

Ämneslista som kognitivt stöd gav utförligare uppgifter om droganvändning

Jämförelse av två metoder för utredning av opioidberoende

BODIL MONWELL, doktorand i välfärd och socialvetenskap, KBT-terapeut, kurator, beroendemottagningen, psykiatriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov bodil.monwell@lj.se

OLOF BLIX, med dr, överläkare, beroendemottagningen, psyki-

atriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov

PER BÜLOW, fil dr, klinisk lektor, psykiatriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov

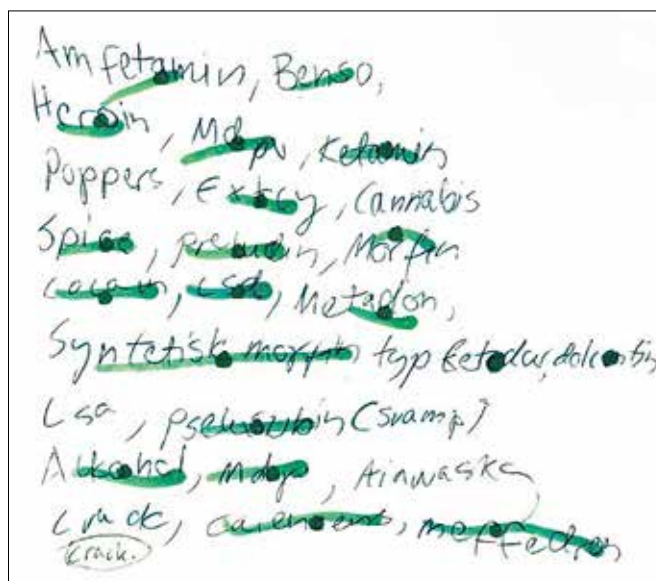
ARNE GERDNER, professor i socialt arbete, Hälsohögskolan; samtliga Jönköping

På den europeiska drogmarknaden har det under 2012 rapporterats om ett 50-tal nya droger, företrädesvis syntetiska [1, 2]. Nya missbruksmönster sprids snabbt, och intag av flera droger samtidigt (blandmissbruk) förekommer allt mer [3-5]. Detta leder till samsjuklighet, kognitiva komplikationer och ökad risk för förtida död [4-6]. Det är därför av vikt att identifiera de droger en person använder och har använt. Olika droger ger olika specifika skador [7-10] och bör identifieras för att kunna erbjuda relevant behandling [11-16]. För att få uttömmande information om använda droger behöver en effektiv och enkel kartläggning genomföras.

Traditionell anamnesupptagning

Anamnes tas vanligen upp genom öppna frågor om vilka droger eller droggrupper patienten har använt. Ibland ställs följdfrågor om hur länge och i vilken omfattning drogerna har använts. En klinisk erfarenhet är att patienten anger de droger som först kommer upp i minnet. Det blir sällan en särskilt detaljerad genomgång, och även centrala droger som kan ge långvariga psykiska effekter, tex anabola steroider, kan missas [17]. Ett alternativ till direkta frågor till patienten är att använda sig av strukturerade metoder [12], såsom screening-instrumenten AUDIT (Alcohol use disorders identification test) [13] och DUDIT (Drug use disorders identification test) [14] samt bedömningsinstrument som ADDIS (Alkohol drog diagnos instrument) [15] och ASI (Addiction severity index) [16]. Dessa har visat sig vara överlägsna ostrukturerade intervjuer, men vart och ett av dem har sitt specifika fokus som bör vara vägledande för när och hur de används.

Även dessa instrument kan ha svagheter, framför allt när det gäller droglister som inte uppdateras, grova grupperingar och trubbighet avseende de preparat man efterfrågar. Hur ofta ställs tex frågan »Har du injicerat alkohol eller bensodiazepiner?« Instrumenten är dessutom tidskrävande för patienter med begränsad uthållighet då de söker hjälp. För att på-



Figur 1. Information från en intervju (23 oktober 2012) där en öppen fråga ställts om vilka droger som använts. Den intervjuade (man född 1983) skrev ned de preparat som han spontant mindes och prickade därefter med grön tuschpenna för dem som injicerats.

börja adekvat medicinsk behandling och sociala insatser är det viktigt att initialt inhämta droganamnes som visar på specifika preparat, preparatblandningar och administrationsätt för att få en tidig uppfattning om eventuella skaderisker. Här avses såväl akuta som kort- och långsiktiga skador [6-10, 18].

Vi redovisar en studie där vi jämför två metoder för droganamnes, den traditionella med öppna frågor och den där patienten har kognitivt stöd av en detaljerad ämneslista. Den primära frågeställningen är om ämneslistan fungerar som stöd för minnet vid anamnesupptagningen. En annan är om ämneslistan lockar till överrapportering, dvs om det finns tendenser till att man prickar för fler droger än man faktiskt använt bara för att dessa finns på listan.

METOD

Två av författarna (BM/OB) arbetade 2011 fram en ämneslista som omfattade kända missbrukspreparat. Som utgångspunkt fanns ADDIS ämneslista uppdaterad med droger kända från klinisk verksamhet [19]. I några fall ändrades gruppindelningen baserat på farmakologiska effekter. Drogerna presenterades under alla förekommande preparatnamn, eftersom de kan vara kända på olika sätt. Ämneslistan kontrollerades med dels kolleger på beroendeenheten, dels andra professionella inom det lokala nätverket för monitorering av drogsituationen på orten. I nätverket ingår ett 15-tal personer från polis, sjukvård, skola, fritidsförvaltning, socialtjänst, Statens institutionsstyrelse och kriminalvård. En av författarna (BM) har

SAMMANFATTAT

Den snabba ökningen av nya droger och nya skadetyper ökar kraven på precis droganamnes. **Traditionell** anamnesupptagning jämförs här med att använda en ämneslista som kognitivt stöd. **Patienter**, huvudsakligen i eller inför underhållsprogram, fick först besvara en öppen fråga om vilka droger de använt och pricka för vilka som injicerats. Därefter användes ämneslistan för samma ändamål.

Totalt omfattade ämneslistan 91 olika preparat (125 drognamn) och fyra fiktiva droger.

För 85 preparat fanns en signifikant högre andel svar på ämneslistan. De fiktiva drogerna markerades inte. Tidsåtgången var densamma.

Kartläggning med ämneslista tycks ge mer information, går snabbt att göra och är enkel att administrera.

■ FAKTA 1. Fallbeskrivningar

Fall 1 rör en 22-årig man med flerårigt missbruk som sökte vård på grund av suicidtankar, depression och impulsgenombrott med aggressivitet. Steroider rapporterades inte när anamnesen togs upp traditionellt, men med ämneslistan som stöd för minnet framgick att han använt sådana parallellt med andra droger. För honom var inte detta väsentligt men det var av betydelse för behandlingsplaneringen.

Fall 2 rör en 27-årig kvinna med pågående missbruk av cannabis och flera lugnande preparat. Kvinnan mätte psykiskt dåligt och hade en svår social situation. Vid intervju tillfället hade hon en tydlig kognitiv nedsättning, vilket gjorde det svårt att spontant minnas vilka droger hon använt. När ämneslistan användes kunde hon även ange missbruk av lösningsmedel och ecstasy, som kan ge bestående skador.

amfetamin ($P = 0,32$) inte någon signifikant skillnad. Undersökning med stöd av ämneslista gav i denna studie således en betydligt högre andel positiva svar. 92 procent angav opioider som huvuddrog, vilket kan förväntas i en population som sökt substitutionsbehandling för opioidberoende. Endast 3 procent angav bensodiazepiner som huvuddrog, 1 procent angav amfetamin och samma andel angav cannabis. 2 procent angav att de inte hade en huvuddrog utan hade missbrukat urskillningslöst. Endast 6 procent uppgav att de endast använder ett preparat. Av dem som ombads ange »favoritmix» uppgav 28 procent att de inte ville blanda flera preparat vid samma intagstillfälle, medan 23 procent blandade opioider med bensodiazepiner, 20 procent blandade opioider med centralstimulantia och 7 procent blandade opioider med cannabis. Övriga använde andra blandningar av två eller fler preparat.

De intervjuade redovisade ytterligare 43 preparat, dvs utöver de 125 angivna på listan. Vissa var obekanta i missbrukssammanhang för intervjuaren, vilket genererat ny kunskap om preparatens egenskaper, hur de används och hur de marknadsförs på orten. Denna kunskap har kontinuerligt förts vidare till det lokala nätverket för monitorering av drogsituationen. Av dessa preparat var fem centralstimulerande, sex opioider, sex lugnande, åtta nätdroger, fyra hallucinogener, sju analgetika/neuroleptika och ett snifningsmedel.

Ingen av de 21 patienter som tilldelades droglista med fiktiva drognamn angav att de hade använt något av dem. De droger som patienterna markerade i ämneslistan stämde väl överens med erfarenheterna från klinisk verksamhet vad gäller illegalt tillgängliga preparat och vilka som injiceras antingen kontinuerligt eller i experimentellt syfte [21-23]. Utbredning-

en lokalt av exempelvis MDPV har inte varit så omfattande i Jönköpings län som i Norrköpingsområdet, vilket också avspeglades i utfallet. Yngre personer, under 30 år ($n = 21$), hade inte prickat för sådana droger som försvunnit från marknaden före deras drogdebut.

Efter genomgången har följdfrågor ställts om ovanliga droger eller administrationssätt, och svaren stärker tilltron till uppgifterna genom detaljer och kontextuellt sammanhang. Ett exempel är när man injicerat alkohol: »Vi fick in en deciliter sprit på SiS-hemmet och delade upp den. Givetvis körde jag intravenöst för att inte missa nåt ... det gör ont att injicera alkohol ...» Andra exempel är: »Under festivalen i Berlin injicerade jag MDMA (ecstasy) första gången, det var där min panikångest började» eller »Jag klipper upp fentanylplåstren i 4-6 bitar, löser upp det och injicerar. Det är säkrare dos än en 0,2:a brunt (heroin) där man inte vet hur utspätt (starkt) det är». Två fallbeskrivningar (Fakta 1) belyser skillnaden mellan metoderna.

DISKUSSION

Metoden att använda ämneslista tycks överlägsen metoden att ställa öppna frågor och tar inte längre tid. Den tycks inte inbjuda till överdrifter och ger mer information än öppna frågor. De intervjuade upplevdes som samarbetsvilliga och angelägna om att ge korrekt information. En validering mot andra relevanta instrument med motsvarande precisionsgrad har inte gått att göra då sådana saknas.

Studien visar att blandmissbruk dominerar och att kognitivt stöd kan ge en mer fullständig bild av en persons drogbruk, vilket gör det möjligt att skraddarsy behandlingen, oavsett om sjukvård, socialtjänst eller någon annan står för interventionen. Ämneslistan ger en klarare bild av vilka droger som är och har varit aktuella än enbart öppna frågor eller användning av screening-/bedömningsinstrument. Metoden ger information om »favoritpreparat/-mixar» och vilka droger personen kommer att sakna vid substitutionsbehandling, dvs risker för sidomissbruk/återfall. Att använda en ämneslista kräver och möjliggör kontinuerlig uppdatering av den lokala drogsituationen. Den bör dock användas försiktigt bland yngre eller drognaiva personer då den riskerar att bli kontra-produktiv, dvs ger uppslag om preparat att missbruka.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Annual report on the state of the drugs problem in Europe, 2012 [citerat 11 feb 2013]. www.emcdda.europa.eu/events/2012/annual-report.
- Knudsen K. Partydroger ger farliga förgiftningar. Risk för allvarliga komplikationer och död. *Läkartidningen*. 2011;108:207-11.
- Gossop M. Treatment outcomes: what we know and what we need to know, 2005 [citerat 11 feb 2013]. http://www.drugsandalcohol.ie/15754/1/NTA_treatment_outcomes.pdf
- Vienna International Centre. World Drug Report, 2011 [citerat 11 feb 2013]. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf
- Helander A, Al-Saffar Y, Heidenfors C, et al. Som man frågar får man svar. Nya droger kräver nya testningsrutiner. *Läkartidningen*. 2013;110:256-7.
- Darke S, Degenhardt L, Mattick R. Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- Fowler JS, Volkow ND, Kassed CA, et al. Imaging the addicted human brain. *Sci Pract Perspect*. 2007;3:4-16.
- Morgan CJ, Duffin S, Hunt S, et al. Neurocognitive function and schizophrenia-proneness in individuals dependent on ketamine, on high potency cannabis ('skunk') or on cocaine. *Pharmacopsychiatry*. 2012;45:269-74.
- Robbins TW, Ersche KD, Everitt BJ. Drug addiction and the memory systems of the brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1141:1-21.
- Lundqvist T. Imaging cognitive deficits in drug abuse. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;3:247-75.
- Camí J, Farré M. Drug addiction. *N Engl J Med*. 2003;349:975-86.
- Dawe S, Loxton NJ, Hides L, et al. Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Canberra: Department of Health and Ageing; 2002.
- Daeppen JB, Yersin B, Landry U, et al. Reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) imbedded within a general health risk screening questionnaire: results of a survey in 332 primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24:659-65.
- Berman AH, Palmstierna T, Källmén H, et al. The self-report Drug Use Disorders Identification Test Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32:357-69.
- Gerdner A. Diagnosinstrument för beroende och missbruk – granskning av ADDIS validitet och interna konsistens gällande alkoholproblem. *Nordisk Alkohol Nark*. 2009;26:3.
- Nyström S, Andrén A, Zingmark D, et al. The reliability of the Swedish version of the Addiction Severity Index (ASI). *J Substance Use*. 2010;15:330-9.
- Schoenbaum G, Roesch MR, Stalnaker TA. Orbitofrontal cortex, decision-making and drug addiction. *Trends Neurosci*. 2006;29:116-24.
- Kanayama G, Hudson JI, Pope HG. Long-term psychiatric and medical consequences of anabolic-androgenic steroid abuse: A looming public health concern? *Drug Alcohol Depend*. 2008;98:1-12.??
- Wickström L. ADDIS – Alkohol, DrogDiagnosInstrument, Manual. Åre: 4M Konsult AB; 2009.
- Skog O. The validity of self-reported drug use. *Br J Addict*. 1992;87:539-48.
- Schein PS, Yessayan L, et al. Acute transverse myelitis associated with intravenous opium. *Neurology*. 1971;21:101-2.
- Topp L, Hando J, Dillon P, et al. Ecstasy use in Australia: patterns of use and associated harm. *Drug Alcohol Depend*. 1999;55:105-15.
- Mahdi AS, McBride AJ. Intravenous injection of alcohol by drug injectors: report of three cases. *Alcohol Alcohol*. 1999;34:918-9.

SUMMARY

Rapid increase of new illicit drugs and mixed misuse resulting in new types of lesions, require more precise drug screening. Two interview methods are compared: traditional interview vs. a »drug list« as cognitive support tool. Patients (n = 96), applying for or participating in OST (Opiate Substitution Treatment), first, after an open question, listed the drugs they had used and then marked those injected. Thereafter the drug list was administered for marking drugs used and injected. The list includes 91 substances (125 labels) and four fictive drugs. For 85 of 91 substances, respondents reported misuse and injection significantly more often when using the drug list. No fictive drugs were marked. The time needed was the same for both methods. Using a drug list is a simple and rapid method with improved quality in exploring drug history.