

Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier

Av Arne Gerdner¹

1. Inledning

Tvångsvård av missbrukare möter ett ökat intresse vid internationella konferenser, men ifrågasätts också både på grund av de etiska problem som uppenbart är förknippade med tvång och på grund av att utfall och effekt inte är klarlagda. Det är inte korrekt att Sverige – som det ibland hävdas – skulle inta en unik position med sin lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). WHO har givit ut ett antal sammanställningar över förekomst av lagstiftning om av tvångsvård av missbrukare i olika länder. Israelsson (2004) fann utifrån dessa sammanställningar, att 82 procent av 88 studerade länder i alla delar av världen har någon form av tvångsvård, antingen inom ramen för straffrätt (där ibland missbruket i sig kriminaliserats och påföljden är vård), eller inom ramen för civil rätt inom mentelhälsolag eller social lagstiftning.

Sveriges lagstiftning är varken extrem när det gäller tvångskriterierna, eller när det gäller tvångsvårdens längd. Civil tvångsvård syftande till rehabilitering har vanligtvis en paternalistisk grundval och t.o.m. längre vårdtid än den svenska (median 1 år). Vid längre tider gäller dock som regel, att en tid på institution följs av en längre tid i frihet under övervakning.

Möjligtvis skiljer sig Sverige däremot beträffande andelen personer som omfattas av dessa åtgärder. Men de enda jämförelser som brukar anföras för detta är när man inskränker sig till fyra nordiska länder, och där utmärker sig Sverige tydligt med en högre frekvens tvångsvård. Utanför Norden vet vi dåligt hur det ligger till. Uppgifter från USA för ett antal år sedan sade dock att 15–20

¹ Värdefulla synpunkter som konstruktivt bidragit till studien har givits av Sven Andréasson, Vera Segraeus och Lennart Bodin.

procent av alla tvångsomhändertaganden enligt mentalläsoilag skedde utifrån missbruk som primär diagnos, och att flertalet missbrukare som var i behandling hade remitterats dit genom rättssystemet (Weisner 1990, Fillmore & Kelso 1987).

Forskningen om tvångsvårdens utfall och effekter är däremot begränsad. I min avhandling (Gerdner 1998a) redovisade jag en relativt utförlig översikt av internationell forskning. Det finns mycket få kontrollerade studier (som mäter effekt) vilket hänger samman med svårigheten att få jämförbara kontrollgrupper. De få kontrollstudier som finns redovisas på annan plats i betänkandets forskningsbilaga (Gerdner 2004), men kortfattat kan sägas att de visar att tvångsvård har viss positiv effekt under förutsättning att den kombinerar en period av institutionsvård med en period av eftervård. Positiva långtidseffekter har påvisats då vården dessutom följs av långvarig övervakning som kan stärka förutsättningarna för eftervårdens genomförande. Det bör emellertid framhållas att det rör sig om ett fåtal studier. En äldre svensk studie går i samma riktning. Bjerver (1972) studerade tvångsvård enligt Nykterhetsvårdslagen och fann positiva effekter på alkoholisters sjukskrivningar av tvångsintagning. Jämfört med allmänna befolkningen hade alkoholisterna fyra gånger högre sjukskrivningsfrekvens. De tvångsomhändertagna upplevde dock en skarp nedgång såväl i denna frekvens som i sammanlagda antalet sjukskrivningsdagar två år efter utskrivning och närmade sig då normalbefolkning. Nykterhetsvårdslagen innehöll längre vårdtvång än dagens LVM; normalt ett års vårdtvång och vid upprepade problem två år. Huvuddelen av tiden kunde dock tillbringas utanför institution under övervakning av nykterhetsnämnden. Även denna studie därför kan möjligen ses som indikation på att en tids övervakning har vissa positiva effekter.

Det finns också ett antal utfallsstudier av tvångsvård. Utfall handlar bara om hur det går efteråt. Man kan i dessa studier inte avgöra frågan om insatsens effekt jämfört med om tvångsvård inte förekommit. Maddux (1988) redovisade äldre amerikanska utfallsstudier och summerade att tvångsvårdade föreföll ha något bättre utfall än frivilligt vårdade på samma institution, huvudsakligen pga. att frivilliga avbröt vården i större utsträckning. Men utfallen låg på en låg nivå för alla, vilket tolkades utifrån att insatserna var begränsade i struktur och omfattning. De bästa utfallen fanns där vården följdes av en obligatorisk eftervårdskontakt medan personen stod under övervakning efter utskrivning. I en aktuell översikt fann Wild

m.fl. (2002) – diskuteras utförligare i min andra studie (Gerdner 2004) – sammanlagt 161 studier av tvångsvård publicerade efter 1988, huvudsakligen nordamerikanska. Flertalet av dessa var icke-empiriska artiklar. Han koncentrerade därefter sin sammanställning på de fåtaliga kontrollerade studierna. Det fanns stora brister i hur dessa kontrollgrupper valts. Men de data som finns tycks visa att tvånget har positiv effekt på fullföljande och på övergång i fortsatt vård, men inte på missbruket i sig eller på återfall i brott.

Föreliggande studie är primärt en översikt över utfallsstudier från svensk LVM-vård. Det är viktigt att betona att det här handlar om utfall och inte om effekt. Effektstudier är svåra att genomföra när det gäller tvångsvård, och svenska studier med jämförbara kontrollgrupper saknas ännu. Ett försök att undersöka effekt av tvångsvård i *ett* län (Jämtland) görs därför i min andra studie (Gerdner 2004) som ingår betänkandets forskningsbilaga. I denna översikt skall jag undersöka hur utfallet har utvecklats över tid och olika faktorer som kan påverka utfallet. Den innehåller därför även en redogörelse för patienternas² behovsprofiler, vårdens organisation och innehåll samt hur dessa faktorer har förändrats. Studien har inte ambitionen att redovisa all aktuell LVM-forskning. Bland annat berörs kvalitativa studier endast i den mån de bidrar till att klargöra behandlingsinnehållet vid olika LVM-institutioner.

Genomgången kombinerar en refererande översikt med en statistisk syntetiserande ansats. Den senare utgår från de synsätt som förespråkas av Glass (1976, 2000). Glass var pionjär i att utveckla metaanalys som statistisk analys av effektstudier, och ofta tolkas begreppet "metaanalys" i denna trängre mening. Men enligt Glass själv refererar begreppet inte enbart till analys av effektstudier utan till all syntetiserande statistisk analys av andra statistiska analyser³ – i ungefär samma mening som metapoesi är poesi om poesi och metaspråk är språk om språk. Denna översikt gäller syntes av utfallsstudier, dvs. andelen av ett antal specificerade populationer som uppnått visst positivt eller negativt utfall. Metaanalys av observationsstudier, utan kontrollgrupp, med olika skattningar av

² De båda begreppen patient och klient förekommer samtidigt inom tvångsvården. Det förra brukar föredras av dem som betonar vården som behandling, det andra av dem som betonar socialt omhändertagande. Författaren föredrar patientbegreppet, men klient används i beskrivning av institutioner som föredrar detta.

³ I en recension av Cooper och Hedges (red.) "The Handbook of research synthesis" formulerar Glass följande definition av metaanalys: "statistical analysis of summary statistics from published reports" (Glass 1994).

proportioner beskrivs av Sutton m.fl. (1998) och tillämpas exempelvis av Shaffer & Hall (1996). Glass argumenterar mot att börja med att exkludera studier redan på grund av olikheter i metod och kvalitet. Snarare bör man enligt honom sträva efter att inkludera alla relevanta studier och därefter kontrollera i vilken utsträckning metodologiska olikheter och studiekvalitet svarar för variation i resultaten, för att sedan söka de mönster som beskriver och förklarar utfallsvariationen i övrigt. Sutton m.fl. anger flera alternativa strategier, inklusive att införa kvalitets- och urvalsfaktorer i multivariat "metaregression". Det senare tillämpas av Shaffer & Hall. Glass ståndpunkt att alla studier bör inkluderas har varit föremål för omfattande diskussion. Andra har menat att studier av låg kvalitet bör exkluderas för att inte störa studiens resultat – "garbage in, garbage out!" (Andersson 2003). I denna studie tillämpas, pragmatiskt nog, båda dessa strategier.

Studien begränsas därför inte till de mycket få vetenskapliga studier som finns på området (publicerade i vetenskapliga tidskrifter eller som akademiska avhandlingar) utan omfattar alla de 32 hittills genomförda utfallsstudier av LVM-vård som jag har lyckats identifiera. Ett skäl att *inte* på förhand selektera bort några studier p.g.a. kvalitet eller viss publikationsform är att studier med mindre gynnsamma eller klara fynd tenderar att röna mindre uppmärksamhet och följaktligen i lägre grad publiceras i vetenskapliga sammanhang. Detta kan i värsta fall snedvrída urvalet av studier (s.k. publikationsbias). Då studierna varierar i metod görs en granskning av deras varierande metodologiska kvalitet, och betydelsen av metodval diskuteras. Skattningarna av utfallen när det gäller missbruk och överlevnad syntetiseras statistiskt, varvid kontroll görs för studiernas heterogenitet. Analysen tillämpas dels på alla de utfallsstudier som finns tillgängliga, dels på ett något mindre antal som bedöms vara de metodologiskt mest homogena. Övriga fynd i utfallsstudierna presenteras inklusive multivariata studier vilka söker väga olika faktorerers inflytande på företeelser som rymningar, fullföljande av vård, deltagande i eftervård och självhjälpgrupper, utfall i termer av förbättring respektive nykterhet/drogfrihet samt långtidsöverlevnad. För att undersöka betydelsen av verksamheternas utformning tillämpas slutligen en syntetiserande multivariat analys av utfallet i de olika studierna. Först vill jag dock försöka placera in de olika studierna i deras historiska sammanhang, dvs. i förhållande till de förändringar som skett i lagstiftning, organisation och tillämpning.

2. Förändringar i LVM och dess administration

Den första versionen av LVM trädde i kraft 1982. Medan tidigare lagar om tvångsvård av missbrukare (Alkoholistlagen, Nykterhetsvårdslagen) endast berörde alkoholister och innehöll klara klassmässiga inslag, är den nya lagen främst grundad i behovet av vård och gäller även narkotikamissbrukare (samt från 1989 missbrukare av lösningsmedel). I såväl 1981 års som nuvarande LVM fastslås att socialtjänstlagens allmänna mål även gäller vid tvångsomhändertagande, dvs. att vården skall bygga på "respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet" och att vården "så långt det är möjligt (skall) utformas och genomföras i samverkan med den enskilde".

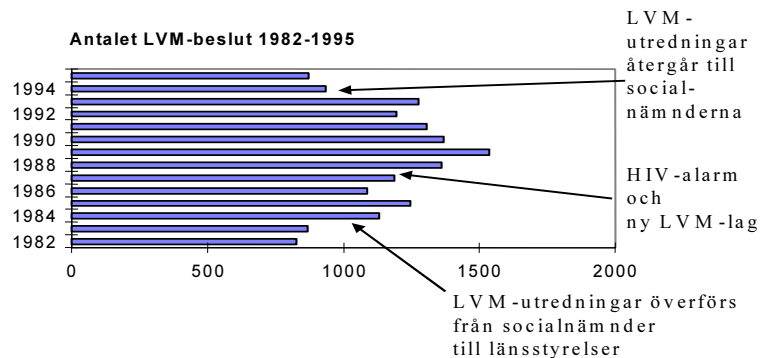
Tvångsvård kan ges under den allmänna förutsättningen att individen på grund av fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att denna vård inte kan genomföras frivilligt. Därtill skulle, i 1981 års lag, allvarliga negativa konsekvenser av missbruket föreligga, vilka svarade antingen mot en hälsoindikation (riskerar sin fysiska eller psykiska hälsa) eller mot en våldsindikation (utgör fara för sig själv eller för närstående personer). Därmed grundades lagen i högre grad än tidigare i ett vårdbehov och implicerar sedan dess därmed ett sjukdomsbegrepp (Elmér 1989). Detta innebar en något sen anpassning till WHO:s rekommendation från 1967 att tvångsvård av missbrukare skulle utgå från att betrakta missbrukaren som sjuk och att eventuella tvångsåtgärder just skulle utgå från behovet av vård (Porter m.fl. 1986).

Redan året efter LVM:s ikraftträdande övertogs huvudmannskapet för den tidigare statliga LVM-vården av kommuner och landsting i tanken att närhetsprincipen skulle underlätta missbrukarnas sociala integration. Redan efter några år initierades en omfattande debatt om behovet att få bort injektionsmissbrukarna från det aktiva missbruket. Debatten förstärktes av alarm om HIV/AIDS-epidemi bland sprutnarkomaner i Stockholm 1986–1987. I april 1987 uppskattades antalet HIV-smittade bland Stockholms narkomaner till omkring 500 och detta framlades som skäl till förändring av LVM (SOU 1987:22). Fugelstad (1997, och personlig kommunikation) rapporterade att socialtjänstens behandlingsambition för injektions-narkomanerna ökade kraftigt. I samband med översynen av LVM infördes 1989 den tvingande bestämmelsen att vården under de givna förutsättningarna "skall" beslutas, i stället

för som tidigare "kan". Förutom hälsoindikationen och våldsindikationen tillfördes en social indikation – att vederbörande uppenbart riskerar förstöra sitt liv. Revisionen innebar också en förlängning av normal vårdperiod från två till sex månader. Avsikten med förändringarna var att minska lagens akutkaraktär och istället betona långsiktigheten i vården. Målet att LVM-vården skulle innebära motivationsarbete till fortsatt frivillig vård betonades starkare än förut.

Förutom 1989 års revision har också förändringar skett när det gäller utredningsförfarandet inför länsrättsförhandlingarna. Från början, 1982, hade socialnämnderna ansvaret för att genomföra LVM-utredningarna och föra frågan till länsrätten. Det visade sig emellertid att kommunerna valde att hantera detta på helt olika sätt, och kritik förekom att olika vårdideologiska ställningstaganden till tvångsvården som sådan därvid spelade stor roll. För att åstadkomma en mer enhetlig hantering i överensstämmelse med lagens syften överfördes utredningsförfarandet 1984 till länsstyrelserna. Förändringen ledde omedelbart till en ökning av antalet länsrättsdomar om beredande av LVM-vård. Utrednings- och ansökningsförfarandet låg kvar på länsstyrelserna fram till den 1 juli 1994 då det återfördes till socialnämnderna. Denna förändring ledde lika snabbt till att antalet länsrättsdomar om beredande av vård minskade i motsvarande omfattning. Förändringarna i antalet LVM-beslut under dessa år framgår av figur 1.

Figur 1. Antal länsrättsdomar om LVM-vård under perioden 1982–1995 samt vissa påverkansfaktorer.



På grund av minskningen undersökte flera länsstyrelser hur kommunerna tillämpade lagen, och på några håll konstaterades att det fanns skillnader i hanteringen som inte motiverades av skillnader i klienternas problembild (Länsstyrelsen Malmöhus län, 1995:31 och 1996:4; Länsstyrelsen Jämtlands län, 1998). Vårdideologiska och kommunalekonomiska hänsyn bedömdes ha spelat stor roll. Från ungefär samma tid inleddes åtstramningar till följd av statens sanering av statsskulden och de konsekvenser detta fick för kommunerna.

Antalet intagna en viss dag förändrades ännu mer som en konsekvens av att den maximala vårdtiden utökades 1989. Sammantaget innebar detta en mycket stor anspänning på LVM-vården i form av platsbrist, vilket ledde till att LVM-institutioner tvingades säga nej till intagningar. Platsbristen i kombination med institutionens rätt att själv besluta om intagning medförde att det kunde vara särskilt svårt med platstillgången för de mest problematiska patienterna med ett utagerande beteende och/eller svår psykisk störning eller sjukdom. Det är viktigt att betona att ökningen av beläggningen under dessa år inte bara skedde inom LVM-vården. Även beläggningen inom den frivilliga vården ökade radikalt.

Då ansvaret för LVM-platserna nu låg kommunalt valde flera kommuner och/eller landsting att tillskapa nya LVM-institutioner. Flera av dessa var särskilt inriktade på storstädernas narkomangrupper, exempelvis Serafen, Rålbshov (numera Rebecka), Malmö LVM-hem, Salberga, och så småningom också Lunden. Dessa nya institutioner fick börja sin verksamhet med ny ledning och ny personal som i allmänhet saknade tidigare erfarenhet av att bedriva LVM-vård. Den första av dessa nya institutioner, Serafen, lades ner redan efter ett par år, efter att ha blivit mycket omdiskuterad och kritiserad för "kaotiska förhållanden" med bland annat omfattande rymningar och införsel av narkotika på institutionen och som också starkt kritiserades av JO (Berg & Grant 1988, JO dnr 456/1988 och 500/1988). En bidragande faktor var bland annat att institutionen inte kunde låsas. Möjligtvis på grund därav byggdes övriga nyttillkomna institutioner som låsta LVM-hem. Det bör betonas att den "kaotiska situationen" inte främst berodde på att patienterna nu i stor utsträckning utgjordes av narkomaner. Under två år tidigare, 1982–1983, fungerade Runnagården som riksanstalt för tvångsom-

händertagna narkomaner.⁴ Även där förekom relativt många avvikningar under det första året, men minskade betydligt redan under det andra året enligt gjorda utvärderingar (Arnhof 1983, Rosvall 1984). Problemen var dock aldrig så stora där som senare vid Serafen.

Låsta platser tillfördes också genom att låsta avdelningar inrättades vid ett stort antal äldre öppna institutioner. Tidigare hade tvångsvården i huvudsak bestått av helt öppna institutioner och endast tre LVM-institutioner var i början av 1980-talet utrustade med låsta avdelningar – s.k. "institutioner med särskilt noggrann tillsyn". Det var Gudhemsgården, Runnagården samt Frösö behandlingshem, alla med mångårig erfarenhet. Två av dessa tre hade dock vid denna tid huvuddelen av sina platser på öppna avdelningar (Gudhemsgården 88 %, Runnagården 65 %). Endast Frösö behandlingshem hade vid denna tid flertalet av sina platser låsta (75 %). Placering på en låst avdelning skedde i praktiken antingen när det gällde svårare avgiftning, eller på grund av stark rymningsbenägenhet, våldsamhet eller andra krav på särskild tillsyn. Placerings-tiderna på låst avdelning var vid denna tid relativt korta. Målet var att snabbt återgå till öppen avdelning. Denna strävan understöddes av den bristande tillgången på låsta platser. Det innebar att dessa tre institutioner temporärt eller för resterande LVM-tid fick ta över rymningsbenägna och andra problematiska fall från andra institutioner. Det medförde en omfattande flyttningskarusell som också mötte kritik (Franér & Ågren 1987).

En annan bakgrund till kraven på fler låsta platser var att den förlängda vårdtiden kraftigt ökade avvikningsbenägenheten hos de intagna. I en studie från Runnagården påvisades att lagändringen ökade andelen avvikningar⁵ per intagen från 0,3 till 2,3 (Gerdner m.fl. 1997), dvs. drygt sju gånger – betydligt mer än själva LVM-tidens förlängning – utan att denna ökning kunde hänföras till förändring i patienternas problembild. I en liknande studie vid Rällsögården skedde motsvarande ökning av avvikningskvoten från 0,3 till 2,1 (Möller m.fl. 1998). Det är troligt att förlängningen i sig medförde en ökad frustration för dem som togs in med tvång, och att detta förhållande ökade deras avvikningsbenägenhet. Den senare studien visade emellertid också att avvikningskvoten redan efter

⁴ Det är alltså inte korrekt, som ofta hävdas, att Serafen var det första narkomanvårdsprogrammet under LVM.

⁵ Med avvikning menas dels rymning från LVM-institutionen, dels annan olovlig frånvaro genom att inte inställa sig efter en permission eller motsvarande.

några år minskade till 1,2 per intagen, vilket fortfarande är en ökning i förhållande till före förlängningen, men som mer motsvarar den förlängda vårdtiden. En möjlighet är att institutionen lärt sig att bättre hantera avvikningsbenägna patienter. Kanske har tillskapande av en egen låst mottagningsavdelning på Rällsögården spelat en positiv roll för denna utveckling, men det finns säkert även andra faktorer som har haft betydelse.

Tillskapandet av helt låsta institutioner och den stora ökningen av låsta platser i allmänhet från slutet på 1980-talet förändrade kraftigt LVM-vårdens karaktär såtillvida att inlåsning under lång tid blev en allt vanligare förekomst inom LVM-vården. Denna utveckling har skett utan någon motsvarande lagändring i denna riktning. Fortfarande finns inga klara kriterier i lagen för när inlåsning under en LVM-period kan ske och när den bör upphöra. Detta har medfört att praxis ser olika ut vid olika institutioner och tycks i stor utsträckning bero av institutionernas tillgång till låsta respektive öppna platser.

En annan förändring har varit den enorma ökningen av andelen omedelbart omhändertagna (nuvarande 13 § LVM). Den dramatiska förändringen inleddes 1989 (Olsson 1997). Från att i verklig mening ha gällt undantagsfall under de första sju åren steg andelen under 1989–1995 till cirka 40 procent av alla LVM-intagningar. Det är rimligt att se denna starka tillväxt dels i ljuset av inriktningen på nya målgrupper för LVM, men dels också i ljuset av den ökade andelen låsta platser inom LVM-vården. Plötsligt fanns en möjlighet att ordna avgiftning genom LVM-vården,⁶ något som tidigare oftast hade behövt ske före placeringen på LVM-institutionen. Helt entydigt är detta dock inte. I studien från Rällsögården visades att de omedelbara omhändertagandena ökade redan innan den nya låsta mottagningsavdelningen hade färdigställts, men efter nuvarande LVM:s ikraftträdande. Detta skulle kunna tyda på att socialtjänsten fann det svårare att planera LVM-intagning för de nya målgrupperna.

⁶ En annan sak är att de låsta avdelningarna inte alltid hade de medicinska resurser som krävdes. Detta diskuteras tydligare på annan plats i utredningen.

SiS övertar huvudmannskapet

I april 1994 övertogs tvångsvården av vuxna missbrukare av Statens institutionsstyrelse. Det innebar förstatligande av samma verksamhet som 10 år tidigare hade kommunaliserats. Någon utvärdering av hur det gått med de mål som stått i förgrunden då verksamheten kommunaliserades skedde aldrig (Möller 1998). Debatten gällde nu andra saker. I motiven till statens övertagande anfördes svårigheten att finna platser till de mest svårplacerade missbrukarna, eftersom institutionerna hade möjlighet att neka intagning och försöka skjuta över de mest problematiska på andra (SOU 1992:18). Följaktligen centraliserades platsbokningen till huvudkontoret.

Problemet med de mest svårplacerade hade dock i stor utsträckning hängt samman med den tidigare platsbristen, vilket redan lett fram till att nya LVM-hem hade tillskapats. I takt med kommunernas neddragning av placeringar inom den institutionella missbrukarvården i allmänhet och tvångsvård i synnerhet förbyttes bristen snabbt i ett överskott på platser. Detta var uppenbart redan när SiS inrättades och ledde till att SiS inte tog över alla tillgängliga institutioner. Företrädesvis övertogs de institutioner som hade tillgång till låsta avdelningar; Östfora LVM-hem var den enda § 22-institution (utan låst avdelning) som SiS övertog.

Vid årsskiftet 1991–1992 fanns 41 LVM-institutioner varav 24 stycken § 22-institutioner med sammanlagt 693 platser, samt 17 institutioner med låsta avdelningar (s.k. § 23-institutioner) med sammanlagt 384 öppna och 203 låsta platser. Totalt fanns alltså 1 280 platser varav knappt 16 procent var låsta (SOU 1992:18). Men redan vid denna tid var överskottet på platser märkbart. Alldeles före huvudmannskapsbytet i april 1994 hade antalet institutioner minskat från 41 till 25, och antalet platser till 941 varav 300 låsta (32 %). Under de år som följde fortsatte SiS att kraftigt minska verksamheten till 14 institutioner med 336 platser vid årsskiftet 2000/2001 (SiS 2001). En del av de nya låsta institutionerna har lagts ned (till exempel Malmö LVM-enhet redan 1994, Salberga 1998). Men i ännu större utsträckning har institutioner med i huvudsak öppna platser antingen försvunnit (exempelvis Västkusthemmet, Romanäs, Holma, Nordsjö), minskat kraftigt (till exempel Älvgården) eller övergått till annan verksamhet (till exempel Västerbyhemmet, Håkanstorp). Trenden har varit att andelen låsta platser har ökat på de öppna platsernas bekostnad. I dagsläget (år

2003) är 188 av totalt 346 platser (54 %) låsta⁷ (SiS 2003). Det innebär att *andelen* låsta platser av samtliga har ökat med 337,5 procent på 12 år. Alla utom en institution (Östfora) har låsta platser. Vid två institutioner finns endast låsta platser (Lunden och Rebecka, vilka båda märkligt nog är kvinnoinstitutioner). Vid ytterligare fyra institutioner har andelen låsta platser ökat och dominerar i dag stort (Hornö 89 %, Gudhemsgården 88 %, Runnagården 74 %, Frösö LVM-hem 68 %). Vid övriga institutioner varierar andelen låsta platser mellan 23 och 50 procent.

Sedan SiS tagit över ansvaret för tvångsvården av vuxna missbrukare och centraliserat bokningssystemet fortsatte ökningen av de omedelbara omhändertagandena enligt 13 § LVM ytterligare och uppgick under perioden 1995–2000 till över 60 procent (se tabell 1), och har även därefter fortsatt att öka. År 2002 tillämpades 13 § LVM för 675 av totalt 881 personer med beslut om insatser enligt LVM dvs. för 77 procent av de omhändertagna (Socialstyrelsen 2003:6, tabell 9). Den utvecklingen kan inte förstås utan att se till ökningen av låsta platser.

Med SiS inrättades en gemensam Forsknings- och utvecklingsavdelning, och särskilda medel avsattes för forskning respektive utvecklingsarbete. Genom FoU-avdelningen inleddes bland annat ett utvecklingsarbete för att skapa och införa ett gemensamt dokumentationssystem (DOK) för behandlingsplanering och utvärderingsändamål. Efter ett pilotprojekt 1995 infördes DOK-systemet på alla LVM-institutioner. Ett annat viktigt utvecklingsarbete har rört personalutbildning. Omfattande projektmedel fördelades för att höja personalens grundutbildningsnivå. Utbildningsinsatserna för grundutbildning beräknas vara avklarade först 2005 (SiS 2003). SiS har på senare år dessutom infört ett gemensamt patientadministrativt system KIA, som fortfarande är under utveckling; bland annat försöker man få institutionerna att systematisera sina behandlingsplaner.

Det kan vara värt att påpeka att både systematisk dokumentation och internutbildning av personal hade förekommit lokalt även innan SiS övertog driften av LVM-hemmen. Strukturerade dokumentationssystem förekom till exempel vid Runnagården, Rällsögården och Karlsvik redan 4–7 år tidigare. I en inventering före DOK-systemets bredare lansering 1996 tillämpades strukturerade

⁷ I SiS terminologi används eufemismen "låsbara" istället för låsta.

bedömningsinstrument vid sju av dåvarande 23 LVM-institutioner (Granelli m.fl. 1996). DOK har inte ersatt alla dessa system, utan utgör den enda gemensamma grunden. Därutöver kan finnas diagnosinstrument för missbruk/beroende och för andra psykiska störningar, samt personlighetsinventorier och andra psykometriska test.

Beträffande specialiserad behandlarutbildning drev Runnagården under åtta år från 1990 tillsammans med institutionen för vårdvetenskap och omsorg, Höskolan i Örebro, en tvåårig behandlarutbildning på halvfart. Denna försörjde såväl den egna institutionen som andra delar av missbrukarvården i regionen med personalutbildning. Det kan ha förekommit liknande initiativ på andra håll som jag inte känner till, men de var i vart fall inte på högskolenivå. Längre tillbaka, före kommunaliseringen, skedde personalutbildning tillsammans med kriminalvården – s.k. VUN-utbildning. Denna låg inte heller på högskolenivå, och var relativt kort – en termin. Vad jag vet tillämpades den inte för LVM-institutionernas personal efter kommunaliseringen. Bergmark (1994) redovisar att endast 30 procent av den behandlande personalen på Älvgården hade mer än fyra veckors specialiserad utbildning i missbrukarvård.

Tre perioder

Mot bakgrund av beskrivningen ovan finns det anledning att se utvecklingen sedan LVM:s ikraftträdande i huvudsakligen tre tidsperioder:

1. *Perioden 1982–1987*, då LVM var ny och i huvudsak tillämpades på de institutioner som funnits sedan Nykterhetsvårdslagens tid. Institutionerna var gamla och hade i allmänhet stor erfarenhet, men fick nu ta emot nya kategorier av patienter i och med att tvångsvården också omfattade narkomaner. De två första åren placerades alla narkomaner på Runnagården i Örebro. Sedan började de spridas ut nationellt. Institutionerna utvecklades efterhand mycket heterogent med olika behandlingsfilosofier, vilket möjligen underlättades av att de från 1983 drevs i kommunal regi. Öppna (dvs. ej låsta) vårdformer dominerade bland LVM-institutionerna.
2. *Perioden 1988–1994*, då LVM utökades från två till sex månader och nya intagningskriteriet tillkom. Detta skedde

efter alarm om HIV-smitta bland sprutnarkomaner, vilket ledde till en kraftigt ökad intagning på LVM-vård under några år. Som ett resultat av att LVM förlängdes kvarstannade patienterna längre tid, vilket tillsammans med ett större antal länsrättsdomar om beredande av vård ledde till platsbrist inom tvångsvården. Samtidigt ökade avvikningarna. För att möta dessa förändringar tillskapades fler LVM-hem, dvs. helt nya institutioner som inledningsvis saknade erfaren personal och ledning. Många av dessa var helt låsta institutioner. Dessutom utökades låsta avdelningar på äldre institutioner. Andelen låsta platser ökade därmed kraftigt. Heterogeniteten mellan institutionernas behandlingsmodeller har under denna tid också ökat. Ett fåtal LVM-institutioner utvecklade strukturerade behandlingsmodeller medan andra fortsatte med ostrukturerad behandling som i huvudsak bygger på kontaktmannaskap. Vissa började även utveckla egna bedömningsmodeller med screeningtest och omfattande strukturerade intagningsintervjuer. Kompetensnivån bland behandlingspersonalen var generellt låg, men enstaka större utbildningsinsatser initierades.

3. *Perioden april 1994 fram till i dag.* Statens institutionsstyrelse (SiS) har övertagit ansvaret för all tvångsvård och har tillämpat en enhetlig prissättning och centraliserad platsbokning. Antalet platser och institutioner har minskat och andelen låsta platser ökat. SiS har inte lagt sig i vilka behandlingsmodeller som har utvecklats på de enskilda institutionerna – ofta ett arv från den kommunala tiden. Två viktiga förändringar som generellt har haft betydelse för verksamheten inleddes dock på initiativ av SiS:
 - dels krav på en lägsta utbildningsnivå för behandlingsassistenter och erbjudande om projektmedel för sådan grundutbildning,
 - dels krav på att alla institutioner skulle börja tillämpa ett gemensamt dokumentationssystem – DOK. Det innebär att behandlingsperioden inleds med en screening av behovsnivåer på olika områden.

Ingen av dessa förändringar är helt genomförda men redan från 1996 har inskrivningsintervjuer tillämpats vid samtliga institutioner.

3. De intagnas problembild

I dag anförs hälsoindikationen för praktiskt taget alla tvångsomhändertaganden (96 procent). Därutöver åberopas sociala indikationen i 47 procent, våldsindikationen "fara för sig själv" i 36 procent och indikationen "fara för närstående" i 27 procent. Som synes gäller i allmänhet fler än en av specialindikationerna. Alkohol- respektive narkotikamissbruk är ungefär lika frekventa som grunder för tvångsomhändertagande, med ungefär 60 procent för vardera, inklusive drygt 20 procent blandmissbruk. Därutöver förekommer ett par procent som intagits på grund missbruk av lösningsmedel (Socialstyrelsen 2002).

Som nämnts ovan gör samtliga LVM-institutioner intagningsintervjuer (DOK). Årliga sammanställningar har presenterats för årskohorterna 1996–2000. I nedanstående två tabeller visas en samlad genomgång för åren 1996–2000 för totalt 4 763 tvångsintagna patienter. Sammanställningen har för denna rapport gjorts av Mia Körloff vid Statens institutionsstyrelse. Flertalet, 2 602 personer, har intervjuats personligen, och i 2 161 fall har sammanställningar gjorts baserade på inremitteringsdokument. Till följd av detta kan procentbasen variera, vilket framgår av tabellen. Det finns även frivilligt intagna på LVM-hemmen, men dessa ingår inte i tabellerna.⁸ Tabell 1 avser demografi och bakgrundsfaktorer medan tabell 2 avser debut och varaktighet i regelbunden droganvändning.

⁸ P.g.a. att sammanställd datafil för dessa år tillsammans ännu inte finns iordningsställd för de frivilliga.

Tabell 1. Demografi och bakgrundsfaktorer för 4763 tvångsintagna patienter på LVM-institutioner åren 1996–2000.

	Män		Kvinnor		Total	
	%	antal	%	antal	%	antal
Kön	69	3 276	31	1 487	100	4 763
Ålder, Genomsnitt (sd)	40 (14)	3 276	37 (12)	1 487	39 (13)	4 763
<i>Lagrum</i>						
13 § LVM	65	2 124	62	913	64	
4 § LVM	35	1 136	38	566	36	4 739
<i>Utbildning</i>						
Ej mer än grundskola	67	1 947	69	927	68	
Mer än grundskola	33	955	31	408	32	4 237
Varit placerad i fosterhem	16	296	23	189	18	2 633
<i>Uppväxtförhållanden</i>						
Missbruk	23	401	26	202	24	2 525
Psykiska problem	7	128	10	78	8	2 525
Både missbruk o psykiska problem	11	186	23	182	15	2 525
Bostadslös	19	590	17	252	19	4 561
<i>Levnadsförhållande</i>						
Ensam	73	2 241	52	757	66	
Ensam med barn	1	35	4	62	2	4 541
Arbete eller a-kassa	10	317	6	85	9	4 096
Någonsin dömd för brott	55	1 809	33	491	48	4 763
<i>Tidigare vårdad för missbruk</i>						
Tvångsvård	78	1 455	78	658	78	2 712
Öppenvård	57	1 012	60	467	58	2 545
Allvarliga problem med fysisk hälsa	43	1 282	49	675	45	4 328
<i>Övergrepp</i>						
Fysiska övergrepp	36	616	65	514	45	2 522
Psykiska övergrepp	20	338	55	440	31	2 514
Sexuella övergrepp	3	45	36	282	36	2 501
Flera av dessa övergrepp	8	265	29	437	15	2 522
Psykiatrisk vård	40	736	51	439	43	2 712
Psykiska problem senaste 30 dagarna	65	1 116	75	587	68	2 523

Som framgår av tabell 1 tillhör de LVM-vårdade en grupp som i hög utsträckning varit utsatta redan tidigt i livet. Två av tre saknar utbildning utöver grundskola. En av fyra har vuxit upp i hem där missbruk har förekommit och knappt en av tio där psykiska problem förekommit. En av fem har vuxit upp i fosterhem.

Tabell 2. Genomsnittlig debutålder och varaktighet i missbruk för intervjuade tvångsintagna patienter på LVM-institutioner åren 1996–2000.

	Män			Kvinnor			Total		
	Antal år	sd	Antal pers.	Antal år	sd	Antal pers.	Antal år	sd	Antal pers.
Alkohol till berusning, ålder för regelbunden användning	22	10	1 151	23	11	496	22	10	1 647
Alkohol till berusning, totalt antal år	16	10	1 133	11	8	472	14	10	1 605
Heroin, ålder för regelbunden användning	22	6	441	21	6	183	22	6	624
Heroin, totalt antal år	7	5	426	6	5	179	6	5	605
Metadon, ålder för regelbunden användning	27	6	79	25	7	32	26	6	111
Metadon, totalt antal år	3	4	74	4	6	24	4	4	98
Kokain, ålder för regelbunden användning	21	5	123	19	4	50	21	5	173
Kokain, totalt antal år	4	4	110	4	3	35	4	4	145
Amfetamin, ålder för regelbunden användning	20	6	604	19	6	337	20	6	941
Amfetamin, totalt antal år	9	7	585	7	6	335	8	7	920
Extacy, ålder för regelbunden användning	21	6	53	19	4	31	20	5	84
Extacy, totalt antal år	3	3	54	3	2	21	3	2	75
Cannabis, ålder för regelbunden användning	17	5	660	16	5	247	16	5	907
Cannabis, totalt antal år	11	8	676	7	6	243	10	8	919
LSD, ålder för regelbunden användning	18	4	80	18	4	41	18	4	121
LSD, totalt antal år	4	5	79	3	3	33	4	5	112
Lösningssmedel, ålder för regelbunden användning	16	7	160	15	6	76	16	7	236
Lösningssmedel, totalt antal år	3	3	191	2	1	97	2	3	288
Dopingpreparat, ålder för regelbunden användning	22	5	53	19	3	6	21	5	59
Dopingpreparat, totalt antal år	3	3	47	8	10	3	3	4	50
Dämpande mediciner, ålder för regelbunden användning	23	9	621	22	9	300	23	9	921
Dämpande mediciner, totalt antal år	9	8	617	9	8	298	9	8	915
Fler än ett preparat, ålder för regelbunden användning	20	7	610	20	8	252	20	7	862
Fler än ett preparat, totalt antal år	10	8	621	8	6	253	10	7	874

Deras aktuella sociala situation vid tiden för LVM-intagning var mycket svår. En av fem var bostadslös. Två av tre lever ensamma, och här finns klart större andel bland män. Kvinnorna lever istället i högre utsträckning tillsammans med en partner som också missbrukar. Andelen som lever med partner som inte missbrukar är däremot densamma (SiS 3/98). Nio av tio står helt utanför arbetsmarknaden i den meningen att de inte ens uppbär a-kassa vid arbetslöshet. Hälften har dömts för brott, vilket i högre grad gäller för männen. Tre av fyra har tidigare varit intagna för tvångsvård, och drygt hälften har genomgått öppenvård för sitt missbruk.

Knappt hälften har allvarliga kroniska problem med sin fysiska hälsa – "fysisk sjukdom eller skada som påverkar det dagliga livet" som det uttrycks i intervjun. Här har alltså inte de akuta hälsoproblemen som kan ha medverkat till intagningen tagits med. Knappt hälften har utsatts för fysiska övergrepp och en tredjedel för psykiska respektive sexuella övergrepp. För alla dessa gäller att kvinnorna har varit mer utsatta än männen. Drygt fyra av tio har genomgått psykiatrisk vård och två av tre uppger akuta psykiska problem senaste månaden. Även här har vi något högre andel för kvinnorna.

Missbruksbilden belyses i tabell 2. Alkohol är som synes den till omfattningen dominerande drogen även bland de tvångsintagna. Amfetamin, cannabis och benzodiazepiner ligger på ungefär samma nivå, klart över heroin. Övriga droger är mindre frekventa.

Missbruk av lösningsmedel och cannabis har ofta inletts i tonåren – tidigare än för övriga drogtyper. Spridningen i debutålder⁹ är stor. Några har börjat blandmissbruk redan vid 11 års ålder. Vi bör komma ihåg att spridningen är störst när det gäller alkohol. För de flesta har alkohol varit debutdrogen. Men när det gäller alkohol och dämpande mediciner finns också missbruksdebut långt upp i åren.

Den genomsnittliga varaktigheten i alkoholmissbruk är 11 år för kvinnor och 16 år för män. Varaktigheten i missbruk av andra droger är något kortare, men de flesta drogmissbrukare har eller har haft alkoholmissbruk vid sidan om sitt drogmissbruk, så missbrukarnas totala varaktighet återspeglas bäst av varaktigheten i alkoholmissbruk.

⁹ Angiven i tabellen med sd = standardavvikelse.

Fysisk och psykisk ohälsa

Uppgifterna i DOK-rapporterna grundar sig på självskattning. Det gäller även uppgifterna om fysiska och psykiska hälsoproblem. Någon motsvarande samlad information om alla intagnas hälsa grundat på diagnoser/professionella bedömningar finns inte, endast studier av begränsade grupper. Framför allt är dokumentation om den somatiska hälsan bland LVM-intagna mycket knapphändig. Det är anmärkningsvärt dels med tanke på att 96 procent av LVM-besluten motiveras med hälsokriteriet i lagen, dels med tanke på att SCB redan på 1970-talet fann att tvångsombändertagna alkoholister (enligt NvL) hade en överdödlighet sju gånger normalbefolkningen, standardiserad för ålder och kön (SOU 1987:22).

Jansson och Fridell (2003) rapporterar somatisk hälsa för kvinnor som var intagna på Lunden 1997–2000. En tredjedel av dessa kvinnor uppger att de under året före LVM-intagningen hade varit inlagda på somatisk klinik (främst akutsjukvård) och drygt en tredjedel hade sökt vård på specialistmottagning. Under tiden på Lunden skrevs sammanlagt 172 remisser för 69 somatiskt utredda patienter. Nära 60 procent hade akut behov av tandvård, nära 40 procent av gynekologi. Leverskador, infektioner, neurologiska skador och undernäring föranledde också remisser. De rapporterar också att drygt hälften hade hepatit C och att åtta procent hade hepatit B (även om detta inte föranledde remisser). Den parallella studien (Gerdner 2004) rapporterar utifrån sjukvårdsregister att 27 av 47 LVM-intagna (57 %) varit inlagda på sjukhus under året före intagningen i genomsnitt 11 dagar/inlagd.

När det gäller psykisk hälsa finns något fler studier, men även här endast för en bråkdel av de intagna och inte före 1990-talet. Palmstierna (1994) summerade sina erfarenheter som psykiater vid Salberga LVM-hem, en manlig institution för utagerande och våldsammissbrukare. Fyrtiotvå patienter undersöktes medan 13 avböjde deltagande. Femtio procent mötte kriterierna för *aktuell* psykiatrisk diagnos enligt DSM-III-R. Av dessa var 14 % psykotiska (schizofreni eller paranoia), och sex procent hade annan axel-1 störning (presenil demens, panikångest, och bipolärt syndrom). Resterande 29 procent hade preliminär diagnoser för svårare personlighetsstörning (11 i kluster B och en i kluster C).

Tabell 3. Livstidsprevalens av psykiatriska problem utöver missbruk bland 544 patienter på LVM-institutioner, utifrån strukturerade kliniska psykiatriska intervjuer (SCID).

	Karlsvik (Huvudsak ligen män)	Karlsvik (Endast män)	Karlsvik (Endast män)	Runnagården (Endast kvinnor)	Nio insti- tutioner (Båda könen)	Lunden (Endast kvinnor)
	(a)	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
N	102	179	92	49	53	69
Behandlingsår	1990–1993	1994– 1997	1998– 2000	1996–1997	1997	1997– 2000
<i>Axel 1: Psyki- atrisk sjukdom (utöver miss- bruk), varav</i>	62	66	59	82	EI	72
Affektiv störning (f)	41	42	43	55	EI	16
Ångest störning	31	38	34	55	EI	26
Psykos	20	15	13	47	EI	17
Ätstörning	0	0	1	25	EI	13
Somatoform st. (g)	EI	EI	EI	4	EI	EI
<i>Axel 2: Person lighetsstörning, varav....</i>	53	38	60	53	76	62
Kluster A (udda)	30	12	11	20	13	5
Kluster B (utagerande)	33	34	29	25	52	49
Kluster C (neurotiska)	26	28	27	39	11	7
<i>Total psykiat- risk komorbiditet, (axel 1 utom missbruk + axel 2)</i>	78	72	75	84	-	83

(a) Sallmén 1999; (b) Sallmén, 2003, personlig kommunikation; (c) Gerdner, Norlander & Pedersen, 2002; (d) Teglund & Nilsson 1997; (e) Jansson & Fridell (2003) samt Fridell, personlig kommunikation; (f) Affektiva störningar avser främst depression, men också manodepressivitet och dystymi; (g) Med somatoforma störningar avses psykiatriska problem som yttrar sig i kroppsupplevelser. EI = Ej inkluderade i de strukturerade intervjuerna.

Sex studier redovisar *livstidsprevalensen* (alltså inte endast aktuell diagnos) av psykiatriska problem för LVM-patienter utifrån strukturerade kliniska intervjuer – s.k. SCID-intervjuer (se tabell 3). Sallmén rapporterar från Karlsviks LVM-hem, för 1990–1993 [huvudsakligen män] och för 1994–1997 [endast män] (Sallmén 1999) samt för 1998–2000 [endast män] (Sallmén 2003, personlig kommunikation). Mina medarbetare och jag (Gerdner, Nordlander & Pedersen 2002) rapporterar från Runnagården, en institution för kvinnliga missbrukare med samtidig psykiatrisk störning. Teglund och Nilsson (1997) rapporterar ett urval från nio olika institutioner (både kvinnor och män). Deras studie omfattar endast förekomst av personlighetsstörningar (axel 2), men inte axel-1-sjukdomar. Jansson och Fridell (2003) rapporterar från kvinnor vårdade enligt LVM på Lunden under tiden 1997–2000. Även unga kvinnor som vårdas enligt LVU fanns med i studien men har inte tagits med här. Somatoforma störningar undersöktes endast vid Runnagården.

I SCID inkluderas inte neurologiska skador. Sallmén (2003) nämner att ospecificerad organisk påverkan indikerades genom SRB-screening för 6 procent av männen och 19 procent av kvinnorna i 1990–1993 års klientgrupp, samt hos 8 procent av männen och 5 procent av kvinnorna i 1994–1997 års klientgrupp. För 1998–2000 nämns inte motsvarande siffror, däremot att "indikationer på hjärnskador ökat drastiskt i den äldre klientgruppen, födda före 1955, till att omfatta hela 20 procent" (sid. 82).

Tabellen visar att den psykiatriska problematiken är omfattande i alla studierna, mellan 72–84 procent är vad som brukar kallas "dubbel diagnos"-patienter, även då hjärnskador inte inräknas. Psykiska sjukdomar finns därmed hos 59–82 procent och personlighetsstörningar hos 38–76 procent. Det finns vissa variationer. Problemen är totalt sett mest omfattande på Runnagården och Lunden som båda har uppdrag att vårda kvinnor med samtida psykiatriska problem. Det finns dock en skillnad i profil mellan dessa två institutioner. Lunden har högre andel personlighetsstörda, medan Runnagården har högre andel med psykisk sjukdom. Där finns bland annat betydligt högre andel med psykosproblem. Kvinnorna på Lunden har lägre andel affektiva sjukdomar än i övriga studier. Författarna varnar dock för att det kan ha varit viss underdiagnostik av depressioner i gruppen affektiva störningar.

När Teglund och Nilsson (1997) jämförde alkoholister med drogmissbrukare, där båda grupperna var intagna på LVM, fann de

också i huvudsak samma symtomatologi, med undantag från att drogmissbrukarna har större problem med utagerande beteende och svårigheter att kontrollera ilska än vad alkoholisterna har. Även om Teglund och Nilsson inte tillämpade Axel-1-modulerna i SCID, fann även de utifrån screening (SCL-90) att depression och ångest är de vanligaste aktuella psykiatriska symtomkategorierna.

Den tunga psykiatriska problembilden bland missbrukare i allmänhet och LVM-patienter i synnerhet har underskattats. Sallmén påpekade (2003, samt personlig kommunikation) utifrån Karlsvikspopulationen 1990–1993 att de flesta har haft omfattande kontakter med psykiatrin. Trots detta har de mycket sällan blivit psykiatriskt utredda, eftersom de inte har haft sammanhängande nyktra perioder av tillräcklig längd för att utredning skall kunna genomföras. Psykiatrin nöjer sig i sådana fall ofta med att konstatera missbruk och låter bli att utreda ytterligare psykiatriska problem. I några fall hade man inom psykiatrin ställt diagnoser på symtom som i själva verket visade sig vara relaterade till abstinensproblem och inte till psykisk sjukdom, med katastrofala konsekvenser. Samma fenomen av outhärliga missbrukare trots omfattande kontakt med psykiatrin kunde konstateras i en studie i Östersund (Tärnegård 2000). I praktiken är LVM-vistelsen det enda möjliga tillfället att få dem utredda psykiatriskt. Tyvärr sker inte detta annat än på ett fåtal institutioner. Som Jansson och Fridell (2003) påpekar innebär en korrekt ställd psykiatrisk diagnos större möjligheter till förbättrad behandling både under LVM-tid och i eftervård, och – vilket kanske är ännu viktigare – att felaktiga förhållningssätt till dessa personer kan undvikas. Sallmén ger exempel på insatser som åstadkommit som en direkt följd av att strukturerad klinisk diagnostik har tillämpats vid Karlsvik, se tabell 4. Motsvarande insatser gjordes inte under första perioden (1993–1996) då undersökningarna vid denna tid inte var integrerade i verksamheten.

Tabell 4. Konkreta insatser som resultat av strukturerad psykiatrisk diagnostik vid Karlsvik, 1994–2000, procentuell fördelning.

	1994–1997 <i>n</i> = 112	1998–2000 <i>n</i> = 92
Stödkontakt på klientens initiativ	31	35
Utredning underlag för psykofarmakologiska insatser	20	31
Samtalskontakt på öppenvårds basis efter utskrivning	11	11
Intyg/utlåtanden ledande till finansiering av eftervård	10	10
Demensutredning	8	20
Intyg/utlåtanden ledande till förlängt bistånd	7	13
Del av personutredning	6	4
Del av pensionsutredning	5	10

Källa: Sallmén (2003).

Tidiga kränkningar och försummelse under barndomsåren

DOK-intervjuerna inkluderar frågor om övergrepp, men dessa handlar enbart om perioden efter missbruksdebuten. Det finns några studier om kränkningar och försummelse i barndom bland LVM-intagna. Nyman (1999) studerade 50 män som LVM-vårdats på Rällsögården, varav 18 intervjuats och 23 besvarat ett anonymt frågeformulär.

Femtiofem kvinnor på Runnagården besvarade en svensk version av The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), ett screening-instrument som innehåller fem underskalor: fysiska, emotionella respektive sexuella övergrepp, samt fysisk respektive emotionell försummelse (Lundgren m.fl. 2002). Och i ett ännu opublicerat material från Frösö LVM-hem fylldes CTQ i av 12 kvinnor och 49 män. Resultaten av dessa olika studier framgår av tabell 5.

Tabell 5. Redovisning av studier, som – med olika metoder – undersöker övergrepp och försummelse i barndomen för kvinnor och män intagna på LVM-institutioner. Procentuell fördelning. För CTQ redovisas dels mer än ringa förekomst av de fem olika formerna, dels andel med mer än ringa respektive mycket svåra problem i minst en av formerna.

Institution	Runnagården	Frösön	Frösön	Rällsögården	Rällsögården
Metod	CTQ	CTQ	CTQ	Intervju	Anonymt formulär
Kön	Kvinnor	Kvinnor	Män	Män	Män
N	55	12	49	18	23
Fysiska övergrepp	60	33	31	39	ER
Psykiska övergrepp	56	17	28	28	ER
Sexuella övergrepp	69	36	15	6	17
Fysisk försummelse	80	75	76	ER	ER
Psykisk försummelse	80	50	67	ER	ER
Minst en av ovanstående former	95	83	85	ER	ER
Svåraste kategori i minst en av ovanstående former	70	33	33	ER	ER

ER = ej redovisat

De hittillsvarande studierna visar samfällt att tidiga övergrepp och försummelse i barndomen är ett omfattande problem bland LVM-patienterna, både bland kvinnor och bland män. Detta gäller även sexuella övergrepp även om just dessa är vanligare bland kvinnorna än bland männen. De största barndomsproblemen rapporteras från Runnagården som är speciellt inriktad på kvinnor med samtidiga psykiatriska problem.

Formen för hur dessa problem tas upp förefaller viktig. Här har tre olika former prövats: intervju, anonymt frågeformulär samt icke-anonymt frågeformulär (CTQ). I intervjuerna bland männen på Rällsögården hade en (6 %) varit offer för sexuellt övergrepp. Av motsvarande grupp som fick besvara det anonyma frågeformuläret redovisade dock en högre andel (17 %) att de utsatts för sexuella övergrepp i barndomen. Ungefär samma andel redovisades bland männen på Frösön som svarat på CTQ. Det kan tyda på att

intervjumetoden i detta sammanhang är problematisk. Intervjuer kan upplevas som påträngande och retraumatiserande. Man förefaller hellre kunna besvara enkla frågeformulär, såväl anonymt som icke-anonymt.

Tidig traumatisering och försummelse har visat sig vara nära relaterat till psykiatrisk komorbiditet i allmänhet, däribland särskilt till den relativt nya diagnoskategorin Post-traumatisk stressstörning (PTSD). Missbrukare med PTSD har visat sig vara mer återfallsbenägna efter behandling än andra missbrukare.¹⁰ Därmed har svåra barndomsupplevelser stor betydelse för missbrukarnas behandlingsbehov. Några välstrukturerade modeller för att hantera detta har utvecklats (Wilson 1998, Sullivan & Evans 1998).

Förändring av problembilden för de LVM-intagna

Möller m.fl. (1998) undersökte hur patientprofilerna på Rällsögården förändrades under den tid då Örebro läns landsting drev institutionen, dvs. 1983–1993. Det är den enda studie som beskriver hur populationen på en LVM-institution förändrats över en längre tid. Slutsatsen i studien är att den redan tidigare generellt svåra problembilden blev ännu svårare under åren, särskilt efter den nya lagens ikraftträdande. Det visade sig i sämre skolunderbyggnad, tidigare missbruksdebut, större andel blandmissbrukare, längre varaktighet i missbruk, färre som hade familj, fler som saknade egen bostad och fler som dömts för brott. Denna utveckling skedde samtidigt som andelen LVM-intagna ökade. Orsaken var att LVM-insatsen i slutet av perioden i högre grad riktades till narkotikamissbrukare. Tidigare utgjordes en högre andel av de tvångsintagna av alkoholister som inlett sitt alkoholmissbruk högre upp i åldern och som därmed hunnit avsluta grundläggande utbildning, och i högre utsträckning även fått arbete och familj innan utslagningsprocess på grund av missbruk inträffat. Narkomanerna däremot hade i allmänhet påbörjat intensivt missbruk av alkohol eller droger i tidig ålder och hade därmed redan från början en problematisk social plattform. Det saknas motsvarande data från andra håll.

Sedan DOK-systemet introducerades 1996 har de intagnas problembild varit i huvudsak stabil. Motsvarande samlade statistik för hela LVM-populationen oavsett institution finns inte för perioden före DOK-rapporternas tillkomst.

¹⁰ För genomgång av studier om dessa sammanhang, se exempelvis Lundgren m.fl. (2002).

När det gäller somatisk hälsa och psykiatriska problem samt tidiga kränkningar saknas tidiga studier, men de tre Karlsvikskohorterna som redovisades i tabell 3 tyder i vart fall inte på att någon förändring i den psykiatriska tyngden bland intagna på LVM-institutioner skulle ha inträffat mellan åren 1990 och 2000. Den har varit massiv under hela denna tid.

Sammanfattningsvis tycks tillgängliga – men begränsade – data peka på att en förändring möjligen skulle kunna ha inträffat efter 1988, då tvångsvården i betydligt högre utsträckning tillämpades på narkomaner som vanligen hade missbruksdebuterat tidigt i livet, hade sämre skolunderbyggnad och sämre aktuell social situation i familjesituation och boende, arbete och ekonomi samt kriminalitet. I vilken mån denna förändring är generell vet vi däremot inte. Däremot finns det inget som tyder på någon större förändring i dessa avseenden sedan SiS övertog huvudmannskapet för LVM-vården. I avsnitt 6 återkommer vi till vad uppgifterna i utfallsstudierna kan säga oss om frågan om svårare social situation bland de intagna. Som vi där kommer se tycks den samlade bilden vara relativt stabil över tid.

LVM-intagna jämfört med frivilligt intagna på LVM-institutioner

Några studier från mitten på 1980-talet jämförde situationen för de tvångsintagna med motsvarande situation för de frivilligt intagna på samma institutioner och drog slutsatsen att de tvångsintagna i regel hade svårare situation socialt och missbruksmässigt. Berglund & Ågren (1987) rapporterade från Ekebylund att de LVM-intagna kvinnorna var blandmissbrukare tre gånger så ofta jämfört med de frivilligt intagna kvinnorna. I mina egna studier från Runnagården 1988–1990 fanns samma skillnad: De tvångsintagna missbrukade droger vid sidan om alkohol oftare än de frivilligt vårdade (Gerdner 1998). I samma studie visades dessutom att de tvångsomhändertagna i större utsträckning saknade utbildning över grundskolenivån jämfört med de frivilliga. De saknade dessutom oftare egen bostad, eget arbete och levde oftare ensamma jämfört med de frivilliga. Studien från Rällsögården (Möller m.fl. 1998) visade precis som de övriga studierna att de tvångsomhändertagna i högre utsträckning var narkomaner och blandmissbrukare, och de tvångsintagna hade dessutom debuterat tidigare i missbruk, hade sämre

skolunderbyggnad, sämre position på arbetsmarknaden, mer sällan egen bostad, och oftare hade oordnad ekonomi. Däremot fanns ingen skillnad mellan frivilliga och tvångsintagna i kriminalvårds-erfarenhet eller i andel som levde med familj. Sallmén (1999) konstaterar utifrån Karlsviks patienter 1990–1993 att tvångsomhändertagna i marginellt högre utsträckning samtidigt led av en psykiatrisk axel-1-diagnos vid sidan om missbruket (68 % jämfört med 58 %) och att det inte förelåg några skillnader i andel med personlighetsstörningar.

Jämförelser mellan frivilliga och två grupper av LVM-intagna (inskrivna enligt 13 § respektive 4 § LVM) har gjorts i DOK-rapporterna. Här redovisas från den första och den senaste av dessa.

- Rapporten för 1996 redovisade små skillnader mellan frivilliga och tvångsintagna när det gäller utbildning, hälsoproblem, och andelen dömda för brott. Men tvångsomhändertagna hade oftare än frivilliga dömts för narkotikabrott, var oftare injektionsmissbrukare, hade oftare blodsmitta (HIV, Hepatit C), mer oordnad försörjning, högre andel ensamboende och oftare med ett umgänge som begränsade sig till missbrukare (SiS 3/1998).
- I rapporten för år 2000 redovisades att LVM-klienterna i ungefär samma utsträckning som frivilliga hade psykiska hälsoproblem och dömts för brott. Men de hade i högre utsträckning blodsmitta, hade oftare dömts för narkotika-, tillgrepps- och våldsbrott, i mindre utsträckning klarat av grundskolestudier, i högre utsträckning levde samman med missbrukande partner och missbrukade narkotika, samt i mindre utsträckning hade ordnad försörjning (SiS 3/2001).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att de tvångsvårdade generellt har större problem socialt och missbruksmässigt jämfört med de frivilligt vårdade på LVM-institutionerna, och denna skillnad har funnits så länge vi kan överblicka. Däremot tycks det inte finnas någon större skillnad i psykiatriska problem över tid.

4. LVM-vårdens innehåll

LVM föreskriver inte något om vårdens innehåll. Förslag om att så skulle ske avvisades av statsrådet, även om hon instämde i att samhället har skyldighet att ge ett konstruktivt innehåll i vården.

Denna brist kritiserades av Petterson (1989), som också rapporterade att socialarbetarna, trots att de instämde i behovet av lagen, var mycket kritiska till vad de menade vara en brist på behandling innehåll i LVM-institutionernas vård. Snart sagt samma kritik mot LVM-vårdens bristande innehåll har återkommit gång på gång och nu senast i Riksdagsrevisorernas rapport (2002). Det finns anledning att påminna om att samma kritik förekommit i över 20 år, återkommit med jämna mellanrum (Giertz 1994a, Gerdner 1998, Länsstyrelsen i Malmöhus län 1994:3, Socialstyrelsen 1998:3, Billinger 2000), och nu även framgår av kommunenkäten som LVM-utredningen har genomfört.

I SiS verksamhetsberättelse för år 2001 (SiS 2001) finns ett par tabeller som sägs redovisa grundteorier och behandlingsmetoder som tillämpats inom LVM-vården år 2000, dels "som bärande inslag" och dels "i viss mån". Bland de behandlingsmodeller som sägs utgöra "bärande inslag" dominerar "social färdighetsträning" (11 institutioner), "jagstärkande-/stödterapi" (10 st), "annat" (6 st) och "motivationshöjande terapi, ospecificerat" (4 st). "12-stegsbehandling/Minnesota", "kognitiv beteendeterapeutiskt återfallsprogram" samt "socialpedagogisk ansvarsmodell" finns på tre institutioner vardera, "motivationshöjande terapi (manualbaserad)" och "akupunktur" finns på två institutioner vardera medan "lösningss-fokuserad modell", "transaktionsanalys (TA)", "motiverande intervjueteknik (MI)" och "konfrontativ intervention" finns på en institution vardera. Ytterligare några, bland annat "psykodynamisk insiktsterapi" och "identitetsterapi", är inte bärande inslag på någon institution. Dessa summerar till 48 inslag för totalt 14 institutioner, vilket innebär att behandlingsmodellerna kombineras i hög utsträckning. Dock kan vi se att de mer specifika modellerna är representerade i mindre utsträckning än de mindre specifika modellerna. Detta gäller även om man tar hänsyn till de modeller som tillämpas "i viss mån".

Under 1998 fördes en diskussion mellan LVM-institutionerna, bland annat på träffarna mellan institutionscheferna, om deras uppdrag handlade om att behandla missbrukaren eller om det istället skulle begränsas till motivationsarbete. Ungefär lika många anslöt sig till respektive ståndpunkt. Debatten kom till uttryck i debattartiklar i SiS tidskrift *SiStone* och dessa diskuteras på annan plats i detta betänkande.

Det finns alltså stor anledning att gå igenom vad vi kan få fram om skillnaderna mellan institutionerna. Redovisningen från SiS

verksamhetsberättelse sägs alltså gälla för år 2000. För att kunna relatera utfall till vårdens innehåll måste vi dock utgå från vad som gällde för den tid då de undersökta personerna vårdades. Dessutom motsvarar ofta kortfattade etiketter dåligt den praktiska tillämpningen. En genomgång av tillsynsrapporter för respektive institution från olika år gav inte heller tydligt besked. Vi får istället använda de beskrivningar som uppföljningsstudierna och andra studier presenterar.

Det är svårt att jämföra behandlingsinnehållet i LVM-vården mellan olika perioder. Till att börja med är behandlingsinnehållet sällan särskilt utförligt beskrivet i utfallsstudierna från olika institutioner. Där beskrivningar från enskilda institutioner finns kan behandlingsinnehållet ha växlat över tid, men också mellan olika avdelningar och enheter inom en och samma institution under samma period. Då utfallet redovisas för institutionen i dess helhet är det i dessa fall särskilt svårt att relatera utfall till behandlingsinnehåll. Flera utfallsstudier rör dessutom klienter från viss region eller viss kommun snarare än från viss LVM-institution. Eftersom behandlingsinnehållet ofta skiftar mellan olika institutioner blir det i dessa fall omöjligt att ange behandlingsinnehåll mer precist. Trots de uppenbara svårigheterna skall vi ge oss i kast med problemet för att åtminstone få någon vägledning om vad som varit innehållet i den LVM-vård som utfallsstudierna handlar om.

Beskrivningar av vården

Nedanstående beskrivningar bygger främst på de uppföljningsstudier som presenteras i avsnitt 5. I några fall är beskrivningen av vården mycket kortfattad. Då andra studier av samma verksamhet gjorts vid ungefär samma tid har beskrivningarna hämtats därifrån. Beskrivningarna kan i flera fall vara inaktuella i förhållande till dagens situation, men bör gälla för den situation som rådde då de patienter/klienter som följts upp vårdades.

I flera av studierna har beskrivningen av behandlingsinnehållet inhämtats av respektive forskare genom intervjuer med enstaka representanter för institutionen. Någon oberoende kontroll av i vilken utsträckning det tänkta behandlingsinnehållet tillämpades förekom sällan. I några fall har forskaren haft god kännedom genom att själv delta i verksamheten, vilket i så fall påpekas. I några fall (Serafen, Frösön, Lunden) finns oberoende beskrivningar av

institutionen från andra författare vid ungefär samma period. I ytterligare andra studier har forskaren använt flera oberoende data-slag för att försöka beskriva behandlingens innehåll och patienternas deltagande, till exempel enkäter till eller intervjuer med personal och/eller patienter. För tre institutioner som förekommer i utfallsstudierna har deltagande observationsstudier gjorts.

- *Karlsvik* beskrivs kortfattat av Sallmén (1999), som arbetar där som psykolog. Karlsvik hade vid tiden för de tidiga studierna ett "eklektiskt synsätt" som varken var teoretiskt eller vårdideologiskt styrt. Behandlingen byggde på kontaktmannaskap. Gruppsamtal förekom inte. I första studien var de psykologiska/psykiatriska utredningarna del av ett forskningsprojekt, men från och med andra studien används de till inriktade stödinsatser (Sallmén 2003, personlig kommunikation). I senare utveckling har kontaktmannaskapet och behandlingsplaneringen också fått starkare näring från de relativt omfattande psykologiska testbatterier som alla klienter erbjuds, och motivationsarbetet övervakas sedan 1999 genom MAPS, ett system för att skatta motivation till förändring och inriktade insatser inom olika problemområden.
- *Serafen* beskrivs också mycket kortfattat av Fugelstad (1989). Hon nämner endast att det inledningsvis funnits stora förväntningar på vården, vilka dock inte infriades. Kaotiska förhållanden berodde på att verksamheten var ny och oprövad, och att lokalerna och organisationen inte var anpassade till vårdformen. Serafen har utförligare beskrivits av Berg & Grant (1988) som menar att gemensam behandlingsyn, struktur och behandlingsprogram helt saknades.
- Berglund och Ågren (1987) rapporterar från *Ekebylund*, en institution där flertalet intagna var kvinnliga alkoholister, att behandlingsprogrammet vid den aktuella tidpunkten innehöll "både individuellt inriktade insatser och miljöterapi med inslag av pedagogik". Detta innebar att "tillsammans med personalen sköta de dagliga göromålen vid institutionen", två gruppsamtal per vecka, en könsspecifik storsamling varje vecka, två schema-lagda tillfällen för fysisk träning. Vidare fanns möjlighet till deltagande i studiecirkel genom ABF, i avslappning under ledning av utbildad person, samt i fritidsaktiviteter som organiserades av en kamratgrupp. Varje patient hade två kontaktpersoner i personalen.

- Beskrivningen av innehållet i verksamheten vid *LVM-hemmet Malmö avgiftningsenhet* (1986–1994) har stora likheter med vad som skrevs om Ekebylund, trots att det här främst istället handlade om narkomaner (Nilsson och Tops 1994). Enheten rymde nio platser, varav fem avsedda för avgiftning och fyra för rehabilitering. Programmet vid rehabiliteringsavdelningen kombinerade grupporienterad och individuell behandling och hade ett veckoschema som inkluderade en timmes gruppsamtal per dag fem dagar i veckan med fokus på “här-och-nu-situationen”. Därutöver fanns en könsspecifik grupp och en grupp där individuell veckoplanering redovisades. Fysisk träning erbjöds två gånger i veckan och övervakade utflykter och studiebesök likaledes två gånger i veckan. Varje patient hade en kontaktperson i personalgruppen, och denne hade regelbunden handledning från psykolog.
- Bäckman m.fl. (1984) beskrev verksamheten vid *Östfora*, en institution utan låst avdelning för äldre alkoholiserade och utslagna män. Ambitionen var att alla skulle sysselsättas cirka 20 timmar per vecka med någon form av arbete eller hobbyverksamhet. Behandlingshemmet bedrev tillverkning i liten skala bland annat av fågelholkar och material för vägverket. Obligatoriska aktiviteter var bland annat frågesport i samhällskunskap och fysiska aktiviteter där var och en skulle delta efter förmåga. Genom kontakt med socialsekreterare vid institutionen och i hemdistrikten sköttes eftervårdsplanering och motivationssamtal.
- *Hornö* var tidigare ett psykodynamiskt orienterad behandlingshem, som trots att det hade status av § 22-hem huvudsakligen arbetade med frivilliga missbrukare (främst alkoholister). Sedan 1990 förändrades verksamheten. Institutionen blev ett § 23-hem, huvudsakligen för tvångsomhändertagna narkomaner. Inriktningen blev att hejda missbruket genom yttre struktur och att genomföra omfattande psykologiska utredningar till grund för behandlingsplanering för tiden efter Hornö. Hornö har tre avdelningar, en låst avgiftningsavdelning, en låst utredningsavdelning och en öppen motivationsavdelning. Falk (2002) skriver att Hornö, där hon själv arbetade som ansvarig för en avdelning, inte sysslar med behandling i egentlig mening, utan med avgiftning, utredning och motivation till behandling. På utredningsavdelningen och den öppna motivationsavdelningen får klienten dock delta i gruppsamtal, hobbyverksamhet och

motion. Från öppna avdelningen organiseras också utflykter av olika slag.

Socialantropologen Göran Johansson har i sin studie (2000) beskrivit Hornö och tycks mena att Hornö, trots att man där inte anser sig syssla med behandling, ändå har en viktig strukturerad behandlingsinsats genom sitt betoning i utredningsarbetet:

Det enda personalen har att gå på är vad klienten *säger* och vad klienten *gör*. Det är klientens *berättelse* i vid mening som bestämmer hans position på en imaginär skala mellan omotiverad och motiverad...Den möjlighet Hornö har att arbeta med klientens motivation och den möjlighet som finns att hålla motivationen varm är att arbeta med klientens berättelse...Den utredning som görs på Hornö är en form av livsberättelse, konstruerad i bästa fall i ett positivt samarbete mellan klient, kontaktman och psykolog (och socialsekreterare). Personalen är särskild tillfreds om klienten accepterar och kanske till och med känner igen sig i utredningen och dess slutsatser. Då anses förutsättningar finnas för att klientens självinsikt leder till motivation för ett förändrat liv. (Johansson 2000, s. 33–34)

Göran Johansson går så långt att han påstår att "Hornös test- och utredningsapparat är /.../ täckmantel för ett implicit och tyst behandlingsarbete" (s. 57), och "Utlåtandet är en biprodukt, en bonus, som kan ha betydelse i framtiden. Men dess stora chans är på Hornö, i vardandet" (s. 58).

- I sin studie från *Rålambshov* tillämpade Bjurner (1992) deltagande observation i samband med arbete som behandlingsassistent. Hon intervjuade också ledning, två kollegor och fyra klienter. Kollegorna och en f.d. klient fick oberoende av varandra läsa och kommentera beskrivningarna. Hon beskriver monotonin och bristen på aktiviteter, såväl behandlande som andra aktiviteter. Efter en gemensam morgonsamling för klienter och personal hade varje klient vissa städuppgifter. Därefter kunde det förekomma enstaka besök från socialsekreteraren, eller patienten fick beledsagade besök hos tandläkare, eller beledsagade promenader. "För den enskilda kvinnan är dagen inte så händelserik utan upplevs som mycket monotont. Man röker och pratar och när kvällen kommer tittar man på TV och sedan är det sovdags och sedan en ny dag" (s. 28).
- *Frösö behandlingshem (FBH)* förekommer i flera utfallsstudier. FBH hade tidigt specialiserats för att ta hand om våldsamma

missbrukare med psykiatriska problem. I en historik av etnologen Lars-Erik Jönsson (1996) beskrevs att anstalten skulle kunna ta hand om dem som "straffade ut sig" från andra anstalter och därför förlades det 1967 med 40 platser i anslutning till ett stort mentalsjukhus. Denna roll fanns fortfarande till stor del under 1980-talet, trots att verksamheten övergått i landstingsregi. Organisation och personalrekrytering imiterade dåtidens stora mentalsjukhus. Deltagande i arbetsdrift var till att börja med ett obligatoriskt inslag med sysselsättning inom skogsarbete, textil, snickeri, trädgårdsskötsel, emballagetillverkning etc. Under 1980-talet blev detta ett individuellt val och enligt Jönsson deltog i praktiken redan tidigare endast en mindre andel av de intagna. Jönsson skriver att det under 1970-talet förekom "gruppterapi under ledning av särskild terapeut", men det förefaller ha försvunnit under 1980-talet.

Franér och Ågren (1990) från FoU-byrån i Stockholm beskrev behandlingen som "individualiserad" och inriktad på social rehabilitering med boende, skuldsanering och hantering av legala problem, och med arbetsdrift som individuellt val. Kollektivt inriktade behandlingsmetoder ansågs vara närmast omöjligt med en så skadad missbrukargrupp. Varje patient hade en kontaktperson med uppgift att ge stödsamtal och träna rutiner för det dagliga livet. Eftersom många var funktionella analfabeter, erbjöds "inte så få" att delta i grundskoleundervisning tre dagar per vecka. Dessutom fanns flera möjligheter till fysisk träning, och ibland gjordes utflykter med fiske, skidåkning eller fjällvandring. Jönsson beskriver att försök med en utslussningsverksamhet genomfördes under början av 1990-talet, men fick läggas ned 1992 då underlaget minskade. Januari 1997 reducerades verksamheten ytterligare till 28 platser, och har nu tre enheter, varav en låst tillnyktrings- och avgiftningsenhet, en låst motivationsenhet för män och en öppen enhet för kvinnor och män. I ett projekt med flera delrapporter undersökte Märta Ollus och Håkan Larsson olika institutioner som arbetar med psykiskt störda missbrukare. I en delrapport skriver Ollus och Larsson (2002:6) att Frösö Behandlingshem (år 1995) arbetar utifrån en psykodynamisk grundsyn, men att någon behandlingsmodell i traditionell mening inte finns, och att vårdideologi och vårdatmosfär är mindre utvecklade där jämfört med i ett antal andra institutioner som ingår i deras projekt - såväl LVM, LVU, som frivilliga institutioner.

- Ollus och Larsson beskrev även (2002:7) verksamheten vid *Hessleby Behandlingshem*, vars historia går tillbaka till början av förra seklet då Hessleby var sanatorium för lungsjuka¹¹. Målgruppen är manliga klienter som utöver missbruk har en psykiatrisk problematik eller omsorgsbehov. Missbrukande par kan också tas emot. Inriktningen beskrivs som miljöterapeutisk i en beteendevetenskaplig och pedagogisk anda. Detta preciseras som "konsekvenspedagogik" och bygger på antagandet att varje människa i princip är ansvarig för sina handlingar. Arbetet går ut på att tydliggöra de konsekvenser som varje handling är förknippad med. Vården genomförs i tre steg. Den inleds på låst avdelning, fortsätter på öppen avdelning med "ansvarsboende" (sköta mathållning, städning m.m.), och avslutas i utslussningslägenheter, där träning i eget boende kan ske. Vårdideologin går i medicinsk-biologisk riktning snarare än terapeutisk. Man tror mer på tolerans och uppmuntran men samtidigt mindre på en positiv prognos och mindre på familjen som resurs än andra institutioner som ingick i Ollus och Larsons studie.
- Den institution som har studerats mest är *Runnagården*. Det faktiska programinnehållet har dock förändrats relativt mycket mellan de olika studierna. De två första uppföljningsstudierna handlar om Runnagårdens narkomanvårdsprogram åren 1982–1983 (Arnhoff 1983, Rosvall 1984). En bakgrund var att Runnagården redan under 1970-talet strävat efter att införliva element från de terapeutiska samhällena i Maxwell Jones anda, med gruppsamtal och stormöten. Första året beskrevs som ett pilotprojektår då man skulle lära sig en ny patientkategori. Andra året var programmet striktare och mer intensivt. Rosvall (verksam i programmet) beskrev att programmet inleddes med avtändning på sjukavdelning, fortsatte på låst motivationsavdelning och efter fyra veckor övergick till öppen paviljong där förberedelser skedde för övergång till frivilligt behandlingshem. Behandlingstankegången var inskolning till normalt samhällsliv. Dagarna på låsta avdelningen följde en intensivt samhällsorienterat schema med morgongrupp utifrån "här-och-nu" samt gemensam genomgång av dagens tidning och diskussion om samhällsfrågor. Vidare fanns ADL-träning inklusive konsumentupplysning, skolundervisning i svenska och matematik, motion och simning, speglingsgrupp. På öppna paviljongen inleddes

¹¹ En inte ovanlig bakgrund. Detta gällde till exempel även LVM-hemmen Romanäs och Mälilla.

dagen med morgonmöte, följt av arbetsterapi (snickeri, textil, trädgård). Efter lunch, nytt gruppsamtal en timme, och därefter fortsatt arbete. Varje dag slutade med motionspass. Efter 16.30 fri tid till exempel för stadsbesök ett par timmar. Från paviljongen organiserades också besök till behandlingshem och till olika självhjälps- och klientföreningar.

De två därpå följande studierna (Gerdner 1986, Gerdner m.fl. 1988) handlar om det tolvstegsprogram som startade på ett par av Runnagårdens öppna paviljonger hösten 1983 och på samtliga tre paviljonger från januari 1984.¹² Programmet var det mest intensiva som hittills förekommit inom svensk tvångsvård, med schema från 8 på morgonen till 9 på kvällen alla vardagar, och med mindre intensivt schema på helgerna. Det bör påpekas att ingen kunde tvingas delta. De som så önskade förflyttades till annan LVM-institution. Arbetsterapi ersattes med två föreläsningar per dag, gruppterapi i AA-anda, motion och avslappning. Kvällstid arrangerades besök ett par gånger i veckan av företrädare för självhjälps- och stödgrupper, såsom AA, länkarna, RiA, och någon gång ALRO. Utöver de föreläsningar som hölls av personal inbjöds en mängd externa föreläsare – läkare, terapeuter, psykologer, friskvårdskonsulter (Gerdner 1986). AA-prägeln stärktes sommaren 1984 då en AA-medlem med många års stabil nykterhet anställdes som alkoholrådgivare. Drygt ett dussin ytterligare skulle anställas efterhand under de närmaste 10 åren.

Utvecklingen gick från en mer pedagogisk inriktning 1984 till en mer terapeutisk tolvstegsinriktning 1985 (Gerdner 1986, Gerdner m.fl. 1988). Föreläsningarna minskade till en per dag. Gruppstiden ökade i motsvarande mån, med flera olika slags grupper (morgonsamling, terapigrupp, speglingsgrupp, mans- och kvinnogrupp, steggrupp, minigrupp om särskilda teman, kvällsgrupp och deltagande i olika AA-möten). Totalt kunde det röra sig om 20–25 timmars gruppstid per vecka plus lektioner, motion, egna uppgifter m.m.. Filmvisningar anslöt till terapeutiska teman. Programmet innehöll en mängd litteratur, steghäften, temahäften etc. Ett strukturerat diagnostiskt program med fokus på alkoholberoende, sociala och emotionella problem användes som grund för behandlingsplanering och som pedagogiskt motivationsinslag, dels olika screeningtest, dels en

¹² Jag arbetade där som behandlare 1984-1996, och därefter tre år som forskare.

längre halvstrukturerad intervju. Denna bidrog till att patienten senare kunde berätta sin livshistoria i behandlingsgruppen. Gruppen gav sedan respons och stödjande feedback samt förslag till olika problemområden att fokusera i den fortsatta behandlingen. Patienten gjorde skriftliga självinventeringar i anslutning till AA:s steg vilka penetrerades i gruppsamtal. Grupperna leddes av två alkoholorådgivare, oftast med egen förankring i AA eller annan tolvstegsgrupp.

Under de följande åren utvecklades programmet (Gerdner 1998). Icke-konfrontativa familjeprogram i Al-Anon-anda¹³ inleddes 1986. Året därpå startade ett modifierat tolvstegsprogram på en paviljong, där de som inte klarade den intensiva takten fick genomgå program i anpassad takt, under längre tid (minimum 8 veckor) och med mer personalstöd (Westerlund 1991). År 1988 förändrades även Runnagårdens låsta avdelningar och ett strukturerat motivationsprogram infördes för att underlätta LVM-patienters övergång till programmen på de öppna enheterna (Gerdner m.fl. 1997). Motivationsprogrammet startade direkt efter tillnyktring och tog sin utgångspunkt i AA:s steg 1 om upplevelsen av maktlöshet. Det följde ett schema som kombinerade interaktiva lektioner, filmer om missbruk, och gruppsamtal under ledning av alkoholorådgivare, med motivationella intervjuer (utifrån Miller), samt screeningtest om missbruk/beroende som diskuterades med den enskilde i feedbacksamtal. Kvällstid hölls frivilliga AA-möten ledda av patienter som var i slutfasen på det öppna programmet. Under 1988–1993 fanns därmed fyra olika behandlingsspår: 1) avgiftnings- och motivationsprogram på låst avdelning (enbart), 2) avgiftnings- och motivationsprogram med övergång till det intensiva tolvstegsprogrammet, 3) avgiftnings- och motivationsprogram med övergång till anpassade tolvstegsprogrammet, samt 4) avgiftnings- och motivationsprogram med överflyttning till annat behandlingshem eller familjevård.

Då SiS övertog ansvaret 1994 fick Runnagården i uppdrag att bedriva vård av kvinnor med samtidiga psykiatriska problem. År 1996 inleddes ett strukturerat dubbeldiagnosprogram – "dubbel trubbel" – efter modell från universitetssjukhuset i Pittsburgh. Programmet har beskrivits av Sundin (1998) respektive Norberg och Isoniemi (1998). Programmet kombinerar

¹³ Al-Anon är en självhjälpsrörelse för anhöriga till missbrukare.

tolvstegsprogram med psykiatrisk behandling och kognitiv beteendeterapi. Innehållet i dagschemat känns igen från tidigare: daglig gruppterapi, patientundervisning, egna uppgifter, samt familjeprogram för anhöriga. Men fokus är nu i lika grad inriktat på missbruket och de psykiatriska/emotionella problemen. Behandlingen styrs av en manual som bland annat beskriver de interaktiva undervisande grupperna, och varje patient arbetar utifrån en arbetsbok där de individuella uppgifterna väljs ut utifrån dennes egen problemprofil. Den uppföljning som gjordes inom ramen för IPTRP-projektet¹⁴ beskriver hur det gick för patienter i detta program. Runnagården har 1999 haft handledning i att hantera svåra barndomsupplevelser.

Tillämpningen av det strukturerade dubbeldiagnosprogrammet varierar betydligt mellan olika avdelningar. Det som här har beskrivits gäller i huvudsak vid öppen avdelning. Det strukturerade motivationsprogrammet som tidigare bedrevs på låsta avdelningar fortsatte även under 1990-talet, men förefaller nu ha försvunnit. Lundqvist m.fl. (2003) beskriver utifrån deltagande observation, intervjuer med personal och patienter samt ett vårdmiljöinstrument att verksamheten nu även där tycks likna den vid andra låsta LVM-enheter, dvs. med professionellt omhändertagande men med låg aktivitetsnivå för patienterna och avsaknad av strukturerade behandlingsinslag.

- I Möllers m.fl. (1998) studie från *Rällsögården* finns en utförlig genomgång av vårdens utveckling under olika epoker genom dokument och intervjuer med olika personal som deltagit i olika faser. Under 1960-talet var det en auktoritärt styrd arbetsanstalt. Under 1970-talet genomfördes demokratisering tillsammans med en aktiv kamratförening. Under 1980-talet utvecklades en fostrande miljöterapi inspirerat av Hassela, men anpassat för vuxna. Och i början på 1990-talet stärktes behandlingsinslagen utifrån främst en kognitiv inriktning, som kombinerade gruppinslag och individuell behandling. Den inleddes med en omfattande strukturerad problembeskrivning som ledde fram till behandlingsplan. I behandlingsutbudet redan från början av 1990-talet fanns klientföreläsningar och gruppsamtal om droger, beroende och tillfrisknande, samt olika andra temagrupper. Arbetsdriften var hela tiden ett viktigt inslag men ändrade karaktär under tiden. I början stod produktionen i fokus, och

¹⁴ Ett europeiskt forskningsprojekt som studerade utfall vid 33 behandlingsinstitutioner i 10 länder. Projektet samordnades från Universitetet i Maastricht.

från 1990 har den använts för träning av uthållighet och sociala färdigheter. Uppföljningen 1998 handlar om klienter som deltagit i verksamheten efter införande av den nya kognitiva inriktningen, åren 1992–93.

Påtagliga förändringar i slutet av 1990-talet har varit utvecklandet av ett eget familjeprogram för klienternas anhöriga, utvecklandet av ett särskilt program för kriminalitet/missbruk, införande av strukturerade psykiatriska intervjuer, nätverkskartor och olika test, samt på senare år införandet av MAPS, som tidigare nämndes i samband med Karlsvik och som bland annat syftar till att övervaka motivationsarbetet på olika problemområden (Lyly & Skoglund 2002). IPTRP-projektet och uppföljningen av Pettersson (2003) handlar båda om klienter som vårdats under denna tid.

- På *Älvgården* 1991 vid tiden för Bergmarks studie (1994) fanns två låsta enheter (avgiftning respektive §-23-enhet) samt två öppna enheter (tolvstegsenhet respektive öppen motivationsenhet). På tolvstegsenheten bedrevs ett intensivt program under ledning av isländska alkoholrådgivare. Det skedde i egna lokaler i stor avskildhet från övriga enheter. Bergmark intervjuade såväl patienter som personal i den uttalade strävan att inta ett "kritiskt förhållningssätt", dvs. att han "systematiskt sökt efter omständigheter som avslöjar glapp mellan retorik och praktik och efter utsagor som modifierar den officiella beskrivningen av verksamhetens innehåll". Han fann att det förelåg stora skillnader mellan personalen på de olika enheterna vad gäller vårdideologi, där avgiftningsenheten och tolvstegsenheten hade en sjukdomssyn på missbruk medan övriga såg missbruk som symtom på uppväxtproblem. Behandlingsoptimismen var också starkare på avgiftnings- och tolvstegsenheterna än på de övriga. Patienterna på tolvstegsenheten instämde i högre utsträckning i att behandlingsprogrammet som erbjöds var viktigt.

Min egen studie av *Älvgården* (Gerdner 2000) rörde patienter som vårdats fem år senare, 1996. Samma enheter hade ännu funnits kvar när de som följdes upp vårdades där,¹⁵ men även den öppna motivationsavdelningen hade vid denna tid börjat utveckla mer strukturerade behandlingsinslag. På en enhet inom denna med sex platser för äldre med omvårdnadsbehov

¹⁵ Det intensiva tolvstegsprogrammet var redan nedlagt på grund av nedskärning när uppföljningsstudien genomfördes.

hade man börjat tillämpa en anpassad variant av tolvstegsprogrammet med grupper och lektioner i AA-anda, även om intensiteten var mycket lägre än på tolvstegsenheten. En enhet med sex platser inriktad på yngre narkomaner arbetade istället med individualiserat nätverksinriktat motivationsarbete. Vid tiden för mitt besök hade dock en kraftig bantning av hela verksamheten genomförts och man skulle nu försöka samlas på hela institutionen runt en anpassad variant av tolvstegsprogram och nätverksarbete med relativt lägre intensitet, med grupporienterad behandling och föreläsningar på förmiddagarna och praktiskt arbete, motion samt andra inslag på eftermiddagarna. Av dem som följdes upp i denna studie hade dock endast 10 procent deltagit i det mest intensiva tolvstegsprogrammet. Den anpassade varianten av tolvstegsprogrammet och nätverksprogrammet dominerade.

- Samma studie (Gerdner 2000) berörde också *Lunden*, en numera helt låst avdelning för unga kvinnor och med relativt goda utredningsresurser. Tidigare fanns dock även en öppen enhet. Behandlingen utgår från kontaktmannaskap med inslag av miljöterapi och relationsskapande men utan psykoterapi eller grupporienterade inslag. Klienterna ges möjligheter till aktiviteter utanför avdelningen anpassade för årstiden, samt arbetsterapi i angränsande lokal. Då Lunden tidigt fick ansvar för många gravida kvinnor lades stor vikt vid att förbereda dessa kvinnor för sin förlossning och sitt framtida mödraskap (Nordvall och Thalén 1997). Det innebar också en mycket stark tonvikt vid eftervårdsplanering som också kommit övriga klienter till del. Verksamheten på Lunden har också beskrivits av Svensson (2001) som gjorde en deltagande observationsstudie 1997–1998, dvs. åren efter behandlingen av klienterna i min studie. Studien ger en levande beskrivning av livet på Lunden och bekräftar den behandlingsinriktning som jag beskrivit. Precis som Bjurners deltagande observation vid Rålambshov fångar han också den monotona och lite sega lunken, strukturen som upprätthålls med regler, och det psykiska tryck som råder och som också påverkar personalen. De som tillbringat mest tid med klienterna är vikarierna. De som arbetat längre är mer upptagna med administrativa göromål. Samtidigt finns i gruppen som helhet ett engagemang och äkta intresse för klienterna, som ger förutsättning för att skapa möten och relationer mellan personal och klienter.

- *Håkanstorp* programinnehåll beskrevs i korthet av Fernstedt (1992a) som “miljöterapi och praktiskt arbete, individuella samtal, motion samt social träning” (s. 19). Bengt Svensson (2003) har beskrivit Håkanstorp i en kvalitativ studie vars material insamlades genom deltagande observation 1997 – alltså 5 år senare än Fernstedts studie. Han kontrasterar mot sin beskrivning av det kvinnodominerade Lunden och skriver

Håkanstorp är mansdominerat med majoritet manlig personal, manliga klienter, manlig motion och ett maskulint språkbruk/.../På Lunden betonas relationer till klienterna, på Håkanstorp är snarare distans och struktur i arbetet ideal. I den maskulina strukturinriktade modellen är personalens viktigaste uppgifter att upprätthålla kontroll, en position som markerar distans och makt. (Svensson 2003, s. 76)

Personalens inställning beskrivs med ord som “stått för en grundläggande stabilitet, trygghet, och hänsynsfullhet”. Svenssons helhetsintryck är positivt och han anger att det flesta klienterna också ger personalens bemötande ett gott betyg, men att deras kritik handlar om att “de anställda är för passiva, distanserade och osjälvständiga” (s. 106). Svensson nämner att en del av personalen har kännedom om transaktionsanalys (TA) och tolvstegsbehandling (s. 143), men varken denna kunskap eller annan gruppterapeutisk utgångspunkt används eftersom “vi ska inte syssla med behandling” (s. 124).

Sammanfattning om vårdinnehåll

Beskrivningarna ovan skiljer i omfattning och precision mellan olika institutioner, främst på grund av det material som finns tillgängligt. Det bör ändå ha framgått att vårdens innehåll varierat relativt mycket mellan olika institutioner och perioder. Flertalet tycks dock ha utgått från någon slags miljöterapi¹⁶. Men varken motivationsarbete eller annat behandlingsarbete har i allmänhet bedrivits i strukturerad form. Ibland har deltagande i arbete och

¹⁶ Begreppet “miljöterapi” är t.o.m. mycket tveksamt eller rent av felaktigt i de flesta fall. Då det introducerades i missbrukarvården under 1960-talet betonades att “hela miljön ska vara terapeutisk”, och att verksamheten skulle inriktas på att påverka gruppdynamiken och interaktionerna mellan deltagarna i terapeutisk riktning. Gruppterapi i stora och små samlingar var nödvändiga inslag. Att enbart göra saker tillsammans med klienterna kvalificerar enligt detta inte för begreppet “miljöterapi”. Miljöterapi kan däremot förenas med andra terapeutiska teorier. Exempelvis är transaktionsanalys, tolvstegsbehandling och systemterapi med detta synsätt miljöterapeutiska då dessa fokuserar grupprocesser.

dagliga sysslor varit ett viktigt inslag. Flera har betonat kontaktmannaskap, men det är troligt att även de institutioner där detta inte nämns specifikt ändå har haft någon motsvarande arbetsfördelning för kontakterna mellan behandlingspersonal och klienter/patienter. Många, men inte alla, har haft ett dagligt schema, men omfattningen och intensiteten tycks ha varierat betydligt. För flertalet institutioner förefaller de generella delarna av schemat ha täckt en relativt liten del av dagen och det är svårt att säga i vilken mån patienterna verkligen har deltagit i de mer individuella delarna. Individuella samtal förefaller ha varit inriktade på sociala frågor, och gruppsamtal – i den mån de förekommit – inriktades på “här-och-nu-situationen” och planer för dagen snarare än på missbruk och emotionella problem. Upplevelseinslag har förekommit som avbrott och rekreation. Ibland har utflykter också inriktats på eftervårdsplanering.

Några institutioner avviker från denna bild. Skillnaderna gäller *inte* i första hand frågan om *engagemang* hos personalen – den beskrevs som mycket hög i flera av institutionerna ovan. Det gäller *inte* heller frågan om *vårdklimat*, för vilket det hittills endast finns ett fåtal mer systematiska mätningar – Hessleby, Frösön, Karlsvik samt Älvgårdens och Runnagårdens låsta avdelningar (Ollus & Larson 2002:6-7, Sallmén 2003, Lundqvist m.fl. 2003). Dessa faktorer skulle säkert ha kunnat tillföra mycket till analysen, vilket till exempel antyds av Svenssons (2003) jämförelse mellan Håkanstorp och Lunden. Den skillnad som framträder ovan och som vi här kan ta fasta på gäller främst *struktur* i behandlingsprogrammet¹⁷ och fokus på att hantera missbruk, mental ohälsa och sociala anpassningsproblem. Det gäller framför allt Runnagården, med sina olika strukturerade program, från narkomanvårdsprogrammet, över tolvstegsprogrammen, till dubbel-trubbel-programmet. Även Älvgården med sina olika tolvstegsprogram och nätverksprogram, och Rällsögården med sina färdighetstränande och kognitiva program, har haft mer tydliga ambitioner att strukturera behandlingsinnehållet. Vid alla dessa tre institutioner har de terapeutiskt inriktade obligatoriska inslagen vid sidan om eventuell arbetsdrift varit betydande i omfång, i allmänhet mer än halva dagen, samt haft en koppling till någon form av terapeutisk teori. De övriga beskrivna programmen har haft inga eller enstaka timmar med obligatoriska terapeutiska inslag som fokuserat missbruket. En komplikation i

¹⁷ Struktur syftar alltså här på behandlingsinsatserna, inte på regelsystemet som hos Svensson, när denne i citatet ovan om Håkanstorp talar om maskulint strukturinriktad modell.

sammanhanget är att dessa program vid de tre institutionerna inte alltid har omfattat samtliga patienter/klienter medan utvärderingarna sammanfattats för att gälla alla. Utöver dessa tre institutioner har det under åren förekommit ytterligare några LVM-institutioner som haft strukturerade program, men för dessa saknas utfallsstudier. Det gäller till exempel Målilla LVM-hem och Nordsjöhemmet, båda numera nedlagda, samt Västerbyhemmet, som övergått till att vara en institution för frivilliga. Dessa tre har haft tolvstegsprogram. Dessutom tillämpar Fortunahemmet sedan flera år en metodik som utgår från nätverksterapi. Jag vill reservera mig för att andra LVM-hem för vilka det saknas uppföljningsstudier också kan ha haft mer strukturerade inslag.

Man kan därmed hävda att åtminstone flertalet av LVM-institutionerna som utfallsstudierna berör domineras av ospecifika stödjande metoder av det slag som diskuteras i den nyligen utkomna evidensbaserade kunskapssammanställningen från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2001). Det är en sammanställning som bygger på randomiserade kontrollstudier. De ospecifika socialpsykologiska metoderna kännetecknas enligt SBU av stödjande samtal i kombination med socialkurativa insatser, men med ett mindre tydligt fokus på missbruksbeteendet. Dessa har enligt SBU inga eller låga effekter vid behandling av alkoholister, medan mer gynnsamma effekter uppnås av flera olika specifika behandlingsmodeller såsom kognitiv beteendeterapi, tolvstegsbehandling, strukturerad interaktionell terapi och modern strukturerad terapi med psykodynamisk referensram. SBU tar också upp psykosocial behandling av narkomaner. Där används istället begreppen stödjande metoder, omlärande metoder och psykoterapeutiska metoder. De omlärande interventionerna i kombination med metadon hade positiv effekt för heroin- och kokainmissbrukare och de psykoterapeutiska hade positiv effekt på heroinisters missbruk och kvarstannande i vård. Inga metoder hade säkerställd effekt på cannabisberoende och kontrollerade studier saknades när det gäller amfetaminister. De ospecifika stödjande metoderna har inte visat sig ha någon påvisad positiv effekt på någon missbrukargrupp. För både alkoholister och narkomaner kan man därför hävda att de ospecifika stödjande metoderna saknar dokumenterad effekt, medan mer specifika (eller omlärande och psykoterapeutiska) metoder har vissa positiva effekter.

Ett par andra skillnader som vi har mött i genomgången ovan är i vilken mån institutionerna redovisar att de på ett strukturerat sätt

ägnat sig åt bedömning av sina patienters behov på olika områden och åt psykiatrisk och/eller psykologisk diagnostik av sina patienter generellt (och inte bara när det är särskilt påkallat). Med det förre avses en inventering som går igenom såväl missbruksproblem som olika sociala och hälsomässiga aspekter, de senare utan att nödvändigtvis kunna utgöra grund för diagnostik i strikt mening. Strukturerad psykiatrisk diagnostik är en mer kvalificerad insats, som ytterligare kan bidra till att precisera insatserna. Båda dessa kan dels medverka till motivationsarbete, som bland annat Göran Johansson pekar på, dels bidra till att de fortsatta insatserna blir mer specifika utifrån patientens behov, även om behandlingen i huvudsak fortsätter vara relativt ostrukturerad.

Slutligen bör vi kunna göra viss åtskillnad mellan å ena sidan institutioner och program som har omfattande erfarenhet oavsett struktur och fokus, och å andra sidan institutioner som är nyskapade eller program som just påbörjat vård av en för dem helt ny målgrupp.

Inom SiS institutioner görs, som vi har sett, ibland en något konstlad distinktion mellan motivationsarbete och behandling. Ett mer genomtänkt förslag till sådan åtskillnad presenteras av Sallmén (2003), som med motivationsbehandling syftar på insatser för att *påverka intention till beteendeförändring*, medan en annan typ av insatser istället syftar på *förändring av problembeteendet* i sig. Poängen är att man så snart vederbörande uppnått intention till beteendeförändring skall gå vidare till förutsättningarna för att förändra problembeteendet. Som Miller & Rollnick (2002) påpekar måste behandlaren omedelbart kunna följa med i denna utveckling, eftersom patienten annars snart återgår till omotiverad status. Situationen i flertalet LVM-institutioner är dock att man använder denna åtskillnad endast för att begränsa sin egen ambitionsnivå, inte för att flexibelt kunna följa patienten i nästa fas.

I andra sammanhang betonas dock vanligen att motivationsarbete är en nödvändig *del av behandling* både i inledande och i senare faser av förändring. Bland annat pekar Marlatt och Gordon (1985) på betydelsen av motivationsarbete under återfallspreventionsarbetet i eftervården för att upprätthålla en redan genomförd beteendeförändring. Hos SBU räknas strukturerade motivationshöjande metoder därför till de specifika *behandlingsmetoderna*. Det skulle möjligen ha varit önskvärt att kunna göra distinktion mellan institutioner som har *strukturerat* motivationsarbete och sådana som har *ostrukturerat* motivationsarbete. Billinger (2000) hävdar utifrån

fokusgrupper med personal på fyra olika behandlingsinstitutioner att det är svårt att finna något mer specifikt eller strukturerat motivationsarbete. Hon har då inte undersökt de exempel som beskrivs i avsnitt 6. Bortsett från dessa – och från de utredande insatserna på olika nivåer som kan ha effekt för motivation – tycks vi inte kunna göra någon åtskillnad mellan institutioner som haft strukturerade respektive ostrukturerade metoder för sitt motivationsarbete – i vart fall inte under de tidsperioder som uppföljningsstudierna avser.

5. Behandlingsutfallet enligt hittillsvarande studier

Genom ganska omfattande efterforskning såväl genom biblioteks-databaser som genom andra vägar (inklusive sökning via institutioner för socialt arbete, SiS FoU-avdelning, Stockholms socialförvaltnings FoU-byrå, Socialstyrelsen, brev till samtliga länsstyrelser m.m.) har jag funnit totalt 32 utfallsstudier av vård på LVM-institutioner, oavsett publiceringsform (se tabell 6). Ett par finns i vetenskapliga artiklar, några är rapporter från universitet och forskningsinstitut, andra är enklare utvärderingar som gjorts av tillsynsmyndigheter eller på initiativ av institutionerna själva. Ett par är ännu inte publicerade, men antingen har jag själv haft tillgång till materialet, eller också har den ansvarige forskaren varit vänlig nog att ge mig tillgång till det. Den enda utfallsstudie från LVM-hem som inte tagits med är en studie från Hornö 1984–1986 (Berglund och Ågren, 1990) eftersom endast 4 av 121 intagna (3,3 %) var LVM-placerade. Dessutom har Fugelstad m.fl. gjort en långtidsuppföljning av 101 heroinister vårdade på Serafen 1986–1988. De utgör emellertid en undergrupp till de som Fugelstad (1989) följde upp. Långtidsuppföljningen av dessa har ett annat fokus och berörs i avsnitt 6.

De 32 studierna presenteras i nedanstående tabell 6 och omfattar totalt 3.026 patienter varav 2.085 som varit intagna med tvång. Till skillnad från vad som gäller internationellt är utfallet av tvångsvården i Sverige därmed troligen betydligt mer studerad än utfallet av den frivilliga missbrukarvården, särskilt om hänsyn tas till antalet vårdade.

Det finns viktiga skillnader mellan de olika studierna som måste hanteras. Forskarna har haft olika sätt att välja studiepopulationer, olika primära datakällor, olika uppföljningstider, olika observa-

tionsperioder, olika utfallsmått, de har haft olika stora bortfall och olika sätt att hantera bortfall. Vissa har tillämpat triangulering, dvs. kontroll mot andra datakällor för att säkerställa validitet; andra har inte gjort det. Det är självklart vanskligt att jämföra studierna sinsemellan om inte dessa metodologiska faktorer tas med i beräkningen.

Urval

Flertalet, 24 studier, gäller utfall från specifika institutioner eller program, medan åtta studier gäller geografiska upptagningsområden baserat på i vilken kommun patienten är skriven.

Studierna har i allmänhet haft representativa urval. De är konsekutiva, dvs. omfattar alla patienter som skrivits in eller ut i viss tidsföljd. Avvikelse från detta har oftast handlat om begränsning till dem som inledningsvis accepterat deltagande (nr 13, 18, 20, 22–23, 27–29 i tabellen nedan) eller som inledningsvis intervjuats (nr 30–31) eller för vilka initiala data finns (nr 32). Detta kan väl motiveras av etiska respektive praktiska skäl och bör inte allvarligt skada studiernas representativitet.

Tre studier av de 32 har däremot selekterade populationer. Det gäller bland annat två av mina egna studier (nr 5 och 8) där enbart de som har fullföljt ett tolvstegsorienterat program vid en LVM-institution ingick. I den senare av dessa finns emellertid uppgifter om hur många som ursprungligen startade programmet. Under det försiktiga men inte orealistiska antagandet att ingen av avhopparna förbättrades har det därför varit möjligt att beräkna utfallet på ett jämförbart sätt med övriga. Tyvärr finns inte motsvarande uppgift om avhoppare i studie nr 5. Den tredje selekterade studien var Åke Bergmarks studie från Älvgården (nr 18), där enbart de som stannat kvar minst en månad intervjuades och följdes upp. De som selekterats bort är främst de frivilliga patienter som skrivit ut sig efter korta avgiftningar, och någon omedelbart omhändertagen som gick fri i länsrätt. Då denna översikt främst är inriktad på utfallet av LVM har studie nr 18 ändå tagits med i jämförelsen. En studie (nr 5) får dock lämnas åt sidan då utfallen under olika år skall studeras.

Uppföljningstid

Den genomsnittliga uppföljningstiden i de olika studierna varierar från minimalt en månad till maximalt 4,5 år. I flertalet studier (29 stycken) varierade uppföljningstiden mellan 6 månader och 2,5 år. Genomsnittlig uppföljningstid för alla studierna är drygt 12 månader.

Sätten att mäta utfall

Vi skall här diskutera tre centrala utfallsmått: Förbättring vad gäller missbruk, total nykterhet/drogfrihet samt överlevnad.

Förbättring vad gäller missbruk

Studierna har valt olika sätt att mäta förbättring av missbruk. De flesta har – i intervjuer eller enkäter – låtit individerna skatta omfattningen av "sitt missbruk under tiden sedan utskrivning" jämfört med tidigare. Andra har istället, eller dessutom, låtit anhöriga eller socialsekreterare göra motsvarande skattningar. Tre studier (Gerdner & Söderfeldt 1996, Möller m.fl. 1998, Gerdner 2000) har visat att dessa tre källor – individen själv, anhöriga och refererande socialsekreterare – har god eller mycket god överensstämmelse, vilket talar för acceptabel validitet.¹⁸ Detta gäller även för de tvåångsömhändertagna och de som har sämre utfall. Om vi inte bedömer att alla tre informationskällorna har intresse att snedvrída utfallet i samma riktning så kan vi utgå från dessa skattningar. Problemet är snarare att de olika källorna tenderar att resultera i olika bortfall, vilket jag återkommer till.

I några studier har istället forskaren gjort motsvarande skattning utifrån kontinuerligt förda uppgifter i akter eller register. Under förutsättning att dessa akter och register är relevanta, har förts på ett systematiskt sätt och har god täckning kan denna metod ge god skattning och löper mindre risk än intervjuer att medföra fel på grund av minne eller efterhandskonstruktioner. Socialtjänstakter som varit enda källa i tre studier (nr 3, 4 och 9) kan möjligen vara problematiska genom bristande systematik i uppgifterna, särskilt

¹⁸ Problemen är större när det gäller socialsekreterarnas skattning av missbrukets kvantitet (mängden alkohol, mängden droger), specifika drogtyper vid sidan om huvuddrog, samt skattningar av klientens psykiska hälsa. Här saknar socialsekreteraren kunskap.

när det går bra för klienterna och dessa saknar behov att hålla kontakt med socialsekreteraren. Samtidigt kan knappast avsaknad av uppgift översättas till lyckosam utveckling och så har inte heller skett i någon av dessa studier. Brister i akterna kan kompenseras genom kombination med uppgifter från annat håll. En studie (nr 32) använder register på annat sätt. I stället för en övergripande skattning av förbättring mäts vårdtyngden på tillnyktringsenhet året efter jämfört med året före intagning.

Fyra studier har istället använd kriteriet "nykterhet/drogfrihet vid tiden för uppföljningen". Normalt bör "nykterhet/drogfrihet" ses som ett betydligt strängare kriterium än "minskat missbruk". Men i dessa tre fall har det kombinerats med en mycket kort observationsperiod – dvs. det "fönster" i tiden som observationerna avser. Ett problem med detta mått är att missbrukare normalt varierar i sitt missbruksmönster, så att perioder av aktivt missbruk förbyts i perioder av nykterhet/drogfrihet för återhämtning. Även goda processer med klar förbättring kan rymma enstaka kortare återfall. Är observationsperioden kort finns risk att man istället fångar en kort återhämtning inom ett i huvudsak fortsatt destruktivt missbruk, eller ett relativt begränsat återfall inom ramen för en längre mer lyckosam utveckling. I en studie (nr 13) gjordes uppföljningen redan efter en månad och drogfriheten/nykterheten gäller alltså endast denna begränsade tid. Tre andra studier (nr 3, 12 och 15) gjordes efter betydligt längre tid, men uppgiften gällde antingen endast drogfrihet under första månaden (nr 3) eller "vid tiden för uppföljningen" (nr 12 och 15), utan tillbakablick på den tid som förflutit sedan utskrivningen. I dessa fall var observationsperioden alltså mycket kort trots lång uppföljningstid. Därmed är det knappast klart att dessa mått bör ses som strängare. Snarare att de har mindre tillförlitlighet.

På den andra extreman har vi en studie (nr 7) som haft kriteriet "överlevnad och ingen ny LVM-dom" som sitt positiva kriterium. Det kan förefalla som ett mycket lågt ställt krav, men i detta fall har vi istället den mycket långa uppföljningstiden och observationsperioden 4,5 år för nytt LVM och 6 år för överlevnad. Det är därför inte heller självklart att se detta som särskilt lågt ställt krav. De data som används är i sig själva tillförlitliga, men vi kan ändå ha tveksamhet om detta mått gäller samma sak.

En studie (nr 14) har använt ett kriterium som avviker från övriga på ett annat sätt, nämligen genom att be socialsekreterarna skatta om insatserna varit "tillräckliga och effektiva". En sådan bedöm-

ning av åtgärdens effektivitet bör naturligtvis ha något samband med det faktiska utfallet för klienten, men det är knappast en särskilt precis formulering av utfall. Å andra sidan har vi en studie (nr 32) som mäter förändring i mycket precisa mått, såsom antal dagar på tillnyktringsenhet. Även om reliabiliteten i detta fall är god så innebär det svårigheter för jämförbarheten med andra studier som har trubbigare utfallsmått. Det är lättare att påvisa förändring med precisa mått.

Sammanfattningsvis har vi alltså dels en större grupp studier med relativt likartat sätt att åstadkomma skattning av förbättring som "minskat missbruk sedan utskrivning", dels en mindre grupp studier som använt andra sätt att mäta förbättring och där jämförbarheten kan ifrågasättas (studierna nr 3–4, 7, 9, 12–15, 32).

Total nykterhet/drogfrihet

Vid sidan om mått på förbättring kan man använda det betydligt strängare kravet "helt nykter och drogfri *hela perioden* sedan utskrivning". Nackdelen med detta mått är naturligtvis att man inte alls fångar mer moderata nivåer av förbättring. En annan nackdel är att det egentligen endast är missbrukaren själv och de som lever nära denne som kan besvara frågan. Många studier som i första hand bygger på socialtjänstuppdrag har därför tvingats lämna detta åt sidan. En tredje nackdel är att måttet är beroende av längden på uppföljningstiden. Ju längre uppföljningstid, desto svårare att uppfylla kravet. Och här har, som vi sett, uppföljningstiden varierat betydligt. Fördelen, i den mån man har uppgifter på detta och har kontroll på uppföljningstiden, är att det är ett ganska tydligt definierat mått.

Överlevnad

Flera studier har redovisat andelen avlidna. I allmänhet har detta inte setts som ett utfallsmått, utan som ett bortfall. Med tanke på att ett av LVM:s centrala mål är att minska det destruktiva missbruket måste dock överlevnad också ses som ett viktigt utfallsmått. I ett antal studier har vi genom att gå igenom dödsattest för personer som avlidit efter LVM-vård kunnat konstatera att dödsfallsorsakerna i allmänhet är direkt relaterade till fortsatt missbruk eller

till våld (Gerdner & Berglund 1997, Möller m.fl. 1998, Gerdner 2000 och 2004).

Ett problem för jämförbarheten mellan studierna är naturligtvis att olika långa uppföljningstider ger olika förutsättningar för dödsfall. Det enklaste sättet att hantera detta är att översätta till andelen döda per år, dvs. en kvot mellan antal dödsfall och uppföljningstid. Ett annat problem för jämförbarheten är att studiepopulationerna varierar i ålder och kön, vilket även i normalbefolkning påverkar risken för död. Detta kan hanteras i de enskilda studierna genom att beräkna skillnad mellan observerad och förväntad död, s.k. standardiserad mortalitetskvot. Så har skett i tre studier (Bergmark 1994, Gerdner & Berglund 1997, Möller m.fl. 1998). För övriga studier kan detta inte hanteras här.

Övriga mått

Flera studier har vid sidan om dessa kriterier därtill haft ytterligare utfallsmått på de sociala och hälsomässiga områdena. Eftersom dessa skiljer sig kraftigt mellan olika studier har jag varit tvungen att lämna dem åt sidan här men återkommer till dem i avsnitt 6.

Triangulering

Triangulering betecknar metoden att säkerställa data genom att jämföra uppgifter från flera olika datakällor. Fjorton studier har enbart förlitat sig på en enda källa. Förutom de tre aktstudierna (nr 3, 4 och 9) gäller det fyra som enbart vänt sig till patient (nr 13, 22, 23, 27) och sju som enbart vänt sig till socialsekreterare eller motsvarande (nr 1, 2, 12, 14, 17–19).

Flertalet studier, 18 stycken, har kombinerat olika datakällor, men enligt två skilda principer. Den försiktigaste metoden är att använda den minst gynnsamma av två eller flera skattningar – allt för att undvika överskattning av resultaten. Denna princip har tillämpats i 14 studier – dels de rena registerstudierna och där register och akter kombinerats (nr 7, 10, 24 och 32), dels i nio studier som byggt på enkäter och/eller intervjuer (nr 5, 8, 16, 20, 21, 25, 26, 28, 29), samt i ytterligare en studie (nr 30) där jag sammanställt skattningen för hela materialet utifrån uppgifter om två olika skattningar med delvis överlappande svar.

En annan princip har varit att utgå från patientskattningen men fylla i luckorna från andra data. Denna princip förefaller ha gällt – det är inte alltid klart utsagt – i fyra studier (nr 6, 11, 15 och 31). Den försiktigare strategin kan ge något lägre skattning men det brukar röra sig högst om någon procent eftersom överensstämmelsen mellan datakällorna är god.

Bortfall och bortfallshantering

Bortfallsproblemet är ett potentiellt större hot mot studiens möjligheter att ge rättvisande resultat. I tidigare studier (Gerdner m.fl. 1998, Möller m.fl. 1998) har mina kollegor och jag bland annat visat att bortfall i utfallsstudier normalt leder till kraftigt missvisande resultat. Patienter som ej svarar, trots att de nås, tenderar att ha sämre utfall än de som svarar på postenkäter eller anländer till avtalade intervjuer. Patienter som ej kan nås på grund av avsaknad av fast adress har också sämre utfall enligt oberoende mått. Å andra sidan har socialtjänsten i högre grad kontakt med dem som fortsätter att missbruka. Det betyder att studier som helt och hållet förlitar sig på patientskattningar kan ge en alltför positiv bild på grund av selektivt bortfall. På samma sätt kan studier som helt och hållet förlitar sig på uppgifter från socialtjänst ge en alltför negativ bild på grund av att de lyckosamma fallen släpper kontakten med socialbyrån i större utsträckning. Genom att kombinera olika datakällor kan därför bortfallet minimeras och dessutom kan rimliga skattningar göras även för det resterande bortfallet, då man närmare undersöker vilken typ av bortfall det rör sig om. De flesta studier redovisar dock inte detta bortfall tydligt så att det går att göra rimliga skattningar.

Justering till följd av metodologiska skillnader

Två justeringar har gjorts för att göra utfallen mer jämförbara:

- a) För det första har studiernas resultat justerats med hänsyn taget till bortfall. Död under uppföljningstiden har genomgående betraktats som negativt utfall och inte som bortfall, vilket skett i en del fall. Samma sak gäller dem som snabbt återgått i ny LVM-vård, och dem som på grund av ambulera leverne inte kan nås. Bortfall som ett resultat av

administrativa problem, samt sådana som initialt avböjt medverkan, har däremot setts som ett bortfall som ej bör leda till justering. Utfallen från studier som enbart förlitar sig på patientskattningar och som har bortfall utan att presentera någon bortfallsanalys, presenteras här med *andelen av det ursprungliga urvalet* som når förbättringskriteriet ifråga. I de fall bortfallsanalys gjorts som säkerställer resultaten, eller som medfört justering med anledning av bortfallet, presenteras naturligtvis denna siffra.

- b) Eftersom uppföljningsperioderna skiftar kraftigt har andelen döda istället redovisats som *andelen avlidna per 1 helt år*.

Jag återkommer i avsnitt 7 till hur övriga metodologiska skillnader har hanterats i multivariat analys.

Samlad bedömning av studiernas kvalitet

För att ge en mer samlad överblick över utvecklingen av studiernas metodologiska kvalitet konstruerades ett index där en poäng gavs för vardera av följande punkter:

1. Uppföljningstiden avser minst 6 månader.
2. Urvalet är representativt, till exempel fullt konsekutivt urval. (Inskränkning till endast initialt intervjuade eller accepterade ger ½ p. Selektion till fullföljare o.d. ger 0 poäng.)
3. Urvalet omfattar minst 30 personer. (Vid urval om 21–29 personer ges 0,1–0,9 poäng.)
4. Uppföljningen gäller hela perioden sedan utskrivning, dvs. inte kortare observationsperiod.
5. Triangulering finns mellan uppgifter som är systematiskt insamlade från fler än en källa.
6. Bortfallet är antingen mindre än 5 % (1 p), mindre än 10 % (0,5 p), eller en bortfallsstudie har gjorts som antingen säkrat resultatet eller möjliggjort en rimlig justering därav (1 p).
7. Utfallsmått finns som möjliggör bedömning av såväl utfallet "minskat missbruk", som utfallet "helnykterhet/drogfrihet" (eller 0,5 p för vardera).
8. Beskrivning av population finns vad gäller kön, drogtyp (preciserat till alkohol respektive narkotika), andel tvångsomhändertagna, genomsnittlig ålder, familjesituation, arbete/sys-

selsättning, försörjning samt bostadssituation (eller 1/8 p för vardera).

Summan av dessa poäng har därefter dividerats med antalet punkter, dvs. 8, för att ge ett index mellan 0 och 1, där 0 innebär att inget av kraven uppfyllts och 1 innebär att alla krav uppfyllts fullt ut. Vi har ingen signifikant skillnad i kvalitet mellan perioderna.¹⁹ Samtidigt undersöktes om publiceringsformen garanterade bättre kvalitet. Det visade sig att det inte rådde någon stor kvalitativ skillnad beroende på publikationsform.²⁰ Slutligen prövades om det fanns någon korrelation mellan kvalitetsindexet och något av de tre utfallsmåtten förbättring i missbruk, nykterhet/drogfrihet sedan utskrivning samt antal döda per ett år efter. Ingen korrelation var ens i närheten av statistiskt signifikans ($p > 0,20$).

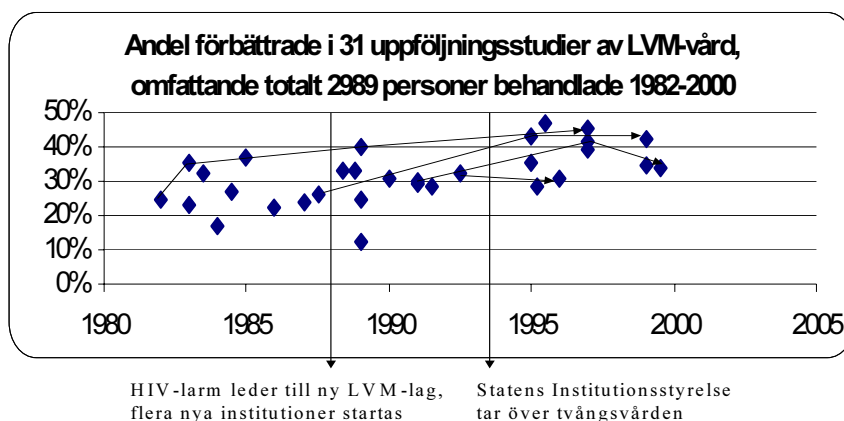
¹⁹ Det kvalitetsindex som därmed skapades visade ett genomsnitt på 0,76 (sd = 0,16). De tre perioderna varierade enligt följande: Period 1: 0,80 (sd = 0,08); Period 2: 0,69 (sd = 0,21); Period 3: 0,78 (sd = 0,17).

²⁰ Två vetenskapliga publikationer: 0,96 (sd = 0,06); 17 rapporter från FoU-avdelning och universitet: 0,78 (sd = 0,16); sex rapporter från andra myndigheter och institutioner: 0,68 (sd = 0,14); samt sju enkla stencilerade rapporter: 0,73 (sd = 0,17).

Andelen förbättrade över tid

I nedanstående figur har de 31 studierna²¹ placerats in för det årtal då behandlingen genomfördes, alltså inte det år studien publicerades. Om behandlingen gällt en flerårskohort har mittersta datum satts.

Figur 2. Andelen förbättrade i 31 uppföljningsstudier i relation till det år vården givits.



Upprepade mätningar vid samma institution har förbundits med trendlinjer

Figur 2 visar att det skett en positiv utveckling av andelen förbättrade i de studier som gjorts sedan LVM tillkom. Det visar sig också för huvuddelen av de enskilda institutioner som förekommer med upprepade mätningar.

Man kan också läsa bilden som tre punktsvärmar för de tre skilda epokerna:

1. Perioden 1982–1987. Under denna period har vi tio studier som redovisar en genomsnittlig förbättring på 25,95 procent (sd = 6,18). Vägt genomsnitt 27,1.
2. Perioden 1988–1994. I den andra perioden har vi också tio studier med en genomsnittlig förbättring på 26,41 (sd = 7,86). Vägt genomsnitt 29,9.

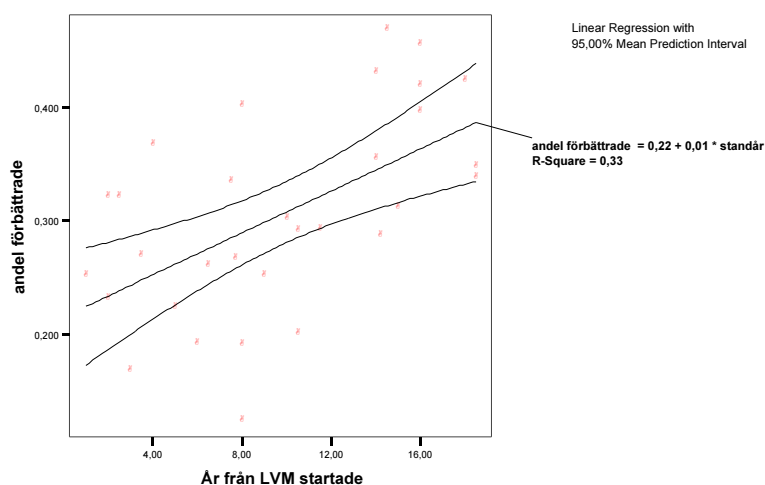
²¹ Dvs. sedan studie nr 5 exkluderats.

3. Perioden 1995 – 2000. I den tredje perioden har vi 11 studier där förbättringen ligger på 38,34 (sd = 6,02). Vägt genomsnitt 37,4.

Skillnaderna mellan de två första perioderna är inte signifikanta då de prövas med variansanalys, men den tredje perioden skiljer sig mycket tydligt från de båda tidigare ($p < 0,001$). Det är alltså samma genomsnittliga förbättring under de två första perioderna. Spridningen är generellt ganska låg men ökar något i den andra perioden, vilket är rimligt då äldre erfarna institutioner fortsatt utvecklas samtidigt som nya oerfarna institutioner tillskapas. I den tredje perioden däremot har en drastisk förändring inträffat med påtaglig förbättring. Dock kan man inte se att den positiva utvecklingen fortsätter senare under perioden, snarare att utfallen klivit upp ett trappsteg och på nytt stabiliserats där.

Som alternativ till de tre perioderna kan man se utfallet som en linjär utveckling. I figur 3 har en regressionskurva lagts in med ett 95 % konfidensintervall.

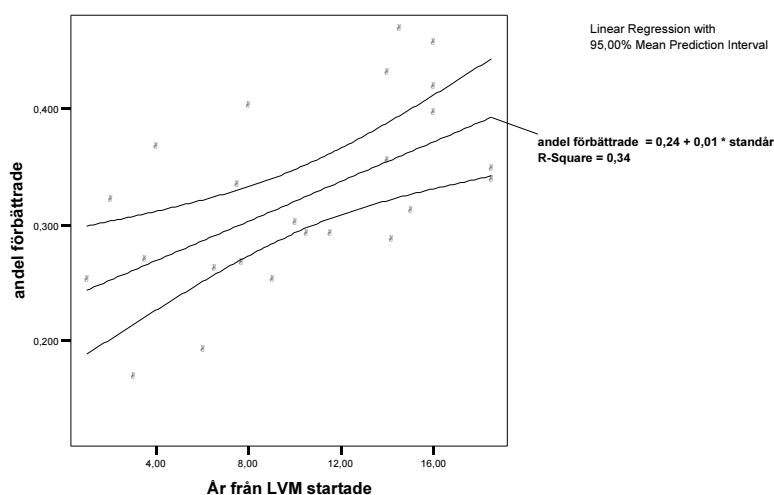
Figur 3. Regressionslinje för andelen förbättrade som funktion av tid sedan LVM kom till. N = 31.



Denna bild visar att tiden tycks representera 33 % av variansen i utfallet, och att andelen förbättrade har ökat med 1 % per år i snitt sedan LVM kom till 1982.

Sätten att mäta utfallet förbättring har, som tidigare visats, varierat mycket mellan olika studier. I värsta fall skulle då skillnader i sätten att mäta kunna svara för variationen. Därför gjordes precis samma regressionslinje om med den mindre grupp studier, där endast de studier som har likartade utfallsmått tagits med, dvs. studierna där socialsekreterare, klienter och/eller anhöriga har kategoriserat utfallet i fråga om "minskat missbruk sedan utskrivning".

Figur 4. Regressionslinje för andelen förbättrade som funktion av tid sedan LVM kom till. Reducerat till ett urval studier med likartade utfallsmått. N = 24.



Figur 4 visar att tendensen är densamma även då vi enbart analyserar studier med likartade utfallsmått. Vi kan därför konstatera att även detta strängare urval av studier visar att en positiv utveckling har skett under åren i andelen "förbättrade".

Andelen helnyktra/drogfria över tid

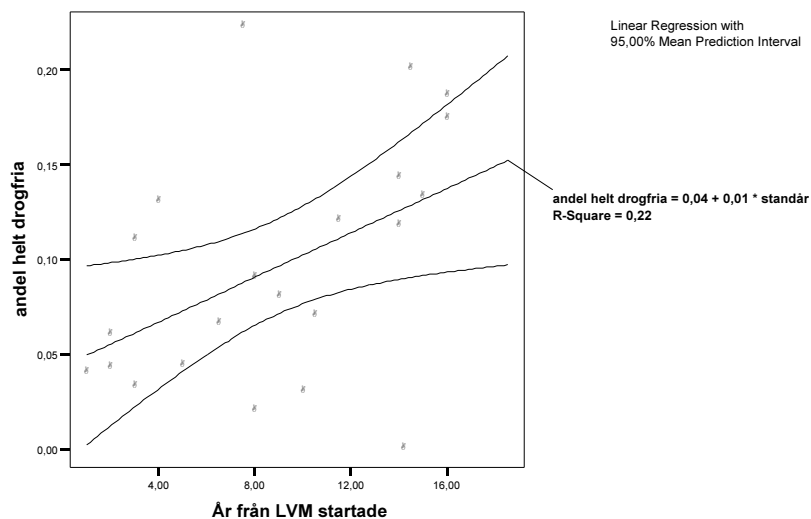
Andelen helnyktra/drogfria de tre perioderna var följande:

- Under 1982–1987 (sju studier): 5,33 procent (sd = 1,88). Vägt genomsnitt 6,5.
- Under 1988–1994 (sju studier): 9,03 procent (sd = 6,76). Vägt genomsnitt 7,9.
- Under 1995–2000 (sju studier): 13,63 procent (sd = 6,70). Vägt genomsnitt 13,9.
- Totalt alla tre perioderna (21 studier): 9,33 procent (sd = 6,35). Vägt genomsnitt 8,1.

En modell med envägs variansanalys (ANOVA) som prövar skillnad mellan de tre perioderna är också signifikant ($p = 0,040$).

I figur 5 redovisas motsvarande regressionskurva för andelen nyktra och drogfria med konfidensintervall.

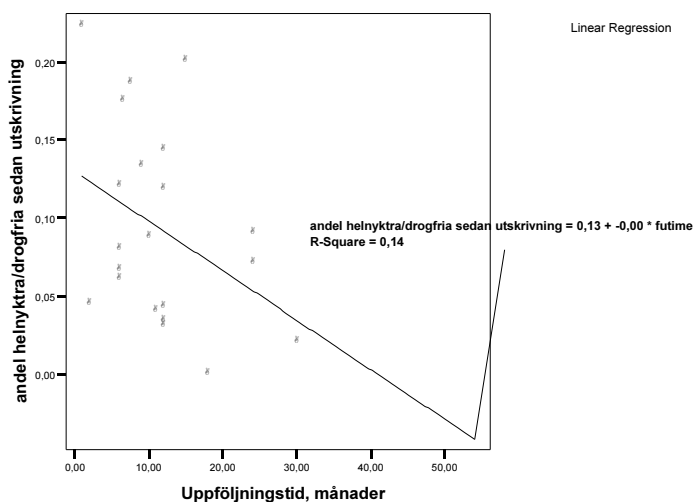
Figur 5. Regressionlinje för helnyktra/drogfria som funktion av tid sedan LVM kom till. Alla tillgängliga studier. $N = 21$.



Även med det stränga måttet andel nykterhet/drogfrihet sedan utskrivning tycks förbättring ha skett med cirka 1 procent per år sedan LVM kom till. Spridningen är dock större. Regressionen representerar här 22 procent av variationen i nykterhet/drogfrihet.

Det är uppenbart att andelen helnyktra/drogfria också kan bero av uppföljningstiden. Det är lättare att hålla sig nykter och drogfri under en månad än under 2–3 år. Därför prövades också att se andelen helnyktra/drogfria som en funktion av uppföljningstiden. Detta visas i figur 6:

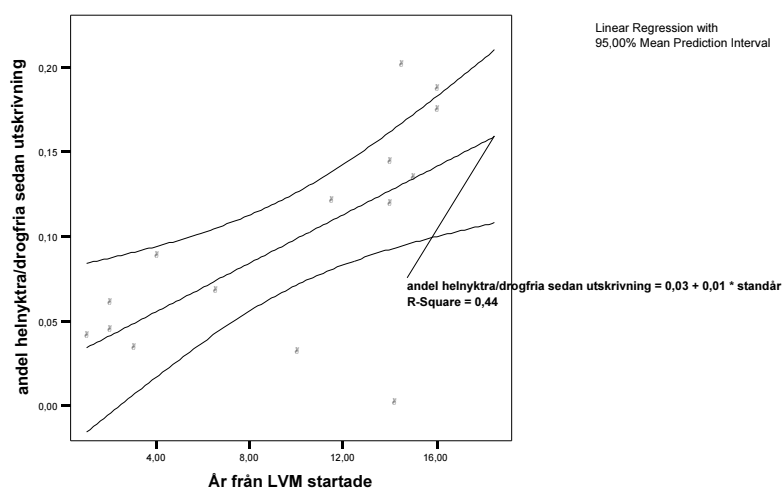
Figur 6. Regressionlinje för helnyktra/drogfria som funktion av uppföljningstid. N = 21.



Figuren visar en regressionslinje, som visserligen inte är signifikant, och som förklarar mycket liten del av variationen, men som ändå antyder det man bör kunna förvänta, att andelen helt nyktra/drogfria tenderar att minska med längre uppföljningstid. Det är tydligast när det gäller mycket långa tider, medan spridningen är större i studier med 6–18 månaders uppföljningstid. För att begränsa inflytandet av detta problem gjordes regressionen därför om på ett urval av studier med likartad metod. I detta fall innebar det att endast studier med uppföljningstider mellan 6–18 månader togs med och

där studier med mer än 10 % bortfall och endast socialtjänsten som informationskälla togs bort. Kvar var då 15 studier med 9,6 % helt nyktra (sd = 6,3), d.v.s. samma utfall och spridning som för samtliga studier. Regressionskurvan över tid som visas nedan (figur 7) demonstrerar också samma positiva utveckling över tid och förklarar nu dubbelt så stor andel av variationen (44 procent) i helnykterhet/drogfrihet sedan utskrivning.

Figur 7. Regressionlinje för helnyktra/drogfria som funktion av tid sedan LVM kom till. Endast studier med uppföljningstid 6–18 månader och likartade mätmetoder. N = 15.



Andelen döda per år över tid

Så går vi över till andelen döda per år efter utskrivningen. För de tre perioderna var andelen döda per år efter utskrivningen följande:

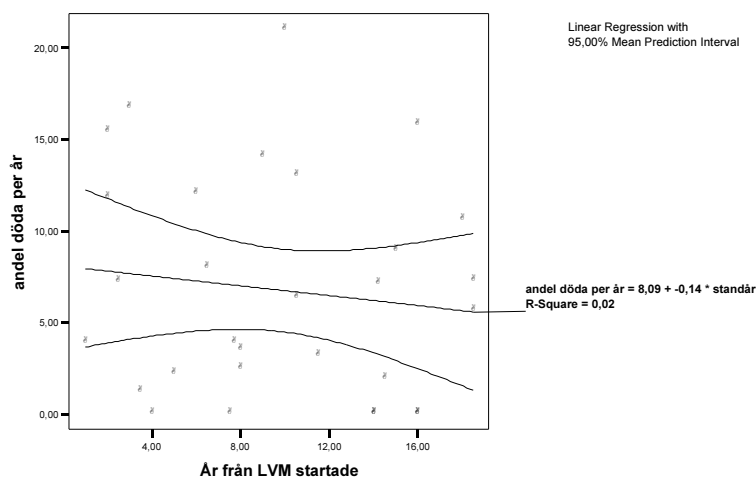
- Under 1982–1987 (tio studier): 7,84 (sd = 5,98). Vägt genomsnitt 6,45.
- Under 1988–1994 (nio studier): 7,49 (sd = 6,94). Vägt genomsnitt 7,20.

- Under 1995–2000 (elva studier): 5,20 (sd = 5,31). Vägt genomsnitt 6,02.
- Totalt alla tre perioderna (30 studier): 6,77 (sd = 5,97). Vägt genomsnitt 6,76.

Det finns inga signifikanta skillnader mellan de tre perioderna.

Som tidigare undersöker vi också regressionskurvan för andelen döda/år över tid.

Figur 8. Regressionskurva för andelen döda per år efter utskrivningen som funktion av tid sedan LVM kom till. N = 30.



Vi kan dessvärre inte se någon motsvarande tendens till minskning av de höga dödstal. Spridningen är stor och formar sig inte alls kring regressionslinjen, vars lutning dessutom är låg och som alltså förklarar noll.

Sammanfattning av utfallsstudierna

- Utfallsstudierna visar en genomsnittlig förbättring av missbruket hos 30 procent av de vårdade. Denna andel har ökat över tid, framför allt sedan SiS övertog huvudmannskapet för

LVM-vården. Tidigare låg den runt 26 procent och har nu ökat till drygt 38 procent. Denna utveckling konfirmeras i analys av ett begränsat urval studier med mer likartade sätt att mäta förbättring.

- Andelen som uppfyller det strängare kravet helnykterhet/drogfrihet sedan utskrivning ligger för hela perioden runt 9 procent. Även denna har ökat under samma period, från drygt 5 procent i första perioden till knappt 14 procent i senaste perioden. Även här konfirmeras utvecklingen i ett begränsat urval med mer likartade förutsättningar i mätmetod.
- Andelen döda under ett år efter utskrivning ligger runt 7 procent och denna höga siffra har inte påtagligt förändrats.

Det relativt sett strängare måttet "helnykterhet/drogfrihet" går alltså i samma riktning som det bredare utfallsmåttet "förbättrade" vilket ökar tilltron till resultaten.

Det tredje utfallsmåttet, andel döda, är av något annan karaktär. I stället för att urskilja dem som har mest gynnsam utveckling, urskiljs här de som har mest destruktiv utveckling. Detta utfallsmått har inte förbättrats i samma mån. Det kan tyda på att även om utfallen förbättrats för många, så har utfallen för den mest utsatta gruppen intagna inte påverkats.

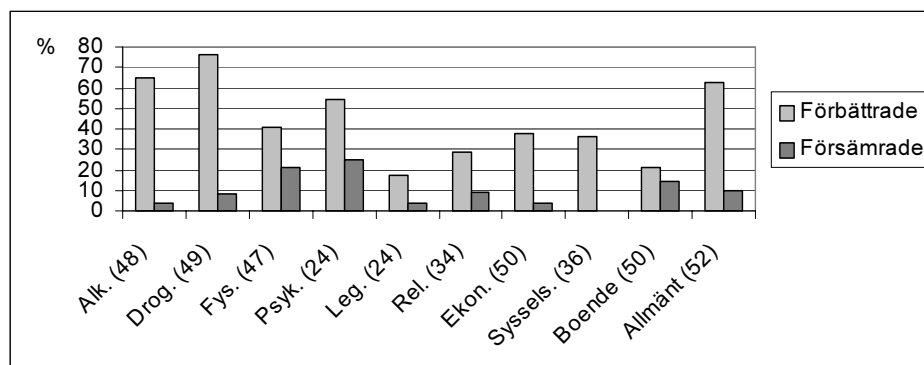
En risk att beräkna medelvärden utifrån studier med mycket olika populationsstorlek är att mycket små studier skulle kunna förskjuta resultatet. I detta fall finns både mycket små och mycket stora studier med, men tendenserna är i huvudsak desamma då medelvärden som vägts i förhållande till studiernas storlek används.

6. Översikt av övriga fynd i utfallsstudierna

Flera studier har tagit upp olika mått på social anpassning, och fysisk och psykisk hälsa. I de flesta fall redovisas dock situationen efteråt, utan jämförelse med situationen före. Här begränsas redovisningen till DOK-projektets pilotuppföljning från Lunden och Älvgården (Gerdner 2000), eftersom denna ger möjlighet till jämförande mått för situationen före behandling och i snitt ett år efter på ett flertal olika områden. Uppgifterna om förändringar på olika områden har sammanställts i figur 8. Den illustrerar positiv och negativ förändring inom nio olika problemområden och en värdering av klienternas allmänna situation. I profilen har alkohol och

droger separerats, vilket innebär något högre förbättring på vart och ett av dem än om kravet gäller på båda typerna av missbruk sammantaget. Precisionen i skattningarna antogs vara något sämre för psykisk hälsa och legala problem där färre jämförbara observationer fanns.

Figur 9. Andelar för vilka förbättring respektive försämring noterats på olika områden (n för respektive område inom parentes)
Källa: Gerdner (2000).



Figur 9 visar att på alla områden är förbättring större än försämring, och den sammanvägda allmänna skattningen oavsett problemområden ger relativt stor andel förbättrade, drygt 60 procent. Men det finns också områden där betydande grupper faktiskt försämrats. Det gäller främst i fråga om fysisk hälsa, psykisk hälsa och boende, vilket rimligen innebär att detta är områden som bör prioriteras mer i vården och eftervården. Motsvarande fynd om betydande psykisk ohälsa i förloppet har pekats ut av Sallmén (1999). Problemen med bostad efter utskrivning från LVM har poängterats i en Skåne-undersökning av Yohanes m.fl. (2002). De visade att 7 av 52 personer (13,5 %) som just skrivits från LVM blev uteliggare eller härbärgesboende och ytterligare 8 personer (15,4 %) fick mycket tillfälliga lösningar. I ett längre perspektiv är det rimligen omöjligt att upprätthålla en eventuell framgång på området missbruk om livet i övrigt känns svårt att uthärda på grund av dålig hälsa och avsaknad av människovärdigt boende.

I studien om Lunden och Älvgården undersöktes också i vilken utsträckning förändring på de olika områdena var korrelerade med varandra. Allmänt sett var korrelationerna låga, vilket innebär att förbättring på ett område, till exempel missbruk, inte nödvändigtvis motsvaras av förbättringar på övriga områden. Det finns med andra ord ingen automatik att människor mår bättre psykiskt eller klarar av relationer bättre för att de hanterar missbruket bättre – eller tvärtom. Det betyder att personer med flera problem måste få hjälp att hantera alla sina problem genom breda och individuellt anpassade program. DOK-inventeringen måste alltså följas upp av motsvarande insatser.

Utfallet död

Redan de tidigare redovisade studierna har påvisat höga dödstal, i genomsnitt 7 procent ett år efter utskrivning. Tre studier har dessutom beräknat överdödligheten för LVM-populationer i flerårsperspektiv (fem till åtta år efter utskrivning) i förhållande till normalbefolkningen standardiserad för ålder och kön (Bergmark 1994b, Gerdner & Berglund 1997, Möller m.fl. 1998). Dödligheten var i alla tre studierna 6–9 gånger högre än den förväntade, vilket är mycket höga siffror även jämfört med internationella kliniska studier av missbrukare där motsvarande siffror brukar ligga 2–4 gånger den förväntade. Problemet diskuterades i SOU 1987:22. Man konstaterade en kraftig ökning av överdödligheten bland tidigare tvångsomhändertagna alkoholister. På 1940-talet låg motsvarande överdödlighet runt 1,5 (Dahlgren 1951) och på 1960-talet runt 3,0 (Norman 1979, citerad i socialberedningens betänkande SOU 1987:22). Men på 1970-talet i en serie studier av Statistiska Centralbyrån (SCB S 1975:16, S 1975:30 och S1977:11) hade den ökat till 7,0. Utredningen påpekade att den höga överdödligheten hängde nära samman med missbrukarnas svåra sociala och medicinska situation. De tre studierna under 1990-talet har alltså visat att problemet kvarstår i samma omfattning som tidigare.

I flera studier kontrollerades dödsorsakerna. Jämtlandstudien (Gerdner 2004) rapporterar att direkt alkoholrelaterad död, självmord och våld stod för 100 procent av alla dödsfall under första året. I Rällsögårdsstudien fann vi att direkt alkoholrelaterad död, självmord och våld stod för cirka 50 procent av överdödligheten under 6 år (Möller m.fl. 1998). I Runnagårdsstudien med något

lägre medelålder låg den mellan 80 och 90 procent av överdödligheten under 8 år (Gerdner & Berglund 1997). I den senare studiens patientmaterial hade inte ett enda dödsfall inträffat året efter utskrivning, vilket antyder att institutionsvistelsen haft en skyddande effekt, men att denna effekt ej varat i längden.

Det mest hoppningivande i Runnagårdsstudien, vilken främst var inriktad på alkoholister, var att av de som under första året klarat av att leva helnyktra och drogfria hade samtliga överlevt, vilket för dem innebär en bättre överlevnad än i normalbefolkningen. De som förbättrats men inte varit helnyktra under första året hade dock dött i samma utsträckning som de vilka inte förbättrats alls. "Minskat drickande", det vill säga färre och kortare återfall än före behandlingen, tycks därmed vara ett alltför instabilt mönster för att ha några positiva effekter på långtidsöverlevnaden. Helnykterhet/-drogfrihet under första året tycks däremot har en stabil långtidseffekt för att minska överdödligheten i denna svårt beroende grupp. Detta innebär inte att relativ förbättring av missbruket året efter utskrivning är ointressant, men ambitionen bör vara inriktad på helnykterhet och drogfrihet om överdödligheten skall hejdas. Återfall är dessvärre ofta ett naturligt inslag även för dem som strävar efter nykterhet och drogfrihet. Genom återfallspreventionsgrupper och andra eftervårdsinsatser kan man fortsätta stödja individen att lära sig förebygga och handskas med återfallen för att uppnå stabil nykterhet.

Gruppjämförelser: Kön, drog och tvång

Några av utfallsstudierna har presenterat jämförelser mellan olika patientgrupper vad gäller förbättring respektive överlevnad.

Förbättring/minskat missbruk

Jämförelserna vad gäller förbättring mellan kvinnor och män, alkoholister och drogmisbrukare samt frivilliga och tvångsomhändertagna visas i tabell 7.

- Sex av sju studier visar ingen skillnad mellan könen.
- Fem av sex studier visar ingen skillnad mellan alkoholister och drogmisbrukare.

- Sex av åtta studier visar ingen skillnad mellan frivilliga och tvångsomhändertagna som vårdats på samma institution. Två av mina studier visar bättre utfall för frivilliga, men denna skillnad försvinner då hänsyn tas till andra bakomliggande faktorer som skiljer mellan grupperna.

Tabell 7. Jämförelser i utfallet förbättring av missbruksproblem mellan olika grupper vårdade på samma LVM-institutioner

Studie	Kvinnor och män	Drogmissbrukare och alkoholister	LVM-vårdade och frivilligt vårdade
Gerdner 1986	Ingen skillnad	Ingen skillnad	Ingen skillnad
Berglund & Ågren 1987	Ingen skillnad	-	Ingen skillnad
Gerdner 1988	Ingen skillnad	Ingen skillnad	Frivilliga bättre utfall, men <i>ingen skillnad</i> om hänsyn tas till bakomliggande faktorer
Bergmark 1994a	Kvinnor bättre utfall	Ingen skillnad	Ingen skillnad
Gerdner 1997	Ingen skillnad	Ingen skillnad	Frivilliga bättre utfall, men <i>ingen skillnad</i> när 4 olika behandlingslinjer med olika målgrupper analyseras separat
Möller m.fl. 1998	Ingen skillnad	Drogmissbrukare bättre utfall, men detta samband försvagades i multivariat analys	Ingen skillnad
Gerdner 2000	-	Ingen skillnad	Ingen skillnad
Sallmén 1999	Ingen skillnad	-	Ingen skillnad

Överlevnad

Några studier gör också gruppjämförelser för att undersöka faktorer som eventuellt skulle kunna vara relaterade till den höga dödligheten. Den största av dessa studier är Rällsögårdsstudien (Möller m.fl. 1998) där överlevnaden följdes för 725 personer.

Tre studier undersöker hur kön påverkar överdödlighet (SMR-kvot) bland missbrukare i LVM-vård (Bergmark 1994b, Gerdner & Berglund 1997, samt Möller m.fl. 1998). Bergmark fann att kvinnor hade högre överdödlighet än män, vilket dock motsades av de andra två som visade en skillnad i motsatt riktning. Sallmén (1999) jämförde

förde istället andelen döda efter ett år och Pettersson (1989) hade gjort detsamma efter tre år (på samma population som Bergmark 1994b senare återkom till). Ingen av dessa fann någon skillnad mellan könen.

- Studien om Rällsögården (Möller m.fl. 1998) har gjort jämförelser utifrån drogtyp och visade att alkoholisterna dog i högre utsträckning än narkomanerna, men samtidigt hade narkomanerna en högre *överdödlighet* än alkoholisterna. Det beror på att narkomanerna var yngre och därmed hade en lägre förväntad dödlighet. I multivariat analys som tog in dessa och bland annat olika sociala faktorer kvarstod inga skillnader mellan alkoholister och narkomaner.
- Två studier (Sallmén 1999; Möller m.fl. 1998) jämförde dödligheten bland frivilliga och tvångsomhändertagna som vårdats på samma institution, men ingen av dessa fann några skillnader. Den senare studien kontrollerade även detta med separata överlevnadskurvor för alkoholister respektive narkomaner. Inom båda grupperna följdes överlevnadskurvorna för frivilliga respektive tvångsomhändertagna nära åt både under första året och upp till 14 år efter utskrivning. De båda kurvorna visas i figurerna 8 och 9.

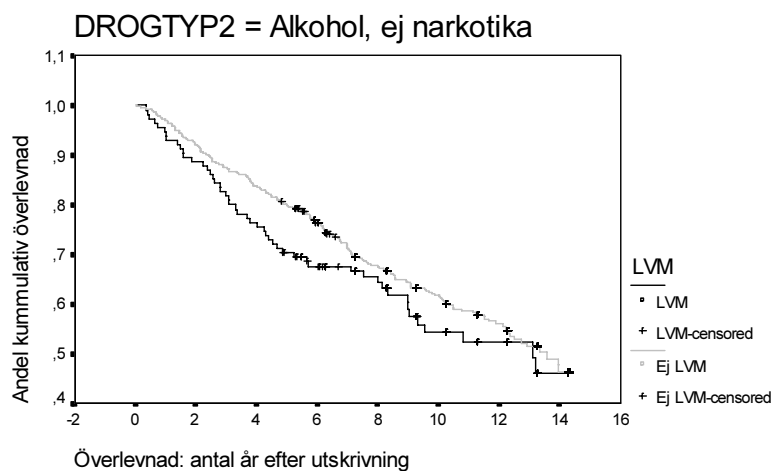
Vi bör alltså kunna dra slutsatsen att studierna inte finner några entydiga samband mellan å ena sidan överlevnad och å andra sidan kön, drogtyp eller vårdtvång bland de intagna på LVM-institutionerna.²²

²² Fortfarande hänvisas ibland till en aldrig publicerad studie av Ågren (1994) som fick stor uppmärksamhet i olika medier. Han rapporterade dödligheten bland 579 personer som rapporterats för LVM 1988 och 1990. Av dessa dömdes ungefär hälften till LVM, medan övriga gick fria i länsrätten. Vidare var hälften alkoholister och hälften narkomaner. Ågren jämförde dödligheten dels första året från utskrivning respektive friande beslut, dels andra året. Resultaten utföll enligt följande:

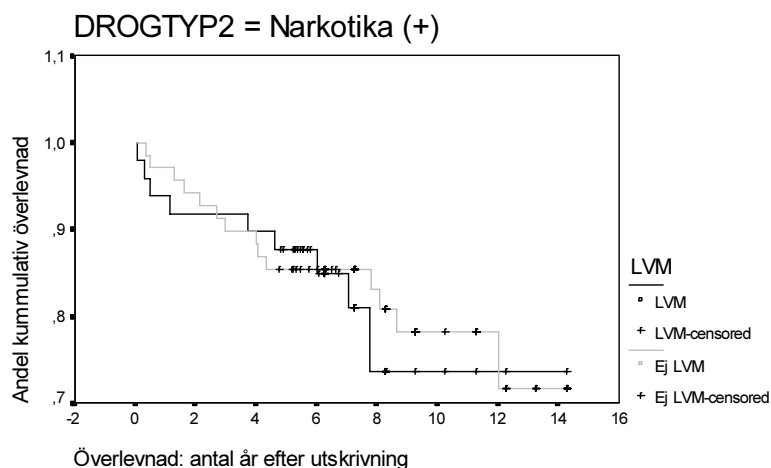
- LVM-dömda alkoholister (n=142) visavi ej LVM-dömda (n=139): 3,5 visavi 8 procent döda år ett och 4,5 visavi 2 procent döda år två.
- LVM-dömda narkomaner (n=164) visavi ej LVM-dömda (n=134): 7 visavi 3 procent döda år ett och 3,5 visavi 5 procent döda år två.

Mönstren föreföll alltså vara motsatta. Från dessa data antogs att LVM möjligen kunde ha en skyddande effekt för alkoholister men samtidigt kunde medföra en ökad risk för narkomaner och att denna senare risk kunde vara relaterad till sänkt tolerans för heroin, vilket efter utskrivning kunde leda till oavsiktliga överdoser. Detta är naturligtvis ett centralt problem som förtjänar uppmärksamhet. Men andra debattörer hanterar detta som om det vore visat att tvånget dödar. Så är det inte. Det finns två viktiga problem med denna studie. För det första är inte grupperna jämförbara. Om inte LVM döms ut helt slumpvis i våra länsrätter ska LVM-gruppen ha en svårare problematik, vilket innebär att en högre dödlighet. bör kunna

Figur 10. Andel överlevande bland 492 frivilliga respektive 115 tvångsomhändertagna alkoholister (utan inslag av narkotika) åren efter första utskrivning från Rällsögården (Källa: Möller m.fl. 1998)



Figur 11. Andel överlevande bland 69 frivilliga respektive 49 tvångsomhändertagna narkomaner åren efter första utskrivning från Rällsögården (Källa: Möller m.fl. 1998)



förväntas även om LVM i sig skulle vara utan effekt. För det andra är *ingen av refererade skillnader signifikanta*, det vill säga alla finns inom slumpmarginalen. Några slutsatser kan

Utslagningens mekanismer

Sallmén (1999) undersökte om psykiatrisk komorbiditet var relaterad till utfallen i alkoholkonsumtion och död, men fann ingen skillnad. Däremot var *den sociala funktionsförmågan* (mätt ett par veckor efter intagningen med GAF, Global Assessment of Functioning) starkt relaterad både till utfallet i alkoholkonsumtion och till död. Detta fynd upprepades i båda hans kohorter 1990–1993 och 1994–1998 (Sallmén 2003).

I studien från Lunden och Älvgården (Gerdner 2000) visade sig *varaktigheten i missbruket* (oavsett drogtyp) också spela stor roll för negativt utfall, men inte debutålder eller barndomsfaktorer. Ju längre missbruket har pågått, desto sämre utfall. Detta talar kraftigt emot alla teorier om att missbruket skulle följa en karriär med en naturlig slutfas, och att det därmed är lika bra att bara låta processen ha sin gång tills vederbörande själv vill lägga av.

I detta sammanhang vill jag ta upp en enligt min uppfattning central studie som vi gjorde från Runnagården om faktorer som motverkar eller medverkar till motivation till behandling (Gerdner & Holmberg 2000). I ett stort material omfattande 511 personer som skrivits in på Runnagården, frivilligt eller med tvång, prövade vi fem olika teorier som förekommit i den vetenskapliga litteraturen: *Karriärmodellen* var en teori, dvs. att missbrukaren normalt följer en karriär som så småningom leder fram till en slutfas där man spontant vill lämna missbruket. Att "*mogna ut*" var en annan teori, dvs. att missbrukaren så småningom i en försenad mognadsprocess är beredd att lämna missbruket. Att "*nå botten*" i form av sociala smällar (förlora jobb, familj, bostad) var en tredje, dvs. tanken att en serie sociala katastrofer leder till "uppvaknande" och vilja att ta emot hjälp. Att tvärtom *ha något att försvara* var en fjärde, dvs. tanken att den som riskerar att förlora något vid fortsatt missbruk är mer benägen att lägga av än den som redan förlorat. Och att motivation till vård – eller att sakna detta – istället skulle vara en fråga om relativt stabila *personlighetsegenskaper* var en femte teori, dvs. att vissa personligheter (t.ex. antisociala) a priori inte vill ha hjälp. Vi byggde en modell med olika indikatorer där alla dessa teorier kunde prövas.²³ Modellen visade sig bli mycket klar

därmed inte dras, annat än att dödligheten totalt sett är alarmerande hög och att de förväntade gruppskillnaderna *inte* påvisats

²³ Modellen tillämpade strukturekvationsanalys (LISREL), som samtidigt prövar både direkta och indirekta samband.

och kunde förklara mycket stor del av variationen (65 %) i personernas motivation till behandling vid inskrivning. Den hade god stabilitet även då den prövades enbart på frivilliga.

Slutsatsen av analysen är att varken teorierna om "slutpunkt i karriär", "att mogna ut" eller "att nå botten" har stöd. Tanken att förändringsviljan därmed skulle komma av sig självt bara vi väntar ut processen, har alltså inget stöd när det gäller dessa svårt beroende personer. Inte heller tanken att motivation är en fråga om personlighet, dvs. att det inte är någon idé att ens försöka motivera vissa personer. Men de som har något att försvara är mer motiveerade att ta emot hjälp. Detta betyder, omvänt, att *de som förlorat mest, de som har störst behov av hjälp, är minst benägna att ta emot hjälp*. Det kan förefalla som en obegriplig paradox, men kan förstås utifrån teorier om inlärd hjälplöshet, s.k. hopplöshetsdepression. Utslagningens natur är just att förmågan att ta emot stöd minskar samtidigt som behoven ökar. Detta är förmodligen ett av de bästa skälen till att välfärdssamhällen prövar tvångsvård för missbrukare – men det innebär också att man bör ställa stora krav på att denna vård verkligen svarar mot behoven. Förvaring har små utsikter att kunna bryta hopplöshet.

Försök att strukturera motivationsarbetet

I en kontrollerad studie har mina medarbetare och jag beskrivit och mätt effekterna av införandet av ett strukturerat motivationsprogram på en låst avgiftnings- och motivationsavdelning på Runnagården (Gerdner m.fl. 1997). Programmet berördes kortfattat ovan i avsnitt 4. Programmet kombinerade flera olika motivationsinslag som erbjöds samtliga intagna från och med första nyktra dagen och följde ett schema (motivationell intervju och screening/bedömning av missbruk med feedback under första veckan, dagliga interaktiva undervisande grupper och samtalsgrupper, samt frivilliga AA-möten på kvällstid). I ett naturligt experiment jämfördes en grupp LVM-vårdade som tagits in *före* införandet av programmet med en annan grupp som tagits in *efter* införandet. Noggrann kontroll gjordes för bakgrundsfaktorer. Programmet visade sig vara effektivt och ledde till signifikant snabbare övergång till deltagande i tolvstegsprogram på öppen avdelning utan att detta medförde någon ökning av avvikningar (minskade tvärtom något). Motsvarande strukturerade program har även använts med positivt resultat för frivilliga på

avgiftningsavdelningar, där man försökt bryta "rundgången" av fyl-lor och avgiftningar. Enligt en aktuell studie förefaller det dock som om detta program inte längre tillämpas på Runnagårdens låsta avdelningar (Lundqvist m.fl. 2003). Det kan ha fallit bort i samband med andra förändringsarbeten på institutionen samtidigt som flera chefsbyten har inträffat, både på avdelnings- och institutions-nivå. Exemplet förtjänar dock enligt min mening viss förnyad upp-märksamhet, eftersom det är det hittills enda och därtill ett lycko-samt exempel på ett naturligt experiment inom LVM-vården där ett strukturerat motivationsarbete har prövats och utvärderats veten-skapligt.

Ett annat exempel på arbete för att strukturera motivationsar-betet är utvecklandet och tillämpandet av Monitoring Area and Phase System (MAPS). Idén och de första versionerna utvecklades av David Öberg, Björn Sallmén, Ingegerd Jansson, Vera Segraeus och mig själv inom ramen av IPTRP-projektet (Improving Psychi-atric Treatment in Residential Programmes for Emerging Depen-dency Groups). David och Björn har sedan dess fortsatt utveck-lingsarbetet. De grundläggande idéerna var och är att utgå från en multifaktoriell behovsbedömning (Addiction Severity Index, ASI, eller motsvarande) och på varje aktuellt problemområde (till exem-pel alkohol, droger, familj och relationer, fysisk hälsa, psykisk hälsa, kriminalitet, arbete och ekonomi) därtill bedöma vilken moti-vation individen har att göra något åt situationen eller ta emot hjälp. Motivationsbedömningen görs då utifrån Prochaska och DiClementes fasbeskrivning (Stages of Change). Faserna benämns 1) omedveten/uppgiven,²⁴ 2) funderar/överväger, 3) beslut/för-beredelse, 4) handling/förändring, samt 5) hanterar/upprätthåller. Denna kombination av område (area) och motivationsfas (phase) kan upprepas och ligger till grund för behandlingsplanering, efter-vårdsplanering och uppföljning i det individuella ärendet. De olika institutionernas insatser och kompetens kan också klassificeras utifrån denna matris. Därmed kan instrumentet också användas för matchning och kvalitetssäkring. Genom sin systematik lämpar sig

²⁴ Enligt min mening bör Prochaskas och DiClementes modell revideras på just denna punkt. Uppgivenhet är i grunden något helt annat än omedvetenhet. MAPS har tillfört uppgivenhet just därför att de uppgivna befinner sig i en helt annan situation än de omedvetna. Men då bör egentligen faserna separeras tydligt. Insatserna för dem är också olika. Den omedvetne behöver främst insikt att förändring behövs, vilket kan nås genom upplysning, feedback, motivationella intervjuer etc. Den uppgivne behöver hopp att förändring är möjlig även för honom/henne. Då behövs bland annat ett andligt omhändertagande med värme och hopp, ljus i mörkret i form av modeller, samt konkreta livsmål som kan formuleras på ett trovär-digt sätt tillsammans med behandlaren som får fungera som ställföreträdande hopp.

instrumentet väl för forskning, framför allt s.k. naturalstudier av olika utformad behandling.

I en magisteruppsats beskriver Lyly & Skoglund (2002) hur implementering av MAPS bidragit till att strukturera behandlingsplaner och utveckla motivationsarbetet på Rällsögården. Sallmén (2003) ger exempel från Karlsvik på hur man kan beskriva klienternas utveckling i motivationshänseende under LVM-tiden. För 35 personer på Karlsvik gjordes intervjuer utifrån ASI samt in- respektive utskrivningsmodulerna av MAPS. Vid inskrivning görs nivåbedömning av motivation och samtidigt sätts mål för vårdtiden. Vid utskrivning bedöms nivåbeskrivning på nytt och man kan bedöma om målet nåtts. Vid inskrivning befann sig 11 av de 35 Karlsviks-klienterna i fasen fundera/överväga när det gällde hjälp att hantera alkoholmissbruk och för dem bedömdes det rimligt att nå fasen beslut/förberedelse. Alla nådde målet, och en nådde till och med längre. Men 17 befann sig i fasen omedveten/uppgiven. För 8 av dessa bedömdes att det var rimligt att nå målet beslut/förberedelse och 5 nådde dit, inklusive en som nådde längre. För resterande 9 bedömdes det endast realistiskt att ställa målet att de skulle nå fundera/överväga-fasen. Trots det lågt satta målet nådde endast 2 av dem dit, varav dock 1 lite längre, dvs. till beslut/förberedelse. Det framgår inte vad som skiljde de 8 från de 9, men det är rimligt att anta att just de 9 med lägst ställda mål och sämsta måluppfyllelsen var de mest uppgivna.

Man kan tycka att målsättningarna ofta sattes väl lågt med tanke på att LVM:s syfte är att motivera till fortsatt vård i frivilliga former, men här betonades uppenbarligen vikten av att formulera uppnåbara framsteg. Studien är intressant just därför att den tydligare beskriver för institutionerna vilka målgrupper de är bra på och vilka som de inte klarar med nuvarande insatser. I detta fall förefaller det som att det är just de som befinner sig värst ut i hopplöshet och uppgivenhet som institutionen i dag inte riktigt klarar att hjälpa. En förutsättning för att finna metoderna och förhållningssätten är att man blir varse problemet.

Prediktionsstudier av olika faktorerers betydelse för utvecklingen

I en s.k. prediktionsstudie försöker man härleda en studerad beroende variabel, till exempel utfallet efter utskrivning, till olika oberoende variabler i form av exempelvis patient- och behandlingsvariabler.²⁵ Denna typ av studie kan lättare göras vid större studier med många deltagare. Sex multivariata studier om svensk LVM-vård har presenterats (Bergmark 1994a och 1994b, Möller m.fl. 1998, Gerdner m.fl. 1996 och 1997, samt Gerdner 2004).²⁶ Studierna behandlar delvis olika aspekter. Utöver dödlighet i långtidsperspektiv som redan berörts har följande utfallsfaktorer studerats:

- Avvikningar (rymningar) bland LVM-patienter
- Fullföljande av behandling
- Utfall av behandling, samt
- Deltagande i självhjälpgrupp efter behandling

Avvikningar

I både Runnagårds- och Rällsögårdsstudierna finns en överensstämmelse att yngre avviker mer. Dessutom tycks olika indikatorer på social instabilitet och psykiatriska problem öka avvikningarna, medan relationer till det specifika behandlingshemmet – dvs. att tidigare ha vårdats just där – minskar dem (Gerdner m.fl. 1997, Möller m.fl. 1998). Att unga personer med social och psykisk instabilitet avviker mer bekräftar vad vi har anat. Desto mer hoppgivande är då att det lönar sig att fortsätta vara uthållig i relationen – och undvika att gå tillbaka till 1980-talets flyttningskarusell av dem som "strular".

Fullföljande av vård

Genomgång av det strukturerade behandlingsprogrammet på Rällsögården, samt (för LVM-patienterna) övergång till frivillig vård, har klassats som fullföljande av vården. Ofullständigt deltagande,

²⁵ Om den beroende variabeln är dikotom används logistisk regressionsanalys och om den är kontinuerlig används multipel linjär regression. I överlevnadsanalyser brukar Cox regression användas.

²⁶ De fem första av dessa handlar om vård som har ägt rum i period 2. Under period 3 har studierna i allmänhet varit för små för att möjliggöra denna typ av analyser och i ett par fall har utfallsstudierna gjorts lokalt utan deltagande av forskare.

till exempel på grund av utskrivning på egen begäran (för frivilliga), avvikningar och kvarstannande på låst avdelning (för LVM), innebär att programmet inte ansetts ha fullföljts även om man befann sig på institutionen motsvarande tid. I en multivariat modell visade sig inte överraskande ålder och social stabilitet (arbete och bostad) vara individuella faktorer som ökar fullföljande (Möller m.fl. 1998). Men den starkaste positiva faktorn var vårdtvånget. LVM ökar chanserna till fullföljande mer än fem gånger. Detta överensstämmer med studier på Karlsvik (Sallmén & Berglund 1996), och internationella studier (Collins & Alison 1983, De Leon 1988, Wild m.fl. 2002), vilka just visar att tvång kan medverka till att vården fullgörs. Huvuddelen (62 procent) av dem som någon gång avvikit från LVM-vård på Rällsögården kunde senare under LVM-perioden gå in i ett normalt behandlingsskede och fullfölja behandlingen. Återigen – uthållighet med dem som strular kan leda till att behandling kan genomföras, och här kan LVM bidra.

Utfall av behandling

Olika utfallsmått har undersökts i olika studier. Bergmark (1994b) använde multipel regression för att studera patientfaktorerers förmåga att predicera ett negativt utfallsmått av LVM, nämligen “ny LVM-dom”, och ett som indikerade viss positiv utveckling, nämligen “överlevnad och inget nytt LVM”. Ingen av modellerna lyckades förklara stor andel av variansen (under 20 procent). Dålig hälsa var dock signifikant relaterad till negativ utveckling i båda modellerna och social isolering i den andra modellen. I sin studie från Älvgården prövade Bergmark (1994a) med multipel regression i vilken utsträckning bakgrunds- respektive behandlingsfaktorer kunde förklara utfallet. Han fann ingen behandlingsfaktor som visade signifikant effekt.

På Runnagården och Rällsögården studerade vi (med logistisk regression) “förbättring vad gäller missbruk”. Här var modellerna klart signifikanta och en hög andel (över 80 procent) kunde korrekt prediceras. Den stora skillnaden visade sig vara att deltagande i självhjälps- och stödgrupper efter utskrivningen togs med i modellerna. Modellerna gav i huvudsak samma resultat för båda behandlingshemmen trots att olika behandlingsprogram tillämpas. För bägge institutionerna gällde att deltagande i självhjälps- och stödgrupp (AA, NA, Länkarna, olika kyrkliga grupper etc.) var den

absolut starkaste prediktorn för förbättring. Det är särskilt intressant att detta gällde även för Rällsögården trots att deras modell inte är kopplad till självhjälpsgruppernas filosofi, vilket däremot Runnagårdens är. Tidigare institutionsvistelser var negativt relaterade till förbättring (Runna), troligen beroende på att det indikerar en mer marginaliserad situation. I studien från Runnagården var familj signifikant relaterad till helnykterhet.

I min aktuella parallella studie (Gerdner 2004) visade det sig att faktorn att ha barn tycktes spela en viss positiv roll för att motverka missbruk efter vårdtiden. Med tanke på att personerna i fråga i allmänhet inte levde tillsammans med dessa barn rör det sig snarare om relationer som motiverande faktorer, än som stödfunktioner.

Vi kan alltså från fyra olika studier (Bergmark 1994b, Gerdner m.fl. 1996, Möller m.fl. 1998, Gerdner 2004) sluta oss till att sociala nätverksfaktorer i vid mening är centrala för tillfrisknande medan social isolering är starkt negativt. Varken drogtyp, arbete, ålder eller kön var klart relaterade till utfall. LVM saknade också relation till utfallet vid jämförelse med frivillig vård. Studierna innebär att stark betoning bör läggas på nätverksfaktorerna – till exempel genom nätverksperspektiv i behandlingen, genom anhörig- eller nätverksprogram, och genom användande av självhjälps- och stödgrupper.

Det finns också stöd för detta i Sallmén's studier (1999, 2003) även om dessa (se ovan) inte innehåller multivariata analysmodeller. Den s.k. GAF-skalan som mäter social funktionsförmåga var starkaste faktorn i hans studier. I GAF läggs stor vikt vid förmåga att hantera sociala relationer. Och även om inte psykisk sjukdom och störning i allmänhet hade nära samband med utfall så visade Sallmén att en speciell typ av störning hade negativt samband. Det gäller personlighetsstörning i kluster A (paranoid, schizoid, schizotyp), som just handlar om oförmåga att hantera relationer. Sallmén's studier kan därmed peka på att det inte *endast* handlar om *tillgång* till sociala nätverk, utan *också* om *förmåga* att relatera.

I en kvalitativ studie utifrån LVM-intagna narkomaner på Gudhemsgården sammanfattas hur de intervjuade uppfattar nätverksfaktorernas betydelse:

De närstående utanför missbrukarvärlden som finns kvar utgör därför en viktig källa till motivation och hopp. De är relationer som i sig gör livet meningsfullt och värt att kämpa för. Risken att helt förlora eller göra betydelsefulla personer illa utgör i informanternas berättelser ett viktigt incitament till uppbrott. Om en alternativ tillvaro överhuvud-

taget uppfattas som möjlig vill säga – i annat fall kan konsekvenserna istället bli uppgivenhet och intensifierat missbruk. (Skårner & Regner 2003, s. 94)

Deltagande i självhjälps- och stödgrupp efter behandling

Med tanke på dessa gruppers betydelse för tillfrisknandet studerades vilka faktorer som predicerade deltagande i dem. I ett avseende erhöles motstridiga resultat. I Runnagårdsstudien deltog alkoholister mer än narkomaner, medan förhållandet var det motsatta i Rällsögårdsstudien. Möjligen kan det spela in att Runnagårdsstudien gjordes sex år tidigare än Rällsögårdsstudien. I ett annat avseende fanns en intressant likhet. Tidigare institutionsvistelser (på "torkar" och fängelser) innebar ökat deltagande i grupperna. De med flest institutions- och fängelsevistelser, dvs. de som är mest marginaliserade i samhället och som hade den svagaste prognosen, tycks alltså ha störst beredskap att delta. När de försöker leva nyktra hamnar de i en s.k. "marginalkonflikt" mellan sitt gamla missbrukarliv och en ny tillvaro utan missbruk (Jenner 1979, Ramström 1983, Svensson 1997). Det är därför möjligt att just dessa i särskilt hög utsträckning behöver grupptillhörigheten. Fyndet är intressant eftersom det helt bryter mot de förväntningar som fanns i mitten av 1980-talet då många antog att självhjälpsgrupperna passade bäst för mer socialt etablerade alkoholister. Fyndet överensstämmer dock med äldre amerikansk forskning som visade att – även när beroendegrad och social bakgrundshistoria är lika – är de alkoholister som deltar i AA något mer socialt utslagna än de som väljer att inte delta (Emrick 1987).

Vård, eftervård och självhjälpsgrupper

I DOK-piloten från Lunden och Älvgården (Gerdner 2000) kunde inte multivariat analys göras på grund av att varje grupp var för liten. Studien är ändå intressant för att den gav möjlighet att fördjupa frågeställningarna om vård, eftervård och självhjälpsgrupper.

Det fanns stora skillnader mellan institutionerna. Inte bara det att Älvgården vårdar män som huvudsakligen är alkoholister medan Lunden vårdar kvinnor som huvudsakligen är narkomaner. Älvgården hade flest öppna platser och Lunden flest låsta (nu enbart låsta). Älvgården har tolvstegsinriktning, om än med lägre intensitet.

Lunden saknar ett strukturerat program. Men genom att Lunden inriktat sig särskilt på att kunna ta emot gravida missbrukande kvinnor, och förbereda dem för förlossning och mödraskap, så har stora ansträngningar gjorts för att utveckla goda eftervårdsplaneringar. Detta tycks ha kommit även de övriga kvinnorna till del.

Genom utskrivningsformulären i DOK skall alla insatserna som gjorts uppges. De innehåller frågor om 12 specificerade behandlingsinsatser, vilka kan vara av psykologisk natur (utredande samtal, motiverande samtal, rådgivande/stödjande samtal, bearbetande samtal) medicinsk natur (avgiftning, läkemedelsnedtrappning, psykofarmaka, somatisk vård) respektive social och pedagogisk natur (social färdighetsträning, nätverksstöd, bostad, arbetsträning). Ingen enda av dessa insatser var relaterade till utfall, och inte heller summan av antalet insatser. Och som vi tidigare såg kunde inte heller Bergmark (1994a) finna något samband mellan utfallet och vårdens omfattning eller speciella insatser.

Man kan invända att det är ganska oklart vad exakt som skall rymmas under de olika rubrikerna i DOK-formuläret. Institutionerna har sällan manualer och det saknas överenskommelser om definitionerna. Det är också svårt att i efterhand rekonstruera alla insatser som gjorts. Men erfarenheten visar att det är mycket svårt att i enskilda studier etablera samband mellan konkreta behandlingsinsatser och utfall. Behandling är en process som innehåller ett närmast obegränsat antal faktorer av bland annat strukturell, subjektiv och interpersonell natur, särskilt som professionella behandlare genomgående strävar efter att individualisera insatserna efter behov och motivationsnivå. Därför är det svårt att påvisa klara samband mellan specifik psykosocial behandlingsinsats och utfall.

Internationell behandlingsforskning har brukat peka ut *tid i behandling* inom den frivilliga narkomanvården som avgörande för förbättring (Bloom m.fl. 1998, De Leon 1991, 1994, Liebowitz m.fl. 1986). Men detta är ett problematiskt påstående. Lämnar man institutionen för att man återfaller eller återfaller man för att man lämnar? Kausaliteten är inte självklar, men sambandet tycks vara starkt. Därför används vårdtiden som en viktig prognosfaktor för utfall i frivillig narkomanvård. Det gäller att samla drogfri tid för att öka förutsättningarna att leva drogfri i fortsättningen. Men vårdtiden har inte visat sig vara lika central i den frivilliga alkoholistvården (Ornstein & Cherepon 1985). Där tycks istället *struktur* och *intensitet* i behandlingen spela en större roll (Moos m.fl. 1990), kanske för att åstadkomma en stark upplevelse och en förändrad

inställning som kan bära längre fram och medverka till beteendeförändring – som en katarsiseffekt.

Lindström (1986) visade att all behandling rinner ut i sanden efterhand som tiden går. Han menade att oavsett hur bra och välstrukturerad vården än är, så har dess effekter klingat av efter ett år jämfört med ingen behandling alls. Poängen är då att inte avsluta vården utan istället hitta en fortsättning. Synen på beroende som kroniskt tillstånd innebär att individen behöver fortsätta att hantera detta på ett medvetet sätt. Återfallen kommer om man inte gör något för att förebygga dem. Katarsiseffekten skulle i sig själv med denna tolkning inte vara lösningen – inte en "rening" en gång för alltid – utan dess betydelse skulle vara att skapa en stark motivation för att fortsätta på den inslagna vägen, dvs. för att fortsätta att ta emot hjälp och samtidigt växa sig starkare. Att lång tid i institutionsvård ger en stark positiv prognos för utfallen hos just drogmissbrukare till skillnad från hos alkoholister skulle kunna hänga samman med de förras ofta mer socialt marginaliserade tillvaro. Det talar i så fall för att längre tid på behandlingshem bör vara en positiv faktor också för de alkoholister som är lika socialt utslagna.

Hur är det då med tiden inom LVM-vården? Är lång tid även där förknippat med en positiv prognos? Bergmark (1994a) fann ingen relation mellan utfall och vårdtid. Studien från Lunden och Älvgården undersökte också detta men kunde inte hitta något samband mellan total vårdtid på LVM-institutionen och utfall. Mycket lång tid på LVM-institutionen kunde istället minska deltagandet i eftervård, kanske för att man var trött på vård. Graden av struktur kunde inte prövas i den studien med bara två program och stora skillnader i förutsättningarna.

Studiens huvudfynd var istället att deltagande i eftervård var den faktor som starkast var relaterad till positivt utfall – 53 procent av dem som deltog var förbättrade mot 25 procent av dem som inte deltog. Och tiden i eftervård spelade stor roll. De helt nyktra/-drogfria hade deltagit i eftervård i genomsnitt 22 veckor under halvåret efter utskrivning (d.v.s. av max 26), medan övriga endast hade deltagit i snitt 8 veckor.²⁷ Deltagande i självhjälpgrupp var också positivt och en närmare granskning visade att många kombi-

²⁷ I kontrollstudien från Jämtland (Gerdner 2003) såg de fortsatta insatserna helt olika ut för LVM-gruppen respektive för kontrollerna. Hos kontrollerna betydde fortsatt vård långvariga program (behandlingshem eller öppenvård), men eftervården för LVM-gruppen bestod av korta öppenvårdsprogram. Den förra hade en mycket positiv effekt för de av kontrollerna som tog del i den, men för LVM-gruppen som deltog fanns ingen positiv effekt. De återföll tvärtom snabbare.

nerade eftervård och självhjälsgrupp. Andra föredrog det ena eller det andra av dessa. Vilket man valde spelade ingen roll för utfallet. Det viktiga var att man deltog i åtminstone något av dem. Alla helt nyktra/drogfria deltog, och det var väsentligt att de fortsatte förlöpande.

Ytterligare ett intressant fynd var att det fanns vissa skillnader mellan dem som i första hand valde professionell eftervård och dem som i första hand deltog i självhjälsgrupperna. Skillnaderna gällde varken drogtyp eller kön (eller institution), utan psykologiska faktorer. De som hade haft depressiva problem och redovisat självmordstankar deltog mer i professionell eftervård. De som hade rymt mycket deltog däremot i mindre utsträckning i sådan eftervård. Motsvarande tendens fanns inte när det gäller självhjälsgrupper. Rymmarna deltog i självhjälsgrupper i samma utsträckning som andra. Och deltagare i självhjälsgrupper hade i mindre utsträckning tagit del av insatser av psykologisk natur. Det tycks vara så att professionell eftervård och självhjälsgrupper visserligen fyller en gemensam funktion, men att de samtidigt delvis svarar mot olika psykologiska behov. Eller att de passar olika människor, så att missbrukare med mer depressiva problem lättare kan motiveras att delta i eftervård, medan de utagerande personerna lättare kan motiveras delta i självhjälsgrupper. För det senare talar också Rällsögårdsfynden, att personer med mer kriminella problem i större utsträckning söker sig till självhjäls- och stödgrupper.

Ytterligare ett fynd från studien om Lunden och Älvgården förtjänar att nämnas. Paradoxalt nog gick det bättre för dem som var beroende av försörjningsstöd (socialbidrag) för sitt uppehälle än för dem som inte var det. Man kan tycka att ekonomiska problem istället borde vara en negativ faktor. Vad skulle kunna vara förklaringen till detta? Låt oss först se på en lika märklig paradox från Rällsögårdsstudien. Där var det så att de som saknade bostad vid inskrivningen bättre lyckades hantera sitt missbruk efter utskrivning jämfört med dem som redan tidigare hade bostad ordnad. Detta fynd hittade vi inte i de övriga studierna. Förklaringen tycktes vara att i Rällsögårdens främsta upptagningsområde finns goda möjligheter att ordna social bostadsplacering för de bostadslösa. En sådan lösning innebär möjligen både en viss övervakning och kanske en stödjande kontakt som kan ha bidragit till att personerna i högre utsträckning klarat sig från destruktiv utveckling i missbruk, även i jämförelse med dem som hade egen bostad. Bostadslösa i till exempel Skåne har däremot svårt att få

sociala bostadsplaceringar; istället har många här haft härbärgen och bostadshotell som sina lösningar på hemlösheten och där har inte initial hemlöshet varit en plusfaktor.²⁸ Möjligen har socialbidraget i studien av Lunden och Älvgården också varit kopplat till en högre kontaktfrekvens med socialtjänsten med åtföljande social kontroll, jämfört med dem som till exempel haft pension eller sjukförsäkring. Den fundering som båda dessa exempel ger upphov till är att strukturella faktorer som ger ökad anledning till kontakt mellan socialtjänsten och den tidigare LVM-vårdade missbrukaren skulle kunna bidra till att eftervårdskontraktet fullföljs. Socialtjänsten kan tappa kontakten med dem som inte själva söker kontakt och har nya akuta ärenden att prioritera. Den tidigare tvångsvårdade som har sin pension och sin bostad ordnad har inte samma behov att hålla kontakt, och i dessa fall kan därför kontrollen av hur eftervården fungerar slappna av. Jag vill betona att detta är en hypotes som inte är klarlagd. Men det är rimligt att fundera på om det kan finnas sådana faktorer av social kontroll som i praktiken också kan vara stöd till eftervårdens fullföljande.

Metadonprogram som eftervård till LVM

En annan typ av eftervård är metadonprogrammen för heroinister. Fugelstad m.fl. (1998) studerade hur metadonprogram fungerade som eftervård till LVM-vård. Totalt undersöktes 101 heroinister som hade behandlats på Serafen 1986–1988, och som därmed också hade ingått i den tidigare presenterade uppföljningsstudien av Fugelstad (1989). Av dessa 101 inledde 56 personer metadonbehandling, medan 45 som ej gjorde så fungerade som kontrollgrupp i studien. Deltagarna och kontrollgruppen var likvärdiga i bakgrundsdata vad gäller ålder och kön, tidigare varaktighet av heroinmissbruk, samt antal arresteringar och fängelsedomar. Deltagarna i metadonprogrammen hade dock högre andel HIV-positiva (38 jämfört med 18 procent) samt fler tidigare inläggningar på sjukhus och på behandlingsinstitutioner. Psykisk och somatisk status i andra avseenden undersöktes inte, inte heller motivation eller social situation.

²⁸ Både studier vid Lunden (Gerdner 2000) och Karlsvik (Sallmén 2003) visar tvärtom att de bostadslösa hade sämre utfall. Både Lunden och Karlsvik ligger i Skåne, med Malmö som största kommun. Och i Malmö är bostadsproblemen för missbrukare omvitnat mycket stora.

Samtliga följdes upp 6–8 år efter LVM-vistelsen utifrån centrala register. Ett antal (oklart hur många) av metadongruppen blev i perioder utskrivna från metadonprogrammet på grund av misskötsamhet (i allmänhet missbruk av annan drog). Vid uppföljningen undersöktes antal dödsfall, sjukhusinläggningar och arresteringar i förhållande till observationsperioderna (omräknat i person-år) varvid jämförelser kunde göras mellan tid i metadonprogram och avbrottsperioder från metadonprogram i jämförelse med tid utan något metadonprogram. Tid i metadonbehandlingen var relaterat till färre arresteringar, sjukhusinläggningar och dödsfall än tid för kontrollgruppen. Avbrottsperioden var inte lika tydligt relaterad till dessa faktorer. Skillnaden i andelen dödsfall var visserligen inte signifikant, men där fanns en påtaglig skillnad i dödsorsaker. I metadongruppen dominerade död på grund av infektionssjukdomar, vilket är naturligt om det handlar om HIV-AIDS, medan överdoser och självmord dominerade som dödsorsaker i kontrollgruppen. Ingen av de 35 HIV-negativa personerna i metadongruppen avled, medan 14 av de 37 hiv-negativa i kontrollgruppen avled. Mönstret tycks därför ändå vara tydligt. Deltagande i metadonprogrammet är relaterat till minskning av direkt missbruksrelaterad död, även om den inte påverkar HIV-AIDS-relaterad död. Därtill är pågående deltagande relaterat till färre sjukhusinläggningar (men ej i avbrottsperioderna) och till färre arresteringar (gäller både under pågående program och i avbrottsperioderna). Sammantaget visar studien att deltagande i metadonprogram för tidigare tvångsomhändertagna heroinister tycks innebära kraftigt förbättrade möjligheter att överleva, ha mindre allvarliga hälsoproblem samt mindre av problem med polisen.

Det finns därför starka skäl att erbjuda metadonunderhållsbehandling till heroinister, särskilt den svårt beroende grupp som blir föremål för LVM-vård. Metadonprogrammen i Sverige har dock en begränsningsregel som innebär att den tilltänkte patienten måste "ha en acceptabel valfrihetssituation", vilket brukar tolkas som att man inte får inleda metadonprogram samtidigt som man är underkastad tvångsvård eller kriminalvård.²⁹ Denna praxis kan ifrågasättas med tanke på forskningsläget. Ett par internationella studier som refereras i min avhandling (Brecht m.fl. 1993; Desmond &

²⁹ Möjligen hanteras detta på olika sätt både i de olika metadonprogrammen, och från de olika LVM-institutionernas sida. Från egna erfarenheter vet jag om både fall där metadonprogram accepterat LVM-patienter under § 27-placering och fall där man med hänvisning till sin "valfrihetspraxis" sagt nej till detta.

Maddux 1996) visar att metadonprogram har samma positiva effekter för heroinister vare sig dessa vid inledningen av underhållsbehandlingen stått under legal påtryckning eller ej.

De svenska metadonprogrammen begränsar sig inte till metadon, utan skall vara vad man kallar "metadonunderstödd rehabilitering" som även inkluderar psykosociala insatser av olika slag - även om det i praktiken visat sig finnas stora skillnader mellan de olika programmen. I en brukarstudie som omfattar samtliga fyra svenska metadonprogram har patienterna i stor enighet uttryckt att de psykosociala inslagen är viktiga och även efterfrågat fler sådana inslag och under längre tid (Åberg m.fl. 2001).

7. Åter till behandlingsfaktorernas betydelse för utfall

I avsnitt 5 undersöktes hur utfallen i 31 studier utvecklats över tid. Men var finns förklaringarna? Kan skillnader i institutionernas verksamheter förklara en påtaglig del av variationen i utfall? Eller är det huvudsakligen skillnader i forskningsmetod och patientfaktorer som svarar för variationen? Materialet kan analyseras utifrån alla dessa faktorer. Den centrala frågan för analysen är att försöka utvärdera vilka programfaktorer som kan ha betydelse för att förbättra utfallet och därmed leda till rekommendationer för framtida LVM-vård. Som vi såg ovan har det visat sig vara svårt att etablera samband mellan vårdfaktorer och utfall. Men då har det gällt studier av programfaktorer inom enstaka institutioner. Nu har vi möjlighet att undersöka utfallet från många olika program. Detta måste emellertid göras med kontroll för de metodologiska faktorer respektive de patientfaktorer som kan inverka på utfallen.

Bland de metodologiska faktorerna kan vi urskilja följande: *Publiceringsform* (vetenskaplig publikation eller utgiven av forskningsinstitution/ ej sådan), *Urvalets storlek* (antal deltagare), *Bortfallets storlek* (andelen bortfall), *Bortfallshantering* (förekomst av bortfallsanalys som säkerställer resultatet om sådan behövs/ ej sådan), *Uppföljningstid* (antal månader), *Observationsperiod* (högst 3 månader/ mer), *Förbättringsmått* (minskat missbruk/ drogfrihet viss tid), *Huvudsaklig källa* (patientuppgift/ annan källa), *Triangulering* (dvs kontroll mot annan uppgift/ ej), samt med tanke på att justering nedåt gjordes för bortfallet om patientuppgift var enda källa, men inte uppåt om istället socialtjänsten var enda källa, lades dessutom

till en variabel *Socialtjänst enda källa* (ja/nej). Förbättringsmått och observationsperiod är endast relevanta för utfallet förbättring.

De patientfaktorer som vi har tillgång till för i stort sett samtliga studier är *Kön* (andelen kvinnor), *Drogtyp* (andelen drogmissbrukare), samt *LVM* (andelen tvångsintagna). Därutöver finns data om social bakgrund – men olika i olika studier.

De programfaktorer vi med kännedom om institutionerna kan konstruera är: *Erfarenhet* (nystartad institution eller helt ny klientgrupp sedan högst 2 år/ äldre), *Strukturerad behovsbedömning* av huvuddelen av de intagna (ja/ nej), *Strukturerad psykiatrisk diagnostik* eller psykologbedömning som ligger till grund för planering av fortsatt vård/eftervård för huvuddelen av de intagna (ja/ nej), *Strukturerad behandling* (minst halva dagen strukturerad med teoretiskt styrda behandlingsinslag som fokuserar missbruk, mental hälsa och social anpassning/ ej så), *Tidpunkt för den studerade vården* (omräknat i år sedan *LVM* kom till). Kategoriseringarna har gjorts enligt följande (studie 5 är exkluderad):

- *Erfarenhet*. Serafen, Malmö avgiftningsenhet, samt Rålabshov var nystartade och saknade därmed erfarenhet då uppföljningsstudierna gjordes. Runnagården hade visserligen erfarenhet som institution, men inte av sin nya patientgrupp då narkomanvårdsprogrammet genomfördes 1982–1983. Studierna 1, 2, 10, 12 och 15 har utifrån detta skett vid oerfarna och övriga studier vid erfarna verksamheter.
- *Strukturerad behovsbedömning* av alla intagna anses ha skett vid Runnagården från 1985, vid Hornö, Karlsvik och Rällsögården från 1990, samt vid samtliga *LVM*-institutioner efter DOK-systemets införande 1996. Studierna 8, 16, 20–32 har gällt verksamheter med strukturerad behovsbedömning.
- *Strukturerad psykiatrisk diagnostik och/eller psykologbedömning som låg till grund för fortsatt vård och eftervård* har förekommit vid Karlsvik efter 1990 (nr 27), vid Lunden (nr 25), vid Hornö (nr 30), samt i de senare studierna (efter 1997) gjorda på Rällsögården och Runnagården (nr 28, 29, 31). Det förekom dessutom strukturerad psykiatrisk diagnostik/psykologbedömning i några studier inom ramen för avgränsade forskningsprojekt, men detta skedde utanför verksamheten och låg inte till grund för vårdplanering (nr 20, 22–23).
- *Strukturerad behandling*, om än av olika slag, har skett vid Runnagården (i olika varianter), och vid Rällsögården efter

1990. Vid Älvgården har strukturerad behandling skett vid olika avdelningar. Utfallsstudierna har dessvärre inte skiljt på avdelningarna, utan hela institutionen får kategoriseras som drivande strukturerad behandling. Det är en ofrånkomlig brist, som riskerar att något minska betydelsen av denna variabel. Följande studier anses därmed avse strukturerad behandling: nr 1, 2, 8, 16, 18, 21, 26, 28, 29, 31.

Det har inte varit möjligt att ta med en del andra faktorer som uppenbart skulle ha varit intressanta, såsom behandlingsklimat, eftervårdens organisering, andelen som deltar i denna eller i självhjälpgrupper etc. Det saknas helt enkelt data för detta i de flesta fall.

Med dessa faktorer kan vi undersöka utfallet i alla de tre avseendena "andel förbättrade avseende missbruk", "andelen helnyktra/-drogfria sedan utskrivning", samt "andelen döda per år". Analyserna har gjorts med multipel linjär regression. Multivariata modeller har först skapats för att utröna betydelsen av metodologiska faktorer och patientfaktorer. Då dessa bedömts nödvändiga har de därefter tagits med för den centrala analysen av programfaktorernas inflytande.

Alla modeller har renodlats till optimala modeller, dvs. de som har högst förklaringsförmåga har valts genom s.k. "Backward Stepwise" metod,³⁰ där faktorer som inte förbättrade modellens förklaringsförmåga successivt togs bort. Modellerna presenteras med förklarad varians (adjusted R²), och signifikans (p). För var och en av de kvarvarande variablerna presenteras regressionskoefficienter (B) med sina respektive standardfel (SE), samt de standardiserade koefficienterna (Beta). B-koefficienten kan tolkas som förändringen i utfall då den oberoende variabeln ökar med 1 (eller, vid dikotomi, går från "nej" till "ja"). Beta är lämpligt om man vill jämföra de olika faktorernas inbördes betydelse i samma modell. P-värdet för respektive faktor beskriver sannolikheten att nollhypotesen (inget samband) kan avvisas, och värden på och under 0,05 tolkas här som statistiskt signifikanta.

Inledningsvis undersöks metodfaktorernas betydelse, och därefter patientfaktorernas. De faktorer som då visat sig ha betydelse

³⁰ Alternativet "Forward stepwise" övervägdes, där de som signifikant bidrar successivt inkluderas. Men det riskerar att exkludera faktorer som visserligen inte själva når signifikans, men som ändå bidrar till signifikant modell. Valet gjordes alltså att hellre uppmärksamma potentiellt störande faktorer än enbart klart störande faktorer.

får därefter vara med som kontrollfaktorer när jag till sist undersöker programfaktorernas betydelse i samlade modeller. För att säkerställa att resultaten är stabila prövas också analysmodeller för studier med mer likartad metod.

De metodologiska faktorernas betydelse

I den inledande modellen för de metodologiska faktorernas betydelse för *förbättring* var ingen av de ingående faktorerna signifikant, dvs. de kunde inte förklara skillnader i utfall. Successivt exkluderas faktorer som inte bidrog till förklaring. Den optimala modellen innehöll till slut två variabler: Observationsperiod ($B = 0,074$, $SE = 0,027$, $Beta = 0,401$; $p = 0,010$) samt Socialtjänsten enda källa ($B = -0,081$; $SE = 0,026$; $Beta = -0,449$; $p = 0,004$). Modellen förklarade 40 procent av variationen och var signifikant ($p < 0,001$). Modellen tycks därmed visa att längre observationsperiod ökar andelen förbättrade, vilket möjligen kan ha att göra med att förändringsprocesser tar tid och att det krävs viss tid för att de skall bli tydliga, samt att faktorn "socialtjänst enda källa" *minskar* andelen förbättrade, troligen därför att socialtjänsten förlorar kontakt med några som klarar sig bra.

När det gäller utfallet *helnkykterhet/drogfrihet* återstod också två variabler: Uppföljningstid ($B = -0,005$; $SE = 0,001$; $Beta = -0,540$; $p = 0,004$) samt Socialtjänsten enda källa ($B = -0,084$; $SE = 0,021$; $Beta = -0,658$; $p = 0,001$). Modellen tycks alltså visa det självklara att man har mindre möjlighet att ha varit helnykter/drogfri ju längre uppföljningstiden är, samt, som tidigare, att socialtjänsten förlorar kontakten med några lyckade fall. Modellen förklarade 49 procent av variationen och var signifikant ($p = 0,001$).

När det gäller utfallet *döda/år* är inte dessa metodologiska faktorer relevanta eftersom studierna kontrollerat dödsfallen i befolkningsregister.

För förbättring och helnykterhet/drogfrihet kan det ändå vara lämpligt att också kontrollera för "patient som huvudkälla" eftersom denna andel ökade över tid. Försiktigtvis bör därför alla de tre metodologiska faktorerna *Observationsperiod*, *Socialtjänsten enda källa* samt *Patient som huvudkälla* tas med som kontrollvariabler då programfaktorernas betydelse för utfallet förbättring skall undersökas. Då helnykterhet/drogfrihet studeras bör *Uppföljningstid*, *Socialtjänsten enda källa* samt *Patient som huvudkälla* kontrolleras.

När döda/år studeras används ingen kontroll för metodologiska faktorer.

Patientfaktorernas betydelse

De 31 utfallsstudierna som vi undersöker innehöll uppgifter om de undersökta populationerna, men de variabler man valt använda skiljde sig delvis åt. Följande variabler fanns, med – inom parentes anges antal studier: Kön (samtliga 31 studier), andel LVM (30), andel drogmissbrukare (28), andel gifta/sambo (24), andel med arbete eller annan ordnad sysselsättning (28), andel med egen bostad (24), genomsnittlig ålder (21) samt andel med ordnad försörjning (19). Endast nio studier har alla dessa variabler. För att kunna hantera social integration utan alltför stor förlust av data gjordes ett index som byggde på att summera uppgifterna om andel gifta/sambo, andel med arbete/sysselsättning och andel med egen bostad. Denna summa dividerades med antalet av dessa ingående uppgifter. Detta index av social integration kunde därmed skapas för 30 av studierna.

Vid multivariat analys krävs data på alla ingående variabler. Ju fler variabler som prövas i modeller, desto färre studier blir alltså kvar i analysen. Som synes finns flest uppgifter om kön, andel som vårdats enligt LVM, andelen som missbrukade droger (och inte endast alkohol), samt indexet över social integration. Dessa fyra patientfaktorer kunde därför prövas i multivariat modell med 26 studier när det gäller förbättring, och för 19 studier när det gäller nykterhet/drogfrihet och för 25 studier när det gäller andel döda. Den enda faktor som återstod i någon av dessa analyser var index över social integration (För förbättring: $B = 0,005$; $SE = 0,003$; $p = 0,074$. För nykterhet/drogfrihet: $B = 0,005$; $SE = 0,002$; $p = 0,030$. För andel döda: $B = -0,375$; $SE = 0,182$; $p = 0,050$). Varken kön, drogtyp eller vårdtvång spelade alltså någon roll. Och som vi tidigare såg gav de enskilda utfallsstudierna samma resultat. Det finns därför gott stöd att hävda att skillnaderna i utfall *inte* förefaller bero på kön, drogtyp eller vårdtvång. Däremot spelar uppenbarligen sociala faktorer roll, vilket också tidigare visats. Här användes ett sammanlagt index. Om övriga specifika variabler läggs till i multivariat analys förloras ett accelererande antal studier, på grund av att dessa saknar uppgift om minst en variabel. Därför prövades (i

tabell 8) istället de bivariata korrelationerna mellan utfallsmåtten och respektive bakgrundsvariabel.

Tabell 8. Utfallsvariablernas bivariata korrelation (Pearson R) med olika demografiska och sociala bakgrundsfaktorer. Tabellen anger antalet ingående studier (N) samt signifikans (P). $P < 0,10$ anges.

	<i>Förbättrade</i>			<i>Nyktra/drogrfria</i>			<i>Döda per ett år</i>		
	<i>R</i>	<i>N</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>N</i>	<i>P</i>	<i>R</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Ålder (medel)	0,268	21	e.s.	0,150	13	e.s.	0,270	20	e.s.
Andel kvinnor	-0,025	31	e.s.	0,321	21	e.s.	-0,259	30	e.s.
Andel LVM	-0,258	30	e.s.	-0,272	20	e.s.	0,247	29	e.s.
Andel drogmissbruk	0,033	28	e.s.	-0,117	21	e.s.	0,019	27	e.s.
Andel gifta/sambo	0,361	24	0,083	0,728	16	0,001	-0,508	23	0,013
Andel med egen bostad	0,100	24	e.s.	0,335	17	e.s.	-0,210	24	e.s.
Andel med arbete/sysselsättning	0,592	28	0,001	0,518	20	0,019	-0,598	28	0,001
Andel med ordnad försörjning	-0,202	19	e.s.	-0,480	12	e.s.	0,020	19	e.s.

Tabell 9. Skillnader i bakgrundsdata mellan studier från tre olika perioder prövat med variansanalys.

	<i>N</i>	<i>Totalt</i>	<i>1982–1986</i> <i>n = 7–10</i>	<i>1987–1994</i> <i>n = 7–10</i>	<i>1995–2002</i> <i>n = 5–11</i>	<i>P</i>
Ålder (medel)	21	36,81	35,59	37,27	37,68	e.s.
Andel kvinnor	31	0,361	0,373	0,467	0,255	e.s.
Andel LVM	30	0,809	0,827	0,769	0,824	e.s.
Andel drogmissbruk	28	0,546	0,457	0,561	0,629	e.s.
Andel gifta/sambo	24	0,200	0,193	0,200	0,170	e.s.
Andel med egen bostad	24	0,484	0,479	0,530	0,456	e.s.
Andel med arbete/sysselsättning	28	0,175	0,162	0,153	0,201	e.s.
Andel med ordnad försörjning	19	0,516	0,554	0,514	0,447	e.s.

Tabell 8 visar att det endast är två faktorer i vårt sociala index som visar bivariat samband med någon av utfallsvariablerna. Det är familj och arbete/sysselsättning. Dessa faktorer är sinsemellan högt korrelerade (Pearson $R = 0,612$; $p = 0,002$). Frågan är då om

någon av dessa faktorer har förändrats under åren på ett sätt som skulle kunna förklara utvecklingen över tid. Som visas i tabell 9 är alla skillnader små. Ingen är ens i närheten av signifikans. Därmed kan man inte hävda att förändringar i sammansättning av patienterna i dessa avseenden skulle kunna förklara skillnaderna i utfall över tid.

Programfaktorernas betydelse

I tabell 10 beskrivs hur programfaktorerna förändrats över de tre tidsepokerna.

Tabell 10. Fyra programfaktorers förekomst i studierna över tid. Andel i procent.

	<i>Totalt</i> <i>N = 31</i>	<i>Period 1</i> <i>N = 10</i>	<i>Period 2</i> <i>N = 10</i>	<i>Period 3</i> <i>N = 11</i>	<i>Grupp- skillnad</i> <i>p</i>	<i>Linjär relation</i> <i>p</i>
Oerfaren institution	16	30	20	0	ES	0,065
Strukturerad behovsbedömning	48	10	30	100	<0,001	<0,001
Strukturerad diagnostik	19	0	0	55	<0,001	0,002
Strukturerad behandling	36	40	30	36	ES	ES

ES = ej signifikant.

Utgår vi enbart från dessa faktorer skulle en rimlig hypotes vara att strukturerad behovsbedömning och strukturerad psykiatrisk diagnostik som båda ökat så påtagligt skulle kunna förklara förbättringen i period 3. Möjligen skulle också institutionernas ökade erfarenhet kunna bidra, trots att den faktorn inte är signifikant. Men den strukturerade behandlingen har tydligen inte förändrats över tid, åtminstone inte i de utfallsstudier som gjorts. Detta hindrar naturligtvis inte att strukturerad behandling kan vara verksamt och svara för en betydande variation inom alla tre perioderna. Det måste i så fall studeras i beaktande av att kontrollerade program skulle kunna ha sociala selektionsmekanismer, dvs. att de som deltar i dessa mindre utsträckning är socialt utslagna.

Undersökningen av vad som påverkar utfallet förbättring gjordes i två olika analyser. Den första omfattar alla 31 studier med data över förbättring, medan den andra omfattar 24 studier med mer

likvärdiga sätt att mäta detta. Båda analyserna inkluderar de fyra programfaktorerna, och tidsfaktorn. Den första analysen omfattar dessutom de tre metodologiska faktorerna som bedömdes viktiga som kontrollfaktorer. De optimala modellerna i båda analyserna förklarade en mycket stor del av variansen (adjusted $R^2 = 0,572$ respektive $0,506$) och var klart signifikanta ($p < 0,001$). De pekade också ut samma avgörande faktorer för variationen i förbättring, nämligen införande av strukturerad behovsbedömning och strukturerad psykiatrisk diagnostik. Varken tidsfaktorn eller de metodologiska faktorerna tillförde något.

För undersökningen av faktorer som påverkar nykterhet/drogfrihet användes också två analyser. Analys 3 omfattade alla 21 studier med data på nykterhet/drogfrihet, och analys 4 omfattade endast de 16 studier som hade uppföljningsperioder mellan 6–18 månader. Båda använde dels tidsfaktorn och de fyra behandlingsfaktorerna som förklarande variabler, men den första analysen använde också de tre metodologiska variablerna som bedömdes kunna spela roll för nykterhet/drogfrihet. Trots att dessa analyser byggde på färre studier var även de klart signifikanta ($p = 0,001$) och förklarade ännu större andel av variationen (adjusted $R^2 = 0,623$ respektive $0,609$). Båda pekade också ut att strukturerad psykiatrisk diagnostik spelade en viktig roll för andelen helt nyktra/drogröna. I analys 3 spelade även två metodologiska faktorer roll, men strukturerad psykiatrisk diagnostik var signifikant även sedan dessa kontrollerades i modellen. I analys 4 svarade tidsfaktorn också för en del av utfallet, vilket antyder att det finns någon ytterligare faktor som förändrats över tid, men som inte kontrollerades i modellen.

Analys 5 undersökte faktorer som var relaterade till andelen döda per år och inkluderade de fyra programfaktorerna samt tidsfaktorn. Denna analys omfattade 28 studier men var betydligt sämre, förklarade liten del av variansen (adjusted $R^2 = 0,094$), och tangerade endast signifikans ($p = 0,058$). Den enda faktor som tenderade att bidra var strukturerad behandling. På grund av den sociala selektion som konstaterats till strukturerade program gjordes analysen om i analys nr 6, för att inkludera index för social integration. Eftersom mortalitet även i normalbefolkning är relaterat till ålder och kön togs även dessa variabler med. Denna modell var signifikant ($p = 0,006$) och hade bättre förklaringsförmåga (adjusted $R^2 = 0,448$), men den inkluderade endast 19 studier med komplett datauppsättning på alla ingående variabler.

Totalt har vi alltså sex analysmodeller, två för vardera av de tre utfallsmåten. Alla sex analyserna visas i tabell 11.

Tabell 11. Optimala modeller i sex multivariata analyser av programfaktorers betydelse för tre olika utfall, andelar som förbättrats, varit helt nyktra/drogrfria respektive andel döda/år efter utskrivning.

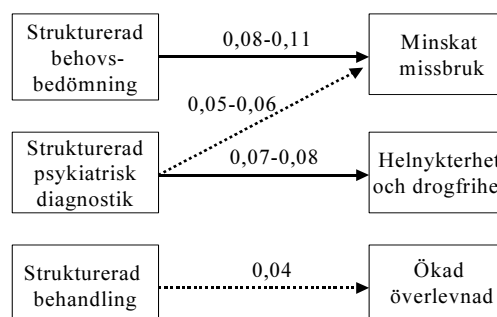
<i>Beroende variabel</i>	<i>N</i>	<i>Adj. R²</i>	<i>Modellens p-värde</i>	<i>Oberoende variabler</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>P</i>
Förbättring (analys 1)	31	0,572	<0,001	Strukturerad behovsbedömning	0,108	0,024	0,626	<0,001
				Strukturerad psykiatrisk diagnostik	0,052	0,030	0,239	0,096
				(Konstant)	0,243	0,014	-	<0,001)
Förbättring (analys 2)	22	0,506	<0,001	Strukturerad behovsbedömning	0,082	0,028	0,511	0,008
				Strukturerad psykiatrisk diagnostik	0,061	0,030	0,354	0,055
				(Konstant)	0,260	0,020	-	<0,001)
Nykterhet/ drogrfrihet (analys 3)	21	0,623	<0,001	Strukturerad psykiatrisk diagnostik	0,072	0,026	0,405	0,014
				Uppföljningstid	-0,004	0,001	-0,458	0,006
				Socialtjänsten enda källa	-0,065	0,019	-0,507	0,004
				(Konstant)	0,153	0,021	-	<0,001)
Nykterhet/ drogrfrihet (analys 4)	16	0,609	0,001	Strukturerad psykiatrisk diagnostik	0,084	0,029	0,557	0,012
				Tidpunkt för den studerade vården	0,004	0,002	0,368	0,074
				(Konstant)	0,041	0,020	-	0,061)
Döda per år (analys 5)	28	0,094	0,058	Strukturerad behandling	-4,378	2,211	-0,356	0,058
				(Konstant)	8,776	1,396	-	<0,001)
Döda per år (analys 6)	19	0,448	0,006	Strukturerad behandling	-3,998	2,261	-0,330	0,096
				Medelålder	0,427	0,171	0,439	0,024
				Index av social integration	-0,420	0,157	-0,502	0,017
				(Konstant)	1,629	6,204	-	e.s.)

Kommentar: I modellerna 5–6 har andelen döda/år uttryckts i %, vilket innebär att B-koefficient och standardfel har värden som är 100 ggr högre än motsvarande i modellerna 1–4.

Utifrån tabellen kan vi se att – sedan hänsyn tagits till metodologiska faktorer och olika urvalskaraktäristika – tycks vissa samband mellan tre programfaktorer och tre utfallsmått kvarstå. Dessa samband illustreras i figur 12. Strukturerad behovsbedömning tycks höja andelen som minskat sitt missbruk i storleksordningen 8–11 % (jämför B-koefficienterna). Strukturerad psykiatrisk diagnostik

tycks höja andelen helnyktra och drogfria med 7–8 %, samt möjligen andelen som minskat sitt missbruk med 5–6 %. Strukturerad behandling skulle möjligen innebära runt 4 % bättre överlevnad.

Figur 12. Antydda samband mellan programfaktorer och utfall. [Siffrorna är korrelationskoefficienter (B) som kan tolkas som den andel som respektive positiva utfallsmått höjs då programfaktorn verkar. Signifikanta samband ($p < 0,05$) har heldragna linjer, medan streckade linjer betyder mindre säkra samband ($p < 0,10$)].



Sammanfattning av programfaktorernas betydelse

Med tanke på att de olika studierna haft stora skillnader främst i metodologi men också när det gäller populationens sammansättning var det nödvändigt att kontrollera för dessa faktorerers inverkan. Två strategier tillämpades. Enligt den ena strategin användes så många studier som möjligt, varefter de faktorer som svarade för betydande del av variationen inkluderades i den multivariata modellen som kontrollvariabler. Enligt den andra strategin begränsades analysen till studier med mer homogen metodologi.³¹ Dessa olika strategier gav i huvudsak samma resultat vad gäller programfaktorernas betydelse. Detta stärker tilltron till skattningarna. Två, möjligtvis tre, av programfaktorerna som undersökts tycks därmed ha betydelse för utfallet.

- Den tidigare framlagda hypotesen att *strukturerad behovsbedömning* spelar roll för andelen förbättrade har gott stöd i ana-

³¹ När det gäller utfallet död gjordes begränsning istället genom införandet av demografiska och sociala kontrollvariabler, vilket ledde till visst bortfall av studier som saknade dessa.

lysen. Införandet av DOK-systemet tycks därmed ha stor betydelse för den allmänna förbättring som vi sett efter SiS övertagande även om vissa institutioner hade inlett motsvarande med andra instrument redan tidigare.

- *Strukturerad psykiatrisk diagnostik som ligger till grund för planering av fortsatt vård/eftervård* visade sig vara central faktor för att nå nykterhet/drogfrihet men bidrog även till förbättring i form av minskat missbruk.
- *Strukturerad behandling* var den enda programfaktorn som bidrog till att minska andelen döda, men detta samband var betydligt svagare i båda modellerna och tangerade endast signifikans. Detta samband fanns kvar även sedan demografiska och sociala faktorer tagits med i modellen. Eftersom strukturerad behandling inte har ökat över tid så har denna faktor inte heller bidragit till att påtagligt minska andelen döda över tid.

Tidigare studier av enstaka program eller institutioner gav inget stöd för specifika programfaktorers betydelse. Men i denna analys av studier från flera olika program framträder att graden av struktur i olika avseenden förefaller ha klart positiva roller för utfallet. Detta har skett trots att programfaktorerna endast har mätts med enkla dikotomier (finns/finns ej). Mer fingradiga skalor kunde troligen ha gett tydligare utslag. Strukturerad behandling skulle exempelvis ha kunnat graderas mer genom att mätas i antal timmar per vecka som de strukturerade programmen omfattar.

Man bör fundera över varför de olika programfaktorerna tycks ha olika betydelse för olika utfallsmått. Precis som antydde ovan (se avsnitt 5) har det rimligen att göra med att dessa mått mäter utfall som berör olika extremer av populationen. Det förefaller som om de båda inslagen strukturerad bedömning och strukturerad diagnostik har betydelse för att åstadkomma en positiv förändring vad gäller missbruket som sådant, och där den starkare insatsen har större betydelse för det mer genomgripande förbättringsmåttet nykterhet/drogfrihet. Båda dessa insatser är relativt kortvariga i sig själva men har sin betydelse i att de inriktar och i någon mån individualiserar det fortsatta arbetet med patienten – samt att de troligen i vissa fall kan starta spontanprocesser hos denne.

Det tredje utfallsmåttet – andelen döda per ett år efter utskrivning – handlar istället om de med den mest destruktiva utvecklingen. När det gäller att minska detta negativa utfall tycks strukturerad bedömning och diagnostik inte ha spelat samma roll. Här är

det endast strukturerade program som möjligen har bidragit till att minska dödligheten. Det kan bero på att det här handlar om just de patienter som är betydligt svårare att nå – och där enträgna upprepade strukturerade insatser kan ha en fördel. Fortsatt forskning får undersöka noggrannare vilka av dessa strukturerade insatser som har bäst effekt och hur dessa verkar. Ett uppslag till denna forskning skulle kunna ta sin utgångspunkt i begrepp som uppgivenhet, hopplöshet och inlärld hjälplöshet samt faktorer ägnade att bryta dessa tillstånd.

Endast i en av modellerna kvarstod tidsfaktorn. Därmed tycks trots allt de programfaktorer som använts kunna förklara stor del av utvecklingen över tid. Det hindrar inte att det *också kan finnas andra faktorer* som spelar roll, för vilka samlade data saknas och som därför inte alls är med i modellerna. Det kan till exempel gälla behandlarnas utbildningsnivå och professionella kompetens, vårdklimat eller skillnader i utformningen av eftervård. Det kan slutligen också handla om samhällsfaktorer som ligger utanför både vården och den professionella eftervården, till exempel tillgången till och attraktionskraften hos självhjälsgrupper såsom AA och NA.

8. Diskussion

I sin bok *Motivational Interviewing* inleder Miller och Rollnick (2002) med en genomgång av forskningsläget när det gäller förändring av missbruk och problembeteenden. Deras genomgång kan sammanfattas i 6 punkter:

1. Förändring av problembeteende sker ofta utan formell behandling, men behandling kan underlätta naturlig förändring.
2. Korta interventioner kan ofta sätta igång förändring.
3. Det finns inget klart samband mellan behandlingsdos och effekt. Det mesta av effekten sker tidigt. Lång tid på frivilliga behandlingshem brukar visserligen ge bättre utfall i naturalstudier, men inte i kontrollerade experiment där man slumpas till vård av olika längd.
4. Personens egen tilltro till sina möjligheter att lyckas ger god prognos för utfallet. Självtrösten är alltså viktig.
5. Behandlaregenskaperna spelar roll för utfallet. Viktiga karaktäristika är empati, äkthet och en icke-styrande värme

(Carl Rogers). Relationen är central och behandlarens tilltro till patienten ökar chansen till gott utfall.

6. Där patienter placeras på "väntelista", dvs. i väntan på att behandlingen skall komma igång senare, blir effekten mycket låg. Väntelistsituationen har ett dolt budskap: "Skjut upp förändring!", vilket leder till att ingen förändring kommer till stånd.

Vad betyder detta för LVM-vården och dess svårigheter att uppfylla syftet att motivera till förändring?

- Om korta interventioner kan sätta igång förändring medan lång vårdtid i sig inte ökar effekten, så bör LVM-vården snarast överge strategin med långvarig förvaring och istället sätta igång med strukturerade utredande, motiverande och behandlande interventioner så snart som möjligt.
- Om "väntelista" skjuter upp förändring, så är alla budskap om att "LVM-vården inte är behandling" kontraproduktiva. Dels hindrar det patienten att mobilisera sina egna förutsättningar till förändring, dels hinner det ofta gå så lång tid att han/hon tröttnar och till sist inte vill.
- Om den centrala faktorn är patientens egen tilltro, samtidigt som många LVM-patienter lider av brist på hopp, inlärde hjälplöshet och hopplöshetsdepression, så är behandlarnas ställföreträdande hopp troligen den allra viktigaste faktorn. Men behandlarnas tilltro inom LVM-vården är ofta låg. Ett sätt att höja behandlarnas tilltro är att deras egen verksamhet målriktas och struktureras mer. Strukturerade insatser höjer engagemang och tilltro bland behandlarna och därmed bland patienterna. Skuldbeläggande budskap ersätts av hoppingivande budskap.

Sammanfattning av översiktens slutsatser

Denna översikt har visat att det i dag finns en viss samlad kunskap om LVM-vårdens utfall trots vad som ofta anförs:

- a) Andelen som har förbättrats både vad gäller minskat missbruk och andelen helt nyktra/drogrfria har ökat i utfallsstudierna under den tid LVM funnits från i genomsnitt 26 procent före 1995 till i genomsnitt till 38 procent under tiden därefter. Även

- andelen helt nyktra och drogfria året efter utskrivning har ökat från 5 procent under LVM:s första period till 14 procent i dag.
- b) Betydande förbättring i de intagnas situation sker också på andra problemområden, men för en inte obetydlig grupp tycks hälsoproblem och bostadsproblem rent av förvärras efter utskrivning jämfört med före vården.
 - c) Fortfarande finns en hög överdödlighet bland LVM-vårdade och denna har inte påverkats gynnsamt under åren. Den kan i huvudsak direkt kopplas till missbruk, våld och självmord. Överdödligheten är mycket hög i internationellt perspektiv, även jämfört med andra kliniska studier av missbrukare, vilket har att göra med att LVM-intagna är en särskilt utsatt grupp. De mest utslagna löper störst risk att dö. En möjlighet är att det just handlar om dem som är mest uppgivna, som mest saknar hopp. Samtidigt har vi inte anledning att ge upp om någon. De som blir helnyktra/drogefria har bättre långtidsöverlevnad än normalbefolkning.
 - d) Betydelsen av LVM-vårdens innehåll har varit svår att dokumentera i flera tidigare studier. Genom analysen av ett 30-tal utfallsstudier har vissa mönster blivit tydliga. Strukturerade metoder i bedömning samt i utredning och diagnostik ökar förutsättningarna för positivt utfall i form av att uppnå minskat missbruk respektive helnykterhet/drogefrihet, och strukturerad behandling kan bidra till lägre antal döda. De kausala relationerna i dessa samband kan inte fastställas utifrån dessa studier. Betydelsen av strukturerade metoder i bedömning/utredning kan ha att göra med att det finns en direkt motiverande effekt i detta, men det kan också bero på att hjälpen därmed bättre kan inriktas på det individen har behov av. Betydelsen av strukturerad behandling för att minska död kan ha att göra med att några av dem som allra mest lider av hopplöshet därmed kan känna att de tas på allvar och att deras hopp väcks på nytt. Det är rimligt att tänka sig att det krävs starkt engagemang, tilltro och hopp för att tända deras gnista. Det kan också bero på att strukturerad behandling möjligen bidrar till att motivera till deltagande i självhjälpgrupper och annan form av fortsatt stöd.
 - e) Även om LVM-tiden kan utnyttjas bättre, är det som händer efteråt avgörande på längre sikt. Deltagande i eftervård och självhjälpgrupper svarar för huvuddelen av variationen i utfall i ett par studier, oberoende av behandlingsmodell. Det tycks inte heller spela så stor roll vilken av dessa två stödformer som per-

sonen har, men det är viktigt att någon av dem finns och att deltagandet fungerar under lång tid.

- f) En del tyder på att olika grupper av missbrukare kan attraheras till olika stödformer. De med mer depressiva problem tycks föredra professionell eftervård, medan de med utagerande problem hellre verkar delta i självhjälpgrupper. Om LVM-vården aktivt initierar deltagande i båda, så kan personen själv känna var han/hon hör hemma.
- g) De utagerande personerna är inte omöjliga att motivera. Motivation är inte en personlighetsegenskap. Unga socialt instabila avviker mer, men huvuddelen av dem kan ta emot behandling om LVM-hemmet och eftervården är uthålliga. Den parallella Jämtlandsstudien visar också att de som avviker och återfaller under LVM-tiden inte är mindre benägna att gå in i fortsatt frivillig vård än de som inte avviker och återfaller.
- h) Metadonunderhållsbehandling till heroinister har – då den kombineras med psykosociala insatser – visat positiva effekter för överlevnad, hälsa och social anpassning. Det finns därför starka skäl att erbjuda metadonunderhållsbehandling till heroinister, särskilt den svårt beroende grupp som blir föremål för LVM-vård. Om den LVM-vårdade heroinisten själv önskar inleda metadonprogram så kan man se detta som ett uttryck för dennes val, även om denne står under tvångsvård. Om metadonassisterad rehabilitering accepteras som adekvat eftervård så kan detta dessutom sägas ske enligt LVM-lagens intentioner.

Utfall, effekt och frågan om generaliserbara slutsatser

Denna studie har primärt handlat om utfall av LVM-vård – inte om effekt. Utfall handlar om vad som faktiskt händer efter vården. Effekt handlar om vad skillnaden är jämfört med vad som skulle ha hänt om LVM-vården *inte* genomförts. Utfall beskriver förlopp, medan effekt förklarar orsaker. Till en del har jag utifrån resultaten i multivariata s.k. prediktionsstudier försökt att resonera om olika samband mellan utfallet, patientkaraktäristika samt vårdens utformning. Men resonemangen har inte handlat om tvångsvårdens vara eller inte vara.

Parallellt med denna studie har jag också rapporterat en kontrollerad studie från Jämtland (Gerdner 2004), som just försöker undersöka effekt av LVM-vård. Det kan därför finnas anledning att

diskutera hur dessa kan tolkas tillsammans. Vi har då en paradox att fundera på.

- Denna studie visar att utfallet av LVM-vård förefaller *ha förbättrats* under en följd av år och att mer strukturerade insatser förbättrar utfallet.
- Jämtlandsstudien visar att *vi inte finner någon skillnad i utfall* mellan dem som fått LVM-vård och dem som haft ungefär samma problembild, men som inte fått LVM-vård.

Hur kan vi förstå dessa fynd tillsammans? Det första uttalandet baseras på ett 30-tal studier, medan det andra uttalandet baseras på *en* studie. Just denna studie gällde LVM-vård som genomfördes med en hög omhändertagandenivå, men *utan strukturerade behandlingsinslag, innan psykologutredningar började genomföras och ligga till grund för vården, och då eftervårdsinsatser i allmänhet saknades eller var mycket kortvariga*. Förbättringen i Jämtlandsstudien låg numerärt på en hög nivå men denna andel är troligen inte jämförbar med övriga utfallsstudier på grund av mycket precisa mått. Fynden i dessa två studier kan därmed mycket väl vara konsistenta. Men slutsatserna i dessa studier gäller endast de populationer som här har studerats. Vi bör fortfarande vara försiktiga och undvika alltför generaliserande slutsatser om tvångsvård i allmänhet både utifrån den enda kontrollstudien och när det gäller de över 30 utfallsstudierna. Då vårdens innehåll förändras så kan också utfallen ändras.

Samtidigt bör vi hålla i minnet att förbättringen av LVM-vårdens utfall också kan ha att göra med faktorer som finns utanför LVM-vården. Exempelvis tillämpas strukturerade bedömningsformulär (ADDIS, DOK, ASI) i mycket högre grad nu inom socialtjänsten och andra delar av vårdapparaten (Bergmark & Lundström 1998). Socialsekreterare har i dag troligen bättre kunskaper om missbruk än tidigare. Självhjälpsrörelsen är utbyggd i större delar av landet än vad som var fallet tidigare. Allt detta talar för att successiv förbättring kan ha skett även utanför LVM-vården. Kontrollerade studier är enda sättet att undersöka tvångsvårdens unika bidrag till missbrukarvården i samhället på gott och på ont. Det behövs därför fler och gärna större kontrollstudier från andra delar av landet och där vården och eftervården har annan utformning. Detta är rimligen bråttom. Det är svårt att etiskt försvara tvångsvård som inte påvisar positiva effekter för en stor del av de omhändertagna.

Så länge tvångsvården finns har vi all anledning att försöka utforma den på sätt som ger största förutsättningar för positiva utfall. *Kraven på att LVM-vården ges ett tydligare innehåll, genom struktur både i utredningsarbetet och i motivations- och behandlingsarbetet får stöd i studien.* Det betyder inte att studien ger prioritet åt en viss behandlingsmodell, men ostrukturerade insatser, utan fokus på missbruk, hälsa och social integrering, bör rimligen inte i längden accepteras.

Dessutom får vi inte glömma att LVM-vården aldrig blir bättre än den eftervård som följer därpå – all värdeeffekt rinner, som Lindström (1986) påpekade, ut i sanden om ingen fortsättning följer. När eftervård saknas kan man knappast förvänta sig någon större effekt. Av dessa skäl bör olika åtgärder övervägas som kan säkerställa att eftervården verkligen kommer till stånd. Det handlar bland annat om hur resurser tillförsäkras, men också vilka kontrollåtgärder som kan stödja genomförandet. Man kan överväga *någon typ av övervakning* efter en (möjligen kortare och mer strukturerad) LVM-vård i förening med ett *starkare åtagande från samhällets sida* för att ge dessa människor förutsättningar för social integration. Internationella studier pekar på att fortsatt övervakning efter institutionsvården kan bidra till att upprätthålla positiva effekter. Man kan också överväga rapportskyldighet från socialnämndens sida till SiS eller Socialstyrelsen under en sådan övervakningstid. När missbruket lett till utslagning och uppgivenhet kan den enskilde inte resa sig av egen kraft. Om samhället då sviker sitt ansvar att erbjuda social integration efter LVM-vård, med boende, sysselsättning m.m. dömer vi dem till fortsatt hopplöshet, med hög överdödlighet som följd.

Studiens metod

Studien har dels summerat och diskuterat fynden i hittillsvarande utfallsstudier, dels företagit en syntetiserande kvantitativ analys av dessa fynd. Denna analys har dels handlat om utfallens utveckling över tid (i avsnitt 5) och om programfaktorers inverkan på denna utveckling (i avsnitt 7). Analyserna har lett fram till slutsatserna (a) och (d) i uppräkningslistan ovan.

Genomgången av tidigare gjorda utfallsstudier visade betydande skillnader i metodologisk kvalitet, vilket föranlett användning av ett flertal olika metoder för att säkerställa den syntetiserande analysens hållbarhet:

1. När det gäller randomiserade kontrollstudier finns standardskalor för att bedöma kvalitet, men detta finns inte för observationsstudier (Sutton m.fl. 1998). Här har därför ett summativt kvalitetsindex upprättats, anpassat för denna typ av utfallsstudier.
2. Vissa olikheter har föranlett justeringar av utfallsskalorna för att förbättra jämförbarheten. Det gäller dels hanteringen av bortfall, dels beräkningen av andelen döda efter utskrivning.
3. I ett fall bedömdes att studien på grund av selektionsmekanismer ej kunde användas tillsammans med övriga i den syntetiserande analysen.
4. Utfallets relation till studiernas kvalitet undersöktes både i förhållande till kvalitetsindexet, och dessutom även till olika specifika kvalitetsindikatorer i detta index. Även om indexet i dess helhet inte var relaterat till utfallet, visade sig vissa indikatorer vara det, och de var därmed potentiella hot mot studiens validitet.
5. Det fanns också viktiga skillnader i urvalsgruppernas sammansättning. Betydelsen av dessa samplingfaktorer undersöktes på likartat sätt.
6. Heterogeniteten såväl i metodologi som i urval föranledde kontroll av slutsatserna både när det gäller utfallens utveckling över tid, och programfaktorernas inverkan. Kontrollen gjordes genom att göra om analyserna på ett mer homogent urval av studier.
7. När det gäller den metodologiska faktorn urvalsstorlek har dessutom vägning av utfallen i förhållande till urvalsstorlek använts.

8. Slutligen har problematiska metodologiska och urvalsskillnader inkluderats i multivariat analys för att säkerställa att analysens resultat om programfaktorernas inverkan inte ska vara hänförliga till dessa faktorer.

Studiens resultat står sig efter dessa kontroller. En kvarvarande svaghet i studien är att de tillgängliga utfallsstudierna fortfarande är begränsade i antal. Fler behövs för att få säkrare slutsatser. En annan svaghet är att utfallsstudierna saknar relevanta kontrollgrupper, vilket innebär att effekter inte kan beräknas som kontrollerar för störande externa och oförutsedda faktorerers inverkan.

Forskning och behandlingsutveckling

Denna studie har innehållit uppföljningar från en mängd institutioner. Men dels finns det fortfarande LVM-institutioner som aldrig omfattats av uppföljning, dels behövs fortlöpande uppföljningar även på de institutioner som tidigare haft sådana. Viktiga faktorer för den fortsatta programutvecklingen är:

1. *att alla LVM-institutioner kontinuerligt följs upp.* Det är orimligt att avgörandet om huruvida uppföljning skall ske eller ej skall ligga på institutionscheferna.
2. *att denna uppföljning har forskningskaraktär så att ny kunskap erhålls.* SiS bör gärna fortsätta uppmuntra anställda på LVM-institutionerna att delta i forskningsarbete runt sin praktik. Men då är det viktigt att det finns en god samordning genom FoU så att data tas tillvara och analyseras på bästa sätt. Det är problematiskt att, som SiS gör, låta institutionerna själva hantera utfallsstudierna. Fördelen är att personkännedom om klienterna och deras socialsekreterare kan underlätta datainsamling, men det är svårt att vidmakthålla metodologisk stringens och jämförbarhet mellan olika studier då man lokalt väljer att hantera mått och uppgifter från olika datakällor på olika sätt. Genom att inte samla in uppföljningsdata centralt i datamedium förloras också möjligheter till djupare sekundäranalyser på större material.
3. *att utfallsstudiernas kvalitet höjs.* En möjlighet är då att använda sig av punkterna i kvalitetsindexet i denna studie som en checklista.

4. *att studier framledes i möjligaste mån planeras så att de innehåller kontrollgruppsdesign.* Det gäller både studier med likvärdig kontrollgrupp som inte fått LVM-vård, men också studier där likvärdiga grupper fått LVM-vård med olika utformning.
5. *att etablera ett nära samband mellan LVM-institutioner och forskningsinstitutioner.* Avståndet mellan forskning och programutveckling behöver minska. Framstegen för medicinsk vård har bland annat berott på att det funnits en närhet mellan forskning och behandlingspraktik genom de medicinska fakulteternas koppling till universitetssjukhus. Missbrukarvården – såväl den frivilliga som den tvångsmässiga – skulle behöva närmare koppling till beteendevetenskaplig och medicinsk forskning.

Referenser

- Andersson, Gerhard (2003). *Metaanalys – Metoder, tillämpningar och kontroverser*. Lund: Studentlitteratur.
- Arnhof, Ylva (1983). *Narkotikamissbrukare intagna enligt LVM under 1982 – en uppföljning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Berg, Ethel & Grant, Catts (1988). *Tvångsvård av narkomaner – till vilket pris?* Stockholm: Liber.
- Berglund, Edda & Ågren, Gunnar (1987). *Behandlingshemmet Ekebylund – En studie av 157 gäster inskrivna januari 1984 - juni 1985*. Forsknings- och Utvecklingsbyrån, Rapport nr 78. Stockholms socialförvaltning.
- Berglund, Edda & Ågren, Gunnar (1990). *Uppföljningsprojektet Behandlingshemmet Hornö. En studie av 121 inskrivna åren 1984–1986*. Stockholm: Forsknings- och Utvecklingsbyrån, FoU rapport 134.
- Bergmark, Åke (1994a). *Institutionsvård av missbrukare. En studie av Älvgårdens behandlingshem*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms Universitet.
- Bergmark, Åke (1994b). Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Socialmedicinsk tidskrift*, 10: 474–479.
- Bergmark, Åke & Lundström, Tommy (1998). Metoder i socialt arbete. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 5 (4): 291–314.
- Bjurner, Kristin (1992). *Kvinnliga narkomaner i tvångsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bloom, Joseph D; Bradford, John M.D. & Kofoed, Lial (1988). An overview of psychiatric treatment approaches to three offender groups. *Hospital and Community Psychiatry* 39 (2): 151–158.
- Bäckman, Denise; Lundh, Rose-Marie & Uddenfeldt, Cecilia (1984). *En uppföljningsundersökning om 26 personer som beretts vård med stöd av Lagen om Vård av Missbrukare i vissa fall – LVM*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms Universitet.
- Collins, James J. & Alison, Margaret (1983). Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 34: 1145–1149.
- De Leon, George (1988). Legal pressure in therapeutic communities. I: Carl G. Leukefeld & Frank M. Tims (eds.). *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research mono-

- graph series, 86: 160–177. Washington DC. US Government Printing Office.
- De Leon, George (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. I: Roy W Pickens; Carl G Leukefeld; CR Schuster. (eds.). *Improving Drug Abuse Treatment*. Washington DC, US Department of Health and Human Services (Research Monograph 106).
- De Leon, George (1994). The therapeutic community: toward a general theory and model. I: Frank M. Tims, George De Leon & Nancy Jainchill (eds.). *Therapeutic Community: advances in research and application*. Rockville MD, National Institute on Drug Abuse (NIDA Research Monograph 114).
- Edlund, Håkan & Svensson, Lars (1998). *Situationen 6–18 månader efter avslutad LVM-vård. En uppföljning av de 28 personer som dömts till vård enligt LVM under 1995–96 i Västerås*. Utvärderingsrapport nr 4/98. Västerås: Västerås stad, Individ och familjenämnden.
- Elmér, Åke (1989). Om “modeväxlingar” i synen på alkoholismen: Last – sjukdom – beteenderubbning – samhällssymptom? *Alkohol & Narkotika* 82: 3–10.
- Emrick, Chad D (1987). Alcoholics anonymous: Affiliation processes and effectiveness as treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 11(5): 416–423.
- Falk, Lena (2002). *Sex månader efteråt. Uppföljning vid Hornö LVM-hem*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse. (Allmän SiS-rapport 2002:03).
- Fernstedt, Iris (1992a). *Håkanstorpstudien del 1 – Klienter: 108 tvångsvårdade narkomaner*. FoU-rapport 1992:2. Stockholm: Stockholms socialtjänsts FoU-byrå.
- Fernstedt, Iris (1992b). *Håkanstorpssudien del 3, Klienter – 102 klienter 6 månader efter tvångsvård*. FoU-rapport 1992:12. Stockholm: Stockholms socialtjänsts FoU-byrå.
- Fillmore, Kaye M & Kelso, Dennis (1987). Coercion into alcoholism treatment: meanings for the disease concept of alcoholism. *Journal of Drug Issues* 17: 301–319.
- Franér, Paul & Ågren, Gunnar (1987). *LVM 1986 – Tvångsvård administrerar av Stockholms stad*. FoU-byrå. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.
- Franér, Paul & Ågren, Gunnar (1990). *Frösö Behandlingshem – ett behandlingshem för klienter med behov av “särskild tillsyn”*. Rapport nr 142. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.

- Fugelstad, Anna (1989). *LVM-vård av narkomaner. Kartläggning av narkomaner inskrivna på Serafens LVM-hem 1986–1988*. Stockholm: Toxikomanikliniken, Sabbatsbergs Sjukhus samt FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning.
- Fugelstad, Anna (1997). *Drug-related deaths in Stockholm during the period 1985–1994. Causes and manners of death in relation to type of drug abuse, HIV-infection and methadone treatment*. Akademisk avhandling. Stockholm: Department of forensic medicine, Karolinska Institute and Department of Psychiatry, S:t Görans Hospital.
- Fugelstad, Anna; Ågren, Gunnar & Romelsjö, Anders (1998). Changes in mortality, arrests, and hospitalizations in nonvoluntarily treated heroin addicts in relation to methadone treatment. *Substance Use & Misuse* 33(14): 2803–2817.
- Gerdner, Arne (1986). *Uppföljning av Runnagårdens 5-veckors-program. 1984 års patienter ett halvår efter utskrivning*. Örebro: Runnagården.
- Gerdner, Arne (1998a). *Compulsory treatment for alcohol use disorders – Clinical and methodological studies of treatment outcome*. Akademisk avhandling. Malmö: Department of Clinical Alcohol Research, Lund University.
- Gerdner, Arne (1998b). *LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning*. Rapport 1/98. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, Arne (2000). *Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården*. SiS följer upp och utvecklar 3/00. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, Arne (2004). *LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – en kontrollerad registerstudie i Jämtland*. I: Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande (SOU 2004:3).
- Gerdner, Arne & Berglund, Mats (1997). Mortality of treated alcoholics after eight years in relation to short-term outcome. *Alcohol & Alcoholism*, 32: 573–579.
- Gerdner, Arne; Bodin, Lennart & Söderfeldt, Björn (1988). *Behandling som hjälp till självhjälp. Minnesota-modellen tillämpad på ett svensk LVM-hem, Runnagården – bakgrundsfaktorer och resultat*. Rapport nr 47. Örebro: Örebro Läns landsting och Högskolan i Örebro.
- Gerdner, Arne; Bodin, Lennart; Söderfeldt, Björn & Berglund, Mats (1996). Prediction of outcome in coerced and voluntarily

- treated alcoholics. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 5:106–112.
- Gerdner, Arne; Furuholm, Per-Eric & Berglund, Mats (1997). Abscondance and duration of treatment of compulsorily committed alcoholics on a locked ward: effects of changes in the treatment programme and the law. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6: 310–316.
- Gerdner, Arne & Holmberg, Anders (2000). Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 61 (4): 548–560.
- Gerdner, Arne, Nordlander, Torsten & Pedersen, Therese (2001). Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Substance Use & Misuse* 37(1): 1–18.
- Gerdner, Arne & Söderfeldt, Björn (1996). Explaining inconsistency between patient and collateral: validity in outcome studies of coercive alcoholism treatment. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5 (1): 12–18.
- Gerdner, Arne; Söderfeldt, Björn & Berglund, Mats (1998). Social workers and significant others as collaterals of non-responding alcoholics in follow-up studies using mail questionnaires and telephone interviews. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7: 34–41.
- Giertz, Anders (1991). *LVM i praktiken, En uppföljning av tvångsåtgärder vid missbruk, Malmöhus län 1989*. Länsstyrelsen i Malmöhus län., Sociala enheten.
- Giertz, Anders (1994a). *Anmäld enligt LVM. Del 1. Missbrukare som vårdats enligt LVM*. Rapport 1994:4. Sociala enheten, Länsstyrelsen i Malmöhus län.
- Giertz, Anders (1994b). *Anmäld enligt LVM. Del 2. Missbrukare som vårdats enligt SoL*. Rapport 1994:5. Sociala enheten, Länsstyrelsen i Malmöhus län.
- Glass, Gene V. (1976). Primary, secondary and meta-Analysis of Research. *Educational Researcher* 5: 3–8.
- Glass, Gene V. (1994). Review of Harris Cooper and Larry V Hedges (Eds.) *The handbook of research synthesis*. <http://glass.ed.asu.edu/gene/papers/hrsrev.html>
- Glass, Gene V. (2000). *Meta-Analysis at 25*. <http://glass.ed.asu.edu/gene/papers/meta25.html>
- Granelli Klas, Nilsson Mats, Svensson Hans-Olof & Teglund Dan (1996). *Kartläggning av särskilda utrednings-/diagnosresurser vid*

- SiS´ LVM-institutioner*. Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds Universitet.
- Grufman, Aud (1987). *Uppföljande undersökning av personer som vårdats med stöd av lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)*. Stockholm: Länsstyrelsen i Stockholms Län, Sociala enheten.
- Israelsson, Magnus (2004). *Komparativ analys av internationell lagstiftning om tvångsvård av substansmissbrukare*. I: Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande (SOU 2004:3).
- Jansson, Iréne & Fridell, Mats (2003). *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*. SiS följer upp och utvecklar 1/03. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Jenner, Håkan (1979). *Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle. En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare*. Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet samt Almquist & Wiksell, Stockholm.
- Johansson, Göran (2000). *Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst – exemplet Hornö*. Forskningsrapport nr 1/2000. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Jönsson, Lars-Eric (1996). *Frösö behandlingshem, historik*. Östersund: Jamtli, Jämtlands läns museum.
- Larsson, Håkan & Ollus, Märta (1999). *Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning*. SiS följer upp och utvecklar 5/99. Stockholm: Statens institutionsstyrelse,.
- Liebowitz, MR; Stone, MH & Turkut, ID (1986). Treatment of personality disorders. I: AJ Frances & RE Hales (eds.). *Psychiatry update: American Psychiatric Association Annual Review* 5. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Lindström, Lars (1986). *Val av behandling för alkoholism*. Liber Förlag, Malmö. Pedagogiska institutionen, Stockholms Universitet. (Akademisk avhandling).
- Lundgren Kata; Gerdner, Arne & Lundqvist, Lars-Olov (2002). Childhood abuse and neglect in severely dependent female addicts: Homogeneity and reliability of a Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *International Journal of Social Welfare* 11(3): 219–227.
- Lundqvist, Jonas; Stickå, Maria & Öhring, Victoria (2003). *Personlig och patienters upplevelser av behandlingsklimatet på Kvinno-*

- institutionen Runnagårdens låsta avdelningar*. Östersund: Institutionen för Socialt Arbete, Mitthögskolan (C-uppsats).
- Lyly, Caisa & Skoglund, Maria (2002). *Behandlingsplanering utifrån ASI och MAPS. En kvalitativ studie på Rällsögården*. Allmän SiS-rapport 2002:6. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Länsstyrelsen Malmöhus län (1994:3). *Missbrukarvården i Malmöhus län*. Malmö: Länsstyrelsen Malmöhus län, Sociala enheten.
- Länsstyrelsen Malmöhus län (1995:31). *Missbruk – Tvångsvård. Tillämpning av LVM andra halvåret 1994*. Malmö: Länsstyrelsen Malmöhus län, Sociala enheten, Rapport 1995:31.
- Länsstyrelsen Malmöhus län (1996:4). *Anmäld enligt LVM andra halvåret 1995 – en uppföljning*. Malmö: Länsstyrelsen Malmöhus län, Sociala enheten, rapport 1996:4.
- Länsstyrelsen i Jämtlands län (1998). *En grupp tunga missbrukare i Östersunds kommun – Signaler, behov och insatser*. Östersund: Länsstyrelsen, Jämtlands län. Social omvårdnad.
- Länsstyrelsen i Östergötland (1986). *Efterundersökning av personer som 1984 tvångsomhändertagits enl. LVM*. Linköping: Allmänna enheten, sociala funktionen.
- Maddux, James F. (1988). Clinical experience with civil commitment. I: Leukefeld CG & Tims FM (eds.). *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Clinical Practice*. Washington DC: National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research monograph series, 86: 35–56.
- Marlatt, G. Alan & Gordon, Judith R. (1985). *Relapse prevention*. New York & London: Guilford Press.
- Miller, William R & Rollnick, Stephen (2002). *Motivational Interviewing – Preparing people for change*. New York & London: Guilford Press (Andra upplagan).
- Moos, Rudolph H; Finney, John W. & Cronkite, Ruth C. (1990). *Alcoholism Treatment – Context, Process and Outcome*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- Möller, Kerstin (1998). *Utvärdering av huvudmannaskapsbytet från statligt till landstings-kommunalt för tvångsvård av vuxna missbrukare – Exemplet Rällsögården*. Örebro: Institutionen för samhällsvetenskap, Programmet för samordnade hälso- och välfärdssystem, Högskolan i Örebro. (Magisteruppsats).
- Möller, Kerstin; Gerdner, Arne & Oscarsson, Anita (1998). *Rällsögården – 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. SiS följer upp och utvecklar 1/98. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

- Nilsson, Kerstin & Tops, Dolf (1994). *LVM-vård av narkomaner. Rapport från Avgiftningsenheten i Malmö: Patienterna, arbetsmetoderna och resultaten*. Meddelande från Socialhögskolan, Lunds Universitet, 1994:3.
- Norberg, Eva-Marie & Isoniemi, Teppo (1998). Manualbaserat arbete med dubbel trubbel – Pittsburghmodellen omsatt till svenska förhållanden. I: Gerdner A & Sundin, Ö (red.). *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*, sid. 128–133. Örebro: Statens institutionsstyrelse & Runnagården.
- Nordvall, Ulla-Karin & Thalén, Ewa (1997). *Uppföljning av LVM-hemmet Lundens gravida missbrukare*. Lund: Lundens LVM-hem, stencil.
- Nyman, Anders (1999). *Beroende av droger – utsatt för övergrepp? Intervju- och enkätundersökning av drogberoende män på Rällsögården 1998*. SiS följer upp och utvecklar 6/99. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Ollus, Märta & Larsson, Håkan (2002:6). *Arbetsmiljö och vårdkultur, del 6*: Frösö Behandlingshem. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Ollus, Märta & Larsson, Håkan (2002:7). *Arbetsmiljö och vårdkultur, del 7*: Hessleby Behandlingshem. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Olsson, Orvar (1997). *LVM-vård 1982–1995*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, Rapport 1997:3
- Ornstein, Peter & Cherepon, Joseph Adam (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol* 46 (5): 425–432.
- Palmstierna, Tom (1994). Tvång mot psykiskt sjuka inom missbrukarvården. *Socialmedicinsk tidskrift* 71 (10):471–473.
- Petterson, Ulla (1989). *Fyra år med LVM – En uppföljning i fyra kommuner. Socialtjänstprojektet, rapport nr 12*. Rapport i Socialt arbete nr 46. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Pettersson, Christina (2003). *Sex månader efteråt. Uppföljning vid Behandlingshemmet Rällsögården*. Allmän SiS-rapport 2003:1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse
- Porter, Lane; Arif, Awni E & Curran, William J (1986). *The law and the treatment of drug and alcohol-dependent persons – a comparative study of existing legislation*. Geneva: World Health Organization.

- Ramström, Jan (1983). *Narkomani*. Tiden/Folksam. Stockholm.
- Riksdagsrevisorerna (2002/03:RR9). *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Rosvall, Olle (1984). *Frihet eller drogfrihet – en studie av LVM-tvång och narkomaner*. Örebro: Örebro Läns Landsting och Runnagården.
- Rumm, Margaretha (1989). *Kvinnor, missbruk och behandling – behandling för kvinnor på Stornäset. Rapport från ett projekt på Stornäset 1988– 1989*. (Stencil)
- Sallmén, Björn (1999). *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. Akademisk avhandling. Departments of Clinical Alcohol research and Psychology. University of Lund.
- Sallmén, Björn (2003). *Institutionsbaserad LVM-forskning – 10 år av forskning, utveckling och utvärdering vid Karlsvik*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (Kommande publikation)
- Sallmén, Björn & Berglund, Mats (1996). Eighteen-months follow-up of alcoholics in a coerced care setting. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 20 (2): 77 (Abstract).
- SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – En evidensbaserad kunskapssammanställning*. Volym 1 och 2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Shaffer, Howard J. & Hall, Matthew N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorder: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies* 12(2): 193–214.
- Skårner, Anette & Regné, Margareta (2003). *“Det är dom här jag har och inte har.” Om LVM-vårdade narkotikamissbrukares sociala nätverk*. Forskningsrapport nr 1, 2003. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse.
- Socialstyrelsen (1998:3). *Socialstyrelsen följer upp och utvärderar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002:8). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges officiella statistik.
- Socialstyrelsen (2003:6). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2002*. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges officiella statistik.
- SOU 1987:22. *Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget*. Slutbetänkande av Socialberedningen.
- SOU 1992:18. *Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. Betänkande av IUM utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten*.

- Statens institutionsstyrelse (1998). *Årsrapport DOK 96 – Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvärderar 3/98. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse (2001). *Årsrapport DOK 00 – Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvärderar 3/01. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse (2003). *Verksamhetsplan, budgetåret 2003*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Sullivan, J. Michael & Evans, Katie (1998). Att behandla kemiskt beroende patienter som utsatts för trauma. I: A Gerdner & Ö Sundin (red.). *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*, sid. 103–111. Örebro: Statens institutionsstyrelse & Runnagården.
- Sundin, Örjan (1998). Strategier vid behandling av dubbla störningar. I: Arne Gerdner & Örjan Sundin (red.). *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*, sid. 90–102. Örebro: Statens institutionsstyrelse & Runnagården.
- Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR, Sheldon TA & Song F (1998). Systematic reviews of trials and other studies. *Health Technology Assessment*; Vol. 2: No. 19: 308 pp.
- Svensson, Bengt (1997). Livet som narkoman. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 14 (4): 219–230.
- Svensson, Bengt (2001). *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1, 2001. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Svensson, Bengt (2003). *Knarkare & plitar – Tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Teglund, Dan & Nilsson, Mats (1997). *Personlighet, psykisk störning och sociala bakgrundsfaktorer hos missbrukare på LVM-hem*. Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds Universitet. (Examensarbete, psykologlinjen)
- Tärnegård, Andreas (2000). *Socialtjänstens hantering av klienter med psykiatrisk komorbiditet – en aktstudie vid missbruksenheten i Östersund*. Östersund: Institutionen för socialt arbete. (C-uppsats)
- Weisner, Constance M. (1990). Coercion in alcohol treatment. I: Institute of medicine. *Broadening the base of treatment for alco-*

- hol problems*. Washington DC: National Academy Press: pp. 579–609.
- Westerlund, Mona (1991). "Ingen kan tvinga mig att bli nykter" – Minnesotamodellen som behandlingsmetod för tvångsombändertagna missbrukare. Örebro: Örebro Läns Landsting. (Rapport nr 11).
- Wild, TC; Roberts, AB & Cooper, EL (2002). Compulsory Substance Abuse Treatment: An overview of recent findings and issues. *European Addiction Research* 8: 84–93.
- Wilson, Jane (1998). Övergrepp i barndomen – en modell för utvärdering av trauma. I: Arne Gerdner & Örjan Sundin (red.). *Dubbel trubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*, sid. 69–77. Örebro: Statens institutionsstyrelse & Runnagården.
- Yohanes, Lena; Angelin, Anna; Giertz, Anders & Swärd, Hans (2002). "De kommer ut fräscha och fina" Om tvång och hemlöshet. Forskningsrapport nr 4/2002. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Åberg, Katarina; Grönberg, Annika; Persson, Christina & Gerdner, Arne (2001). Psykosociala behandlingsinslag i svenska metadonprogram - värdering ur patientperspektiv. *Nordisk Alkohol- och Drogtidskrift* 18 (5-6): 444–460.
- Ågren, Gunnar (1994). *LVM-vård i Stockholm*. FoU-byrån. Stockholm: Stockholms socialförvaltning. (Stencil)

Tabell 6. Översikt av utfall när det gäller förändring av missbruk i 32 stycken uppföljningsstudier av LVM-vård under åren 1983 till maj 2003.

Referens	Urvalsgrupp	Drogtyper	Genomsnittlig ålder samt social situation	Datakällor	Uppföljnings-tid, snitt	Observations-period	Förbättrings-kriterier (a)	Bortfall	Andel förbättrade enl resp kriterium (b)	Andel döda/år (c)	Kvalitets index
1. Arnhof (1983)	28 narkomaner (64 % kvinnor) LVM-vårdade på Runnagården 1982.	Huvudsaklig drog: 54 % heroin, 43 % amfetamin and 4 % kokain	Ålder: 25, Sambo: 11 %, Arb./syss: 4 % Egen bostad: 46 %	Intervju med refererande socialsekreterare	11 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet	0 %	25 % förbättrade inklusive 4 % helt nyktra/drogrfria	Motsvarande 3,9 % döda på årsbasis	0,83
2. Rosvall (1984)	34 narkomaner (56 % kvinnor) LVM-vårdade på Runnagården 1983.	Narkomaner. Ej specificerat.	Arbete/ sysselsättning: 18 %	Postenkät till refererande socialsekreterare	6 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet	8,8 %	32 % förbättrade av ursprungligt urval, inkl. 6 % helt nyktra/drogrfria.	Motsvarande 11,8 % döda på årsbasis	0,69
3. Bäckman m.fl. (1984).	26 personer i Stockholm dömda till LVM-vård 1:a kvartalet 1983 (31% kvinnor), vårdade vid 4 olika institutioner (d).	65% alkoholister, 23 % narkomaner och 12 % blandmissbrukare (enligt LVM-domarna)	Ålder : 42,9 år Sambo: 9 % Arbete/syss: 8 % Försörjning: 54 % Egen bostad: 19 %	Socialtjänstaker kompletterat med intervjuer till socialsekreterare	C:a ett år.	Sedan utskrivning	Drogrfri minst en månad direkt efter utskrivning, resp. hela perioden.	0 %	23,1 % förbättrade, varav en (4,3%) helt missbruksfri mer än ett år.	15,4 % döda efter ett år.	0,83
4. Länsstyrelsen i Östergötland (1986)	60 LVM-vårdade under 1984 (13 % kvinnor) vid 9 olika institutioner.	97% alkoholister, 3 % drogmissbrukare	Arbete/syss: 6 % Försörjning: 66 % Egen bostad: 64 %	Socialtjänstaker	12 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet	0 %	16,7 % förbättrade inklusive 3,3 % "i stort sett helnyktra"	16,7 % döda efter 1 år	0,84
5. Gerdner (1986)	90 fullföljde 1984 (41 % kvinnor; 36 % LVM) ett tolvstegsprogram vid Runnagården. Andel avhoppare ej känt.	Huvudsakligen alkohol för alla.	Ålder: 40 år	Postenkät till patient och till refererande socialsekreterare , samt kliniska data	7 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enligt mest försiktiga skattning av patient och socialsekreterare.	3,3 %. Bortfalls-kontroll mot kliniska data	Av fullföljare: 59 % förbättrade inklusive 11 % helt nyktra/drogrfria.	Motsvarande 3,8 % döda på årsbasis.	0,81
6. Berglund & Ågren (1987)	157 personer (75 % kvinnor; 15 % LVM) som vårdats på Ekebylund 1984-1985.	Huvudsakligen alkohol (79 %) eller alkohol plus annan drog (21 %).	Ålder: 38 år, Sambo: 44 %, Arbete/syss: 34 %, Försörjning: 61 %, Egen bostad: 73 %	Intervju med patient och refererande socialsekreterare.	6,5 månader	Sedan 1 månad före uppföljning	Inget missbruk under månaden före uppföljning	7,0 %	26,8 % förbättrade av de ursprungliga urvalet (36 % bland kvinnor och 11 % bland män).	Motsvarande 1,2 % döda på årsbasis	0,75
7. Pettersson (1989) och Bergmark (1994b)	125 personer (18 % kvinnor, 21 % LVM) från 4 kommuner vårdade 1982-1985.	Huvudsakligen alkoholister, 21 % drogmissbrukare	Ålder: 39 år, Sambo: 27 % Arbete/ sysselsättning: 23 % Försörjning: 65 %	Centrala register över dödsfall och ny LVM-vård	LVM-vård: 4,5 år, Mortalitet: 6,5 år (medianer).	Sedan utskrivning	Överlevt och ej dömts till ny LVM-vård	0 %	32 % förbättrade.	Årlig död 7,2 % första året och 5,3 % alla 6,5 år. SMR = 7	0,91
8. Gerdner m.fl. (1988).	183 personer inledde och 121 personer (28 % kvinnor; 25 % LVM) fullföljde ett tolvstegs program vid Runnagården 1985.	8 % missbrukade illegala droger, 31 % bensodiazepiner, och 99 % alkohol	Ålder: 41,2 år, Sambo: 24 % Arbete/syss: 55 %	Postenkät till patient och refererande socialsekreterare. Ytterligare kliniska data.	10 månader Mortalitet: 8 år.	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enligt mest försiktiga skattning av patient och socialsekreterare	1,7 %.	Av ursprungliga populationen: 36,6 % förbättrade och 8,7 % helt nyktra. Av fullföljare 55 % förbättrade inkl. 13 % totalt nyktra/drogrfria.	Ingen död av fullföljarna under uppföljningstiden. SMR (8 år) = 9	0,84
9. Grufman (1987).	45 personer från Stockholm som vårdats enl. LVM 1986 vid 6 olika institutioner (25 % kvinnor)	77% alkoholister, 9 % drogmissbrukare, och 15 % blandat missbruk	Sambo: 9 % Arbete/syss: 2 % Försörjning: 60 % Egen bostad: 53 %	Socialtjänstaker	A: 2 månader och B: 12 månader	A: Sedan utskrivning B: Vid tidpunkten för uppföljningen	Minskat missbruk resp. drogfrihet	2,2 %	Efter 2 mån.var 22,2 % förbättrade inkl. 2,2 % drogrfria. Vid 12 mån. var 4,4 % drogrfria" sedan lång tid"	13,3 % döda efter ett år	0,73

10. Fugelstad (1989)	152 personer (46 % kvinnor) som vårdats enligt LVM vid Serafen 1986-1988 (e)	Huvudsaklig drogtyp: 60 % opiater, 24 % amfetamin, 13 % alkohol och 3 % annan drog	Ålder: 29 år, Arbete/syss: 5 % Försörjning: 21 % Egen bostad: 34 %	Socialtjänstregister, öppenvårdsregister, sjukhusregister och dödsfallsregister	15 månader (median)	Vid tidpunkt för uppföljning oavsett tid sedan utskrivning	Inget missbruk vid uppföljning.	19,7 %	23,8% förbättrade, inkl. 20,6 % via metadon and 3,2 % via drogfri behandling	Motsvarande 12 % döda på årsbasis	0,67
11. Franér & Ågren (1990)	196 personer (17 % kvinnor; 87 % LVM) vårdade vid Frösö Beh.hem 1987-1988	89 % missbrukade alkohol, 12 % heroin, 7 % hasch och 19 % amfetamin.	Ålder: 36 år, Sambo: 11 % Arbete/syss: 7 % Försörjning: 70 % Egen bostad: 45 %	Intervju med patient och/eller socialsekr., samt registeruppföljning.	6 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet	11%	26 % förbättrade, inklusive 6,6 % helt nyktra/drogfria	Motsvarande 8 % döda på årsbasis	0,88
12. Bjurner (1992)	98 kvinnor som skrivits ut från LVM-vård vid Rålambshov 1987-1990.	53 % heroin, 52 % amfetamin, 12 % alkohol och 2 % annat	Ålder: 27,6 år, Sambo: 14 % Arbete/syss: 6 % Försörjning: 21 % Egen bostad: 33 %	Intervju med refererande socialsekreterare eller kontaktperson	21 månader	Vid tiden för uppföljning, oavsett drogfri tid.	Inget missbruk vid tiden för uppföljning	28,5 %	33,3 % förbättrade.	Motsvarande 3,9 % döda på årsbasis	0,56
13. Rumm (1989)	9 kvinnor behandlade på Stornäset 1988-89, vilka accepterat delta	Alkoholister	Ålder: 38 år, Sambo: 43 % Arbete/syss: 28 % Försörjning: 48 % Egen bostad: 77 %	Personlig uppföljning per telefon eller gm besök	1 månad	Sedan utskrivning	Nykter under månaden sedan utskrivning	11,1%	22,2 % av det ursprungliga urvalet helt nyktra under månaden (+ 11,1% med kort återfall)	Ingen död	0,36
14. Giertz (1991)	207 personer anmälda för LVM-utredning 1989 i Malmöhus Län. 43 % dömdes till LVM-vård. 31% kvinnor.	75 % alkoholister, 10 % missbrukade illegala droger, 1 % lösningsmedel och 14 % blandmissbruk	Ålder: 42,5 år, Sambo: 17 %	Postenkät till refererande socialsekreterare	9 månader (median)	Vid tiden för uppföljning, oavsett drogfri tid.	Socialsekreteraren bedömde insatserna som "tillräckliga".	37% (27% LVM och 43% ej LVM)	24,7 % förbättrade .	Ej presenterat.	0,58
15. Nilsson & Tops (1994)	57 LVM-vårdade (67% kvinnor) vid Malmö LVM-enhet 1986-1992.	Huvudsaklig drog: Amfetamin 30 %, opiater 25 %, hasch 9 %, alkohol 7 %, förskrivna droger 5 %, lösningsmedel 2 %, blandmissbruk 23 %.	Ålder: 27,7 år, Sambo: 33 %	Osystematisk uppföljning: personlig kontakt med patienter och olika professionella.	2 månader s till 5 år. Ungefärlig median 2,5 år.	Två mått: A: 3 månader sedan utskrivning, B: Vid tiden för uppföljning.	Två mått: A: Drogfri 3 månader sedan utskrivning B: Drogfri vid tiden för uppföljning, inkl. på behandlingshem.	A: 3,5 % B: 12,3 %	A: 12.3 % drogfria av ursprungliga urvalet B: 12.3 % förbättrade av ursprungliga urvalet inklusive 2 % som lever helnyktra i samhället.	Motsvarande 2,5 % döda på årsbasis	0,70
16. Gerdner m.fl. 1997, Gerdner 1998	Alla 603 personer (24 % kvinnor, 42 % LVM) som vårdats på Runnagården 1988-1990 oavsett behandlingsspår (f).	97 % missbrukade alkohol, 29 % bensod., 32 % illegala droger som hasch och amfetamin och 10 % missbrukade lösningsmedel.	Ålder: 40,2 år, Sambo: 22 % Arbete/syss: 39 % Försörjning: 55 % Egen bostad: 66 %	Postenkäter till patienter, refererande socialsekreterare och till anhöriga	24,4 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enl. mest försiktiga skattning av patient, socialsekr. och anhörig.	21 % Utfall justerat efter bortfallsanalys	40 % förbättrade, inklusive 9 % totalt nyktra/drogfria.	Motsvarande 3,5 % döda på årsbasis.	1,00
17. Fernstedt (1992a), (1992b)	108 personer (40 % kvinnor) som vårdats enligt LVM 1989- 1991 på Håkanstorp (48), Rålambshov (30) eller Salberga (30).	Drogmissbrukare, ej specificerat	Ålder: 31,5 år, Arbete/syss: 11 % Försörjning: 33 % Egen bostad: 40 %	Postenkät till refererande socialsekreterare	6 månader	Vid tiden för uppföljning oavsett tid.	Minskat missbruk resp. drogfrihet	19,4 %	31 % förbättrade, inklusive 10,3% helt nyktra/drogfria	Motsvarande 14 % döda på årsbasis	0,61

18. Bergmark (1994a)	62 personer (55 % LVM, 15 % kvinnor) vårdade <i>minst 30 dagar</i> vid Älvgården hösten 1992, som accepterat uppföljning. På en avd. bedrevs tolvstegsvård.	93 % missbrukade alkohol, 25 % illegala droger och 21 % förskrivna droger.	Ålder: 42 år, Sambo: 21 % Arbete/syss: 10 % Försörjning: 63 %	Postenkät till refererande socialsekreterare	6 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk (inklusive inget regelbundet bruk) resp. drogfrihet	8 % av socialsekr. svarade ej.	32,0 % förbättrade, inklusive 12 % helt nyktra/drogfria	Motsvarande 3,2 % döda på årsbasis	0,67
19. Giertz (1994a,b)	188 personer som anmälts för LVM-utredning under 12 månader 1991-1992 i Malmöhus län. 48 % dömdes till LVM-vård. 43 % kvinnor.	Ej preciserat.	Ålder: 42,9 år, Sambo: 11 % Arbete/syss: 2 % Försörjning: 55 % Egen bostad: 50 %	Postenkät till refererande socialsekreterare	6 månader sedan utskrivning eller motsvarande	3 månader efter utskrivning eller dom om uteblivet LVM	Inget missbruk	29 % av LVM och 31 % av övriga.	28,6 % förbättrade (LVM 14,7 % jämfört med 39,7 % av övriga, p<0.01).	Motsvarande 13 % döda på årsbasis bland LVM-intagna och 6 % bland övriga.	0,55
20. Sallmén (1999)	104 personer som initialt accepterat delta i studien (30 % kvinnor, 56 % LVM), vårdade vid Karlsvik 1990-1992.	99 % missbrukade alkohol, 39 % hasch, 28 % bensodiazepiner, 11 % amfetamin, 3 % opiater, 2 % annan drog.	Ålder: 43 år, Sambo: 14 % Arbete/syss: 9 % Egen bostad: 36 %	Intervju med patient, validerad av refererande socialsekreterare och kliniska data från sjukhus	12 månader median.	Sedan utskrivning	Mindre än 60 dagars alkoholbruk resp. drogfrihet	11 % Bortfalls-kontroll mot kliniska data	30 % förbättrade, inklusive 3 % helt nyktra/drogfria.	21% döda efter ett år.	0,92
21. Möller, Gerdner & Oscarsson (1998)	Alla 135 patients (17% kvinnor; 39 % LVM) vårdade vid Rällsögården 1991-1992. Program med social färdighetsträning och kognitiv inriktning	99 % alkohol, 22 % bensodiazepiner, 9 % lösningsmedel och 27 % illegala droger (varav 20 % cannabis, 21 % amfetamin, 3 % heroin, och 3 % annan drog).	Sambo: 6% Arbete/syss: 17 % Försörjning: 85 % Egen bostad: 69 %	Postenkät till patient och till refererande socialsekreterare, samt kliniska data.	24 månader.	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enligt mest försiktiga skattning av patient och socialsekreterare	15,8 % Utfall justerat efter bortfalls-analys	29 % förbättrade, inklusive 7 % helt nyktra/drogfria	Motsvarande 6,3 % döda på årsbasis SMR (5,8 år) = 6,14	0,98
22. Larsson & Ollus (1999)	14 personer (14 % kvinnor) som LVM-vårdats vid Frösö Beh.hem 1995 och accepterat delta	Huvudsakligen drogmissbrukare.	Arbete/syss: 40 % Egen bostad: 60 %	Intervju med patient	12 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. frihet från missbruk	7,1 %	42,9 % förbättrade av det ursprungliga urvalet, inkl. 14,3 % som "slutat missbruka".	Ingen död	0,58
23. Larsson & Ollus (1999)	17 män som LVM-vårdats vid Hessleby 1995 och accepterat delta	Huvudsakligen alkoholister	Arbete/syss: 36 % Egen bostad: 31 %	Intervju med patient	12 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk respektive frihet från missbruk	11,8 %	35,3 % förbättrade av det ursprungliga urvalet, inkl. 11,8 % som slutat missbruka.	Ingen död	0,52
24. Edlund & Svensson (1998)	28 LVM-vårdade under 1995 (23 personer) och 1996 (5 personer) från Västerås (34 % kvinnor)	Alkohol 79 %, cannabis 14 %, centralstimulantia 36 % och bensodiazepiner 14 %.	Ålder: 36 år, Sambo: 7 % Arbete/syss: 4 % Försörjning: 50 % Egen bostad: 21 %	Studier av socialtjänstakter., intervjuer med socialsekreterare	18 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk och förbättrad social situation resp. fri från missbruk	7,1 %	28 % förbättrade varav 7,1 % "lång tid missbruksfri" efter ett återfall	Motsvarande 7,1 % döda på årsbasis	0,79
25. Gerdner (2000)	30 kvinnor (87 % LVM) vårdade vid Lunden 1995- 1996	Inskrivna för alkoholmissbruk 24 %, för missbruk av illegala droger 91 % samt förskrivna droger 43 %	Ålder: 31,2 år, Sambo: 32 % Arbete/syss: 10 % Försörjning: 15 % Egen bostad: 48 %	Intervju med patient. Postenkät till refererande socialsekreterare.	15 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enl. mest försiktiga skattning av patient och soc.	0 %	46,7 % förbättrade, inklusive 20 % som lever nyktra/drogfria i samhället, and 13,3 % på behandlingsshem	Motsvarande 1,9 % döda på årsbasis	1,00

26. Gerdner (2000)	30 män (37 % LVM) vårdade vid Älvgården 1996. Tolvstegs alternativt nätverksinriktat program.	Inskrivna för alkoholmissbruk 85 %, för missbruk av illegala droger 41 % och av förskrivna droger 31 %	Ålder: 42,4 år, Sambo: 12 % Arbete/syss: 17 % Försörjning: 53 % Egen bostad: 71 %	Intervju medpatient. Postenkät till refererande socialsekreterare.	9 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enligt mest försiktiga skattning av patient och socialsekreterare	3,3 %	30 % förbättrade, inkl. 13,3 % som lever nyktra/drogfria i samhället	Motsvarande 8,9 % döda på årsbasis	1,00
27. Sallmén (Under arbete. Del av IPTRP [g])	38 män vårdade enligt LVM vid Karlsvik 1997, och som accepterat deltagande	Ingen uppgift	Ingen uppgift	Intervju med patient	6 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk	23,7 %	39,5 % förbättrade av det ursprungliga urvalet.	Motsvarande 15,8 % döda på årsbasis	0,53
28. Gerdner (opublicerad studie, inom IPTRP-projektet [g])	44 kvinnor (79 % LVM) vårdade vid Runnagården 1997, och som accepterat deltagande.	70 % drogmissbrukare	Ålder: år, Sambo: 33 % Arbete/syss: 36 % Egen bostad: 37 %	Intervjuer med patient och med refererande socialsekreterare	7,5 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enligt mest försiktiga skattning av patient och socialsekreterare	2,3 % Utfall justerat efter bortfallsanalys	45,5 % förbättrade, inklusive 18,6 % nyktra/drogfria	Ingen död	0,88
29. Gerdner (opublicerad studie, inom IPTRP-projektet [g])	24 män (58 % LVM) vårdade vid Rällsögården 1997, och som accepterat deltagande.	56 % drogmissbrukare	Sambo: 32 % Arbete/syss: 39 % Egen bostad: 39 %	Intervju med patient och med refererande socialsekreterare	6,5 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk resp. drogfrihet enligt mest försiktiga skattning av patient och socialsekreterare	4,2 % Utfall justerat efter bortfallsanalys	41,7 % förbättrade, inklusive 17,4 % nyktra/drogfria	Ingen död	0,80
30. Falk, 2002	82 män som vårdats enligt LVM vid Hornö, augusti 1999 - juli 2000 och som intervjuats vid inskrivning.	Huvudsaklig drog: 45 % heroin, 34 % alkohol, 18 % amfetamin, och 2% cannabis	Ålder: 36 år, Sambo: 9 % Arbete/syss: 6 % Försörjning: 39 % Egen bostad: 22 %	Intervju med patient. Postenkät till refererande socialsekreterare.	6 månader	Sedan utskrivning	Minskat missbruk enligt mest försiktiga skattning av patient och socialsekreterare	8,5 % Utfall justerat efter bortfallsanalys	34,7 % förbättrade.	Motsvarande 7,3% döda på årsbasis	0,88
31. Pettersson 2003	Man försökte kontakta 71 manliga klienter av de 83 som intervjuats vid inskrivning (51 % LVM) på Rällsögården aug. 1999 till juli 2000.	Förekommande drog: Ej redovisat annat än i utfall	Sambo: 10 % Arbete/syss: 10 % Försörjning: 66 % Egen bostad: 61 %	Intervju med klient, enkät till socialsekreterare, samt övrig information då intervju saknas	6 månader	Sedan utskrivning	Självskattning av förbättring, eller motsvarande av socialsekreterare då självskattning saknas.	14,1 %	33,8 % förbättrade av de 71 som man försökt nå	Motsvarande 5,6 % döda på årsbasis	0,77
32. Gerdner, 2003	34 av 47 LVM-vårdade från Jämtland 1998-2000 för vilka initiala data fanns (34 % kvinnor), huvudsakligen vårdade på Frösön	Förekommande drog: 87 % alkohol 28 % cannabis 47 % bensodiazepiner 32 % amfetamin, och 9 % heroin	Ålder: 42,8 år, Sambo: 32 % Arbete/syss: 9 % Egen bostad: 66 %	Registerdata från TNE, sjukvård, kriminalvård, samt akter från socialtjänst	1 år	Sedan utskrivning	Mindre vårdtyngd för tillnyktring eller avgiftning jämfört med året före LVM	0 %	42 % förbättrade	10,6 % döda efter 1 år	0,86

(a) I "drogfrihet" inkluderas här nykterhet från alkohol. I något fall där så anges gäller det istället avsaknad av alkoholmissbruk. (b) För att undvika att ge uppskrivade skattningar av förbättring på grund av avsaknad av justering för bortfall i de uppföljningsstudier som enbart baseras på patientenkäter eller osystematiska data, presenteras förbättring i sådana fall som *andelen förbättrade av den ursprungliga urvalsgruppen*. Detta gäller inte om justering gjorts baserad på bortfallsanalys. (c) Andelen döda presenteras som *andelen döda per år* - om 3,5 % dog under en sexmånaders uppföljningsperiod motsvarar detta 7 % döda på årsbasis. SMR (tre studier) är standardiserad mortalitetskvot, dvs. observerad dödlighet jämfört med den som borde förväntats under samma tid utifrån personernas kön och ålder. (d) Därav 10 på Östföra, 8 på Frösön, 5 på Runnagården, 5 på Västerbyhemmet, 3 på Romanäs och en på Hornö. Sex av dessa förflyttades mellan institutionerna, huvudsakligen mellan Östföra och andra institutioner. (e) En undergrupp av dessa, 101 heroinister, studerades också av Fuglestad m.fl. (1998). Till dessa återkommer vi i avsnitt 5. (f) Matchade i 4 olika spår: intensivt tolvstegs, anpassat tolvstegs, övergång till frivilliga behandlingshem, eller enbart avgiftning. Frivilliga hade bättre utfall än tvångsvårdade ($p=0,001$), men denna skillnad fanns inte inom de 4 olika behandlingsspåren. Sociala och psykiska faktorer hade påverkat matchningen. (g) IPTRP, Improving psychiatric treatment in therapeutic societies, är ett projekt som omfattade behandlingsinstitutioner för missbrukare i 10 länder, samordnat från University of Maastricht.