Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling?

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20 –2009
Kunnskapsoppsummering

kunnskapssenteret

Bakgrunn: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helse Sør-Øst å utføre en systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av langtidsbehandling for rusavhengige mennesker. **Metode:** Vi søkte systematisk etter systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier og observasjonsstudier i relevante internasjonale forskningsdatabaser. Vi valgte studier som oppfylte våre inklusjonskriterier. De inkluderte studiene ble vurdert i forhold til metodisk kvalitet. Deretter oppsummerte og presenterte vi resultatene fra studiene. **Resultat:** Vi inkluderte resultatene fra en systematisk oversikt og fem enkeltstudier. Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste inkonsistente resultater for sammenligningen av korttid versus langtidsbehandling. Det synes ikke å være datagrunnlag til å hevde at langtidsbehandling var bedre enn kortidsbehandling, men resultatene må tolkes med forsiktighet. Ingen av studiene som omhandlet kostnads-effektivitet kunne med sikkerhet konkludere med at noen behandlingstiltak var mer kostnadseffektive enn andre.
Konklusjon: Vår systematiske gjennomgang av forskningslit-

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavsplass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-247-3 ISSN 1890-1298

nr 20–2009

kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) teraturen viste inkonsistente resultater for sammenligning av korttid versus langtidsbehandling for rusavhengige. Dette gjelder også for de helseøkonomiske evalueringene. Det er behov for forskning som sammenligner effekten av langtid versus korttids rusbehandling og spesielt med sammenligninger av korttids poliklinikk med langtids døgninstitusjoner.

Tittel Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling?
Institusjon Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig Magne Nylenna, fungerende *direktør*
Forfattere Steiro, Asbjørn, *forsker (prosjektleder)*
Dalsbø Therese Kristine (*seniorrådgiver)*
Smedslund, Geir *(fung seksjons leder)*
Hammerstrøm, Karianne Thune (*forskningsbibliotekar)*
Samdal, Kristian (*helseøkonom)*

ISBN 978-82-8121-247-3
ISSN 1890-1298
Rapport Nr 20
Prosjektnummer 477
Rapporttype Systematisk kunnskapsoppsummering
Antall sider 46 (70 med vedlegg)
Oppdragsgiver Helse Sør-Øst Regionalt Helseforetak (RHF)
Sitering Steiro, A., Dalsbø, TK., Smedslund, G. Hammerstrøm, KT, Samdal, K. Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for personer med rusavhengighet sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling? Rapport Nr 19-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, august 2009

Forkortelser

ASI	Addiction Severity Index
DSM lll-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	International Classification of Diseases and related health problems
PCS	Prospective Cohort Study
PSI	Problem Severity Index
RCS	Retrospective Cohort Study
RCT	Randomised Controlled Trial
SC-90-R	Symptom Checklist-90-R

1-side oppsummering

Bakgrunn
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helse Sør-Øst å utføre en systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av langtidsbehandling for rusavhengige mennesker.

Problemstilling
I denne rapporten besvarer vi to overordnede spørsmål: 1) Hva viser forskning om effekt av langtidsbehandling i institusjon sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling for rusavhengige? 2) Hva er helseøkonomiske kostnader ved langtidsbehandling sammenlignet med kortidsbehandling av rusavhengighet?

Metode
Vi søkte systematisk etter systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier og observasjonsstudier i relevante internasjonale forskningsdatabaser. Vi valgte studier som oppfylte våre inklusjonskriterier. De inkluderte studiene ble vurdert i forhold til metodisk kvalitet. Deretter oppsummerte og presenterte vi resultatene fra studiene.

Resultater
Vi inkluderte resultatene fra en systematisk oversikt og fem enkeltstudier. Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste inkonsistente resultater for sammenligningen av korttid versus langtidsbehandling. Det synes ikke å være datagrunnlag til å hevde at langtidsbehandling var bedre enn kortidsbehandling, men resultatene må tolkes med forsiktighet. Ingen av studiene som omhandlet kostnadseffektivitet kunne med sikkerhet konkludere med at noen behandlingstiltak var mer kostnadseffektive enn andre.

Konklusjon
Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste inkonsistente resultater for sammenligning av korttid versus langtidsbehandling for rusavhengige. Dette gjelder også for de helseøkonomiske evalueringene. Det er behov for forskning som sammenligner effekten av langtid versus korttids rusbehandling og spesielt med sammenligninger av korttids poliklinikk med langtids døgninstitusjoner.

Sammendrag

BAKGRUNN

Helse Sør-Øst Regionalt Helseforetak (RHF) bestilte i januar 2008 en kunnskapsoppsummering om effekten av langtidsbehandling i institusjon (over seks måneder) for mennesker med rusavhengighet sammenlignet med poliklinisk spesialistbehandling. De ønsket også en oppsummering av den helseøkonomiske kostnadseffektivitet ved langtidsbehandling sammenlignet med korttids poliklinisk spesialistbehandling for rusavhengighet. De regionale helseforetakene gir tverrfaglig spesialisert rusbehandling til rusavhengige på fire nivå:

- Avrusning
- Poliklinisk behandling
- Korttids døgnbehandling (under seks måneder)
- Langtids døgnbehandling (over seks måneder)

I Norge var det totalt 1596 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2006. Nesten halvparten var døgnplasser med langtidsbehandling (over 6 måneder), en tredjedel var døgnplasser med korttidsbehandling (under 6 måneder), og ca en sjettedel var akutt-/avrusingsplasser.

Prosjektgruppen delte bestillingen i to, og spesifiserte den som følgende problemstilling:

1. Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengighet (over seks måneder) sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling (under seks måneder)?

2. Hva er helseøkonomiske kostnader ved langtidsbehandling sammenlignet med kortidsbehandling av rusavhengighet?

METODE

Vi søkte i mars 2008 etter systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier og prospektive kohort studier for de aktuelle spørsmålene i bestillingen. Vi oppdaterte søket i februar 2009. Vi utførte søket i følgende databaser; Cochrane Library, CRD, Embase, Medline, PsycINFO og SveMed+. Den metodiske kvaliteten til de ink-

luderte studiene ble kritisk vurdert i henhold til sjekklistene til Kunnskapssenteret. Informasjonen fra de inkluderte studiene ble trukket ut og presentert. Innholdet i rapporten ble fagfellevurdert og presentert for bestiller før publisering.

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Kunnskapsgrunnlaget består av 1 systematisk oversikt, tre observasjonsstudier og to helseøkonomiske evalueringer som vurderte kostnadseffektiviteten av korttidsbehandling sammenlignet med langtidsbehandling av rusavhengige. Søket ga mange treff på sammenligninger av behandlingseffekten av rusavhengighet i sykehus (in-patient) og poliklinikk (out-patient), men disse studiene er ikke inkludert i denne rapporten.

RESULTATER

Den systematiske oversikten viste at langtidsbehandling i et terapeutisk samfunn (TS) ikke ga signifikant bedre resultater enn annen type behandling for rusavhengige i døgninstitusjoner. Det var imidlertid ingen studier som direkte sammenlignet langtidsbehandling i døgninstitusjoner med korttids poliklinisk behandling. Vi har allikevel tatt med den systematiske oversikten fordi den inneholder en studie som sammenligninger korttids og langtidsbehandling, tre, seks og 12 måneder. Denne studien som sammenlignet et tre måneders med et seks måneders modifisert terapeutisk samfunn viste en høyere fullførings rate for tre måneders programmet enn seks måneders behandling. En sammenligning av et seks og et tolv måneders program med standard terapeutisk samfunn viste signifikant høyere retensjonsrate blant deltakerne i tolv måneders programmet sammenlignet med seks måneders programmet.

Resultater fra observasjonsstudiene indikerte en positiv effekt av behandlingen for de som ble behandlet i minimum tre måneder (90 dager). Forskerne fant vitenskapelig dokumentasjon for at effekten varte i 180-270 dager, for deretter å avta. Det var imidlertid færre tilbakefall i ikke-medikamentell poliklinisk behandling, enn i langtidsbehandling i rusinstitusjoner. Økt intensitet i behandlingen og pasient tilfredshet med tjenestene var assosiert med behandlingssuksess og forlenget tiden i behandlingen, som igjen var relatert til positive utfallsmål. Pasienter med alvorlig rusavhengighet mottok flere tjenester og var også mer fornøyde med behandlingen. Dette mønsteret gjaldt både for pasientene som fikk behandling i poliklinikk og i døgninstitusjonene. Funnene må tolkes med forsiktighet.

Vi fant få relevante helseøkonomiske evalueringer som analyserte kostnadseffektiviteten av langtidsbehandling sammenlignet med korttidsbehandling. De to inkluderte helseøkonomiske studiene var cost-benefit analyser gjort i USA, som beregnet kostnadseffektivitet av henholdsvis langtids- og poliklinisk behandling og langtids-, poliklinisk samt korttidsbehandling i institusjon. Den ene studien konkluderte med at

både langtids- og poliklinisk behandling var kostnadsbesparende for samfunnet for behandling av kokainavhengige med benefit to cost ratioer på henholdsvis 1,68-2,73 og 1,33 - 3,26. Den andre studien analyserte sammenhengen mellom intensitet og tid i behandling, og antydet at kortere behandlingstid i institusjon eller overføring til poliklinisk behandling kan være mer kostnadseffektivt i forhold til langtidsbehandling i institusjon. Den marginale nytten, målt i amerikanske dollar, for en ekstra dag i behandling utgjorde 94 %, 29 % og 9 % av de gjennomsnittlige kostnadene for en ekstra dag i behandling for henholdsvis poliklinisk behandling, kortidsbehandling i institusjon og langtidsbehandling i institusjon. Det ble likevel understreket at resultatene måtte tolkes med forsiktighet.

KONKLUSJON

Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste inkonsistente resultater for sammenligningen av korttid versus langtidsbehandling for rusavhengige. Basert på tilgjengelig forskning kan vi derfor ikke konkludere om det ene er bedre enn det andre. Det er derfor behov for forskning som sammenligner effekten av langtid versus korttids rusbehandling. Det ble i den helseøkonomiske gjennomgangen antydet at kortere behandlingstid i institusjon eller overføring til poliklinisk behandling kan være mer kostnadseffektivt i forhold til langtidsbehandling i institusjon. Ny forskning kan endre våre konklusjoner.

Key messages

Long term institutional or residential treatment of patients with substance abuse compared to short-term outpatient treatment

Background

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services was asked by Helse Sør-Øst RHF (South-Eastern Norway Regional Health Authority) to review research about the effects of long-term institutional treatment of patients with substance abuse compared with short-term outpatient treatment.

Objective

The objectives were to assess the effectiveness of; 1) long-term treatment of patients with substance abuse compared to short-term treatment and 2) to estimate the cost-effectiveness of long-term treatment compared to short-term treatment.

Methods

We searched systematically for systematic reviews, randomised controlled trials and cohort studies in international databases. We appraised and synthesized studies that met our inclusion criteria.

Results

We included one systematic review and five studies, three cohort studies and two health economy evaluations in our review. Although residential treatment may offer some specific advantages, the conclusion here is that improvement among day treatment clients was not significantly different from that of residential treatment clients. Few baseline predictors were prospectively related to relapse at 12 and 18 months. Results from health economic evaluations suggest that outpatient and short-term residential treatments might be cost effective compared to long-term residential treatment.

Conclusion

Our systematic review gave no compelling evidence to support long term treatment over short term interventions for drug addiction. However, it was emphasized that the results must be interpreted carefully, because of low quality of economic studies. Results from new research may alter our conclusions.

Executive summary

Long term institutional or residential treatment of patient with substance abuse compared to short-term outpatient treatment

BACKGROUND

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services was asked by Helse Sør-Øst RHF (South-Eastern Norway Regional Health Authority) to review national and international research concerning long-term treatment of substance abuse compared with short-treatment, and comparison of inpatients and outpatients.

The objectives were to assess the effects of the following interventions: 1) to compare the effectiveness of long-term treatment of patient with substance abuse compared to short-term treatment. 2) To estimate the cost-effectiveness of long-term compared to short-term treatment.

METHODS

We conducted a systematic literature search in March 2008 (updated in February 2009) in the following electronic databases: Medline, Embase, Cochrane Library, PsychInfo, Cinahl, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Eric, International Bibliography of the Social Sciences, Social Sciences Citation Index, Social Care Online, C2-SPECTR, SveMed+, BiblioMap, Bibsys and Google Scholar. Predefined criteria of study quality are appraised according to the Knowledge Centre's methodological handbook.

We searched for systematic reviews, randomised controlled trials, prospective cohort studies and economic evaluations according to predefined inclusion criteria. To be included a study had to present results about effects of long term treatment in institutions or residential drug abuse treatment. The treatment program had to serve patients with substance use disorder. We summarized the reported results and assessed the quality of the evidence. One systematic review and five primary studies are included in this report.

RESULTS

We found several studies that reported a comparison of inpatient versus outpatient treatment. The systematic review showed little evidence that long-term treatment such as therapeutic communities (TC) offer significant benefits in comparison with other residential treatment, or that one type of TC is better than another. Three months compared with six months programmes within modified TC showed higher completion rates in the three months programme. Six months compared with 12 months standard TC with retention rate (40 days) was significantly greater with the 12 months than the six months programme.

For prospective cohort studies, the reduction in prevalence of cocaine use in the year after treatment was associated with longer treatment durations (+ 6 months) in Long Term Residential (LTR) and Outpatient Drug Free (ODF) treatment. In addition, reductions in illegal activity and increase in full time employment were related to treatment stays more than 6 months. The threshold of treatment effect was 90 days, and it lasted for up to 270 days. After this interval, the effect of the treatment declines. There were fewer relapses to drug abuse in the group of outpatient drug free treatment than in the long term residential treatment.

Controlling for multiple factors, treatment duration had a positive linear relationship with primary drug use improvement among methadone clients and an inverted-U-shaped relationship as a function of time with overall and primary drug use improvements among out-patient and long-term residential clients. Improvement with longer duration is greatest for long-term residential clients. Greater service intensity and satisfaction were positively related to either treatment completion or longer treatment retention, which in turn was related to favourable treatment outcomes. Patients with greater problem severity received more services and were more likely to be satisfied with treatment. These patterns were similar for patients regardless of whether they were treated in outpatient drug-free programs or residential programs.

Only two cost-benefit analyses were included to describe health economic consequences of long-term treatment of substance abuse compared to short term treatment. The first study estimated benefit to cost ratios of long-term residential treatment and outpatient drug-free treatment, while the second also considered the cost-effectiveness of short term inpatient treatment. The first study estimated benefit to cost ratios of 1,68-2,73 and 1,33-3,26 for long-term treatment and outpatient treatment respectively, concluding that both treatment modalities provided evidence of significant returns on these treatment investments for cocaine addiction. The second were more focused on quantifying the economic benefit of increased treatment duration and intensity in residential and outpatient treatment settings. The study calculated the economic benefit from an additional day of treatment to be on average of $5 for long-term residential treatment, $13 for outpatient drug-free treatment and $21 for short-term residential treatment. These benefits yielded 9%, 94% and 29% of

the cost of an additional day of care respectively, suggesting that outpatient and short-term residential treatments might be cost effective compared to long-term residential treatment. However, it was emphasized that the results must be interpreted carefully.

CONCLUSION

Our systematic review gave no compelling evidence to support long term addiction treatment over short term treatment. However, it was emphasized that the results must be interpreted carefully, because of low quality for economic studies. Results from future research may alter our conclusions.

Innhold

FORKORTELSER **2**

1-SIDE OPPSUMMERING **3**

SAMMENDRAG **4**
Bakgrunn 4
Metode 4
Kunnskapsgrunnlaget 5
Resultater 5
Konklusjon 6

KEY MESSAGES **7**

EXECUTIVE SUMMARY **8**
Background 8
Methods 8
Results 9
CONCLUSION 10

INNHOLD **11**

FORORD **13**

PROBLEMSTILLING **14**

INNLEDNING **15**
1.1 Langtidsbehandling av rusavhengighet 15
1.2 Poliklinisk korttidsbehandling 16
1.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling 16

METODE **17**
2.1 Litteratursøk 17
2.2 Inklusjonskriterier 17
2.3 Eksklusjonskriterier 18
2.4 Artikkelutvelgelse 18

RESULTAT **20**
3.1 Kunnskapsgrunnlaget 20
3.2 Artikkelutvelgelse 20

3.3 Systematisk oversikt 21
3.4 Observasjonsstudier 22
3.5 Helseøkonomiske evalueringer 26

DISKUSJON **30**
4.1 Langtidsbehandling av rusavhengighet 30
4.2 Frafall og tilbakefall i behandlingen 30
4.3 Tilstrekkelig tid i behandling? 31
4.4 Styrker og svakheter 32
4.5 Overførbarhet og representativitet 33
4.6 Matching av pasienter til behandling 33
4.7 Helseøkonomiske evalueringer 34

KONKLUSJON **38**
Behov for videre forskning 38

REFERANSER **40**

VEDLEGG **43**
7.1 Søkestrategi 43
7.2 Figur: Utvalgsprosess av identifiserte effekt studier 54
7.3 Ekskluderte effektStudier 55
7.4 Ekskluderte helseøkonomiske studier 62
7.5 Ekskluderte systematiske oversikter (Fulltekst) 67
7.6 Sjekklister for vurdering av metodisk kvalitet 68
Sjekkliste for systematiske oversiktsartikler 68
Oppsummering kritisk vurdering av systematisk oversikt 69

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helse Sør-Øst Regionalt Helseforetak (RHF) å oppsummere effekten av langtidsbehandling i institusjon for pasienter med rusavhengighet. Formålet var å finne ut om langtidsbehandling i institusjoner (inkludert bokollektiv) er bedre enn korttids poliklinisk rusbehandling.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: forsker, Asbjørn Steiro, Kunnskapssenteret
- Seniorrådgiver, Therese Dalsbø, Kunnskapssenteret
- Seniorforsker Geir Smedslund, Kunnskapssenteret
- Forskningsbibliotekar Karianne Thune Hammerstrøm, Kunnskapssenteret
- Helseøkonom Kristian Samdal, Kunnskapssenteret

Rapporten har vært til ekstern fagfellevurdering hos Edle Ravndal ved Statens Institutt for Rusmiddelforskning (SIRUS) og Hege Kornør ved Folkehelseinstituttet (FHI). Vi fikk gode kommentarer og har tatt hensyn til mange av dem, men innholdet i rapporten står Kunnskapssenteret ansvarlig for. Rapporten har også vært internt fagfellevurdert av forsker Elisabeth Gjerberg og forskningsbibliotekar Ingvild Kirkehei. Takk til Siri Jung og Kim Kun for bidrag som prosjektmedarbeidere.

Gro Jamtvedt	Geir Smedslund	Asbjørn Steiro
Avdelingsdirektør	*Fungerende forskningsleder*	*Prosjektleder*

Problemstilling

I denne rapporten oppsummerer vi forskning som sammenligner effektene av langtidsbehandling med korttidsbehandling for pasienter med rusavhengighet. Vi besvarer følgende spørsmål:

1) Hva var effekten av langtidsbehandling (over seks måneder) i døgninstitusjoner sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling for pasienter med rusavhengighet?

2) Hva var helseøkonomiske kostnader ved langtidsbehandling i døgninstitusjoner sammenlignet med poliklinisk kortidsbehandling for pasienter med rusavhengighet?

Innledning

I Norge var det 1596 døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2006. Behandlingen av rusavhengige inndeles i akutt avrusning-, poliklinisk korttids-, langtidsbehandling og ettervern. Nesten halvparten av tilbudet besto av døgnplasser som tilbød langtidsbehandling (over 6 måneder), en tredjedel var døgnplasser innen korttidsbehandling (under 6 måneder), og ca. en sjettedel var akutt-/avrusingsplasser. Private rustiltak som hadde avtale med et regionalt helseforetak dekker ca 60 % av døgnplassene. Totalt 15 prosent av langtidstilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (målt i oppholdsdøgn) var dekket ved tilleggskjøp utover det planlagte behandlingstilbudet (ad hoc plasser), som kom primært yngre ruspasienter til gode (Kilde: Helsedirektoratet 2006).

De ulike langtidsbehandlingene omfatter sosial-, psykisk-, helse- og yrkesrettet behandling. Poliklinisk korttids rusbehandling gis på dagtid. Vi ser at det er mange utfordringer tilknyttet behandlingsforløp, koordinering av tiltaksapparatet og bruk av ettervernstiltak for å beholde behandlingseffektene over lengre tid. Vi har ikke oppsummert forskning om avrusning eller ettervern i denne oppsummeringen.

1.1 LANGTIDSBEHANDLING AV RUSAVHENGIGHET

Langtidsbehandling av pasienter med rusavhengighet kan inkludere ulike psykososiale tilnærminger. Behandlingstilbudene innebærer institusjonsopphold eller opphold i bokollektiv over lang tid, gjerne med rehabilitering og oppfølging. Behandlingen har individuelle målsettinger (med varighet i ett år eller lengre). Metoder som benyttes kan være eksempelvis psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi, sosial trening og strukturert miljøterapi. Behandlingen gis både individuelt og i gruppe.

Døgnbehandling kan være terapeutiske tiltak som gjennomføres i en bolig, og der pasientene oppholder seg 24 timer i døgnet. Innenfor langtidsbehandling av rusavhengighet var det også forskjeller i behandlingslengde, intensitet målt etter antall sesjoner, hyppighet i behandlingen over tid (dag, uke, måned).

Forskning om langtidsbehandling har vist at så mange som 50 % av deltakerne dropper ut av tiltaket etter kort tid (en måned). Det har derfor vært et faglig spørsmål om hvilke tiltak som kan bidra til å holde deltakerne lengre i tiltakene (retensjon) og redusere frafallet for å kunne sikre langtidseffektene for pasientgruppene.

1.2 POLIKLINISK KORTTIDSBEHANDLING

Poliklinikkene tilbyr samtaleterapi og individuell oppfølgning for personer med rusavhengighet. Voksne rusavhengige kan få tilbud om utredning og diagnostisering. Dersom rusavhengigheten er for omfattende til å kunne behandles poliklinisk, vil poliklinikken kunne motivere og tilrettelegge for langtidsbehandling. Poliklinikkene tilbyr par-, familie- og individuell terapi for familier og pårørende som har opplevd avhengighetsproblemer og gruppetiltak for barn og ungdom som har pårørende med rusavhengighet. Pasienter med langvarig og alvorlig opiatavhengighet kan få tilbud om medikamentassistert rehabilitering.

Korttidsbehandlingen kan være intensiv med mange sesjoner og gitt som tverrfaglig spesialisert behandling.

1.3 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sammensatt av både helsefaglig og sosialfaglig personell. Videre så skal det bestå av polikliniske tjenester (DPS), døgnbaserte avrusingsenheter, korttids- og langtidsbehandling i institusjon. I utredningen av hvilke behandlingsbehov den enkelte pasient har gjennomgås blant annet disse forholdene:

1) fysisk helse
2) rusavhengighet
3) psykisk helse
4) familie/nettverk
5) skole/arbeid (1)

Metode

2.1 LITTERATURSØK

Vi søkte i mars 2008 etter systematiske oversikter for de aktuelle spørsmålene i rapporten. Vi oppdaterte søket i februar 2009. Der vi ikke fant oppdaterte og gode systematiske oversikter søkte vi etter enkeltstudier. Vi utførte søket i følgende databaser; Cochrane Library, CRD, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO og SveMed+.

Vi delte søket i tre; ett søk etter systematiske oversikter, ett etter enkeltstudier og ett etter helseøkonomiske studier. Søkestrategiene kombinerte søkeord (MeSH-termer og fritekst) for å identifisere studier som handler om behandling i institusjoner og poliklinisk, vi har lagt på et metodefilter for å identifisere studier med rett studiedesign, men brukte de samme søkeordene i alle de nevnte søkene. Søket etter randomiserte, kontrollerte studier og observasjonsstudier finnes bak i vedlegget.

Vi søkte ikke spesifikt etter langtidsbehandling eller kortidsbehandling, fordi det ikke finnes termer for å søke (systematisk) på dette i databasene. Vi tok derfor utgangspunkt i søketermer som omfatter institusjonsbehandling/døgn versus daginstitusjoner/poliklinisk behandling.

2.2 INKLUSJONSKRITERIER

Studiedesign (i prioritert rekkefølge):

1. Systematiske oversikter, oversikter.
2. Randomiserte kontrollerte studier
3. Ikke-randomiserte effektvurderinger, kontrollerte observasjonsstudier (kasuskontroll, kohort).

Populasjon: Personer over 16 år med rusavhengighet.

Tiltak: Langtidsbehandling i døgninstitusjoner.

Kontroll: Poliklinisk kortidsspesialistbehandling.

Utfall: Bruk av illegale stoffer, alkohol, nikotin og vanedannende legemidler (målt ved urinprøver eller selvrapportering), kriminalitet og fengsel.

Psykisk helse (inklusive kognitiv, sosial, emosjonell og motorisk utvikling atferdsproblemer, reguleringsvansker), kontakt med hjelpetjenester.

Symptom, livskvalitet, selvtillit, sosial tilpasning, mestring, funksjonsnivå, selvstendighet og tilfredshet. Overføring til akuttinstitusjon, tilbakefall.

Språk: Engelskspråklige artikler, samt artikler med engelsk sammendrag. Skandinaviske artikler.

2.3 EKSKLUSJONSKRITERIER

Design: Enkeltstudier som var rapportert i en inkludert systematisk oversikt. Tverrsnittsundersøkelser og kvalitative studier.

Populasjon: Enkeltpersoner i livskriser og sosiale kriser (for eksempel overganger mellom livsfaser, samlivsbrudd, arbeidsledighet, krenkelser, konflikter).

Tiltak: Rusbehandling som ikke sammenlignet langtid med kortidsbehandling. Studier som sammenlignet behandling i sykehus og poliklinisk, men som ikke undersøkte effekten av behandlingslengde.

Utfall: Alvorlig og/eller akutt sykdom.

2.4 ARTIKKELUTVELGELSE

Når resultatene fra litteratursøkene forelå ble de fordelt til to prosjektmedarbeidere. Uavhengig av hverandre ble referansene gjennomgått for å finne mulige treff i henhold til de forhåndsdefinerte inklusjonskriteriene. Hvis én av prosjektmedarbeiderne vurderte en tittel som mulig relevant, ble artikkelen bestilt i fulltekst. To personer vurderte, uavhengig av hverandre studiene i fulltekst. Artikler gikk videre til vurdering hvis prosjektmedarbeiderne var enige om at de var relevante. Hvis prosjektmedarbeiderne var enige om at en publikasjon ikke var relevant, ble den ekskludert (se 7.3 for en oversikt over ekskluderte studier). Ved uenighet om relevans ble studien vurdert av en tredje prosjektmedarbeider. De inkluderte artiklene er presentert i resultatdelen.

For å vurdere kvaliteten på artiklene benyttet vi sjekklisten for systematiske oversikter (EPOC-alternativet) og også for enkeltstudier etter Kunnskapssenterets håndbok. Vi vurderte den metodiske kvaliteten etter nivåene: høy, middels og lav kvalitet.

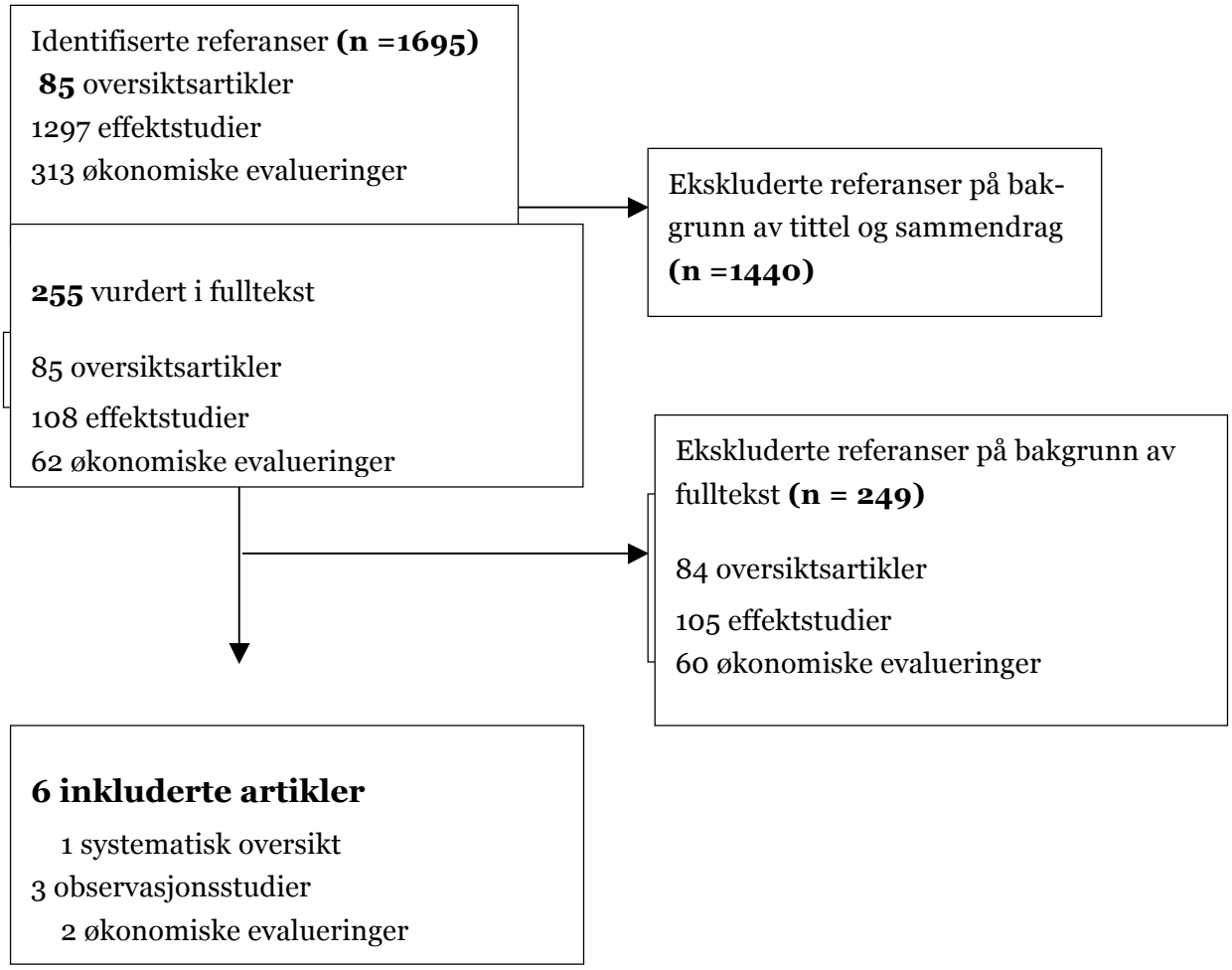
Vi samlet dataene fra de inkluderte studiene og beskrev resultatene i evidenstabeller. Tabellene inneholder opplysninger om forfatter (e), tittel og årstall for publikasjonen, informasjon fra studiene; design, populasjon, tiltak, resultater. Med bakgrunn i evidenstabellenes har vi laget en kvalitativ oppsummering av viktige funn fra dette kunnskapsgrunnlaget.

Resultat

3.1 KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Vi identifiserte i alt 1695 unike titler. Treffene var for systematiske oversikter (85), effektstudier og observasjonsstudier(1297) og helseøkonomiske vurderinger (313). For en oversikt over ekskluderte oversikter, enkeltstudier og helse økonomiske evalueringer (se 7.3, 7.4 og 7.5 i vedlegget).

3.2 ARTIKKELUTVELGELSE



3.3 SYSTEMATISK OVERSIKT

Vi fant en systematisk oversikt som sammenlignet langtid versus korttid, og/eller dag versus døgnbehandling (se tabell 1) av rusavhengighet. Vi vurderte at den systematiske oversikten hadde høy metodisk kvalitet.

Den systematiske oversikten av Smith (2006) oppsummerte bruken av langtidsbehandling i et terapeutisk samfunn (TS) for rusavhengighet, spesielt med fokus på fullføring av behandling (2). Den inkluderte syv randomiserte kontrollerte studier. En sammenligning av et seks og et tolv måneders program med standard terapeutisk samfunn viste signifikant høyere retensjonsrate blant deltakerne i tolv måneders programmet sammenlignet med seks måneders programmet. En annen sammenligning av utfallsmålene etter behandling i tre eller seks måneder i et modifisert TS program viste høyere gjennomført behandlingsrate for deltakerne i tre måneders programmet. Døgnbehandling i terapeutisk samfunnskollektiv ble også sammenlignet med behandling på dagtid. Frafall i løpet av de første to ukene av behandlingen var lavere, men rusfrihet etter seks måneder var også lavere for rusavhengige som fikk døgnbehandling. Forfatterne konkluderer med at det er sparsommelig rapportering i studiene og at kunnskapsgrunnlaget derfor ikke er av høy kvalitet.

Tabell 1. Inkludert oversikt

	Smith 2006 (2) (systematisk)
Populasjon	Rusavhengige målt etter rusavhengighet, multippel avhengighet, sammensatte problemer som mentale helseproblemer. Mål på rusavhengighet: Addiction Severity Index (ASI).
Effektspørsmål	Hva var effekten av terapeutiske samfunn sammenlignet med andre behandlingsformer? Identifisere om effekten modifiseres av type rusavhengighet, frivillig eller behandling under tvang, tidligere behandling, behandlingskontekst og lengde på behandlingen.
Intervensjon	Terapeutisk samfunn (TS)
Sammenlikning	Intensivert behandlingsopplegg, dag versus døgn og en sammenlikning av tre med seks og 12 måneders pro-

	grammer.
Utfall	Skadelig bruk av rusmidler, selvrapportert bruk av alkohol, tilbakefall, tilbaketrekking fra behandling, ASI, fengsling, arbeid, arrest for besittelse av illegale rusmidler, overdoser.
Antall studier	7 RCT
Kvalitet på Oversikten	Høy kvalitet.

Oppsummert viste den systematiske oversikten:

- Deltakerne i et tre måneders program hadde høyere gjennomført behandlingsrate sammenlignet med et seks måneders modifisert program i et terapeutisk samfunn.
- Deltakerne i et tolv måneders program hadde signifikant høyere retensjonsrate sammenlignet med seks måneders standardisert behandling i et terapeutisk samfunn.

3.4 OBSERVASJONSSTUDIER

Vi inkluderte tre prospektive kohortstudier som sammenlignet rusbehandling i poliklinikk med langtidsbehandling i døgninstitusjon, ikke-medikamentell poliklinisk behandling og korttidsbehandling i sykehus. Stor variasjon i klientpopulasjoner gjorde det umulig å beregne en samlet effekt på tvers av studiene (dvs. å foreta en meta-analyse). Vi har derfor valgt å rapportere resultatene fra enkeltstudiene. Vi har vurdert den metodiske kvaliteten til å være middels for alle observasjonsstudiene.

Vi fant en kohortstudie som brukte registerdata fra DATOS databasen for å undersøke sammenhengen mellom behandlingslengde og utfallsmål etter behandling. Det var en studie av Hubbard (1997; 2003) som på bakgrunn av registerdata fulgte pasienter med en rusavhengighet til illegale rusmidler (3;4). Målet for studien var en femårs oppfølging for å undersøke sammenhengen mellom behandlingslengde og utfallsmål for metadonbehandling i poliklinikk, langtids institusjonsbehandling, ikke-medikamentell behandling i poliklinikk og kortidsbehandling i sykehus. Det var brukt en multivariat teknikk for å analysere estimater som kunne påvise en sammenheng mellom behandlingslengde og utfall på tvers av oppfølgingstidspunkt, som også kontrollerte for pasienters bakgrunnsfaktorer og atferd før oppstarten av behandling. Analysene inkluderte personer som deltok ved begge oppfølgingstidspunkter.

Reduksjon i prevalens av kokainbruk i året etter behandling var assosiert med en behandlingslengde på mer en seks måneder, og da spesielt for pasienter som fikk behandling i langtids institusjonsbehandling og ikke-medikamentell behandling i poliklinikk. Reduksjon i kriminalitet og økt fulltids arbeidsstatus var assosiert med en behandlingslengde på seks måneder eller mer, og da spesielt for pasienter som fikk langtids institusjonsbehandling for rusavhengighet. Resultater for ett år og fem års oppfølging antyder stabilitet i utfallene for behandlingene. En svakhet med data som sammenlignet ett års oppfølgingen med fem år, var redusert utvalg og flere pasienter i gruppen med langtidsbehandling, som kan ha påvirket resultatene.

En annen sammenheng var at et terskelnivå på 90 dager indikerte en minimums lengde for god behandling for gruppen rusavhengige definert med høy alvorlighetsgrad. Fra 7,5 måneder var det en gradvis økning i tilbakefall for begge gruppene, men litt større økning for ikke-medikamentell behandling i poliklinikk, enn for gruppen som fikk langtids døgnbehandling i institusjon. Resultatet av behandlingen flatet deretter noe ut, med gradvis økende tilbakefall. Resultatene indikerte også en reduksjon i bruken av kokain ett år etter behandlingen for pasientene som hadde fått mer enn seks måneders behandling. Resultatene var de samme for pasienter som fikk langtids døgnbehandling eller ikke-medikamentell behandling i poliklinikk. Reduksjon i illegal virksomhet og økning i antallet som var i fulltidsjobb var også assosiert med en behandlingstid på mer enn seks måneder.

De studiene som hadde langtidsoppfølging viste mindre forskjeller etter en oppfølgingstid på 18 og 24 måneder enn etter seks måneder. Det var imidlertid mangelfull rapportering i studiene på hvor mye (antall sesjoner) og hvor hyppig behandling klientene fikk (dag, ukentlig). Tilbakefall var mindre i ikke-medikamentell poliklinisk behandling, enn for pasienter som fikk langtidsbehandling i døgninstitusjoner. (Det var ca 10 % prosent høyere på flere av måletidspunktene).

En longitudinell studie av Hser (2003) sammenlignet pasienter som fikk metadonbehandling, med ikke-medikamentell poliklinisk behandling, og korttids døgnbehandling med langtids døgnbehandling. Studien hadde en oppfølgingstid på ett år (5). Forskningsspørsmålet var om kvantitet og kvalitet på tjenestene som deltakerne fikk de første tre månedene, hadde en sammenheng med retensjon og utfallsmål etter endt behandling. Resultatene ble målt som forskjellen mellom selvrapportert bruk av rusmidler i året før baseline og frekvensen i året etter avslutningen av behandling. Forbedring av rusavhengigheten økte med lengden på behandlingen. Større intensitet i behandlingen og i hvor stor grad deltakerne var fornøyd med tjenestene var relatert til gunstig utfallsmål på behandlingen. Pasienter med høyere alvorlighetsgrad i rusavhengigheten mottok flere tjenester og var også mer fornøyd med helsetjenestene. Dette mønsteret var likt og uavhengig av om pasienter fikk behandling i poliklinikk eller i langtids institusjonsbehandling. Forfatterne konkluderer

med at det er en sammenheng mellom intensitet i behandlingen og hvor fornøyd deltakerne var med helsetjenestene.

En studie av Zhang (2003) fulgte pasientgrupper som deltok i et lokalsamfunnsbasert program (6). Deltakerne hadde rusavhengighet til amfetaminer, alkohol, heroin og marihuana. Ved oppstart av studien ble deltakerne målt for alvorlighetsgrad for rusavhengighet med måleinstrumentene ASI og PSI. Pasienter som fikk kortidsbehandlingen hadde høyere fullføringsrater.

Klienter som oppholdt seg lengre en 90 dager i metadonbehandling hadde en signifikant reduksjon i bruk av heroin. Klienter med mer enn 14 dagers opphold i kortidsbehandling hadde bedre utfall på de samme målene. Når en kontrollerte for andre faktorer, så var lengre behandlingstid assosiert med mindre skadelig bruk for pasienter som fikk metadonbehandling. Men pasienter med en behandlingslengde på mer enn 18 måneder opplevde at denne forbedringen ble redusert. Forskerne fant en u-formet sammenheng for bruken av rusmidler over tid for pasienter som fikk poliklinikk og langtids døgnbehandling. Det betyr at bruken ble redusert etter behandlingen, for så å øke igjen.

Tabell 3 Inkluderte kohortstudier

Studie	Populasjon	Tiltak	Sammenligning	Resultater	Kvalitet
Hubbard, 1997, 2003 (3;4)	Rusavhengighet av illegale rusmidler. N=1 393 Alder: 30 + 50-60 % Afro-amerikanere. Tidligere behandling for rusavhengighet og behandling mer enn tre måneder. Selvrapportert bruk av kokain og opiater i tillegg til biologiske målinger.	Metadonbehandling i poliklinikk, langtidsbehandling i institusjon, ikke-medikamentell poliklinisk behandling og korttidsbehandling i sykehus. 5 års oppfølging. Langtidsbehandling gir et tilbud til personer med større variasjon i rusavhengighet.	Et skille mellom pasienter som fikk tre, seks måneder eller lengre behandling.	Reduksjon i prevalens av kokainbruk året etter avslutning av behandling var assosiert med lengre behandling (+ 6 måneder) for langtidsbehandling i institusjon og ikke-medikamentell poliklinisk behandling. Reduksjon i illegal virksomhet og økning i fulltidsjobb var assosiert med lengre behandlingstid (+ 6 måneder). Frafall: ikke rapportert.	Middels
Hser, 2004 (5)	Rusavhengighet til amfetamin, crack, alkohol, heroin og marihuana.	Undersøkte sammenhengen mellom behandling og utfall blant pasienter i et	Pasienter fra 36 ikke-medikamentell polikliniske behandlingssenter og institusjonsbehandling i 13 fylker ble vurdert etter	Om pasientene var fornøyd med tjenestene og grad av intensitet var positivt relatert til enten fullføring av behandling eller lengre behandling	Middels

	N= 1 939 Gjennomsnittsalder: 35 år. Kvinner: 51 %. Videregående skole: 39 %. Afro Amerikanere: 19 %, hvit: 53 % og latinamerikansk 21 %. Addiction Severity Index (ASI) og-Problem Severity Index (PSI) ble målt ved inntak.	lokalsamfunn sbasert tiltak for behandling av rusavhengighet.	inntak, utskrivning tre og ni måneder etter behandlingen. 9 måneders oppfølging.	(retensjon), som igjen var relatert til positive utfallsmål. Pasienter med høyere alvorlighetsgrad mottok flere tjenester og var mer fornøyde med tjenestene. Dette mønsteret var uavhengig av om de fikk behandling i ikke-medikamentell poliklinisk behandling eller døgn i rusinstitusjon (residential treatment). Frafall: 32 %.	
Zhang, 2003 (6)	Rusavhengighet. Aldersintervall 30 – 38 %, Kvinner 28- 45 %. Afro-amerikanere: 47-63 %. Videregående eller høyere utdanning 52—61 % N=4005 Primærbruken av illegale rusmidler og den samlete bruken av illegale rusmidler (heroin, kokain, crack, og marihuana) vurdert uavhengig av hverandre.	Baseline og ett års oppfølgingsintervju med klienter i metadonbehandling, polikliniske ikke metadonbehandling, korttids institusjonsbehandling og langtids institusjonsbehandlingsprogram.	Behandlingslengde. 12 måneders oppfølging.	Forbedring av bruken av rusmidler og forskjeller i den selvrapporterte maksimum frekvensen i bruk av rusmidler (dager per måned) i året før baseline intervju minus maksimum frekvensen i året etter utskrivning fra behandlingen. Frafall: Korttidsinstitusjon: 18 % 1 uke 23 % 2-13 uker Metadon: 20 % 1-4 uker 7 % ett år. Poliklinisk: 22 % 1 uke 13 % 2-13 uker Langtids institusjonsbehandl: 19 % 1 uke 7 % 2-13 uker	Middels

Oppsummert viste observasjonsstudiene:
• Reduksjon i prevalens av kokainbruk i året etter behandling var assosiert med

en behandlingslengde på mer en seks måneder, og da spesielt for pasienter som fikk behandling i langtids institusjonsbehandling og ikke medikamentell behandling i poliklinikk.

- En studie indikerte at 90 dager var en minimums lengde for god behandling for gruppen definert med høy alvorlighetsgrad av rusavhengigheten.
- Økt intensitet i behandlingen og tilfredshet med tjenestene økte graden av fullføring av behandlingen, som igjen var relatert til positive utfallsmål.
- Pasienter med alvorlig rusavhengighet mottok flere tjenester og var også mer fornøyd med dem. Dette mønsteret gjaldt både for pasientene som fikk behandling i poliklinikk og døgninstitusjonene.
- Når en kontrollerte for andre faktorer, så var lengre behandlingstid assosiert med mindre skadelig bruk for pasienter som fikk metadonbehandling. Pasienter med en behandlingslengde på mer enn 18 måneder opplevde at denne forbedringen ble redusert.

3.5 HELSEØKONOMISKE EVALUERINGER

Vi inkluderte i alt to studier som var relevante for vår problemstilling. Artiklenes metodiske kvalitet ble vurdert på bakgrunn av Kunnskapssenterets sjekklister for økonomiske evalueringer, og begge ble vurdert til å ha lav metodisk kvalitet.

En fullverdig økonomisk evaluering er en analyse der alle relevante kostnader og konsekvenser/effekter av ulike tiltak sammenlignes med det formål å estimere kostnadseffektiviteten av tiltakene. I helsesektoren har denne typen analyser blitt nyttige hjelpemidler for beslutningstagere for å optimalisere fordelingen av knappe ressurser. På grunn av at beslutninger tas på mange nivåer i helsesektoren er også perspektivet på analysen av sentral betydning for hvilke kostnader og konsekvenser som skal inngå i en økonomisk evaluering[1]. Det finnes tre hovedformer for økonomiske evalueringer; cost-benefit analyser (CBA), cost-effectiveness analyser (CEA) og cost-utility analyser (CUA), hvor hovedforskjellen ligger i hvordan effekten av tiltakene måles.

Det er betydelige kostnader knyttet til behandling av rusavhengighet i Norge. I 2006 ble de totale kostnadene knyttet til spesialist behandling for alkohol- og narkotikamisbruk estimert til 2,1 milliarder kroner (EMCDDA national report 2007) (7). I tillegg kommer kostnadene ved behandling av rusavhengighet i andre deler av helsevesenet. Likevel vet man forholdsvis lite om kostnader av forskjellige behandlingsregimer for rusavhengighet. Å beregne kostnadseffektivitet på generell basis i forbindelse med rusomsorgen er problematisk på grunn av det komplekse forholdet mellom alle faktorene som påvirker problemstillingen. Det er derfor store utfordringer når det gjelder å hente inn "gode" data på grunn av store usikkerheter i kostnader og effekter av ulike behandlingstilbud. Det er også store forskjeller i pasientpopulasjonen mellom behandlingsgrupper og problemer med å definere et behandlingsmål som gjelder for alle pasienter.

[1] En kostnad for samfunnet er ikke nødvendigvis en kostnad for et helseforetak.

De helseøkonomiske vurderingene i denne rapporten er basert på en oppsummering av tilgjengelige økonomiske evalueringer, funnet etter et systematisk litteratursøk, samt en oppsummering av relevante konklusjoner fra SIRUS rapport nr. 4/2003 (8).

Det var ingen studier som direkte sammenlignet kostnadseffektivitet ved langtidsbehandling i institusjon med enten kortids- eller poliklinisk behandling. Likevel inkluderte vi to cost-benefit analyser (CBA) som beregnet kostnadseffektiviteten av behandlingene uavhengig av hverandre. De to studiene som ble inkludert (9;10), vurderte kostnadseffektivitet knyttet til langtidsbehandling i institusjon, korttidsbehandling i institusjon eller poliklinisk behandling. Begge studiene er gjort i USA som cost-benefit analyser uten direkte sammenligninger, og kostnadseffektiviteten til behandlingstilbudene er derfor gjort uavhengig av hverandre.

Tabell 4 Inkluderte økonomiske evalueringer

Studie	Populasjon	Intervensjon	Utfallsmål	Resultat	Kvalitet
Flynn et al., 1999 (9)	Kokainavhengige fra 10 storbyer i USA. N=502 Tidsperspektiv: 1 år	1) Langtidsbehandling i institusjon (LTR[2]) 2)Poliklinisk behandling 1 time i uka (ODF[3])	Effekten av behandling i forhold til kostnader, i form av benefit to cost ratioer, netto nytte av en behandling[4] målt i US dollar.	LTR: benefit to cost ratio variasjon fra 1,68 – 2,73. Netto nytte: $7745. ODF: benefit to cost ratio varierte fra 1,33 – 3,26. Netto nytte: $469.	Lav
Koening et al, 2000 (10)	Rusavhengige generelt (USA) N=3065 Tidsperspektiv: 1 år	1) Langtidsbehandling i institusjon (LTR) 2) Korttidsbehandling i institusjon (STR[5]) 3) Poliklinisk behandling (ODF)	Marginal nytte for samfunnet ved en ekstra dag i behandling i forhold til gjennomsnittskostnader ved en ekstra dag i behandling.	Marginal nytte for samfunnet ved en ekstra dag i behandling: STR=$21 ODF=$13 LTR=$5 Marginal nytte i forhold til kostnadene: STR: 29 % ODF: 94 % LTR: 9 %	Lav

2 Longterm residential treatment
3 Outpatient drug-free treatment
4 Effekt målt
5 Shortterm residential treatment

Den metodiske kvaliteten ble vurdert til lav på begge studiene, hovedsaklig på grunn av at nytten av tiltakene ikke er basert på randomiserte studier. I tillegg er kostnadene og effektene som måles i studiene begrenset med hensyn på at en økonomisk evaluering bør inkludere alle relevante kostnader og effekter.

Studien til Flynn et al. hadde som mål å undersøke kostnader og nytte av LTR og ODF for behandling av kokainavhengige som deltok i DATOS (the Drug Abuse Treatment Outcome Studies) (9). Kostnadene var basert på gjennomsnittlige kostnader pr dag fra 19 behandlingsprogrammer (10 LTR, 9 ODF) og behandlingstid i de forskjellige programmene, mens nytten ble målt i kostnadsbesparelser pga redusert kriminalitet før, under og etter behandling. Resultatene viste at pasientene i LTR var forbundet med høyere kostnader knyttet til kriminalitet før behandling enn ODF, hadde størst reduksjon i disse kostnadene ett år etter behandling, og hadde størst netto nytte. Benefit to cost ratioer for begge behandlingstilbudene viste at behandlingene ikke bare var kostnadseffektive, men også kostnadsbesparende sett fra et samfunnsperspektiv. En streng sammenligning av gjennomsnittlig netto nytte per behandling, LTR=$7745 og ODF=$469, kan tolkes som at samfunnet har større nytte av langtidsbehandling i institusjon enn poliklinisk behandling. Dette resultatet må likevel sees i sammenheng med studiens begrensninger.

Studien til Koenig et al. hadde som mål å undersøke kost-nytte forholdet av lenger behandlingstid og høyere intensitet for pasienter behandlet i institusjon og poliklinikk (10). Kostnadene var basert på gjennomsnittlige kostnader pr dag i behandling, mens nytten ble målt som endringer i kostnader for helsesektoren, endringer i kostnader relatert til kriminalitet, endring i kostnader relatert til velferdsordninger og endringer i skatt betalt av pasientene som ble behandlet. Resultatene av studien ble presentert som marginal nytte ved en ekstra dag i behandling i forhold til gjennomsnittlige kostnader ved en ekstra dag i behandling. Det er verdt å merke seg at gjennomsnittlige kostnader ved en ekstra dag i behandling sannsynligvis er høyere enn den reelle marginale kostnaden. I tillegg er nytteberegninger konservative i den form at den samfunnsmessige gevinsten er utelatt mens pasientene er i behandling, noe som slår negativt ut på cost-benefit ratioene. Resultatene viste at marginal nytte ved en ekstra dag i behandling var $21 for STR, $13 ODF og $5 for LTR, som utgjorde henholdsvis 29,2 %, 93,6 % og 9,4 % av gjennomsnittskostnaden ved en ekstra dag i behandling. Disse resultatene kan tyde på at det kan være kostnadseffektivt å korte ned behandlingstiden i institusjoner og/eller overføre pasienter til poliklinisk behandling. Studien understreker likevel at resultatene må tolkes med forsiktighet.

Oppsummert viste de økonomiske evalueringene:

- Den ene studien konkluderte med at både langtids- og poliklinisk behandling var kostnadsbesparende for samfunnet for behandling av kokainavhengige.
- Den andre studien analyserte sammenhengen mellom intensitet og tid i behandling, og antydet at kortere behandlingstid i institusjon eller overføring til poliklinisk behandling kan være mer kostnadseffektivt i forhold til langtidsbehandling i institusjon.

- Det er usikkerhet knyttet til datamaterialet på grunn av at den metodologiske kvaliteten er lav for de helseøkonomiske evalueringene. Det er særlig behov for norsk forskning som studerer effekten av langtid versus korttids rusbehandling for rusavhengige personer.

Diskusjon

Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste sammensatte resultater for sammenligningen av korttid versus langtidsbehandling. Noen studier viste at behandling av rusavhengige i poliklinikker var like effektiv som døgnbehandling i institusjon, selv om pasienter i døgninstitusjoner hadde færre tilbakefall seks måneder etter behandlingen. Dokumentasjonen viste videre at behandling i døgninstitusjoner kan redusere frafallet for noen grupper med høy grad av rusavhengighet. Det er også usikkerhet knyttet til datamaterialet for de helseøkonomiske evalueringene på grunn av den lave metodologiske kvaliteten på studiene.

Det er gjennomført få studier som har sammenlignet langtidsbehandling av rusavhengighet i institusjon med korttids poliklinisk behandling. Det er også få studier som setter skillet mellom langtids og korttidsbehandling ved seks måneder. Vi fant mange studier som har sammenlignet behandling i sykehus med poliklinisk behandling, men som ikke sammenlignet korttid med langtidsbehandling. En ytterligere svakhet er at studiene er gjennomført i USA, som ikke er direkte sammenlignbare med norske forhold.

4.1 LANGTIDSBEHANDLING AV RUSAVHENGIGHET

I forskningslitteraturen er det faglig uenighet om hva som defineres som kort og lang behandlingstid. I noen amerikanske studier har en definert langtidsbehandling som behandling i tre måneder, andre over seks måneder til ett år. For noen grupper av rusavhengige har kliniske vurderinger vært at pasienten trenger lengre behandlingstid enn tre måneder. I enkeltstudier drøfter en om lengden på behandlingen, alvorlighetsgrad, sosiale bakgrunnsvariabler og graden av sammensatte psykiske helseproblemer hos pasientene predikerer effekten av utfallene av behandlingen på senere tidspunkt (11;12).

4.2 FRAFALL OG TILBAKEFALL I BEHANDLINGEN

Frafallet er et viktig problem i behandlingen av rusavhengighet. I en rekke av studiene rapporteres det om hvor stort frafallet var og det er også drøftet om hvilke tiltak som skal til for å at klientene skal kunne fullføre behandlingen (frafallskontroll). Dette gjøres for å kunne oppnå de ønskete langtidseffektene av behandlingen.

I studier av behandling av rusavhengighet rapporteres det om store frafall blant deltakerne (13-17). Noen trekk som kan framheves er høyere slutterater (frafall) blant grupper som deltok mer en 3 måneder. Drop-out var forbundet med å være yngre, være mann, arbeidsledig, ha kortere utdanning og manglende sosialt nettverk. I to av studiene fant forskerne at intensiteten på behandlingen var mer effektivt i å redusere skadelig rusbruk og bidra til fullføring av behandlingen, enn lengden på behandlingen (18;19). Den helseøkonomiske studien som analyserte sammenhengen mellom intensitet og tid i behandling antydet at kortere behandlingstid i institusjon eller overføring til poliklinisk behandling kan være mer kostnadseffektivt i forhold til langtidsbehandling i institusjon (10). I en norsk studie fant forskerne at å være deprimert i tillegg til rusavhengighet økte sannsynligheten for frafall (20).

En studie analyserte frafallet med utgangspunkt i om utfallene var forskjellige mellom ulike klientgrupper (21). Forskerne fant at dagpasienter hadde større sannsynlighet for frafall seks måneder etter utskrivning enn pasienter som fikk behandling i rusinstitusjoner. Imidlertid var det ingen forskjeller i mellom gruppene etter 12 og 18 måneder.

I noen programmer har en utviklet forebyggende tiltak for å redusere drop-out og tilbakefall blant rusavhengige. I forskningssammenheng har en sett nærmere på hvilke tiltak som har dokumentert effekter av ”relapse prevention” (RP) og som kan bidra til å øke effekten av behandling av rusavhengighet (22-28). Noen sentrale funn i fra de nevnte studiene var; konstruert sosial støtte var ikke effektiv, mens støtte fra et nært sosialt nettverk var en viktig faktor for å lykkes i behandlingen. Kognitive strategier som inneholdt unngåelse og distraksjon indikerte å virke. I en studie av personer med kokainavhengighet var oppmøte flere ganger i uken på klinikken, med ukentlig belønning for overholdelse og avholdenhet, 24 timers tilgjengelighet til forskere og manual terapi virksomt. Det var også vitenskapelig støtte for at gruppetiltak var mer effektive enn individuell RP-tiltak (23-28).

4.3 TILSTREKKELIG TID I BEHANDLING?

I forskningslitteraturen drøftes hva som var tilstrekkelig lengde på behandlingen for å oppnå ønsket effekt av tiltaket. Det finnes ulike former for forebyggende tiltak (relapse prevention) individuelle tiltak for å øke ferdigheter til å mestre risiko, bevisst-het om risiko, vedlikehold av behandling og oppdatering av individuelle planer for behandling av rusavhengigheten. Det å forebygge tilbakefall blant deltakere, og nye runder med avrusning og ytterligere lang behandling av rusavhengigheten kan være viktige faktorer når en skal vurdere hva som er mest kostnadseffektive tiltak for samfunnet. På den annen side så kan langtidsbehandling bidra til ”innelåsing” i tiltakene, slik at en ikke forbereder pasientene på å mestre hverdagen.

I effektforskningslitteraturen som vi har gjennomgått argumenteres det for at personer med rusavhengighet bør ha behandling fra tre til seks måneder for å sikre de ønskete langtidseffektene av tiltakene. I prospektive kohort studier har vi sett at forskere opererer med en minimumsgrense på en behandling i inntil tre måneder (90 dager). Det er vitenskapelig dokumentert at effekten av behandlingen var større inntil et tidsspenn på 180-270 dager der effekten flater ut og så avtar. Etter dette øker tilbakefall for gruppen som hadde høyere alvorlighetsgrad i forhold til rusavhengigheten (4).

Et annet viktig poeng er om det er spesielle karakteristika ved klientpopulasjonene, som påvirker utfallet av rusbehandlingen eller om det er innholdet i tiltaket i seg selv. Noen studier har brukt andre måleinstrumenter som ASI for å klassifisere alvorlighetsgraden i rusavhengigheten til den enkelte pasient, slik at en kan vurdere hva som er tilstrekkelig behandling for definerte grupper. Vi gjennomgikk studiene for å se nærmere på om deltakerne skiller seg ut med hensyn til sentrale bakgrunnsdata. Vi har rapportert i tabellene der vi fant opplysninger om en har klassifisert alvorlighetsgraden av rusavhengigheten til deltakerne.

4.4 STYRKER OG SVAKHETER

Vi vil peke på noen svakheter med de sammenligningene som vi har studert. Dette kunnskapsgrunnlaget er basert på en systematisk oversikt med høy kvalitet, tre enkeltstudier med middels kvalitet og to helseøkonomiske evalueringer med lav metodisk kvalitet. Det betyr at det hefter en del usikkerhet knyttet til resultatene. Vi kan ikke konkludere med stor grad av sikkerhet at langtidsbehandling i institusjon er mer effektivt for personer med rusavhengighet sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling, eller vice versa.

Dette kan nyanseres ytterligere ved at noen undergrupper med høy alvorlighetsgrad av rusavhengighet trenger lengre behandlingstid for at den skal være effektiv. Det vil si at for enkelte grupper vil korttidsbehandling kunne medføre større frafall og tilbakefall, mens for andre grupper vil korttids poliklinisk behandling være tilstrekkelig.

En annen svakhet er at klientene som fikk behandlingen kan ha vært systematisk forskjellige fra de som ikke fikk behandlingen, slik at det er vanskelig å sammenligne gruppene på grunn av det store frafallet i studier. Vi har sett nærmere på dette for de oppsummerte studiene, og det er ikke rapportert et stort frafall, hvis en sammenligner med andre studier (se tabell 2/3). Det var også flere av studiene som i tillegg har gjennomført analyser for å se om tiltaksgruppa skiller seg ut fra resten av utvalget.

En betydelig svakhet, var at ingen av studiene var gjennomført i Europa og nordiske land som er sammenlignbare med norske forhold. Vi mangler derfor gode norske effektstudier, som sammenligner effekten av langtids versus kortidsbehandling for rusavhengighet. Og hvis en vil sammenligne effekten av langtidsbehandling i institu-

sjon av personer med rusavhengighet med poliklinisk kortidsbehandling, så er det behov for å gjennomføre effektstudier i Norge.

4.5 OVERFØRBARHET OG REPRESENTATIVITET

I en longitudinell prospektiv kohortstudie gjennomført av Gossop var det en reduksjon i frekvensen av bruk av illegale rusmidler blant grupper som fikk behandling i døgninstitusjoner og kommunale tiltak for metadonavhengige etter ett år (29). Men det var ingen signifikant forskjell fra inntak til behandlingen etter 4-5 år, for rusavhengige som brukte crack og alkohol. Det var også betydelige reduksjoner på tvers av en rekke typer problematferd for pasienter som fikk behandling på dagtid. Selv om det var store forskjeller i mellom populasjoner og tiltakene i mellom USA og Storbritannia, så konkluderer forskerne at det var mange likheter i utfallene fra denne multisenter studien til andre studier. Svakheten var imidlertid at det ikke var brukt en kontrollgruppe, som gjør at vi ikke kan slutte at effekten var et resultat av rusbehandlingen i seg selv.

Det finnes norske studier som har studert langtidsbehandling, men som ikke har sammenlignet korttid med langtidsbehandling. En norsk studie viste en reduksjon i bruken av rusmidler blant rusavhengige som var i behandling, og som var stabil over tid. De som var avholdne etter seks år hadde en reduksjon på sosial angst (30). I en randomisert studie av pasienter som fikk noe rådgivning mens de ventet på behandling (venteliste) og en gruppe som fikk behandling i sykehus ble det ikke funnet noen forskjeller mellom gruppene på drikking, arbeid og egen bolig, men pasienter som ventet på behandling hadde et større forbruk av disulfiram enn behandlingsgruppa (31). I en norsk studie av pasienter med et definert alkoholproblem fikk en gruppe behandling i sykehus og den andre i poliklinikk. For gruppen som fikk poliklinisk behandling så var de viktigste faktorene høyt alkoholforbruk før behandling og pasientens egne målsettinger med behandlingen (32).

4.6 MATCHING AV PASIENTER TIL BEHANDLING

Noen studier har sett nærmere på effekten av matching av pasienter til rusbehandlingsopplegg. Matching skjer vanligvis på bakgrunn av klient karakteristikker, som for eksempel graden av avhengighet og psykiske helseproblemer. En studie viste større effekt for gruppen som skåret lavt på graden av psykiske helseproblemer og som fikk poliklinisk behandling, for de av pasientene som fikk 12 stegs behandling sammenlignet med kognitiv terapi, men ingen av behandlingene var bedre for grupper med høy grad av psykiske helseproblemer (33). En studie viste større effekt for grupper som fikk høyintensitetsbehandling, sammenlignet med gruppen som fikk minimum behandling, mens den moderate gruppen forbedret seg bare på ett utfall (18).

En studie av pasienter som fikk matchet behandling indikerte 19 % bedre resultater etter seks måneder, sammenlignet med kontrollgruppen som ikke fikk tilpasset behandling (34). Disse resultatene ble bekreftet i en seinere studie der en fant at klienter som fikk matchet behandling var lengre i behandlingen og fullførte i større grad, men dette var ikke en kontrollert studie (35). I en studie av effekten av ettervern ble det funnet at klienter med høy grad av alkoholavhengighet hadde større effekt av 12 stegs modellen, mens grupper med lavere alvorlighetsgrad hadde større effekt av kognitiv atferdsterapi (36). En studie der målsettingen var å undersøke hva som var en effektiv behandlingskontekst viste at grupper med høy grad av alkoholavhengighet hadde større effekt av behandling i sykehus, enn å få poliklinisk behandling. Resultatene viste videre at gruppen med lav kognitiv fungering hadde større effekt av behandling i sykehus, sammenlignet med poliklinisk behandling (37).

4.7 HELSEØKONOMISKE EVALUERINGER

Det er en rekke problemer knyttet til å beregne kostnadseffektiviteten av ulike behandlingstiltak i rusomsorgen. Ett viktig problem er at det ofte ikke er korrelasjon mellom kostnadseffektiviteten av viktige resultatmål. En type behandling kan for eksempel være den mest kostnadseffektive behandlingen når det gjelder reduksjon i forbruk av rusmidler, mens den kan være mindre kostnadseffektiv enn andre behandlinger når det gjelder andre viktige resultatmål som for eksempel reduksjon av psykiske problemer og kriminell virksomhet (8). Det er derfor problematisk å kunne konkludere med kostnadseffektivitet på generell basis uten klart å definere hvilke resultatmål man ønsker å prioritere.

Et annet problem med å gjøre økonomiske evalueringer av behandlingstilbud i rusomsorgen er knyttet til heterogenitet mellom pasientgruppene. Forskjellene i karakteristika ved inntak til behandling kan være stor mellom de ulike behandlingstilbudene. Det at klientkjennetegnene påvirker hva slags behandling som tilbys, eller som pasientene oppsøker, gjør det problematisk å randomisere pasienter til forskjellige behandlinger, og man må derfor være forsiktig med direkte sammenligninger av effekten til de ulike tiltakene. De store variasjonene i klientkjennetegn gjør det også problematisk å overføre resultatene fra en studie til andre populasjoner.

En fullverdig økonomisk evaluering skal ideelt sett sammenligne alle relevante kostnader og effekter. Når det gjelder rusavhengighet er det åpenbart store utfordringer i å identifisere, måle og validere alle disse på grunn av kompleksiteten i alle faktorene som spiller inn. Rusavhengighet er ikke bare et helseproblem, men også et stort samfunnsproblem, da kriminalitet er en betydelig konsekvens av rusavhengighet. I tillegg påvirker rusavhengighet i stor grad både fysisk og psykisk helse hos personene, noe som gjør at kartlegging av alle relevante kostnader og effekter av rusavhengighet er mer komplekst enn for mange andre intervensjoner i helsesektoren. Dette kan også sees i det at det er få studier tilgjengelig, både nasjonalt og internasjonalt, som bruker tradisjonelle metoder for å vurdere kostnadseffektiviteten av ulike tiltak

for behandling av rusavhengighet. I tillegg til at det er lite data og få studier tilgjengelig, er det stor usikkerhet i de data som foreligger både når det gjelder kostnader og effekter. På kostnadssiden er det stor usikkerhet knyttet til å beregne kostnadene for behandling i institusjon.

Det finnes en rekke forskjellige institusjoner som tilbyr behandling, og som drives på forskjellige måter, det blir derfor problematisk å gi en generell vurdering av hva kostnadene knyttet til en behandling i institusjon er. Når det gjelder kostnadene ved poliklinisk behandling er antall konsultasjoner av sentral betydning, og også her er det stor variasjon mellom pasientene. Når det gjelder effekten av ulike behandlinger er det som nevnt vanskelig å sammenligne ulike tiltak på grunn av problemer knyttet til å randomisere pasienter. I tillegg er det også stor variasjon i hvordan selve behandlingen i de forskjellige institusjonene er tilrettelagt, samt at pasientene ofte gjennomgår flere ulike behandlingstilbud. I tillegg er det også verdt å merke seg at forskjellige livshendelser i stor grad kan påvirke hvordan det går med rusavhengige, og dermed også påvirke resultatet av behandlingen (8). Disse faktorene gjør det derfor ofte vanskelig å kunne fastslå hva den reelle effekten av en behandling er.

Når det gjelder de to studiene som ble inkludert ut fra litteratursøket er det ingen åpenbare styrker ved noen av studiene. De største svakhetene ved begge studiene, som også trakk ned den metodiske kvaliteten, var de store usikkerhetene knyttet til effekten og kostnadene av tiltakene, samt begrensningene i hvilke kostnader og effekter som ble inkludert i analysene. I tillegg er studiene forholdsvis gamle, og gjør heller ikke direkte sammenligner av behandlingene. Det er derfor usikkert hvor relevante studiene er for å beskrive helseøkonomiske spørsmål knyttet til behandling av rusavhengige i Norge.

Resultatene i studien til Flynn et al (9) beregnet for langtidsbehandling i institusjon (LTR) og poliklinisk behandling (ODF) for kokainmisbrukere basert på registerdata fra the Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS) når det gjelder effekt, og the National Drug and Alcohol Treatment Unit Survey (NDATUS) når det gjelder kostnader. Resultatene tilsier at investering både i LTR og ODF er lønnsomt for samfunnet for denne pasientgruppen, og at netto nytten for en behandling i LTR er større enn ODF. Det er imidlertid viktig å være klar over at det er store forskjeller i klientkjennetegnene for de som ble behandlet i LTR og de som fikk poliklinisk behandling, der pasientgruppen i LTR ved inntak hadde generelt høyere grad av rusavhengighet enn pasientene i ODF. På grunn av de store forskjellene i klientkjennetegn ved inntak, er det derfor vanskelig å sammenligne behandlingsmetodene fordi man ikke vet noe om hvilken effekt pasientene hadde hatt dersom de hadde fått en annen behandling. Det er også viktig å merke seg at effekten av tiltakene kun er målt i sparte kostnader for samfunnet på grunn av redusert kriminalitet. Andre effekter av tiltakene er ikke analysert, og bør undersøkes nærmere.

Studien til Koenig (10) bygger også på registerdata fra The National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES), og benytter seg av regresjonsanalyser for å vurdere sammenhengen mellom lengde og intensitet av behandling og de økonomiske konsekvensene av behandling i institusjon og poliklinikk (uten bruk av legemidler). De økonomiske konsekvensene er definert som samfunnsnytten, målt i US dollar, av behandling for de som ikke er i behandling, og inkluderer kostnader i helsesektoren, kostnader forbundet med kriminalitet, kostnader ved velferdsordninger og skatteinntekter fra rusavhengige. Studien er derfor mer omfattende enn Flynn sin studie og gir mer utfyllende informasjon av effekten av de ulike behandlingsformene. I likhet med Flynn sin studie er det også her store forskjeller i klientkarakteristikker og usikre data som benyttes i analysene, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Vi har også valgt å legge vekt på den eneste prospektive studien av rusavhengige i behandling som analyserer kost-nytte forhold ved ulike behandlingsformer tilpasset norske forhold (8). En styrke ved denne studien er nettopp at den baserer seg på data innhentet i Norge. Studien analyserer blant annet en rekke aspekter knyttet til kostnadseffektiviteten av døgnbehandling og poliklinisk behandling[6], men analyserer i mindre grad effekten av kortere opphold i døgninstitusjonene. Studien ble ikke fanget opp av litteratursøket, men beskriver en rekke aspekter som er relevante for vår problemstilling, og er oppsummert under.

- En av hovedkonklusjonene er at det ikke er belegg for å hevde at det finnes en type behandling for narkotikamisbruk som gir best utfall på alle problemområder[7] for alle klienter. Dette skyldes blant annet ulikheter i klientgruppen og målsetning mellom forskjellige behandlingstiltak. Hva som er den mest kostnadseffektive behandlingen avhenger derfor av hvordan man vekter ulike behandlingsmål.
- Døgntiltakene kunne på flere områder vise til den jevneste, om ikke den største forbedringen, etter behandling. Kostnadene var derimot betydelig høyere, og poliklinisk behandling kunne derfor ofte virke mer kostnadseffektivt i form av resultater per investerte krone.
- Klientene som ble behandlet i poliklinikk hadde relativt få konsultasjoner, og kostnadseffektivitet som følge av høyere intensitet var usikker og bør derfor undersøkes nærmere. Dette gjelder også for behandlingstilbud på dagtid for rusavhengige, som i liten grad er utviklet i Norge.
- Noen av funnene i rapporten kan brukes i en diskusjon om den optimale lengden på behandlingsopphold, selv om de alene ikke er tilstrekkelige i forhold til gi klare anbefalinger. Den største forbedringen fant sted hos de klientene som var lengst i behandling. Imidlertid viste funnene at også en del med relativt kort behandlingstid hadde en betydelig forbedring, selv om disse var beheftet med større usikkerhet. Når man tar hensyn til kostnadene ved lange behandlingsopphold, var imidlertid ikke forbedringene per investerte krone større for denne gruppen enn for de med noe kortere behandlinger. Det betyr likevel ikke at man ut fra studien kan konkludere med å kutte ned på lengre behandlingsopphold. Rusavhengige er en differensiert gruppe og for noen kan korte opphold være tilstrekkelige, mens for andre kan lange opphold være nødvendige. Dette er avhengig av både hvor i rusmiddelkarrieren den enkelte klient er når vedkommende søker behandling, av den enkeltes psyko-

6 Omfatter psykiatriske ungdomsteam (PUT) og medikamentassistert rehabilitering (MAR)

7 For eksempel endringer i rusbruk, kriminalitet, helseproblemer og arbeid.

sosiale problemer og totale livssituasjon.

- Siden døgnbehandling for rusavhemgige i Norge i dag kun består av relativt lange behandlingsopphold hadde studien ingen mulighet for å sammenligne to relativt like grupper i henholdsvis langtids og kortidsbehandling (3-6 måneder). Selv om korte døgnopphold selvsagt vil være mindre kostnadskrevende enn lange, er det ikke sikkert at korte behandlingsopphold vil lønne seg på sikt (8;38;39).

Konklusjon

Vår systematiske gjennomgang av forskningslitteraturen viste sammensatte resultater for sammenligningen av korttid versus langtidsbehandling. Imidlertid indikerer dette kunnskapsgrunnlaget at enkelte undergrupper av for eksempel langtids rusavhengighet til alkohol, vil ha større effekt av langtidsbehandling, enn kortidsbehandling. Denne kunnskapen vektlegger at det er viktig med målinger av alvorlighetsgraden av rusavhengigheten hos den enkelte rusavhengige når en skal vurdere hva som vil være optimal behandlingslengde.

I denne rapporten har vi inkludert studier som tilfredsstiller kravene til pasienter med en definert rusavhengighet, relevante studiedesign, samt sammenligning av korttids og langtidsbehandling. Vi har vurdert utfallsmål som bruk av illegale stoffer, alkohol og vanedannende legemidler, sosial fungering, kriminalitet, arbeid og fengsel og kontakt med hjelpetjenester. Det var imidlertid en mangelfull rapportering av alvorlighetsgraden av rusavhengigheten i flere av studiene, for å kunne sammenligne ulike grupper. Dette hadde vært verdifull kunnskap for å kunne gi mer sikker kunnskap om hvilke pasientgrupper som har hatt best effekt av rusbehandlingen. Dette er en svakhet med dette kunnskapsgrunnlaget, men det er ikke uvanlig at det ikke rapporteres. Det kan finnes andre studier som kunne ha vært relevante, men der vi mangler metodisk god forskning til å kunne si noe om for eksempel effekten av korttidstiltak for mer ressurssterke grupper, eller pasienter med en kortere periode med rusavhengighet. Ny forskning vil derfor kunne endre våre konklusjoner.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Studiene var av forholdvis ny dato, og studiene basert på registerdata hadde lang oppfølgingstid. Det var relativt få studier som møtte inklusjonskriteriene våre og ingen av dem var norske effektstudier, som kunne ha gitt oss et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere hva som var effekten av langtidsbehandling av personer med rusavhengighet sammenlignet med kortidsbehandling.

Rusavhengige er som sagt en sammensatt pasientgruppe, som har fått ulike typer av behandling avhengig av graden av rusavhengighet, og om deltakerne var unge rusavhengige eller eldre grupper med en langtids rusavhengighet. I noe av den gjen-

nomgåtte forskningslitteraturen har det vært hevdet at sammenligningene kan være problematiske, fordi populasjonene er så vidt forskjellige.

Hvis en skal gjennomføre effektstudier i Norge som sammenligner korttids- med langtidsbehandling, så bør pasientgrupper være sammenlignbare på flere variabler, de bør ha en definert rusavhengighet og lik alvorlighetsgrad (ASI). Det bør være lik oppfølgingstid, som kan dokumentere langtidseffektene og som ikke bare måler endringer inntil ett år. Selv om det var store forskjeller mellom populasjoner og tiltakene i mellom USA og Storbritannia, så fant forskerne at det var mange likheter i utfallene fra multisenter studien. Svakheten var imidlertid at det ikke var brukt kontrollgruppe, noe som gjør at vi ikke kan trekke den slutning at effekten var et resultat av behandlingen (29).

Det kan være interessant å se nærmere på om ettervernstiltak vil kunne gi mer positive langtidseffekter for pasienter med rusavhengighet. Videre å studere hva som kan redusere behandlingstiden og kostnadene på døgnbehandling, og allokere mer ressurser til ettervernet for å begrense tilbakefall for definerte grupper av rusavhengige. Vi har sett i arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen et behov for å oppsummere den internasjonalt forskningen om ettervernet av rusavhengige. Vi fant en systematisk oversikt som støtter dette behovet for å kunne gi utvidete tiltak for rusavhengige enten da som en oppfølging ansikt til ansikt eller tettere oppfølging over telefon (40).

Det er behov for norske studier som kan svare på disse forskningsspørsmålene, fordi det er både sosiale og kulturelle forskjeller i mellom det amerikanske og norske samfunnet, men også forskjeller i støtteordninger. Det er også behov for å gjennomføre helseøkonomiske evalueringer, som studerer kostnadseffektiviteten av langtidsbehandling i institusjon med korttids poliklinisk behandling av rusavhengighet. Spesielt er det viktig med forskning som ser nærmere på intensitet på behandlingen og som gjør det i forhold til definerte grupper av rusavhengige.

Referanser

1. Johansen JA. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Et nytt tjenesteområde i speisalisthelsetjenesten. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2009;(3):269-72.

2. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database Syst Rev 2006;(1)

3. Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). [References]. Psychol Addict Behav 1997;11 (4):261-78.

4. Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). J Subst Abuse Treat 2003; 25(3):125-34.

5. Hser Y-I, Evans E, Huang D, Anglin DM. Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. Psychiatr Serv 2004; (7):767-74.

6. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. Addiction 2003; 98(5):673-84.

7. National report to the EMCDDA (2006 data) by the Reitox National Focal Point "NORWAY" New Developments, Trends and in-depth information on selected issues. Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research; 2007.

8. Melberg HO, Lauritzen G, Ravndal E. Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? ;En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning Oslo; 2003. (SIRUS rapport nr. 4/2003).

9. Flynn PM, Kristiansen PL, Porto JV, Hubbard RL. Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. Drug Alcohol Depend 1999;57 (2):167-74.

10. Koenig L, Harwood H, Sullivan K, Sen N. The economic benefits of increased treatment duration and intensity in residential and outpatient substance abuse treatment settings. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2000; (4):399-417.

11. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, Cnaan A, Cacciola JS, Tourian KA, et al. Baseline prediction of 7-month cocaine abstinence for cocaine dependence patients. Drug Alcohol Depend 2000;59 (3):215-21.

12. Friedman AS, Terras A, Ali A. Differences in characteristics of adolescent drug abuse clients that predict to improvement: For impatient treatment versus out-

patient treatment. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 1998;7 (3):97-119.

13. Brecht ML, Greenwell L, Anglin MD. Methamphetamine treatment: trends and predictors of retention and completion in a large state treatment system (1992-2002). J Subst Abuse Treat 2005; 29(4):295-306.

14. Chou CP, Hser YI, Anglin MD. Interaction effects of client and treatment program characteristics on retention: an exploratory analysis using hierarchical linear models. Subst Use Misuse 1998;33(11):2281-301.

15. Gottheil E, Sterling RC, Weinstein SP. Pretreatment dropouts: characteristics and outcomes. J Addict Dis 1997;16 (2):1-14.

16. Hansten ML, Downey L, Rosengren DB, Donovan DM. Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is "enough" enough? Addiction 2000;95(9):1403-16.

17. Ershoff D, Radcliffe A, Gregory M. The Southern California Kaiser-Permanente Chemical Dependency Recovery Program evaluation: results of a treatment outcome study in an HMO setting. J Addict Dis 1996;15 (3):1-25.

18. Chen S, Barnett PG, Sempel JM, Timko C. Outcomes and costs of matching the intensity of dual-diagnosis treatment to patients' symptom severity. J Subst Abuse Treat 2006;31(1):95-105.

19. Magura S, Fong C, Staines GL, Cleland C, Foote J, Rosenblum A, et al. The combined effects of treatment intensity, self-help groups and patient attributes on drinking outcomes. J Psychoactive Drugs 2005;37 (1):85-92.

20. Ravndal E, Vaglum P. Self-reported depression as a predictor of dropout in a hierarchical therapeutic community. J Subst Abuse Treat 1994;11 (5):471-9.

21. Greenwood GL, Woods WJ, Guydish J, Bein E. Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. J Subst Abuse Treat 2001;20 (1):15-23.

22. Barber, James GaC, Beth R. Social Support and Prevention of Relapse following Treatment for Alcohol Abuse. Research on Social Work Practice 1995;5 (3):July, 283-July, 296.

23. Channell SE. Comparing outcome of residential and intensive outpatient treatment services for substance dependence. Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering US: Univ Microfilms International 2000;60 (11-B)

24. Gossop M, Stewart D, Browne N, Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. Addiction 2002;97 (10):1259-67.

25. Graham K, Annis HM, Brett PJ, Venesoen P. A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. Addiction 1996;91 (8):1127-40.

26. McDowell DM, Rothenberg J, Sia A, Nunes EV, Levin FR. Improved retention designs for addiction. 152nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association 1999;

27. Schmitz JM, Oswald LM, Rhoades HM, Elk R, Grabowski J. Relapse prevention treatment in recently hospitalized cocaine dependence patients. NIDA Res Monogr 1994;153 :350.

28. Walton MA, Ramanathan CS, Reischl TM. Tracking substance abusers in longitudinal research: Understanding follow-up contact difficulty. Am J Community Psychol 1998;26(2):233-53.

29. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. The National Treatment Outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction 2003;98 (3):291-303.

30. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: A six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. BMC Psychiatry 2007;

31. Eriksen L. The effect of waiting for inpatient alcoholism treatment after detoxification. An experimental comparison between inpatient treatment and advice only. Addict Behav 1986;11 (4):389-97.

32. Duckert F. Predictive factors for outcome of treatment for alcohol problems. J Subst Abuse 1993;5(1):31-44.

33. Allen JP, Mattson ME, Miller WR, Tonigan JS, Connors GJ, Rychtarik RG, et al. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 1997;(1):7-29.

34. McLellan AT, Woody GE, Luborsky L, O'Brien CP, Druley KA. Increased effectiveness of substance abuse treatment. A prospective study of patient-treatment "matching". J Nerv Ment Dis 1983;171 (10):597-605.

35. Melnick G, De Leon G, Thomas G, Kressel D. A client-treatment matching protocol for therapeutic communities: first report. J Subst Abuse Treat 2001;21 (3):119-28.

36. Randall CL, Del Boca FK, Mattson ME, Rychtarik R, Cooney NL, Donovan DM, et al. Primary treatment outcomes and matching effects: Aftercare arm. Cambridge University Press; 2003.

37. Rychtarik RG, Connors GJ, Whitney RB, McGillicuddy NB, Fitterling JM, Wirtz PW. Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. J Consult Clin Psychol 2000;68(2):277-89.

38. Harwood H. The cost and components of substance abuse treatment. CSAT/The Lewin Group, National Evaluation Data Services (NEDS); 2001.

39. Richman A. Cost-effectiveness analyses of alcoholism and drug abuse treatment programs: the relevance of recidivism and resource absortion. Evaluation and Program Planning 1983;6 149-52.

40. McKay JR. Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? Addiction 2005;100 (11):1594-610.

Vedlegg

7.1 SØKESTRATEGI

Totalt 2022 treff

Ovid MEDLINE(R) 1950 to March Week 4 2008
09.04.2008
833 treff

1. exp Substance-Related Disorders/
2. ((drug or drugs or substance$ or alcohol or opioid$ or amphetamine$ or cocaine or marijuana or cannabis or phencyclidine or benzodiaz$) adj2 (misus$ or abuse$ or addict$ or depend$)).tw.
3. (alcoholi$ or drinker$ or drinking$).tw.
4. illicit drug$.tw.
5. or/1-4

6. Residential Treatment/
7. exp Residential Facilities/
8. Inpatients/
9. Therapeutic Community/
10. resident$.tw.
11. inpatient$.tw.
12. institution$.tw.
13. (therapeutic adj communit$).tw.
14. or/6-13

15. Outpatients/
16. Ambulatory Care/
17. exp Outpatient Clinics, Hospital/
18. Day Care/
19. (outpatient$ or out-patient$).tw.

20. ambulatory$.tw.
21. (day hospital$ or day care$ or day clinic$).tw.
22. (clinic$ adj visit$).tw.
23. pol#clinic$.tw.
24. non-resident$.tw.
25. or/15-24

26. 5 and 14 and 25

27. exp case control studies/
28. exp cohort studies/
29. Comparative Study.pt.
30. Cross-sectional studies/
31. Epidemiologic studies/
32. case control.tw.
33. cohort.tw.
34. cross sectional.tw.
35. (epidemiologic adj2 study).tw.
36. ((follow up or followup) adj2 study).tw.
37. longitudinal.tw.
38. observational.tw.
39. (prospective adj2 study).tw.
40. retrospective.tw.
41. or/27-40
42. Randomized Controlled Trial.pt.
43. case reports.pt.
44. comment.pt.
45. letter.pt.
46. editorial.pt.
47. animal/
48. human/
49. 47 not (47 and 48)
50. or/42-46,49
51. 41 not 50
52. randomized controlled trial.pt.
53. controlled clinical trial.pt.
54. randomized.ab.
55. placebo.ab.
56. clinical trials as topic.sh.
57. randomly.ab.
58. trial.ti.
59. 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58

60. humans.sh.
61. 59 and 60
62. 26 and (51 or 61)

Ovid EMBASE
1980 to 2008 Week 14
472 treff

1 exp drug abuse/
2 exp Alcohol Abuse/
3 Substance Abuse/
4 exp Addiction/
5 exp Drug Dependence/
6 exp Drug Dependence Treatment/
7 ((drug or drugs or substance$ or alcohol or opioid$ or amphetamine$ or cocaine or marijuana or cannabis or phencyclidine or benzodiaz$) adj2 (misus$ or abuse$ or addict$ or depend$)).tw.
8 (alcoholi$ or drinker$ or drinking$).tw.
9 illicit drug$.tw.
10 or/1-9

11 residential care/
12 Residential Home/
13 exp Institutional Care/
14 Hospital Patient/
15 Therapeutic Community/
16 resident$.tw.
17 inpatient$.tw.
18 institution$.tw.
19 (therapeutic adj communit$).tw.
20 or/11-19

21 Outpatient/
22 Outpatient Department/
23 Outpatient Care/
24 exp Ambulatory Care/
25 Day Care/
26 Day Hospital/
27 (outpatient$ or out-patient$).tw.
28 ambulatory$.tw.

29 (day hospital$ or day care$ or day clinic$).tw.
30 (clinic$ adj visit$).tw.
31 pol#clinic$.tw.
32 or/21-31

33 10 and 20 and 32

34 Case control study/
35 Clinical study/
36 exp Comparative Study/
37 Family Study/
38 Longitudinal Study/
39 Observational Study/
40 Prospective Study/
41 Retrospective Study/
42 case control.tw.
43 cohort.tw.
44 cross sectional.tw.
45 (epidemiologic adj2 study).tw.
46 ((follow up or followup) adj2 study).tw.
47 longitudinal.tw.
48 observational.tw.
49 (prospective adj2 study).tw.
50 retrospective.tw.
51 or/34-50
52 Randomized Controlled Trial/
53 51 not 52
54 Clinical Trial/
55 Randomized Controlled Trial/
56 Randomization/
57 Double Blind Procedure/
58 Single Blind Procedure/
59 Crossover Procedure/
60 PLACEBO/
61 placebo$.tw.
62 randomi?ed controlled trial$.tw.
63 rct.tw.
64 random allocation.tw.
65 randomly allocated.tw.
66 allocated randomly.tw.
67 (allocated adj2 random).tw.
68 single blind$.tw.

69 double blind$.tw.
70 ((treble or triple) adj blind$).tw.
71 Prospective study/
72 or/54-71
73 Case study/
74 case report.tw.
75 Abstract report/
76 Letter/
77 Human/
78 Nonhuman/
79 ANIMAL/
80 Animal Experiment/
81 78 or 79 or 80
82 81 not (77 and 81)
83 or/73-76,82
84 72 not 83
85 33 and (58 or 84)

PsycINFO 1806 to April Week 2 2008
10.04.2008
494 treff

1 exp drug abuse/
2 exp Addiction/
3 ((drug or drugs or substance$ or alcohol or opioid$ or amphetamine$ or cocaine or marijuana or cannabis or phencyclidine or benzodiaz$) adj2 (misus$ or abuse$ or addict$ or depend$)).tw.
4 (alcoholi$ or drinker$ or drinking$).tw.
5 illicit drug$.tw.
6 or/1-5

7 exp residential care institutions/
8 exp Institutionalization/
9 Hospitalized Patients/
10 Therapeutic Community/
11 therapeutic community/
12 resident$.tw.
13 inpatient$.tw.
14 institution$.tw.
15 (therapeutic adj communit$).tw.

16 or/7-15

17 Outpatients/
18 exp Outpatient Treatment/
19 Adult Day Care/
20 Day Care Centers/
21 Partial Hospitalization/
22 (outpatient$ or out-patient$).tw.
23 ambulatory$.tw.
24 (day hospital$ or day care$ or day clinic$).tw.
25 (clinic$ adj visit$).tw.
26 pol#clinic$.tw.
27 or/17-26

28 6 and 16 and 27

29 Between Groups Design/
30 Causal Analysis/
31 Cohort Analysis/
32 Empirical Methods/
33 Followup Studies/
34 exp Longitudinal Studies/
35 Observation Methods/
36 Retrospective Studies/
37 Followup Study.md.
38 Longitudinal Study.md.
39 Prospective study.md.
40 Retrospective study.md.
41 case control.tw.
42 cohort.tw.
43 cross sectional.tw.
44 (epidemiologic adj2 study).tw.
45 ((follow up or followup) adj2 study).tw.
46 longitudinal.tw.
47 observational.tw.
48 (prospective adj2 study).tw.
49 retrospective.tw.
50 or/29-49
51 random$.tw.
52 comment reply.dt.
53 editorial.dt.
54 letter.dt.

55 animal.po.
56 human.po.
57 55 not (55 and 56)
58 or/51-54,57
59 50 not 58

60 empirical methods/
61 Experimental methods/
62 Quasi experimental methods/
63 experimental design/
64 between groups design/
65 followup studies/
66 repeated measures/
67 experiment controls/
68 experimental replication/
69 exp "sampling (experimental)"/
70 placebo/
71 clinical trials/
72 treatment effectiveness evaluation/
73 experimental replication.md.
74 followup study.md.
75 prospective study.md.
76 treatment outcome clinical trial.md.
77 placebo$.tw.
78 randomi?ed controlled trial$.tw.
79 rct.tw.
80 random allocation.tw.
81 (randomly adj1 allocated).tw.
82 (allocated adj2 random).tw.
83 ((singl$ or doubl$ or treb$ or tripl$) adj (blind$3 or mask$3)).tw.
84 (clinic$ adj (trial? or stud$3)).tw.
85 or/60-84
86 comment reply.dt.
87 editorial.dt.
88 letter.dt.
89 clinical case study.md.
90 nonclinical case study.md.
91 animal.po.
92 human.po.
93 91 not (91 and 92)
94 or/86-90,93
95 85 not 94

96 28 and (59 or 95)

The Cochrane Central Register of Controlled Trials, Wiley
Issue 1, 2008. 10.04.2008
234 treff

#1 MeSH descriptor Substance-Related Disorders explode all trees
#2 ((drug or drugs or substance* or alcohol or opioid* or amphetamine* or cocaine or marijuana or cannabis or phencyclidine or benzodiaz*) near/2 (misus* or abuse* or addict* or depend*)):ti,ab
#3 (alcoholi* or drinker* or drinking*):ti,ab
#4 illicit next drug*:ti,ab
#5 (#1 OR #2 OR #3 OR #4)

#6 MeSH descriptor Residential Treatment explode all trees
#7 MeSH descriptor Residential Facilities explode all trees
#8 MeSH descriptor Inpatients explode all trees
#9 MeSH descriptor Therapeutic Community explode all trees
#10 resident*:ti,ab
#11 inpatient*:ti,ab
#12 institution*:ti,ab
#13 (therapeutic next communit*):ti,ab
#14 (#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)

#15 MeSH descriptor Outpatients explode all trees
#16 MeSH descriptor Ambulatory Care, this term only
#17 MeSH descriptor Outpatient Clinics, Hospital explode all trees
#18 MeSH descriptor Day Care explode all trees
#19 (outpatient* or (out next patient*)):ti,ab
#20 ambulatory*:ti,ab
#21 ((day next hospital$) or (day next care$) or (day next clinic*)):ti,ab
#22 (clinic* next visit*):ti,ab
#23 pol?clinic*:ti,ab
#24 non next resident*:ti,ab
#25 (#15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24)

#26 (#5 AND #14 AND #25)

SveMed+
11.04.2008
3 treff

S1 *Explodesökning på Substance-Related-Disorders*
S2 ((drug or drugs or substance$ or alcohol or opioid$ or amphetamine$ or cocaine or marijuana or cannabis or phencyclidine or benzodiaz$) adj2 (misus$ or abuse$ or addict$ or depend$))
S3 droge$ or narko$ or beroende$
S4 alcoholi$ or drinker$ or drinking$
S5 alkohol$
S6 illicit drug$
S7 s1 or s2 or s3 or s4 or s5 or s6

S8 *Explodesökning på Residential-Treatment*
S9 *Explodesökning på Residential-Facilities*
S10 *Explodesökning på Inpatients*
S11 *Explodesökning på Therapeutic-Community*
S12 stoffmisbruk$ or rusmisbru$ or rusavhengig$ or rusmiddel$
S13 s1 or s2 or s3 or s4 or s5 or s6 or s12

S14 resident$
S15 inpatient$
S16 institution$
S17 institusjon$ or inlagd$ or innlagt$
S18 therapeutic adj communit$
S19 terapeutisk$ samfunn
S20 s8 or s9 or s10 or s11 or s14 or s15 or s16 or s17 or s18 or s19

S21 *Explodesökning på Outpatients*
S22 *Explodesökning på Ambulatory-Care*
S23 *Explodesökning på Outpatient-Clinics, Hospital*
S24 *Explodesökning på Day-Care*
S25 outpatient$ or out-patient$
S26 ambulator$ or ambulant$
S27 day hospital$ or day care$ or day clinic$
S28 clinic$ adj visit$
S29 pol?clinic$
S30 non-resident$
S31 poliklini$

S32 s21 or s22 or s23 or s24 or s25 or s26 or s27 or s28 or s29 or s30 or s31

S33 s13 and s20 and s32

C2-Spectr
11.04.2008
0 treff

outpatient or ambulatory or polyclinic
AND
residential or inpatient or institution

Oppdatert 19.02.2009 med alle søkefiltre:

Medline
63 treff

Embase
47 treff

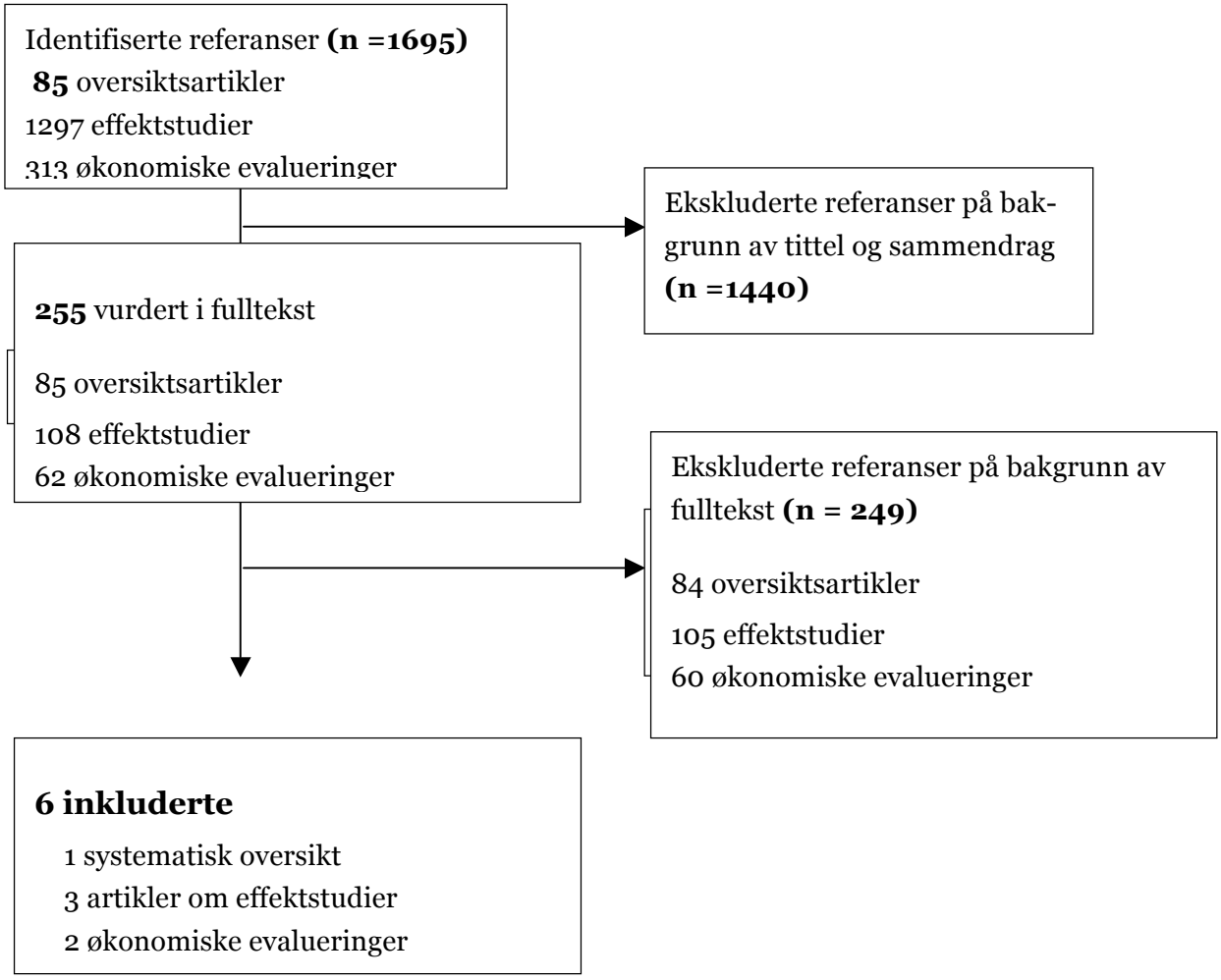
PsycINFO
42 treff

Cochrane Library
Treff: SR: 1, Central 10, NHS EED 0

CRD
3 treff

SveMed
0 treff

7.2 FIGUR: UTVALGSPROSESS AV IDENTIFISERTE EFFEKT STUDIER



7.3 EKSKLUDERTE EFFEKTSTUDIER

Alterman AI. Day hospital versus inpatient cocaine dependence rehabilitation: an interim report. NIDA Res Monogr 1990; 105:363-364.

Alterman AI, McLellan AT. Inpatient and day hospital treatment services for cocaine and alcohol dependence. J Subst Abuse Treat 1993; 10(3):269-275.

Alterman AI, McLellan AT, Shifman RB. Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment? Journal of Nervous and Mental Disease 1993;(9):576-582.

Alterman AI, O'Brien CP, McLellan AT, August DS, Snider EC, Droba M et al. Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. J Nerv Ment Dis 1994; 182(3):157-163.

Amini F, Zilberg NJ, Burke EL, Salasnek S. A controlled study of inpatient vs. outpatient treatment of delinquent drug abusing adolescents: One year results. Compr Psychiatry 1982;(5):436-444.

Arias HF, Sanchez RS. Reduction of health care use with and alcoholism treatment programme. [Spanish]. Adicciones 2003;(1):17-21.

Bale RN, Van Stone WW, Kuldau JM, Engelsing TM, Elashoff RM, Zarcone VP, Jr. Therapeutic communities vs methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1980; 37(2):179-193.

Bell DC, Williams ML, Nelson R, Spence RT. An experimental test of retention in residential and outpatient programs. Am J Drug Alcohol Abuse 1994; 20(3):331-340.

Bracy SA, Simpson DD. Status of opioid addicts 5 years after admission to drug abuse treatment. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1982; 9(2):115-1983.

Brown BS, O'Grady KE, Battjes RJ, Farrell EE, Smith NP, Nurco DN. Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. J Subst Abuse Treat 2001; 21(4):185-192.

Budde D, Rounsaville B, Bryant K. Inpatient and outpatient cocaine abusers: clinical comparisons at intake and one-year follow-up. J Subst Abuse Treat 1992; 9(4):337-342.

Burdon WM, Dang J, Prendergast ML, Messina NP, Farabee D. Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees from prison-based therapeutic community treatment programs. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2007; 2(16).

Channell SE. Comparing outcome of residential and intensive outpatient treatment services for substance dependence. Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering US: Univ Microfilms International 2000; 60(11-B).

Chavez R, Miller WR, Tonigan JS. Negative consequences, substance use, and motivation for change: a predictive model of drug abusers motivation to change behavior. 65th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence 2003.

Chick J, Ritson B, Connaughton J, Stewart A. Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study. Br J Addict 1988; 83(2):159-170.

Conrad KJ, Hultman CI, Pope AR, Lyons JS, Baxter WC, Daghestani AN et al. Case managed residential care for homeless addicted veterans. Results of a true experiment. Med Care 1998; 36(1):40-53.

Copeland LA, Blow FC, Barry KL. Health care utilization by older alcohol-using veterans: effects of a brief intervention to reduce at-risk drinking. Health Education and Behavior 2003; 30(3):305-321.

Cornwall A, Blood L. Inpatient versus day treatment for substance abusing adolescents. J Nerv Ment Dis 1998; 186(9):580-582.

Coviello DM, Alterman AI, Ruftherford MJ, Cacciola JS, McKay JR, Zanis DA. The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. 62nd Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence 2000;S44.

Damski EJ. Comparative effectiveness of three drug treatment modalities for adult, male heroin addicts. Dissertation Abstracts International 1982; 43(4-B):Oct-B.

Edwards G, Guthrie S. A comparison of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependence. Lancet 1966; 1(7435):467-468.

Edwards G, Guthrie S. A controlled trial of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependency. Lancet 1967; 1(7489):555-559.

Edwards G. Alcoholism: A controlled trial of treatment and advice. J Stud Alcohol 1977; 38(5):1004-1031.

Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, Lieder P, Volkel W, Ruther E et al. OLITA: an alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1997; 247(1):51-54.

Farrow JA, Watts DH, Krohn MA, Olson HC. Pregnant adolescents in chemical dependency treatment. Description and outcomes. J Subst Abuse Treat 1999; 16(2):157-161.

Fink EB, Longabaugh R, McCrady BM, Stout RL, Beattie M, Ruggieri-Authelet A et al. Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: twenty-four month outcomes. Addict Behav 1985; 10(3):235-248.

Fisher MS, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. Psychiatric services (Washington, D C) 1996; 47(11):1244-1250.

Friedman AS, Terras A, Ali A. Differences in characteristics of adolescent drug abuse clients that predict to improvement: For impatient treatment versus outpatient treatment. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse 1998; 7(3):97-119.

Gerstein DR. The effectiveness of drug treatment. Raven Press, 1992.

Gerstein DR. Outcome Research: Drug Abuse. [References]. American Psychiatric Publishing, Inc, 2004.

Giuliani D, Schnoll SH. Clinical decision making in chemical dependence treatment: a programmatic model. J Subst Abuse Treat 1985; 2(4):203-208.

Gossop M, Johns A, Green L. Opiate withdrawal: inpatient versus outpatient programmes and preferred versus random assignment to treatment. Br Med J (Clin Res Ed) 1986; . 293(6539):103-104.

Gourevitch MN, Chatterji P, Deb N, Schoenbaum EE, Turner BJ. On-site medical care in methadone maintenance: associations with health care use and expenditures. J Subst Abuse Treat 2007; 32(2):143-151.

Graham K, Gillis K. The relationship between psychosocial well-being and alcohol and drug use following substance misuse treatment. [References]. Subst Use Misuse 1999; 34(9):1199-1222.

Grella CE, Hser YI, Joshi V, Anglin MD. Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. Drug Alcohol Depend 1999; 57(2):151-166.

Grella CE, Hser YI, Joshi V, Rounds-Bryant J. Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. J Nerv Ment Dis 2001; 189(6):384-392.

Hansten ML, Downey L, Rosengren DB, Donovan DM. Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is "enough" enough? Addiction 2000; 95(9):1403-1416.

Harrison PA, Asche SE. Comparison of substance abuse treatment outcomes for inpatients and outpatients. J Subst Abuse Treat 1999; 17(3):207-220.

Hartmann DJ, Sullivan WP, Wolk JL. Inpatient and outpatient outcomes in Missouri's alcohol and drug treatment programs. J Health Soc Policy 1993; 5(2):67-76.

Havassy BE, Wasserman DA, Schmidt CJ. Inpatient versus outpatient treatment for cocaine dependence: Three-month outcomes from a cut-off based randomized clinical trial. NIDA Research Monograph Series 1993;(132):209.

Hiller ML, Leukefeld CG, Garrity TF, Godlaski T, Schoeneberger M, Townsend M et al. Client outcomes from rural substance abuse treatment. J Psychoactive Drugs 2007; 39(1):59-68.

Howden Chapman PL, Huygens I. An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: An experimental study with 6- and 18-month follow-ups. Br J Addict 1988;(1):67-81.

Jainchill N. Substance dependency treatment for adolescents: practice and research. [Review] [100 refs]. Subst Use Misuse 2000; 35(12-14):2031-2060.

Jason LA, Olson BD, Ferrari JR, Lo Sasso AT. Communal housing settings enhance substance abuse recovery. Am J Public Health 2006; 96(10):1727-1729.

Jaycox LH, Morral AR, Juvonen J. Mental health and medical problems and service use among adolescent substance users. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42(6):701-709.

Joe GW, Singh BK, Lehman W, Simpson DD, Sells SB. Agency differences in posttreatment outcomes: a follow-up of drug abuse treatment clients. Int J Addict 1983; 18(4):523-538.

Jones HE, Wong CJ, Tuten M, Stitzer ML. Reinforcement-based therapy: 12-month evaluation of an outpatient drug-free treatment for heroin abusers. Drug Alcohol Depend 2005; 79(2):119-128.

Kamara SG, Van dH, V. Outcomes of regular vs. extended alcohol/drug outpatient treatment: I. Relapse, aftercare, and treatment re-entry. Med Law 1997; 16(3):607-620.

Kamara SG, Van dH, V. Employment outcomes of regular versus extended outpatient alcohol and drug treatment. Med Law 1998; 17(4):625-632.

Kamara SG, Van dH, V. Outcomes of regular versus extended outpatient alcohol/drug treatment. Part II. Medical, psychiatric, legal and social problems. Med Law 1998; 17(1):131-142.

Kedia S, Williams C. Predictors of substance abuse treatment outcomes in Tennessee. J Drug Educ 2003; 33(1):25-47.

Kosten TR, Rounsaville BJ, Foley SH. Inpatient vs. outpatient cocaine abuse treatments. NIDA Res Monogr 1989; 95:312-313.

Krenz S, Sanchez-Mazas P, Miozzari A, Besson J, Zullino D. Target population for a high threshold drug withdrawal programme in canton Vaud? A cohort characterisation. [German]. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2005;(5):234-239.

Kristiansen PL, Hubbard RL. Methodological overview and research design for adolescents in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies. [References]. Journal of Adolescent Research 2001; 16(6):545-562.

Lerner AG, Gelkopf MA, Oyffe I, Sigal M. Dome-based inpatient treatment vs. outpatient day clinic treatment: A preliminary report in opiate-dependent patients. Journal of Nervous and Mental Disease 1995;(11):715.

Liddle H. A randomized Controlled Trial of Intensive Outpatient, Family-Based Therapy vs. Residential Drug Treatment for Co-Morbid Adolescent Substance Abusers. Drug and Alcohol Dependence 2002; 66 Suppl 1.

Llewellyn A, Norwood W, Averill P, Schumacher J, Milby J, Rhoades H. Technology transfer of behavioral day treatment with contingency management for dually diagnosed homeless substance abusers: homelessness at follow-up. 67th Annual Scientific Meeting of College on Problems of Drug Dependence 2005.

Lotz-Rambaldi W, Buhk H, Busche W, Fischer J, Bloemeke U, Koch U. [Outpatient rehabilitation of alcohol dependent patients in a day clinic: initial results of a comparative follow-up study of day clinic and inpatient treatment]. [German]. Rehabilitation (Stuttg) 2002; 41(2-3):192-200.

Magura S, Staines G, Kosanke N, Rosenblum A, Foote J, DeLuca A et al. Predictive validity of the ASAM Patient Placement Criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. Am J Addict 2003; 12(5):386-397.

Maisto SA, Connors GJ, Zywiak WH. Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. Psychol Addict Behav 2000; 14(3):257-266.

McCaffrey DF, Morral AR, Ridgeway G, Griffin BA. Interpreting treatment effects when cases are institutionalized after treatment. Drug Alcohol Depend 2007; 89(2-3):126-138.

McKay JR, Alterman AI, McLellan AT, Snider EC, O'Brien CP. Effect of random versus non-random assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. J Consult Clin Psychol 1995; 63(1):70-78.

McKay JR, Alterman AI, McLellan AT, Boardman CR, Mulvaney FD, O'Brien CP. Random versus nonrandom assignment in the evaluation of treatment for cocaine abusers. J Consult Clin Psychol 1998; 66(4):697-701.

McLellan AT, Alterman AI, Metzger DS, Grissom GR, Woody GE, Luborsky L et al. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. J Consult Clin Psychol 1994; 62(6):1141-1158.

McNeese-Smith D, Nyamathi A, Longshore D, Wickman M, Robertson S, Obert J et al. Processes and outcomes of substance abuse treatment between two programs for clients insured under managed care. Am J Drug Alcohol Abuse 2007; 33(3):439-446.

Mechanic KYH, Dhopesh V, Yu E, McLellan, O'Brien C. Appropriate comparison of inpatient and outpatient addiction treatment. 62nd Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence 2001;S146.

Melnick G, De Leon G, Thomas G, Kressel D. A client-treatment matching protocol for therapeutic communities: first report. J Subst Abuse Treat 2001; 21(3):119-128.

Messina N, Wish E, Nemes S. Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. Am J Drug Alcohol Abuse 2000; 26(2):207-227.

Messina N, Nemes S, Wish E, Wraight B. Opening the black box. The impact of inpatient treatment services on client outcomes. J Subst Abuse Treat 2001; 20(2):177-183.

Messina NP, Wish ED, Nemes S. Therapeutic community treatment for substance abusers with antisocial personality disorder. J Subst Abuse Treat 1999; 17(1-2):121-128.

Miller WR, Amrhein P, Yahne CE, Tonigan JS. A motivational interviewing failure: hazards of a therapy manual? 65thAnnual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence 2003;459.

Moos RH, Pettit B, Gruber V. Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients' readmission rates. J Stud Alcohol 1995; 56(4):433-443.

Moos RH, King MJ, Patterson MA. Outcomes of residential treatment of substance abuse in hospital- and community-based programs. Psychiatr Serv 1996; 47(1):68-74.

Moos RH, Finney JW, Moos BS. Inpatient substance abuse care and the outcome of subsequent community residential and outpatient care. Addiction 2000; 95(6):833-846.

Nemes S, Wish ED, Messina N. Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. J Subst Abuse Treat 1999; 17(4):339-347.

Parthasarathy S, Weisner C, Hu TW, Moore C. Association of outpatient alcohol and drug treatment with health care utilization and cost: revisiting the offset hypothesis. J Stud Alcohol 2001; 62(1):89-97.

Potamianos G, North WR, Meade TW, Townsend J, Peters TJ. Randomised trial of community-based centre versus conventional hospital management in treatment of alcoholism. Lancet 1986; 2(8510):797-799.

Rawson RA, Obert JL, McCann MJ, Castro FG, Ling W. Cocaine abuse treatment: a review of current strategies. [Review] [65 refs]. J Subst Abuse 1991; 3(4):457-491.

Rawson RA, Shoptaw SJ, Obert JL, McCann MJ, Hasson AL, Marinelli-Casey PJ et al. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. The Matrix model. J Subst Abuse Treat 1995; 12(2):117-127.

Ritson B, Connaughton J, Stewart A, Chick J. Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study. Br J Addict 1988;(2):159-170.

Rounds-Bryant JL, Kristiansen PL, Hubbard RL. Drug abuse treatment outcome study of adolescents: a comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. Am J Drug Alcohol Abuse 1999; 25(4):573-591.

Rychtarik RG, McGillicuddy NB, Connors GJ, Whitney RB. Participant selection biases in a randomized clinical trial of alcoholism treatment settings and intensities. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22(5):969-973.

Rychtarik RG, Connors GJ, Whitney RB, McGillicuddy NB, Fitterling JM, Wirtz PW. Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. J Consult Clin Psychol 2000; 68(2):277-289.

Schell TL, Orlando M, Morral AR. Dynamic effects among patients' treatment needs, beliefs, and utilization: a prospective study of adolescents in drug treatment. Health Serv Res 2005; 40(4):1128-1147.

Schneider R, Mittelmeier C, Gadish D. Day versus inpatient treatment for cocaine dependence: an experimental comparison. J Ment Health Adm 1996; 23(2):234-245.

Schumacher JE, Milby JB, Caldwell E, Raczynski J. Treatment outcome as a function of treatment attendance with homeless persons abusing cocaine. J Addict Dis 1995; 14(4):73-85.

Seacord DL. Association between drug modality and treatment response for stimulant abusers. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 1995; 56(4-B):Oct-B.

Sells SB. Evaluation of treatment for 1971-1972 DARP admissions: Comments and conclusions. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1975; 2(1):113-121.

Shwartz M, Mulvey KP, Woods D, Brannigan P, Plough A. Length of stay as an outcome in an era of managed care: An empirical study. J Subst Abuse Treat 1997; 14(1):11-18.

Soyka M, Bottlender M. Which patients benefit from outpatient treatment? New treatment approaches and first results. [German]. Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2004;(1):73-79.

Tonigan JS MW. 12-step attendance and commitment during and after inpatient and outpatient drug treatment by gender. 65th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence 2003;689.

Turkcan A, Coskun B, Ilem E, Cakmak D. Three Month Follow Up Of An Alcohol Addiction Program. [Turkish]. [References]. Bagimlik Dergisi 2001; 2(1):30-33.

Walsh DC, Hingson RW, Merrigan DM, Levenson SM, Cupples LA, Heeren T et al. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. N Engl J Med 1991;(11):775-782.

Weithmann G, Hoffmann M. A randomised clinical trial of in-patient versus combined day hospital treatment of alcoholism: Primary and secondary outcome measures. Eur Addict Res 2005;(4):197-203.

Weithmann G, Hoffmann M. [Frequency and costs of additional hospitalisations in the year after inpatient or day hospital detoxification treatment]. [German]. Psychiatr Prax 2007; 34(1):15-19.

Witbrodt J, Bond J, Kaskutas LA, Weisner C, Jaeger G, Pating D et al. Day hospital and residential addiction treatment: randomized and nonrandomized managed care clients. J Consult Clin Psychol 2007; 75(6):947-959.

7.4 EKSKLUDERTE HELSEØKONOMISKE STUDIER

Adinoff BH, Scannell S, Carter LA, Dohoney K. Inpatient treatment. Etiology, epidemiology, assessment, and treatment, 1999.

Ali RL, Cormack SM. In-patient treatment for the alcohol-dependent person: A public health perspective. Drug and Alcohol Review 1994; 13(2):15-202.

Anderson DW, Bowland BJ, Cartwright WS, Bassin G. Service-level costing of drug abuse

treatment. J Subst Abuse Treat 1998; 15(3):201-211.

Anglin MD, Hser YI. Drug abuse treatment. Humana Press, 1992.

Annis HM. Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective? Con position. Adv Alcohol Subst Abuse 1985; 5(1-2):175-190.

Arias HF, Sanchez RS, Soto RA, Jimenez MD, Fernandez RS, Hidalgo ML. Hospital resource use after an alcoholism treatment program in a general hospital. [Spanish]. Psiquiatria Biologica 2005;(3):101-105.

Bachman SS, Batten HL, Minkoff K, Higgins R. Predicting success in a community treatment program for substance abusers. The American Journal on Addictions 1992; 1(2):155-167.

Beinecke RH, Perlman SB. The impact of the Massachusetts Managed Mental Health/Substance Abuse Program on outpatient mental health clinics. Community Ment Health J 1997; 33(5):377-385.

Bensinger A, Pilkington CF. An alternative method in the treatment of alcoholism: the United Technologies Corporation day treatment program. J Occup Med 1983; 25(4):300-303.

Bray JW, Zarkin GA, Miller WR, Mitra D, Kivlahan DR, Martin DJ et al. Measuring economic outcomes of alcohol treatment using the Economic Form 90. J Stud Alcohol 2007; 68(2):248-255.

Burns BJ, Teagle SE, Schwartz M, Angold A, Holtzman A. Managed behavioral health care: a Medicaid carve-out for youth. Health Aff (Millwood) 1999; 18(5):214-225.

Burns T, Raftery J, Beadsmoore A, McGuigan S. A controlled trial of home-based acute psychiatric services: II. Treatment patterns and costs. British Journal of Psychiatry 1955; 163 Jul 1993, 55-61.:-61.

Chen S, Barnett PG, Sempel JM, Timko C. Outcomes and costs of matching the intensity of dual-diagnosis treatment to patients' symptom severity. J Subst Abuse Treat 2006; 31(1):95-105.

Collins GB. Contemporary issues in the treatment of alcohol dependence. Psychiatr Clin North Am 1993;(1):33-48.

Collins GB. Why treatment for alcohol dependence is changing. Alcoholism Treatment Quarterly 1995;(2):23-39.

Coyle D, Godfrey C, Hardman G, Raistrick D. Costing substance misuse services. Addiction 1997;(8):1007-1015.

Daley M, Argeriou M, McCarty D, Callahan JJ, Jr., Shepard DS, Williams CN. The costs of crime and the benefits of substance abuse treatment for pregnant women. J Subst Abuse Treat 2000; 19(4):445-458.

Day E, Ison J, Strang J. Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence. [Review] [42 refs]. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD004580.

Dismuke CE, French MT, Salome HJ, Foss MA, Scott CK, Dennis ML. Out of touch or on the money: Do the clinical objectives of addiction treatment coincide with economic evaluation results? J Subst Abuse Treat 2004; 27(3):253-263.

Dom G, Goossens B. Outpatient detoxification in alcohol dependence: A review of the literature and results from a pilot study. [Dutch]. Tijdschrift voor Geneeskunde 2004;(22):1619-1627.

Doran CM, Shanahan M, Digiusto E, O'Brien S, Mattick RP. Cost-effectiveness analysis of maintenance agonist treatments in the NEPOD. Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research 2006;(4):437-446.

Druss BG, Rosenheck RA. Patterns of health care costs associated with depression and substance abuse in a national sample. Psychiatr Serv 1999; 50(2):214-218.

Duckert F. Recruitment to alcohol treatment: A comparison between male and female problem drinkers recruited to treatment in two different ways. British Journal of Addiction 1988;(3):285-293.

Floyd AS. Program closure and change among VA substance abuse treatment programs. Psychiatr Serv 1999; 50(10):1316-1320.

Flynn PM, Kristiansen PL, Porto JV, Hubbard RL. Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. Drug Alcohol Depend 1999; 57(2):167-174.

French MT, McGeary KA, Chitwood DD, McCoy CB. Chronic illicit drug use, health services utilization and the cost of medical care. Social Science and Medicine 2000;(12):1703-1713.

French MT, Salome HJ, Krupski A, McKay JR, Donovan DM, McLellan AT et al. Benefit-cost analysis of residential and outpatient addiction treatment in the State of Washington (Provisional record). Eval Rev 2000; 24(6):609-634.

French MT. Economic evaluation of alcohol treatment services. Recent Dev Alcohol 2001; 15:209-228.

Gallant DM. How can alcoholism treatment be improved? Alcohol Health & Research World 1989; 13(4):328-333.

Giuliani D, Schnoll SH. Clinical decision making in chemical dependence treatment: a programmatic model. J Subst Abuse Treat 1985; 2(4):203-208.

Goodman AC, Nishiura E, Humphreys RS. Cost and usage impacts of treatment initiation: a comparison of alcoholism and drug abuse treatments. Alcohol Clin Exp Res 1997; 21(5):931-938.

Goodman AC, Nishiura E, Hankin JR. A discrete choice model of drug abuse treatment location. Health Serv Res 1998; 33(1):125-145.

Goodman AC, Holder HD, Nishiura E, Hankin JR. An analysis of short-term alcoholism treatment cost functions. Med Care 1992; 30(9):795-810.

Grella CE, Polinsky ML, Hser YI, Perry SM. Characteristics of women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs. [References]. J Subst Abuse Treat 1999; 17(1-2):37-2.

Harrison PA, Hoffmann NG, Hollister CD, Gibbs L. Determinants of chemical dependency treatment placement: Clinical, economic, and logistic factors. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training Research; 25(3):ractice, Training-364.

Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicelli JR et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome.[see comment]. N Engl J Med 1989; 320(6):358-365.

Hoffmann NG, Miller NS. Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders. [Review] [23 refs]. Psychiatr Clin North Am 1993; 16(1):127-140.

Holder HD, Hallan JB. Impact of alcoholism treatment on total health care costs: a six-year study. Adv Alcohol Subst Abuse 1986; 6(1):1-15.

Hubbard RL, Marsden ME, Rachal JV, Harwood HJ, Cavanaugh ER, Ginzburg HM. Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. A national study of effectiveness, xix.

Kaskutas LA, Witbrodt J, French MT. Outcomes and Costs of Day Hospital Treatment and Nonmedical Day Treatment for Chemical Dependency. [References]. J Stud Alcohol 2004; 65(3):371-382.

Knowles PL. Inpatient versus outpatient treatment of substance misuse in hospitals, 1975-1980. J Stud Alcohol 1983; 44(2):384-387.

Koenig L, Harwood H, Sullivan K, Sen N. The economic benefits of increased treatment duration and intensity in residential and outpatient substance abuse treatment settings. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2000;(4):399-417.

Koenig L, Siegel JM, Harwood H, Gilani J, Chen YJ, Leahy P et al. Economic benefits of

substance abuse treatment: findings from Cuyahoga County, Ohio. J Subst Abuse Treat 2005; 28 Suppl 1:S41-S50.

Long CG, Williams M, Hollin CR. Treating alcohol problems: A study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. Addiction 1998;(4):561-571.

Longabaugh R. Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs inpatient settings: Six-month outcomes. J Stud Alcohol 1983; 44(6):1049-1071.

McCrady B, Longabaugh R, Fink E, Stout R, Beattie M, Ruggieri-Authelet A. Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. J Consult Clin Psychol 1986; 54(5):708-713.

Peele S, Brodsky A. Cost-effective treatments for substance abuse: avoid throwing the baby out with the bath water. Med Interface 1982; 7(2):78-79.

Pettinati HM, Meyers K, Jensen JM, Kaplan F, Evans BD. Inpatient vs outpatient treatment for substance dependence revisited. [Review] [22 refs]. Psychiatr Q 1993; 64(2):173-182.

Pettinati HM, Meyers K, Evans BD, Ruetsch CR, Kaplan FN, Jensen JM et al. Inpatient alcohol treatment in a private healthcare setting: which patients benefit and at what cost? Am J Addict 1999; 8(3):220-233.

Quinones MA, Doyle KM, Sheffet A, Louria DB. Evaluation of drug abuse rehabilitation efforts: a review. Am J Public Health 1979; 69(11):1164-1169.

Robbins PR, Nugent JF. Perceived consequences of addiction: A comparison between alcoholics and heroin-addicted patients. Journal of Clinical Psychology 1975; 31(2):367-369.

Salome HJ, French MT, Miller M, McLellan AT. Estimating the client costs of addiction treatment: first findings from the client drug abuse treatment cost analysis program (Client DATCAP). Drug Alcohol Depend 2003; 71(2):195-206.

Scherbaum N, Reissner V. Qualified detoxification treatment of drug addicts in a day treatment clinic: Concepts and experiences. [German]. [References]. Sucht: Zeitschrift fur Wissenschaft und Praxis 2003; 49(1):42-48.

Shanahan MD, Doran CM, Digiusto E, Bell J, Lintzeris N, White J et al. A cost-effectiveness analysis of heroin detoxification methods in the Australian National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD). Addict Behav 2006; 31(3):371-387.

Swift RM, Miller NS. Integration of health care economics for addiction treatment in clinic care. [Review] [24 refs]. J Psychoactive Drugs 1997; 29(3):255-262.

Wagner TH, Chen S. An economic evaluation of inpatient residential treatment programs in

the Department of Veterans Affairs. Med Care Res Rev 2005; 62(2):187-204.

Weppner RS, McBride DC. Comprehensive drug programs: the Dade County example. Am J Psychiatry 1975; 132(7):734-738.

7.5 EKSKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER (FULLTEKST)

M. F. Brunette, K. T. Mueser, and R. E. Drake. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. Drug and Alcohol Review 23(4):471-481, 2004.

M. Hesse and M. U. Pedersen. Antisocial personality disorder and retention: A systematic review. Therapeutic Communities: the International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations (4):495-504, 2006.

G. McCarthy, B. Myers, and N. Siegfried. Treatment for methaqualone dependence in adults. [Review] [15 refs]. Cochrane Database Syst.Rev (2):CD004146, 2005.

S. C. Monahan and J. W. Finney. Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse: a quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. Addiction 91(6):787-805, 1996.

New Zealand Health Technology Assessment. Adolescent therapeutic day programmes and community-based programmes for serious mental illness and serious drug and alcohol problems: a critical appraisal of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA):56, 1998.

M. L. Prendergast, D. Podus, and E. Chang. Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. Subst.Use Misuse 35 (12-14):1931-1965, 2000.

A. P. Sun. Program factors related to women's substance abuse treatment retention and other outcomes: a review and critique. J Subst.Abuse Treat 30(1):1-20, 2006.

M. G. Vaughn and M. O. Howard. Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. Research on Social Work Practice 14(5):325-335, 2004.

R. J. Williams and S. Y. Chang. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. Clinical Psychology: Science and Practice 7(2):138-166, 2000.

7.6 SJEKKLISTER FOR VURDERING AV METODISK KVALITET

Sjekkliste for systematiske oversiktsartikler[8]

		JA UKLART DELVIS NEI
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne kunnskapsgrunnlaget (primærforskningen)?	
2	Er litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (inkludert flere språk, flere aktuelle databaser, gjennomsøkt referanselister, forfattere/eksperter kontaktet)?	
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, endepunkter)?	
4	Er det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (definerte seleksjonskriterier, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?	
5	Er kriteriene som er brukt for å vurdere kvaliteten (intern validitet) av de inkluderte studiene, klart beskrevet?	
6	Er den interne validiteten av alle studiene som det er referert til i teksten, vurdert ved hjelp av relevante kriterier (enten under seleksjon av studier eller i analysen av studiene)?	
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, og klart beskrevet?	
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet forsvarlig sett i lys av spørsmålet som oversikten handler om?	
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analyser som er beskrevet eller rapportert i oversikten?	
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?	Høy Middels Lav

8 Scientific Quality Assessment of Review, Cochrane EPOC group.
Oxman AD, Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. J Clin Epidemiol 1991a;44:1271-1278

Oppsummering kritisk vurdering av systematisk oversikt

A (innhenting av data) omhandler de første seks spørsmål i sjekklisten (tabell 1.1.2) om søk, inklusjon og vurdering av validitet av studier i oversikten. Hvis "uklart/ delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 1-6 har oversikten i beste fall middels/moderat kvalitet. Hvis "nei" alternativet er brukt på spørsmål 2, 4 eller 6 er det sannsynlig at den metodiske kvaliteten på oversikten er mangelfull.

B (analyse av data) omhandler spørsmål 7-9 i sjekklisten (tabell 1.1.2) som gjelder kombinering av data fra flere studier og analysen av funnene i studiene. Hvis "uklart/delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 7-9, er oversikten i beste fall av moderat kvalitet. Hvis "nei" blir brukt på spørsmål 8 er det sannsynlig at oversikten har store begrensinger og at den metodiske kvaliteten er mangelfull.

Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet)

Høy kvalitet (ingen begrensinger)	Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
Middels kvalitet (noen begrensinger)	Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes.
Lav kvalitet (alvorlige begrensinger)	Brukes hvis få eller ingen kriterier i sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres.

Sjekkliste for randomiserte kontrollerte studier.

		JA	UKLART	NEI
1	Er utvalget tilfeldig fordelt (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?			
2	Er denne randomiseringen skjult for den som fordeler til			

	gruppene?	
3	Er gruppene like ved oppstart av studien (er det lik fordeling av prognostiske faktorer, se etter tabell over karakteristika for tiltaks- og kontrollgruppen)?	
4	Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?	
5	Er deltakere/pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?	
6	Er utøverne eller behandlerne uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?	
7	Er den som vurderte resultatene og eventuelt analyserte dataene uvitende om hvilket tiltak deltakerne fikk?	
8	Er deltakerne analysert i sin opprinnelige gruppe? ("intention-to-treat")?	
9	Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?	
10	Er måling av alle relevante utfall/endepunkter utført standardisert, gyldig og pålitelig?	
11	Er resultatene presise? (Er det oppgitt konfidensintervall eller p-verdier for effektmålet?)	

Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet)

Høy kvalitet (ingen begrensinger)	Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten (tabell 1.1.4) er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
Middels kvalitet (noen begrensinger)	Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.
Lav kvalitet (alvorlige begrensinger)	Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan bli endret.