendet.	Alkohol och narkotika, även dubbeldiagnos. CRA med "de yngre" som kan återvända till ett "vanligt liv".	Eftersträvar att följa SiS-manualen.	3–6 månader.	4 gånger per vecka à 1 timma.	Mest individuellt.	9 behandlingsassistenter som alternerar mellan boende och öppenvård. Utbildning och handledning. Övrigt: 1 kökschef och 1 köksbiträde.
Pilen, NORRKÖPING. Öppenvård. Cirka 45 klienter.	Alkohol och narkotika, även spel- och köpberoende.	CRA-behandling enskilt, med självskattningsformulär, hemuppgifter, m.m. Erbjuder daglig sysselsättning, arbetsträning, etc.	1 år.	Första cirka tre månaderna 1–2 gånger per vecka à 1 timma inklusive hemuppgift. Sedan cirka 1 gång per månad à 1 timma.	Endast individuellt.	2 behandlingsassistenter och 1,5 socionomer Utbildning och handledning (1 gång per månad plus KBT-handledning 1 gång per månad).
Sigtuna Beroendemottagning, MÄRSTA. Öppenvård. 5 400 besök per år. Behandling, antabus, läkarbesök, rådgivning, alla sorter.	Alkohol Främst patienter som har kvar jobb etc. får CRA.	Behandling enligt SiS-manualen. Försöker involvera anhöriga. Återbesök efter 3–6 månader.	Cirka 12 veckor (12 gånger)	1 gång per vecka à 45 minuter plus eventuellt fler tillfällen för enbart Antabus-utdelning.	Endast individuellt.	2 sjuksköterskor, 0,7 sjuksköterskor på ungdomsmottagningen och 0,5 läkare. Utbildning i CRA. En terapeut har cirka 10 patienter i behandling.

### Forts. Community Reinforcement Approach (CRA)

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Socialtjänsten, FARSTA. Öppenvård. 31 klienter.	Alkohol och narkotika. Vuxna.	Individuell funktionsanalys och behandlingsmål. Gruppbehandling med målformulering, kommunikationsträning m.m. Eftervård. Inget organiserat arbete med anhöriga.	Individuellt: 2 veckor. Gruppbehandling: 3 månader. Eftervård: 8,5 månader. Totalt: 1 år.	Individuellt: 2 gånger per vecka à 1 timma. Gruppbehandling: 4 halvdagar per vecka. Eftervård: 1 gång per vecka à 1 timma.	Inledande individuellt, sedan grupp, även några med enbart individuellt.	3 socionomer. Erfarenhet från missbruksvård, utbildning och handledning.

### Psykodynamisk behandling

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Cityenheten Narkomanvårdsgruppen Centrum, GÖTEBORG. Öppenvård. Cirka 120, men alla är inte aktuella i behandling.	Narkotika, även f.d. narkomaner för t.ex. depression, och anhöriga.	Individuella samtal. Par- eller familjeterapi vid behov.	Oftast flera år, stora individuella skillnader.	1–2 gånger per vecka à 45–50 minuter.	Endast individuellt.	3,6 socionomer med minst steg 1 Krav på minst 13 klienter, ofta fler, per terapeut.
Rönningss Boställe, VÄSTERÅS. Behandlingshem. 9 platser.	Dubbeldiagnos. Kvinnor. Från 18 år.	PDT-behandling (psykolog). Individuella samtal, inte PDT.	1–2 år.	PDT: 45 minuter per vecka. Individuella samtal, inte PDT: 3 gånger per vecka à 45 minuter Psykolog: 1 gång per vecka à 1 timma.	Endast individuellt.	1 socionom, 2 beteendevetare, 1 sjuksköterska med specialistkompetens, 5 övriga och psykolog 1 dag per vecka.

## Forts. Psykodynamisk behandling

Enhet och verksamhet	Målgrupp	Behandlingskomponenter	Behandlingstid	Frekvens	Individuellt eller i grupp	Personal och utbildning
Skyddsvärnet, GÖTEBORG. Utslussningshem. 13 platser.	Alkohol, narkotika, spel. Mest från kriminalvården.	Stödboende. Köper till terapi om det efterfrågas, ingår inte i ordinarie behandling.	3–12 månader (oftast 4–8 månader)		Endast individuellt.	Tar in psykolog som är legitimerad psykoterapeut vid efterfrågan. Fast personal har inte PDT-kompetens.
Beroendecentrum, SÖDERTÄLJE. Öppenvård Specialistklinik. 70–80 klienter.	Alkohol och narkotika, även dubbeldiagnos. Från 18 år. Försöker remittera vidare till annan öppenvård när patienten inte längre behöver specialistvård.	Individualterapi, ofta inklusive läkemedelsbehandling. Återfallsprevention, stödsamtal, motivationssamtal, även ren läkemedelsbehandling.	Oftast flera år.	Initialt 3 gånger per vecka à 1 timma, sen 2 gånger per vecka à 1 timma.	Endast individuellt men remitterar vidare till familjeterapi.	1 överläkare, specialist psykiatri, 1 chefsjuksköterska och 2 sjuksköterskor. Läkare 24 timmar per vecka och psykolog 10 timmar per vecka (enbart utredning). Sjuksköterskorna har minst steg1 och/eller specialistkompetens. Övrigt: 1 läkarsekreterare och 0,75 reception.
Brunnsgården behandlingshem, SUNHULTSBRUNN. Behandlingshem (ägs av stiftelse). 22 platser.	Psykiskt störda missbrukare, både alkohol och narkotika.	Individualterapi, praktiskt arbete, ekonomisk sanering, pedagogiska inslag.	1 år till flera år (snitt 18 månader).	Terapi: 2 gånger per vecka à 45 minuter (kan delas upp i kortare sessioner).	Endast individuellt.	4 terapeuter minst steg 1, 1 sjuksköterska, 1 behandlingsansvarig och 6 behandlingsassistenter. Konsultläkare (dynamisk psykiatri). Personalen har handledning. Minst 0,5 personal per inskriven. Övrigt: 1 administratör.

### Behandlingsmetoder i IKB

Behandlingsmetoder som finns registrerade i IKB (v20a-v):

- a. Akupunktur
- b. Beteendeterapi
- c. Kognitiv beteendeterapi**
- d. Biofeedback
- e. Community Reinforcement Approach**
- f. Dramaterapi/psykodrama
- g. Gestaltterapi
- h. Handledd självhjälpskurs
- i. Identitetsterapi
- j. Jagstärkande psykoterapi/stödterapi
- k. Konfrontativ intervention
- l. Lösningfokuserad modell
- m. Minnesotamodell/tolvstegsbehandling**
- n. Motivational Enhancement Therapy (MET)**
- o. Motivational Interviewing**
- p. Neurolingvistisk programmering (NLP)
- q. Psykodynamisk insiktsterapi**
- r. Social färdighetsträning
- s. Socialpedagogisk ansvarsmodell
- t. Stresshantering/ avslappningsövningar
- u. Systemteoretisk modell
- v. Transaktionsanalytisk modell



