

LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – en kontrollerad registerstudie i Jämtland

Av Arne Gerdner¹

1. Bakgrund

Tvångsvården befinner sig i den etiska konflikten mellan ambitionen att ta hand om utsatta människor å ena sidan och dessa människors grundläggande rätt till självbestämmande å den andra. För att lagen skall anses etiskt försvarbar anses det ofta att tvångsvården måste tjäna sitt syfte som är att motivera till frivillig vård, att vården utförs med respekt och kvalitet samt att individens rättssäkerhet säkerställs. Det är därför särskilt angeläget att kontinuerligt utvärdera tvångsvården, såväl dess genomförande som dess utfall och effekt.

Behovsprofiler för de tvångsomhändertagna enligt LVM har studerats systematiskt genom det nationella DOK-projektet. Studien visar att de tvångsomhändertagna lever i en mycket utsatt social situation. Två tredjedelar lever ensamma, många har tidigare dömts för brott och arbetslöshet omfattar nära hälften av de studerade. Andra problem som studierna påvisar är bostadslöshet, låg utbildning samt fysisk och psykisk sjukdom.

¹ Materialet till rapporten har insamlats inom ramen för ett uppsatsprojekt vid Institutionen för Socialt Arbete, Mitthögskolan, Östersund under min handledning. Följande studenter har deltagit i projektet: Jenny Kallöva, Marie Lindqvist, Veronica Nilsson, Jenny Nyfeldt och Lina Uhlén. Deras medverkan har varit av stort värde. Stort tack skall också riktas till samtliga registeransvariga organ för benäget bistånd, särskilt till Frösö Behandlingshem för tålmod och hjälp med hanteringen av deras TNE-register. Värdefulla synpunkter på tidigare manus har givits av Lennart Bodin, Sven Andréasson och Vera Segraeus.

Utfall och effekt av tvångsvård

I några studier har tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade inom samma institution jämförts. I min avhandling (1998) redogjorde jag för 17 olika uppföljningsstudier gällande LVM-vård som ägt rum före SiS övertagande 1994. Ytterligare studier har gjorts senare och dessa redovisas i den parallella rapport som också publiceras i betänkandets forskningsbilaga (Gerdner 2004). I denna typ av studier har det varit möjligt att jämföra olika grupper som vårdats, till exempel tvångsomhändertagna och frivilligt vårdade på samma institution. Man har också kunnat göra vissa multivariata studier som beräknar olika faktorerers prediktiva förmåga, inklusive att ha varit intagen med tvång.

Men jämförelser mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade säger egentligen inte så mycket om själva tvångsvårdens effekt, inte ens om skilda sociala, hälsomässiga och emotionella faktorer kontrolleras multivariat. Alternativet till tvångsvård är ju inte att vederbörande självmant söker vård, eftersom tvångsvård normalt skall kunna utdömas först då frivillig vård inte kan genomföras. För att studera tvångsvårdens effekt bör därför tvångsvårdade jämföras med en grupp som i alla avseenden var lik de tvångsvårdade före vårdbeslutet, dvs. hade samma vårdbehov och även samma motstånd mot vård, men som inte dömdes till vård. Den bästa typen av studie är då den randomiserade kontrollstudien, dvs. där personer som uppfyller kriterier för tvångsvård slumpas till tvångsvård eller inte tvångsvård. Svenska studier av tvångsvård av missbrukare med randomiserade kontrollgrupper (tvång/icke tvång) har inte kunnat genomföras på grund av LVM-lagens tvingande bestämmelser.

I en nyligen publicerad översikt sammanställde Wild m.fl. (2002) 161 studier om tvångsvård och påtryckning till vård publicerade i vetenskapliga tidskrifter sedan 1988 samt 9 äldre studier. Närmare 90 procent var nordamerikanska, dvs. från USA och Kanada. Huvuddelen av studierna visade sig vara av icke-empirisk art, och bland empiriska artiklar fanns ett antal tvärsnittsstudier, dvs. utan upprepad mätning, som därmed inte är ägnade att studera effekt. Totalt 18 studier använde longitudinella data med kontrollgruppsdesign (antingen klassiska experiment med randomiserade kontroller, eller "case-control" med individuellt matchade kontroller, eller kvasiexperiment med kontrollgrupp som valts på annat sätt). Elva av dessa studier handlade om kvarstannande i vård, åtta om effekter på missbruk, sex om återfall i brott och fem om övergång

till fortsatt vård. Fyra av fem studier (80 %) om övergång till vård visade att tvång hade bättre resultat än icke-tvång. Sex av 11 studier (55 %) visade högre grad av fullföljande/deltagande jämfört med icke-tvång. Men endast två av sex studier (33 %) visade lägre återfall i brott för de tvångsvårdade och tre (50 %) visade ingen skillnad. Samma mönster finns när det gäller missbruk, där endast två av åtta (25 %) visade bättre utfall för tvångsvårdade och övriga visade ingen skillnad. Men det finns allvarliga invändningar mot urvalet av dessa studier. Femton av dessa 18 studier (83 %) uppges av Wild och dennes medarbetare ha använt oriktiga kontrollgrupper som i själva verket var olika de tvångsvårdade i flera relevanta avseenden (socialt, missbruk). Det anges inte huruvida utfallet har prövats i multivariata modeller med kontroll för dessa gruppskillnader. Dessutom visar en närmare granskning att ytterligare en studie använt olämplig kontrollgrupp (frivilliga patienter som därmed initialt skiljer sig i motivation) och att en annan inte handlar om tvång utan om förslag från läkare. Den enda återstående studien (Walsh m.fl. 1991) handlar om "tvång" i annan form och redovisas nedan. Översikten ger därför dålig kunskap huruvida skillnaderna i utfall beror av tvång eller av andra faktorer.

Det finns dock några äldre randomiserade kontrollstudier där likheten mellan grupperna säkerställts och som inte togs upp i den aktuella översikten. För mer än 30 år sedan utförde Gallant och medarbetare tre olika studier med randomiserade kontrollgrupper.

- I den första studien randomiserades 19 försöksutskrivna alkoholister från fängelse till tvångsmässig psykoterapi eller till erbjudande om frivillig vård. I uppföljning ett år senare hade de tio tvångsvårdade bättre utfall vad gäller nykterhet och arbete än de nio som fick välja (Gallant m.fl. 1968a).
- Den andra studien omfattade 84 alkoholister dömda för återfall i offentligt fylleri. De slumpades till fyra olika behandlingsalternativ, varav ett var tvångsföreskrift om deltagande i gruppterapi, det andra tvångsföreskrift om gruppterapi plus Antabus, det tredje tvångsföreskrift enbart gällande Antabus samt det fjärde erbjudande om frivillig behandling. Inget av alternativen innehöll inledande avgiftning. Man fann inga skillnader mellan grupperna (Gallant m.fl. 1968b).
- I den tredje studien slumpades 210 alkoholister till en av följande tre grupper. Den första avsåg tvångsföreskrift om 6 månaders öppenvård (1,5 timme per vecka i gruppterapi), den

andra innebar tvångsföreskrift om en månads inledande sjukhusvård följt av sysselsättning samt gruppterapi under 5 månader, medan den tredje gruppen erbjöds frivilligt deltagande i gruppterapi. Gruppen med föreskrift om inledande sjukhusvård hade färre arresteringar för fylleri och färre domar än de övriga grupperna (Gallant 1971; Gallant m.fl. 1973).

Sammanfattningsvis tycks Gallants studier tyda på att tvångsföreskrift leder till positiva effekter förutsatt att de innehåller en inledande period i slutenvård. Nivån på förbättring var dock inte särskilt hög, möjligen beroende på att de insatser som prövades inte var särskilt omfattande. Dessa studier är de enda som har gjorts med slumpade grupper och där tvångsvård varit ett alternativ och icke tvångsvård ett annat.

Det finns också en randomiserad kontrollstudie av en lindrigare typ av tvång. Det var inte tvång i lagens mening utan snarare en allvarlig påtryckning, där vederbörande fortfarande hade ett val att delta men riskerade att annars förlora sitt arbete. Walsh och medarbetare (1991) jämförde anställda med alkoholproblem som slumpmässigt fördelades på tre olika insatser: a) föreskrift om initialt 12-stepsprogram på behandlingshem under 23 dagar och därefter obligatoriska AA-möten 3 ggr per vecka och kontakt med företagshälsovården en gång per vecka, b) endast obligatoriska AA-möten samt c) fritt val mellan dessa och andra alternativ, inklusive inga insatser alls. Det fanns flera signifikanta skillnader i olika utfallsmått där "grupp a" förbättrades mest. Även här betonades alltså vikten av en inledande vårdperiod på institution och att detta s.k. "påtvungade" alternativ hade bättre resultat än fritt val.

Utöver de randomiserade kontrollstudierna finns också goda studier med en något annan design. Ett s.k. naturligt experiment av tvångsvård studerades av Anglin och medarbetare (1988). 1962 startade USA:s första moderna tvångsvårdsprogram för heroinister, "The California Civil Addict Program" (CAD). Problemet var att de som dömdes till tvångsvård under de första 18 månaderna efter att programmet startat inte kunde få sin tvångsvård verkställd, då institutionerna som skulle bedriva tvångsvården ej var byggda och färdigställda ännu. Efter endast en kort tids avgiftning fick de dömda eftergift och blev frigivna. Detta innebar att dessa kunde fungera som en kontrollgrupp, eftersom urvalsprocessen var beroende av motivation och de två grupperna befanns ha mycket likartade förhållanden.

Programmet innebar tvångsföreskrift under totalt 7 år, varav 18 månaders inledande institutionsvård. Därefter följde frigivning med övervakning. Misskötsel under övervakningstiden resulterade i en ny period med institutionsvård. Ett år efter frigivningen använde kontrollgruppen (de som ej fick tvångsvård) narkotika i betydligt större utsträckning. Anglin drog slutsatsen att tvångsvård hade en dramatisk effekt i form av minskat dagligt heroinmissbruk och minskning av stöldbrott bland narkotikamissbrukare. Skillnaden mellan grupperna fanns kvar även 4 år efter det att den 7 år långa perioden av tvångsföreskrifter tagit slut.

Anglin upptäckte att resultaten försämrades när man släppte på de strikta förhållningsreglerna om återintag vid återfall. Resultaten försämrades också när den totala vårdtiden under tvång förkortades. Han drog slutsatsen att den mest effektiva tvångsvården för narkotikamissbrukare krävde en inledande institutionsvård av flera månader för att stabilisera missbrukaren följt av långtidsövervakning i frihet under många års tid (han nämnde 5 till 10 år), med täta kontroller av drogbruk och andra beteenden.

I Sverige finns inga studier av samma art. LVM-lagens bestämmelser gör detta omöjligt, eftersom LVM-vård *skall* genomföras om, och endast om, vissa särskilda kriterier är uppfyllda. Det gör i praktiken randomisering olaglig. Men även om denna formulering inte funnits är det inte troligt att randomisering skulle ha gjorts, eftersom det är etiskt mycket diskutabelt att slå tärning om tvångsåtgärder.²

Däremot finns det ett antal studier med andra typer av kontrollgrupper som ej genomgått vård. Giertz utförde 1991 och 1994 studier i Malmöhus län där han jämförde LVM-dömda med personer som blivit LVM-anmälda men som inte blev dömda i länsrätten. I den första studien fanns ingen skillnad i utfall mellan grupperna, men i den andra hade de LVM-vårdade sämre utfall än de som inte bedömdes uppfylla kriterierna för LVM-vård. Problemet med dessa studier är dock att kontrollgruppen inte har några förutsättningar att vara jämförbar. Länsrätten prövade båda grupperna och beslöt att personerna i kontrollgruppen inte uppfyllde lagens kriterier. Dessa hade alltså ett mindre vårdbehov och är, som även författa-

² En helt annan sak är att genomföra randomisering av *specifik insats* under den gemensamma tvångsförutsättningen. Då har tvånget avgjorts enligt normal rättslig prövning, och man slumpar endast vad som sedan skall ske. I en sådan studie kan individen på normalt sätt få ta ställning till om han vill delta i studien och därmed i randomiseringen eller inte.

ren påpekar, inte jämförbara.³ Den första av de båda studierna har också ett problematiskt utfallsmått. Socialsekreteraren skattade huruvida vården varit ”tillräcklig i relation till klientens behov”, men använde inget uttryckligt mått på missbruk. Denna brist skulle kunna förklara skillnaderna mellan de båda studierna, då den första studien kan ha haft ett något för trubbigt utfallsmått för att kunna observera skillnad mellan grupperna.

Nya förutsättningar för effektstudier?

År 1994 återgick ansvaret för utredning och ansökan i LVM-ärenden till socialnämnderna efter att ha legat hos länsstyrelserna i tio år. Sedan denna övergång har det skett en kraftig nedgång av användandet av tvångsvård och på grund av detta har bland annat länsstyrelserna i Malmöhus län och Jämtlands län utfört granskningar av tvångsvårdens tillämpning. Malmöhus län utförde sina granskningar 1994, 1995 och 1996 och konstaterade att socialnämnderna ibland brast i sitt ansvar då de inte ansökte om tvångsvård hos klienter med ett tungt vårdbehov och allvarliga skador. Istället erbjöds klienterna öppenvårdsinsatser som inte i tillräcklig grad motsvarade deras behov av vård (Länsstyrelsen Malmöhus län, 1995:31). Det framkom även att lagstiftningen tillämpades på olika sätt då det var en mycket stor variation mellan nämnderna i hur stor andel av anmälningarna som resulterade i en ansökan. De olika bedömningarnas bakgrund ansågs i viss mån vara ideologiska (Länsstyrelsen Malmöhus län, 1996:4).

Samma misstanke fanns hos Länsstyrelsen i Jämtlands län, som 1998 utförde en verksamhetstillsyn av Östersunds kommun för att bedöma huruvida kommunen tog sitt ansvar för de tunga missbrukarna. Vad som framgick var att det fanns brister i ansvarstagandet då kommunen inte alltid fullföljde sin skyldighet att utreda behov av tvångsvård. Detta trots signaler från Tillnyktringsenheten (TNE) vid Frösö Behandlingshem och från Östersundspolisen om att det fanns en grupp som for väldigt illa både fysiskt och psykiskt (Länsstyrelsen Jämtlands län 1998). År 2002 utförde länsstyrelsen ytterligare en granskning av Östersunds kommun, denna gång avseende ärenden av omedelbart omhändertagande som inte resulterat i en ansökan om tvångsvård. Länsstyrelsen konstaterade att

³ Några mått på skillnader i vårdbehov eller missbrukets svårighetsgrad presenterades inte, och kontroll för dessa skillnader i multivariat design har därmed inte heller gjorts.

utifrån lagens intention så kunde vissa beslut att inte ansöka ifrågasättas. Förklaringarna som gavs till varför en ansökan inte gjorts var att tvångsvård innebär en stor kostnad, att tvångsvårdens effekter är tvivelaktiga samt att lagens intentioner att motivera missbrukaren är orealistiska i samband med tvångsvård (Länsstyrelsen Jämtlands län 2002).

Utifrån denna förutsättning, dvs. att socialtjänsten inte följer lagen som tänkt, borde det inte vara omöjligt att finna kontrollgrupper som bättre liknar de LVM-vårdade. Denna tanke ligger till grund för ett pågående forskningsprojekt vid Lunds Universitet, Avdelningen för klinisk alkohol- och drogforskning, av Marianne Kronberg. I hennes studie har oberoende erfarna bedömare klassat missbrukarnas problemnivåer utifrån avidentifierade utredningar. Då fann man två likartade grupper av svårt beroende missbrukare som antingen fick eller inte fick tvångsvård beroende på i vilken stadsdel de bodde. Studien är ännu inte publicerad, men Marianne Kronberg m.fl. har i ett PM (2001) avslöjat att man inte fann några skillnader i utfall mellan LVM-grupp och kontroller. Nu fortsätter man studera betydelsen av eftervården för att om möjligt förklara variationen i utfallet.

Det är ett exempel på hur man kan försöka finna en lämplig kontrollgrupp på annat sätt än genom randomisering. Sådana kallas kvasiexperiment och är ofta det bästa av möjliga alternativ. Ibland finner man, som i Anglins studie, en naturligt formad grupp, dvs. ett "naturligt experiment". Ibland får man försöka konstruera en kontrollgrupp på annat sätt, men fortfarande gäller förutsättningen att den skall vara lik experimentgruppen i alla relevanta avseenden.

Ett sätt är då att genomföra en *matchad kontrollstudie med upprepade mätt före och efter*. Precis som i andra kontrollstudier används då en experimentgrupp av LVM-vårdade som jämförs med en kontrollgrupp, där de båda grupperna skall vara lika varandra före insatsen. Skillnaden mellan matchade kontrollstudier och andra kvasiexperimentella studier är att var och en i experimentgruppen skall ha en "tvilling" i kontrollgruppen, som under året före insatsen var så lik experimentpersonen som möjligt i ett antal fastställda matchningskriterier. I andra kvasiexperimentella studier eftersträvas likhet bara på gruppnivå, medan i matchade studier eftersträvas likhet mellan personerna inom respektive tvillingpar. Därmed skulle starkare statistiska metoder kunna användas för att finna eventuella skillnader mellan grupperna i efterförloppet.

Matchningskriterierna bör ta hänsyn till flera olika faktorer. Förutom samma ålder och kön bör tvillingparen i möjligaste mån ha haft likartad social situation, likartat drogtypsmönster och samma svårighetsgrad på sitt missbruk. Det går att lägga till fler kriterier, men ju fler kriterier man lägger till, desto svårare blir det att hitta en tvilling. Om båda personerna i "tvillingparen" på detta sätt har samma förutsättningar före LVM-insatsen kan en meningsfull jämförelse göras av situationen under året efter insatsen. Eventuella skillnader i utfall skulle då möjligen kunna härledas till LVM-insatsen.

Det finns dock åtminstone en viktig invändning. Personerna i kontrollgruppen kan ha varit mer motiverade och sökt vård på frivillig väg eller fått andra insatser istället. Enda sättet att kontrollera för motivationsgrad är genom *randomiserad* kontrollgrupp. Motivation att sluta missbruka kan handla både om behandling och om andra egna vägar. Naturliga experiment med efterhandsgruppering har alltid svagheten att dessa båda aspekter på motivation inte kan kontrolleras. Men det är åtminstone möjligt att också studera vilka andra insatser utöver tvångsvård de båda grupperna faktiskt varit föremål för, och att försöka relatera utfallet till alla de olika insatserna.

Eftersom det alltid finns en risk i alla kvasiexperiment att centrala faktorer ändå skiljer mellan grupperna återstår en tredje möjlighet - en multivariat analys där alla faktorer, som man har data på och där skillnader mellan grupperna finns, tas med i modellen. I modellen kan man då på statistisk väg renodla respektive faktors inflytande. Modellen måste också kunna förklara en försvarlig del av variationen i utfallet. Sådana modeller har gjorts om LVM-vårdens utfall tidigare, men tvångsvårdade har då jämförts med de som vårdats frivilligt på samma enhet (Bergmark 1994a & 1994b; Gerdner m.fl. 1996; samt Möller m.fl. 1998). Inte i någon av dessa studier visade sig tvångsvård, drogtyp, arbete, ålder eller kön vara relaterade till utfall. Där övriga behandlingsfaktorer prövades var de inte heller relaterade. Däremot visade sig stöd- och självhjälpgrupper efter utskrivning samt sociala nätverksfaktorer vara centrala för utfallet. Professionell eftervård studerades inte i dessa modeller, men visade sig vara central för utfall från Lundens LVM-hem (Gerdner 2000). En multifaktoriell studie med valida och precisa utfallsmått och god kontroll på bakgrundsfaktorer, där LVM-vårdade jämförs med sådana som ej tvångsomhändertagits, saknas ännu.

Precisare mått på utfall när det gäller missbruk

Ett metodologiskt problem i utfallsstudier av missbrukarvård i allmänhet och tvångsvård i synnerhet är att finna mått som har chans att vara precisa nog för att skatta olika grader av förändring i missbruket. En vanlig metod (se översiktsstudien Gerdner 2004) har varit att tudela utfallen antingen i *förbättrade* respektive *ej förbättrade* eller i de som *varit* respektive *inte varit helt nyktra/drogfria* sedan utskrivningen. Det förra måttet är då beroende av var man upplever gränsen mellan förbättring och ej förbättring. Hur mycket måste man ha minskat sitt missbruk för att man själv eller andra skall betrakta detta som en förbättring? Det finns visserligen en betydande överensstämmelse i detta mått mellan till exempel självskattningar och skattningar från anhöriga eller socialsekreterare. Men måttet är naturligtvis ett sätt att förgrova bilden av den variation som finns i utfallet.

Det andra måttet är visserligen mer absolut i tolkningen – har man eller har man inte brukat alkohol eller droger – men är desto mer beroende av hur lång tid denna observation avser. Dessutom är det precis lika grovt genom att det också är en tudelning. I förhållande till grupper med relativt sämre prognos har detta mått mycket liten chans att fånga de eventuella förbättringsprocesser som kan finnas, eftersom mycket små grupper bland LVM-vårdens f.d. intagna lyckas nå fullständig nykterhet/drogfrihet redan året efter tvångsvården. Det är därför inte ett lämpligt mått om man söker kunskap om skillnader i utfall mellan olika grupper, eller skillnader beroende på olika insatser och relaterade händelser. Om man däremot endast vill ha ammunition för ett ideologiskt krig mot missbrukarvården i allmänhet och tvångsvården i synnerhet så är detta mått idealiskt.

Det finns möjligheter att i intervjuer försöka rekapitulera konsumtionen av alkohol och droger bakåt i tiden i termer av antal dagar man brukat eller konsumerade kvantiteter (s.k. time-line follow-back). Men dessa metoder är tidskrävande, dyra och dessutom mycket sårbara. Dels har de samma risker för bristande precision genom minnesfel som kan förekomma i retrospektiva intervjuer; dels finns risk för intervjuareffekt och prestige som kan snedvrída uppgifterna. Det största problemet är dessutom att de är beroende av intervjuer med personen ifråga, och bortfallsproblemen är mycket stora i utfallsstudier av LVM-vård om man enbart skulle förlita sig på personliga intervjuer.

Det finns därför intresse att pröva att använda kontinuerligt insamlade registeruppgifter för att få valida och reliabla mått som speglar variationen i utfall efter tvångsvård. I denna studie prövas användning av register från tillnyktring/avgiftning för att konstruera precisa mått på förbättring både direkt efter utskrivning och på något längre sikt. Register innehåller begränsade uppgifter, men genom att kombinera olika register med olika innehåll kan brister i det ena registret täckas upp av uppgifter i det andra. Studien är därför också ett sätt att pröva hur olika register kan användas tillsammans för att spegla utvecklingen. Genom att ha samma precisa mått både före och efter LVM-vården kan utfallet mätas reliabelt, och gruppskillnader kan testas.

LVM-utredningen och denna studies syfte

I den statliga LVM-utredningen fanns intresse av att samla kunskap om de skilda intagningsförutsättningarna, hanteringen av de omedelbara omhändertagandena, genomförandet av vården i termer av motivationsarbete och negativa vårdhändelser, § 27-placeringarnas innehåll, omfattningen och utformningen av eventuell eftervård samt naturligtvis vårdens utfall och effekt. Syftet med denna studie är därför att undersöka alla dessa faktorer genom registeruppgifter och socialtjänstakter samt att pröva om det är möjligt att kontrastera utfallen för de LVM-intagna med utfallen för en matchad kontrollgrupp för att därmed försöka analysera LVM-vårdens effekt och vilka faktorer som påverkar denna effekt.

1. Dels kommer de som endast blivit omedelbart omhändertagna att jämföras med de som fått sin LVM-dom fastställd enligt 4 § LVM. Skiljer sig dessa grupper åt vad gäller missbrukets art och problemens svårighetsgrad? Skiljer sig utfallen åt mellan dessa grupper?
2. Dels kommer skillnader mellan grupper som har genomfört sin LVM-tid på olika sätt att undersökas. Hur många av de LVM-dömda har fått § 27-placeringar som fungerat väl eller skrivits ut från LVM före sexmånadersperiodens utgång, vilket enligt lagen kan ske då motivationsarbetet varit framgångsrikt? Hur många har avvikit eller återfallit i missbruk under sin LVM-period? Framgångsrikt motivationsarbete kan ses som en positiv faktor under LVM-vården, medan avvikningar och återfall kan ses som negativa faktorer. De behöver dock inte alltid stå i

motsättning till varandra. Några kan ha upplevt båda och några har ingen av dessa faktorer. I vilken mån tar dessa olika grupper del av fortsatt eftervård? Vilka effekter har motivationsarbetet och eftervården respektive de negativa vårdhändelserna för utfallet?

3. Dels jämförs LVM-vårdade med kontroller. Där studeras skillnader i utfall 1 år efter utskrivning (eller motsvarande), skillnader i andra insatser som givits samt slutligen relateras utfallen till LVM-vård, till olika bakgrundsfaktorer samt till övriga givna insatser. Det senare sker genom multivariata modeller.

2. Material och metod

Studien har genomförts i Jämtlands län som är upptagningsområde för en och samma tillnyktrings- och avgiftningsenhet (TNE). De som omhändertogs enligt LVM under åren 1998-2000 ingår i studien. Orsaken till denna avgränsning är följande. TNE-registret inrättades 1996 och vi bedömde att det kunde ha tagit ett år innan rutinerna för detta stabiliserats. KIA-registret (se nedan) inrättades först 1997. Då uppgifter behövdes om året före omhändertagandet var därför 1998 första möjliga år. Ett omhändertagande kan vara sex månader, vilket i praktiken tar något längre tid ifall avvikning skett. Ett omhändertagande sista december 2000 tar alltså slut sista juni 2001 (eller något senare). Då studien genomfördes hösten 2002 gav det oss som minimum drygt ett års uppföljningstid.

Studien använder sig uteslutande av sekundärdata från register och akter. Inga intervjuer har genomförts inom ramen för projektet. De datakällor vi använt är följande:

- KIA-registret hos Statens Institutionsstyrelse (SiS). I KIA bokförs alla LVM-placeringar i Sverige, med bl.a. datum för in- och utskrivningar, omplaceringsbeslut.
- Forskningsregistret i DOK-projektet som förs hos FoU-avdelningen vid Statens Institutionsstyrelse (SiS). Den bygger på intervjuer med (i princip) alla intagna vid LVM-hemmen vid tre tillfällen: en vecka efter intagning, i samband med § 27-placering samt vid utskrivning. God täckning finns främst för det första av dessa tillfällen. Normalt skall alltså intervjuer göras (s.k. långformulär). I vissa fall har intervjuer inte genomförts, utan enbart en kortare sammanställning utifrån övrigt utredningsmaterial (s.k. kortformulär).

- Register från Frösö Behandlingshem (FBH) över tillnyktringar respektive avgiftningar. Dess avdelning TNE har hand om alla tillnyktringar och avgiftningar i Jämtlands län.
- Sjukvårdsregistret från Jämtlands Läns Landsting. Det innehåller bland annat alla intagningar på sjukavdelning och eventuella diagnoser.
- Brott- och påföljdsregistret från Kriminalvårdsverket. Innehåller domar och verkställigheter.
- Dödsfallregistret som innehåller dödsorsaker. Socialstyrelsen är registeransvarig myndighet, men uppgifter äldre än tre år finns hos Statistiska Centralbyrån.
- Folkbokföringsregistret, som bland annat ger uppgift om datum för eventuell död eller aktuell adress.
- Socialtjänstakter vid kommunernas Individ- och familjeomsorg, särskilt missbruksenheter.

Arbetsgången har varit följande. Ur KIA-registret fick vi uppgifter om alla personer skrivna i Jämtlands län, vilka någon gång mellan åren 1998 och 2000 tagits in för LVM-vård enligt § 4 eller blivit omedelbart omhändertagna enligt § 13. Totalt 47 individer hade någon gång under dessa år omhändertagits enligt LVM. Totalt hade dessa personer omhändertagits 63 gånger under perioden. Tretton personer hade fler än en LVM-placering under denna tid. Om någon av dessa gällde en LVM-placering enligt 4 §, så valdes denna placering före ett eventuellt omedelbart omhändertagande som ej övergått i fastställd dom. Fanns flera liknande placeringar så valdes den första under perioden.

Totalt 47 personer uppfyllde kriteriet, varav 28 fick fastställd dom enligt 4 § och 19 endast omedelbart omhändertagande enligt 13 §. För dessa 47 fick vi följande uppgifter: namn, personnummer, datum för dom och omhändertagande, datum för eventuella § 27-placeringar, datum för eventuell återkomst till LVM-institution från § 27-placering och datum för utskrivning från LVM.

I nästa skede försökte vi finna matchande tvillingar till så många som möjligt av dessa. Då användes FBH:s register över tillnyktringar respektive avgiftningar. Där sökte vi först alla 47 LVM-omhändertagna och fick för dem fram följande uppgifter: hemort, antal tillnyktringar respektive avgiftningar samt datum för dessa, drogtyper som varit aktuella vid tillfället ifråga samt vilket slags boende de då blivit utskrivna till.

Kontrollpersonerna valdes ur samma register bland dem som inte haft någon LVM-placering under åren 1998-2000. De skulle i möjligaste mån ha samma kön, ungefär samma ålder, samma drogtyp, hemort, samt ungefär samma antal avgiftningar och tillnyktringar under de 12 månader som föregick LVM-personens placering. De senare uppgifterna användes som mått på svårighetsgrad i missbruket under året före. Vi försökte även att titta på boendesituationen vid utskrivning från FBH, dvs. om det fanns någon indikation på bostadslöshet.

Med så många matchningskriterier tvingades vi ta beslut om olika gränser och prioriteringar. Ofta har personen använt flera olika drogtyper, och sammansättningen kunde ibland skilja mellan olika tillfällen. Vi har då valt att använda en modifierad drogkarriärmodell (Donovan & Jessor 1983; Yamaguchi & Kandel 1984). Vi har matchat efter den drog av eventuellt flera droger som står högst i nedanstående rangordning.

1. Opiater (heroin m.m.)
2. Stimulantia (amfetamin och kokain)
3. Lugnande och ångestdämpande medel
4. Cannabis
5. Alkohol
6. Inhalationsmedel (sniff)

Ålder har fått falla inom en marginal på ± 3 år hos personer upp till 30 år, och ± 5 år hos personer över 30 år. När det gäller boende avsåg vi först indikation på bostadslöshet, till exempel att man angetts som hemlös, eller skrivits ut till kommunalt boende för bostadslösa personer. Det visade sig dock svårt att genomföra eftersom boende inte noterades explicit, endast vad man skrivits ut till. Många skrevs ut till behandlingsinstitution och då saknas uppgift om tillgång till bostad. Detta tvingades vi därför kontrollera i efterhand med socialtjänstuppgifter. Avseende hemort har vi, i de fall en tvilling inte kunnat hittas i samma kommun, försökt finna en person i en kommun som avståndsmässigt ligger lika långt från FBH.

Slutligen när det gällt avgiftningar och tillnyktringar har vi börjat med att matcha efter antal avgiftningar, därefter antal tillnyktringar, eftersom avgiftningar är en mer omfattande insats som visar ett större vårdbehov. Det har självklart inte alltid varit möjligt att

ha exakt samma antal av dessa, men strävan har varit att de skall vara så lika som möjligt.

När tvillingparen på detta sätt valts ut, skickades begäran till Jämtlands läns landsting om utdrag ur sjukvårdsregister, till Kriminalvårdsverket om Brott- och påföljdsregistret samt till FoU-avdelningen vid Statens Institutionsstyrelse om uppgifter från DOK-registret för de aktuella personerna. Vidare undersökte vi i Folkbokföringsregistret aktuell adress och uppgift om eventuellt dödsfall för alla. För dem som avlidit begärdes dödscertifikat hos Socialstyrelsen respektive Statistiska Centralbyrån. Hos kommunerna begärdes tillstånd för studier av socialtjänstakterna för de berörda - LVM-intagna såväl som kontroller.

Forskningsetisk prövning

Studien har genomförts på LVM-utredningens uppdrag och omfattas av tillägg i Sekretessförordningen (SkrF; SFS 2002:711, 3 § punkt 1). Begäran om forskningsetisk prövning sändes till Socialstyrelsens forskningsetiska kommitté som 2002-10-18 beslöt godkänna studien.

Datakvalitet

I huvudsak har vi använt oss av uppgifter från register som är särskilt reglerade i lag och som förs av myndigheter enligt särskilda rutiner. Det gäller till exempel KIA, sjukvårdsregistret, kriminalvårdens register, folkbokföringsregistret och dödsfallsregistret. Ett viktigt register för denna studie är Frösö Behandlingshems register över tillnyktringar och avgiftningar. Det är däremot inte reglerat på samma sätt. Det tillkom främst utifrån FBH:s egna behov och för att underlätta deras eget arbete. I några fall har de intagna inte uppgett sitt personnummer. Detta problem var dock av mycket begränsad omfattning och torde främst gälla personer som är mindre kända på enheten⁴. Som nämnts hade registret inte tillräckliga uppgifter om boende.

Studien använder sig också av socialtjänstakter. Kvaliteten på dessa akter är varierande. De problem med data som finns gäller främst uppgifter från dessa akter. Det har till exempel gällt oprecisa

⁴ Andelen tillnyktringar där personnummer saknades i TNE:s register uppgick 1999 till 1 %.

uppgifter om personliga sociala förhållanden, missbrukets varaktighet samt i något fall – vilket för denna studie är allvarligast – oprecisa uppgifter om insatsernas faktiska genomförande. Genom SiS har vi kunnat få tillgång till s.k. DOK-intervjuer för alla utom en LVM-person samt för fyra av kontrollpersonerna. Vi har kunnat komplettera uppgifter om missbrukets varaktighet, utbildning, familjesituation, sysselsättning, boende samt uppgifter om LVM-institution och om avvikningar under LVM-perioden. I de fall det fanns motstridiga uppgifter om sociala bakgrundsdata valde vi att sätta större tilltro till genomförd personlig DOK-intervju. Då endast den kortare sammanställningen gjorts i DOK-systemet valde vi att hellre lita till socialtjänstens akter. När det gäller boendeformer visade det sig att DOK-intervjuerna dåligt kunde differentiera mellan till exempel eget boende (första handskontrakt eller ägande) och olika mellanformer (t.ex. särskilt kategoriboende för missbrukare, träningslägenhet och social övergångsbostad). Där är socialtjänstens akter mer tillförlitliga särskilt om socialtjänsten tillhandahåller bostaden eller betalar hyran. Pga. att DOK-intervjuer fanns för LVM-personer, men endast undantagsvis för kontroller, har vi ett större internt bortfall bland kontroller, vilket begränsar variablerna i de multivariata analyserna.

Bortfallsanalys

Av 47 personer, skrivna i Jämtlands län som tagits in för LVM-vård åren 1998-2000, fann vi att 13 personer inte varit föremål för tillnyktring eller avgiftning på TNE under året före LVM-intagningen och därför var omöjliga att matcha på våra kriterier. Av dessa hade 6 fastställt LVM-dom och 7 var endast omedelbart omhändertagna.

För 9 andra LVM-fall hade vi svårt att finna en likvärdig tvilling. De har ofta haft ett mycket högt antal tillnyktringar och avgiftningar och det har inte gått att hitta personer som både i detta och övriga avseenden stämde överens. I alla utom ett av dessa fall plockades först ut en tvilling, men då skillnaderna mellan tvillingarna i antalet tillnyktringar och avgiftningar året före LVM visade sig vara för stora prövade vi att ta bort dessa för att försöka klara matchningen på en mindre grupp. I ytterligare ett fall trodde vi oss ha genomfört en god matchning, men vid användningen av data från DOK visade det sig att kontrollpersonen hade varit LVM-vårdad under perioden, men hon var då skriven utanför Jämtland. Det

innebar naturligtvis att hon inte kan fungera som kontrollperson. Av dessa 10 fall hade 6 fastställd dom och 4 endast omedelbart omhändertagande.

Tabell 1. Olika jämförelser mellan matchade, svårmatchade och bortfall.

	Studiepopulation jämfört med bortfall			Bortfall jämfört med svårmatchade			Matchade jämfört med övriga		
	Studiepopula- tion N=	Bortfall	p	Bortfall	Svår- matchade	p	Matchad LVM- grupp	Bortfall + svår- matchade	p
	34	13		13	10		24	23	
Ålder, genomsnitt, (sd)	43,82 (11,96)	40,19 (12,72)	e.s.	40,19 (12,72)	37,18 (8,58)	e.s.	46,59 (12,22)	38,88 (10,98)	0,03
Andel kvinnor, %	35,3	30,8	e.s.	30,8	40,0	e.s.	33,3	33,4	e.s.
Andel omedelbart omhändertagna i %	94,1	92,3	e.s.	92,3	90,0	e.s.	95,8	91,3	e.s.
Andel (%) fastställda LVM-domar	64,7	46,2	e.s.	46,2	60,0	e.s.	66,6	52,2	e.s.
Andel (%) från närkommun Östersund, Krokomborg	73,5	69,2	e.s.	69,2	80,0	e.s.	70,8	73,9	e.s.
Andel (%) ensamstående	94,1	53,8	0,01	53,8	70,0	0,04	75,0	60,9	e.s.
Använder droger, %	55,9	76,9	0,18	76,9	60,0	e.s.	54,2	69,6	e.s.
Psykiatriska problem, %	85,3	61,5	0,11	61,5	100	< 0,05	79,2	78,3	e.s.
I kriminalvårdens register, %	38,2	46,2	e.s.	46,2	40,0	e.s.	37,5	43,5	e.s.
Antal tillnyktringar året före, genomsnitt, (sd)	4,85 (6,93)	-	-	-	10,10 (11,10)	0,02	2,67 (1,93)	4,39 (8,75)	e.s.
Antal avgiftningar året före, genomsnitt, (sd)	1,32 (1,74)	-	-	-	2,30 (2,67)	0,02	0,92 (0,97)	1,00 (2,07)	e.s.

(a) Chi-2 och Fishers exact test för kategoriska variabler och T-test (oberoende grupper) för kontinuerliga variabler; (sd) standardavvikelse; e.s. = ej signifikant

De problematiska grupperna består alltså av två grupper, "bortfall" som gäller de individer som inte fanns i TNE:s register året före samt "svårmatchade" där god matchning inte kunde genomföras av andra skäl. Grupperna skiljer sig åt såtillvida att den förra gruppen saknade tillnyktringar föregående år, medan den senare gruppen tvärtom hade extremt många sådana. I tabell 1 presenteras tre

analyser som handlar om skillnaderna mellan dessa grupper. Först görs en jämförelse mellan studiepopulationen å ena sidan - dvs. den matchade gruppen och den svårmatchade gruppen tillsammans - och bortfallsgruppen å andra sidan. Därefter görs en jämförelse mellan de två problematiska grupperna - bortfallsgruppen och de svårmatchade. Slutligen görs en jämförelse mellan å ena sidan dessa två grupper tillsammans, och å andra sidan de 24 som initialt föreföll kunna matchas med kontroller.

I inledningsskedet antog vi att bortfall pga. att vederbörande inte fanns i TNE:s register skulle kunna bero på att de bodde i en fjärrkommun; dvs. att personer från kommuner med ett längre avstånd till TNE ej har samma benägenhet att uppsöka TNE på grund av de långa resorna. Det visade sig dock att bortfallet inte var större från fjärrkommunerna jämfört med de mer närbeliggande kommunerna (dvs. Östersund, Berg och Krokom). Den skillnad som – förutom när det gäller avgiftningar och tillnyktringar – råder mellan studiepopulationen och bortfallet gäller framför allt att bortfallet har högre andel som är samboende. Det finns också viss tendens till högre droganvändning och lägre andel psykiska problem i bortfallsgruppen. Orsaken till att dessa inte nyttjat TNE skulle därför kunna vara att de klarat att hantera sina avgiftningar själva med anhörigas stöd. Man kan tänka sig att detta pågått tills familjen inte orkat längre och då har LVM trätt in.

Därefter studerades skillnaderna mellan bortfallsgruppen och den svårmatchade gruppen. Bortfallsgruppen har lägre andel med psykiatriska problem och högre andel samboende. De var med andra ord i dessa avseenden något mer lika normalbefolkning. Den svårmatchade gruppen däremot är yngre, har mer psykiatriska problem samt stort antal tillnyktringar och avgiftningar (även fler än den matchade gruppen). Det förefaller alltså som om bortfallsgruppen och de svårmatchade är motsatta extremgrupper på var sin sida om den matchade gruppen både när det gäller tillnyktringar/avgiftningar och andra problem. Bortfallsgruppen har något lindrigare problem än den matchade urvalsgruppen, medan de svårmatchade tvärtom är något mer problematiska när det gäller psykiatrisk hälsa och svårighet i missbruk.

Slutligen undersöktes skillnaden mellan de matchade å ena sidan och de två extremgrupperna å den andra. Den enda skillnaden gällde då ålder. Extremgrupperna är i genomsnitt åtta år yngre än den matchade LVM-gruppen. Ifråga om kön, boendeort, hälsomässiga, sociala och missbruksmässiga faktorer samt lagrum för LVM-

intagning och fastställande av dom föreligger inga signifikanta skillnader mellan matchade och övriga. Utöver de faktorer som tagits med i tabellen prövades också antal tidigare LVM, boendesituation, utbildning samt att ha barn. Inte heller i dessa avseenden fanns skillnader mellan matchad LVM-grupp och övriga. Utifrån detta föreföll det rimligt att gå vidare med matchning på denna mindre grupp om 24 personer - en grupp som kan ses som mellangruppen av de LVM-vårdade.

Problem med matchningen

Tidigare har beskrivits hur matchningen genomfördes i praktiken. Tabell 2 visar matchningens faktiska resultat utifrån de initialt fastlagda kriterierna. Tabellen ger dels gruppskillnader, dels systematisk korrelation eller överensstämmelse inom tvillingparen på respektive faktor.⁵

Matchningen föreföll så långt ha fungerat planenligt när det gäller ålder, kön, drogtyp, hemkommun samt antal avgiftningar och sammanlagd tid i dessa. Där finns inga signifikanta skillnader, och korrelationen inom tvillingparen är mycket god⁶. När det gäller tillnyktringar (antal och tid) finns ett problem. Det finns en god systematisk korrelation även på dessa variabler, men det tycks ändå finnas en viss snedfördelning på så sätt att LVM-gruppen har något högre värden än kontrollerna. I den senare analysen måste hänsyn tas till detta. Det kan göras genom att utfallsmått för tillnyktringar och avgiftningar under året efter "kalibreras" med värdena för året före, dvs. att vi som utfall mäter förändring snarare än faktiska tal.

⁵ Observera att p-värdet (signifikansen) i jämförelsen av skillnader på gruppnivå bör vara så *högt* som möjligt (avvisar *inte* nollhypotesen att likhet råder mellan grupperna), medan p-värdet för korrelationen respektive överensstämmelsen bör vara så *lågt* som möjligt (avvisar nollhypotesen att det *inte* finns någon korrelation respektive överensstämmelse).

⁶ För hemkommun är det visserligen ingen individuell överensstämmelse inom tvillingparen, men samma andel i respektive grupp kommer från närkommun.

Tabell 2. Jämförelse mellan LVM-grupp och kontroller utifrån matchningskriterierna (skillnader på gruppnivå) samt symmetri inom matchade par (korrelation respektive överensstämmelse på individnivå). N = 24 + 24.

	Matchad LVM-grupp	Matchad kontrollgrupp	Signifikans	Korrelation resp. överensstämmelse	Signifikans
Ålder, m (sd)	46,59 (12,22)	46,51 (10,50)	0,92 (a)	0,95	< 0,001 (d)
Kön (andel kvinnor), %	33,3	33,3	1,00 (b)	1,00	< 0,001 (e)
Drogtyp, %. Högst rankad kategori av			0,66 (c)	0,83	< 0,001 (f)
Opiater	8,3	8,3			
Stimulantia	4,2	4,2			
Bensodiazepiner	25,0	25,0			
Cannabis	4,2	4,2			
Alkohol	54,2	58,3			
Inhalationsmedel	4,2	-			
Närkommun (Östersund, Krokoms, Berg), %	70,8	66,7	0,75 (b)	-0,06	0,75 (e)
Antal avgiftningar året före, m (sd)	0,92 (0,97)	0,75 (0,79)	0,37 (a)	0,53	0,007 (d)
Tid i avgiftning (dygn), m (sd)	4,13 (5,06)	3,54 (4,25)	0,60 (a)	0,35	0,09 (d)
Antal tillnyktringar året före, m (sd)	2,67 (1,93)	2,00 (1,62)	0,01 (a)	0,81	< 0,001 (d)
Tid i tillnyktring (timmar), m (sd)	33,97 (25,13)	26,59 (26,30)	0,09 (a)	0,68	< 0,001 (d)

m = medelvärde; (sd) = standardavvikelse; (a) T-test för matchade par; (b) Chi-2; (c) Wilcoxon Sign Rank test; (d) systematisk korrelation för matchade par; (e) Cohens Kappa för absolut överensstämmelse; (f) Gamma, systematisk korrelation av rangordnad variabel

Därefter kontrollerades (tabell 3) matchningens resultat utifrån andra relevanta uppgifter ur socialtjänstakter och andra register. Dessa hade vi alltså inte tillgång till vid matchningstillfället. Här kontrollerades i efterhand om det finns någon snedvridning mellan grupperna framför allt på olika sociala faktorer, hälsa och tidigare insatser.

Tabell 3. Kontroll av matchning på hälsa och sociala faktorer (n = 24 + 24), samt jämförelse mellan LVM-grupp i studiepopulation och kontrollgrupp utan matchning (n = 34 + 33).

	Matchade grupper			Oberoende grupper		
	LVM-grupp	Kontroll-grupp	p	LVM-grupp	Kontroll-grupp	p
N =	24	24		34	33	
Gift eller sambo, %	25,0	16,7	e.s. (c)	26,5	18,2	e.s. (e)
Har barn, % (a)	71,4	61,1	e.s. (c)	64,7	62,5	e.s. (e)
Har reguljär bostad (eget kontrakt eller övergångskontrakt), %	70,8	50,0	e.s. (c)	55,8	54,5	e.s. (e)
Regelbunden sysselsättning (b)	4,5	29,2	0,01 (c)	3,6	39,1	0,003 (f)
Någon stödsats från socialtjänsten före LVM, %	54,2	25,0	0,07 (c)	55,9	33,3	0,06 (e)
Antal dagar på behandlingshem året före, m (sd)	13,3 (31,3)	0,9 (4,3)	0,04 (d)	10,5 (27,3)	3,8 (18,5)	e.s. (f)
LVM tidigare i livet, %	41,7	8,3	0,008 (c)	41,2	9,1	0,003 (e)
Psykiatriska problem enligt sjukvårdsregister, %	79,2	33,3	0,001 (c)	85,3	42,4	< 0,001 (e)
Antal dagar inlagd på sjukhus under året före, m (sd)	6,6 (10,3)	2,7 (5,5)	0,09 (d)	6,6 (9,6)	2,6 (5,0)	0,04 (g)
Tidigare dömd för brott, %	62,5	66,7	e.s. (c)	38,2	39,4	e.s. (e)
Fängelse under året före, %	8,3	0	e.s. (c)	5,9	6,1	e.s. (e)

(a) Uppgift saknas för 6 i matchad kontrollgrupp och för 3 andra kontroller; (b) Uppgift saknas för 7 i matchad kontrollgrupp och för 3 andra kontroller; (c) McNemars test för matchade par; (d) T-test för matchade par; m = medelvärde; (e) chi-2; (f) Fischers exact test; (g) T-test för oberoende grupper; (sd) = standardavvikelse; e.s. = ej signifikant

Tabell 3 visar att kontrollen i socialtjänstakterna avslöjar svaga sidor i den genomförda matchningen. Flera sociala faktorer som familjesituation, bostadssituation och kriminalitet är visserligen relativt likvärdiga i grupperna, men sysselsättning, hälsa och stödsatser från socialtjänst skiljer sig mer. De LVM-intagna hade i mindre utsträckning regelbunden sysselsättning, har haft fler stödsatser från socialtjänsten, inklusive fler dagar på behandlings-

hem föregående år, och de har oftare haft LVM tidigare i livet. Dessutom har de oftare psykiska problem och har varit fler dagar på sjukhus föregående år. Det är rimligt att anta att de faktorerna har bidragit till att just dessa personer har tvångsomhändertagits enligt LVM till skillnad från personerna i kontrollgruppen.

Detta innebär naturligtvis problem för studien, eftersom strävan var att grupperna skulle vara likvärdiga så att skillnader mellan LVM-grupp och kontroller i första hand kunde studeras i parvis design. Denna ambition måste i och med detta överges. Matchningen fick brytas upp, och istället hanteras grupperna som oberoende grupper, där särskiljande faktorer hanteras genom multivariata analyser. Förutsättningarna för studiens ambitioner i andra avseenden – hur vården och eftervården genomförts, skattning av utfall för LVM-gruppen, jämförelser mellan de med och utan fastställd dom, de med och utan § 27-placering m.m. – har däremot inte påverkats av dessa problem. Sedan matchningen därmed övergivits kunde dock alla kontrollpersoner som vi ursprungligen plockat ut tas med, dvs. även de som först sorterades ut pga. svagheter i matchning.

Kontrollgruppen uppgår därmed till 33 personer. LVM-gruppen omfattar totalt 47 personer. I flera analyser där utfallet mäts med tillnyktringar/avgiftningar vid TNE omfattar LVM-gruppen dock endast de 34 personer som även tidigare nyttjat TNE. Som ovan visas i tabellen råder i stort sett samma skillnader mellan LVM-gruppen och kontrollgruppen då dessa hanteras som oberoende grupper. De faktorer som skiljer grupperna åt bör ingå som kontrollfaktorer i multivariat analys av utfall.

Utfallsmått

Följande utfallsmått används:

1. Överlevnad: andelen döda totalt, andelen döda under ett år, dödsorsaker samt tid till eventuellt dödsfall.
2. Tid i antal dagar till ny tillnyktring/avgiftning på TNE.
3. Vårdtyngd på TNE samt förändring av denna jämfört med före LVM.

Det sistnämnda skall förklaras närmare. Tillnyktringar och avgiftningar under året före LVM användes som indikationer på missbrukets problemnivå för matchningen. Tillnyktringar och avgift-

ningar *efter* LVM-perioden används nu för att mäta utfall. För att slippa laborera med två separata mått på tillnyktringar respektive avgiftningar så slås de samman till ett enda, nämligen "vårdtyngd på TNE" för året efter. Det har beräknats utifrån sammanlagda antalet dygn på TNE, dvs. både tillnyktringsdygn och avgiftningsdygn. Tillnyktringarna är i allmänhet många men mycket korta, medan avgiftningarna är färre men längre. Problemet är dock att alla inte har haft samma möjligheter att hamna på TNE under hela det året. De kan under längre eller kortare tid av året ha suttit i fängelse, varit inlagda på sjukhus eller suttit på LVM. Under sådana perioder befinner de sig i "särskilt skyddad miljö" och den tiden är därför inte jämförbar. De kan också ha dött eller flyttat från länet under året och skulle av dessa skäl inte kunna hamna på TNE. Därför måste först den "möjliga tiden" beräknas enligt följande formel.

Möjlig tid: $365 - (\text{antal dgr i fängelse} + \text{antal dgr inlagd på sjukhus} + \text{antal dgr på LVM} + \text{antal dgr under året som går bort pga. död eller avflyttning från länet})$

För att uttrycka *vårdtyngden* i lämpligt mått beräknas den som en kvot "dygn på TNE/möjlig tid". Denna kvot multipliceras med 365 för att uttryckas i helårstermer. Det kan därmed översättas i "antal dagar/år på TNE sedan hänsyn tagits till möjlig tid". För en person som dog under avvikning från § 27 kan detta mått inte beräknas, eftersom han inte hade någon "möjlig tid". På motsvarande sätt beräknades vårdtyngden också för året före LVM-perioden.

Statistisk analys

Materialet har hanterats i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 11. Standardmetoder för statistisk analys har använts och redovisas i respektive analys. Parvis design har använts i jämförelser för individer före och efter LVM-perioden. Analysmetoder för matchade par, som först planerades i jämförelser mellan LVM-grupp och kontroller, kunde inte genomföras pga. de gruppskillnader som fanns. Istället fick kontrollgrupp och LVM-grupp – liksom övriga gruppjämförelser – hanteras som oberoende grupper.

Det vanliga signifikanskravet $p < 0,05$ har använts. Normalt bör gruppjämförelser kräva en gruppstorlek på minst 30. Det är dock ingen absolut gräns. Ibland har vi tvingats gå under den. Följden är

då att det är svårare att urskilja skillnader. De skillnader som ändå påträffas bör man ändå kunna sätta tilltro till. Dessutom kan man anta att vissa gruppskillnader skulle ha varit signifikanta i en större studie. Därför redovisas alltid p-värden upp till 0,20. Där grupper jämförs på många olika faktorer samtidigt finns viss risk för s.k. masssignifikans. Pga. den ibland lilla gruppstorleken har dock ingen korrektion, typ Bonferroni, tillämpats. Därför bör man bedöma mönster av gruppskillnader snarare än enskilda faktorer.

Multivariata analyser har genomförts med tre olika statistiska metoder. Multipel regressionsanalys har använts då den beroende variabeln är kontinuerlig, såsom förändring av vårdtyngd. Logistisk regressionsanalys har använts när det gäller dikotom beroende variabel - här deltagande i eftervård och fortsatt stöd. Cox regression har använts vid multivariat *survival*-analys, dvs. då tid till viss eventuell händelse analyserats - här händelserna död respektive återfall som krävt vård på TNE.

3. Genomförande av LVM-vård och andra insatser

Omedelbart omhändertagande respektive fastställd dom

Av de 47 personerna som ingår i studien har 44 (94 %) inledningsvis blivit "omedelbart omhändertagna" enligt 13 § LVM. Och då bör vi minnas att vi redan selekterat bort fler än ett omhändertagande för samma person, företrädesvis just de omedelbara omhändertagandena. Den verkliga andelen av LVM-omhändertagandena totalt är därmed något högre (95,2 %). I Jämtland är alltså omedelbara omhändertaganden praktiskt taget alltid det sätt som LVM aktualiseras på - samma form som ursprungligen var tänkt som undantag i extrema fall. Detta är högre än vad som gäller för riket i sin helhet.⁷ Av dessa 44 har 25 senare fått fastställda domar enligt 4 § LVM. Tillsammans med de tre som togs in först efter fastställd dom har totalt 28 personer fått fastställd LVM-dom enligt 4 §. Övriga 19 fick endast omedelbart omhändertagande och gick där efter fria från fortsatt tvångsvård, huvudsakligen sedan socialtjänsten valt att inte driva ärendet vidare, men i tre fall pga. att Länsrätten upphävt omhändertagandet.

⁷ Av 1 041 LVM-intagningar 2002 skedde 817 enligt § 13, dvs. 78 procent (Knutsdotter 2003).

I regeringens uppdrag till LVM-utredningen tas frågan upp vad det är som gör att så många personer endast blivit omedelbart omhändertagna utan att senare få sin dom fastställd. Mot den bakgrunden är det intressant att undersöka vad som skiljer dessa grupper. Såg de två gruppernas missbruksproblem och sociala situation olika ut på ett sätt som kan förklara att just dessa personers domar fastställdes?

I flertalet av de undersökta faktorerna finns det inga klara skillnader mellan grupperna. Kön och ålder, utbildning och arbetsmarknadssituation samt familjesituation fördelar sig relativt lika. Andelen med regelbunden sysselsättning är extremt låg i båda grupperna. Förekomst av drogbruk utöver alkohol är lika även om andelen amfetaminister tenderar vara något högre i gruppen som endast omhändertagits omedelbart. Erfarenheter från kriminalvård och sjukhusvård såväl i stort som under föregående år är desamma. Detsamma gäller andelen med psykiska problem samt antalet tillnyktringar och avgiftningar längre tillbaka i tiden, dvs. före det år som föregick LVM-intagningen.

Men det finns också skillnader. Många av dessa uppfyller visserligen inte det stränga kravet på statistisk signifikans, men de visar dock på en del tendenser som alla går i samma riktning. De som fått fastställd dom tenderar att ha haft fler avgiftningar och tillnyktringar under året före omhändertagandet. Skillnaderna är ännu tydligare om man jämför de sammanlagda vårdtiderna för tillnyktring och avgiftning under samma period. De som fått fastställd dom har också i högre utsträckning vårdats för sitt missbruk tidigare. Det gäller både med tvång enligt LVM och frivilligt enligt Socialtjänstlagen (i det sistnämna fallet fyra gånger så ofta, men det kunde inte signifikansprövas på grund av för få observationer). Slutligen hade de som fick sin dom fastställd också sämre bostadsförhållanden.

Tabell 4. Skillnader mellan LVM-intagna som fått sin dom fastställd enligt § 4 respektive endast § 13.

N =	Fastställd dom	Endast § 13	Signifikans
	28	19	
Kön, andel kvinnor, %	32,1	36,8	e.s. (a)
Ålder, m (sd)	43,4 (11,5)	41,9 (13,3)	e.s. (b)
Utbildning utöver grundskola, % (d)	37,0	29,5	e.s. (a)
Sammanboende, %	28,6	36,8	e.s. (a)
Har barn, %	57,1	73,4	e.s. (a)
Sysselsättning (arbete eller arbetsmarknadsåtgärd), %	7,1	10,5	#
Boende (eget kontrakt + övergångskontrakt), %	51,9	76,5	0,10 (a)
Drogbruk utöver alkohol, %	60,7	63,2	e.s. (a)
Därav bruk av heroin, % (c)	7,1	10,5	e.s. (a)
Därav bruk av amfetamin, % (c)	21,4	47,4	0,06 (a)
Därav bruk av bensodiazepiner, % (c)	50,0	42,1	e.s. (a)
Finns i kriminalvårdsregistret, %	35,7	47,4	e.s. (a)
Fängelsevistelse ett år före LVM, %	7,2	5,3	e.s. (a)
Finns i sjukvårdsregistret, %	92,9	84,2	e.s. (a)
Sjukhus, antal dagar ett år före LVM, m (sd)	7,3 (10,6)	4,7 (9,9)	e.s. (b)
Psykiatriska problem, %	82,1	73,7	e.s. (a)
Tidigare LVM-dom, %	46,4	26,3	0,16 (a)
Vård enl. 6 § SoL under ett år före LVM, %	21,4	5,3	#
Antal avgiftningar ett år före LVM, m (sd)	1,3 (1,9)	0,5 (0,8)	0,05 (b)
Antal avgiftningar mer än ett år före LVM, m (sd)	0,8 (1,3)	0,4 (0,9)	e.s. (b)
Antal tillnyktringar ett år före LVM, m (sd)	4,6 (7,7)	2,0 (2,6)	0,10 (b)
Antal tillnyktringar mer än ett år före LVM, m (sd)	2,5 (5,1)	1,7 (2,5)	e.s. (b)
Antal vårdtimmar i tillnyktring ett år före LVM, m (sd)	6 (144)	25 (43)	0,09 (b)
Antal vård dygn i avgiftning ett år före LVM, m (sd)	7,0 (11,4)	1,3 (3,0)	0,02 (b)

m = genomsnitt; (sd) = standardavvikelse; e.s. = ej signifikant; # = kan ej testas pga. att för många celler har för lågt förväntat värde; (a) Chi-två; (b) T-test för oberoende grupper; (c) Avser alla som brukar respektive drog, ej samma kategori som användes i matchningen (d) Uppgift saknas för tre personer

Sammanfattningsvis tyder detta på att den aktuella missbrukssituationen är betydligt allvarigare för de missbrukare som fått sin LVM-dom fastställd enligt 4 § jämfört med de som endast haft omedelbart omhändertagande. Dessutom är fler av de LVM-dömda i en mycket utsatt situation pga. avsaknad av normalt boende.

Institutionen

Praktiskt taget alla har haft sin LVM-period förlagd till Frösö behandlingshem (FBH⁸). Fyra har genomfört hela eller större delen av sin LVM-period på andra LVM-institutioner – Renforsen, Rällsögården och Hornö. Då flertalet vårdats på FBH kan några ord sägas om verksamheten där. FBH ligger i lokaler som tidigare hörde till ett stort mentalsjukhus och FBH hade tidigt bl.a. uppgiften att kunna vårda dem som misskötte sig på andra institutioner. Vid tiden för denna studie fanns två låsta avdelningar och en öppen enhet. Tio anställda som genomgick en utbildning för mig gjorde hösten 2002 kortfattade grupparbeten som i PM beskrev de tre enheterna.

- Intagningsavdelningen är en av de låsta avdelningarna. Den har en tillnyktringsenhet och en avgiftningsenhet. Intagningsenheten är inriktad på omvårdnad och medicinsk behandling, men där genomförs också DOK-intervjuer vilket upplevs som ett motiverande inslag. Kontaktpersonerna genomför också stöd-samtal med de intagna. Tiden på intagningsavdelningen upplevs som en tid då klientens försvarsmekanismer och motstånd är lägre än annars.
- Den andra låsta avdelningen är en motivationsenhet där endast män vårdas. Verksamheten saknar dags- och veckoschema, men ett försök har påbörjats med frivilligt aktivitetsschema två dagar i veckan, med olika aktiviteter utanför huset. I huset finns möjligheter att sola, spela biljard, pingis och sällskapsspel. Videofilm hyrs in två gånger per vecka och fast tid i bowlinghall finns en gång per månad. Alla aktiviteter är frivilliga, men förutsätter att klienterna klivit upp till gemensamt morgonmöte kl. 9.00 och för yttre aktiviteter krävs att det inte bedöms föreligga någon avvikningsrisk. Personalen är organiserad i arbetsteam. Inga strukturerade motivationsmetoder nämns.
- Vid den öppna enheten vårdas både kvinnor och män. Verksamheten beskrivs som miljöterapeutisk, ”vilket innebär att klienten skall vara behjälplig i de dagliga sysslorna på avdelningen” (citat från PM). Personalen och klienterna är indelade i städgrupp, köksgrupp och utegrupp och efter en vecka byter man grupp. Syftet är att stärka ADL-träning. Veckoschema upprättas varje måndag då också enskilda samtal, tider hos tandläkare,

⁸ FBH har sedan studien gjordes bytt namn till Frösö LVM-hem.

frisör o.d. noteras. Veckoplaneringen skall skapa struktur i vardagen. Deltagandet brukar vara mycket gott. Man framhåller nyttan man haft av handledning i kognitivt förhållningssätt. Det viktigaste motivationsverktyget är samtal antingen i planerade enskilda samtal eller i samband med aktiviteter.

Frösö behandlingshem har en psykiater och sedan något år även en klinisk psykolog. Den senare gör omfattande utredning då sådan beställts från socialtjänsten. Resursen räcker dock inte till för mer än ett mindre antal av de intagna.

SiS indikationer på "framgångsrikt motivationsarbete"

LVM-institutionerna har uppdraget att motivera den enskilde till fortsatt vård i frivilliga former. Om detta lyckas så har LVM-institutionen möjlighet att ge den enskilde s.k. § 27-placering för att också inleda denna vård. Om personen då återfaller i missbruk kan placeringen avbrytas och personen ifråga återkallas till LVM-institutionen. Det är därefter möjligt att pröva igen med ny § 27-placering. Institutionen har också möjlighet att skriva ut individen helt från LVM före de sex månadernas utgång om vårdens syfte har uppnåtts. De indikationer som SiS har på att LVM-institutionens motivationsarbete har varit framgångsrikt är därmed 1) en "lyckad" § 27-placering, dvs. en som ej lett till återkallande samt 2) tidigare utskrivning pga. av att "vårdens syfte är uppnått".

Av samtliga 28 med fastställd LVM-dom hade 17 personer (61 %) fått någon § 27-placering. Åtta av dessa hade fått fler än en sådan placering, och som högst hade två personer fått fyra § 27-placeringar. Ett antal placeringar hade med andra ord slutat i återkallande. Till sist hade 13 personer (46 %) klarat av att få en lyckad § 27-placering, dvs. en som de inte återkallats ifrån. Ytterligare två personer i vårt material hade skrivits ut i förväg pga. att vårdens syfte hade uppnåtts. För dessa sammanlagt 15 personer finns det därmed någon indikation på att LVM-institutionerna ansett att de fört motivationsarbetet till framgång.

Avvikningar och återfall

Avvikningar under LVM-tiden innebär i allmänhet också återfall i missbruk. Dessa och återfall under § 27-placering är alltså negativa och riskabla vårdhändelser. Fjorton, dvs. hälften av de 28 med fastställd dom, hade sådana negativa vårdhändelser. I den gruppen blev 33 % motiverade (enligt ovanstående indikation) jämfört med 71 % i den övriga gruppen. Det finns alltså ett klart samband att de som återfaller i mindre utsträckning tycks bli motiverade att fortsätta ta emot vård, men sambandet är inte fullständigt. Även de som återfaller har vissa möjligheter att vända under den fortsatta vårdtiden.

Eftervårdens genomförande

När lagen infördes betydde en § 27-placering i allmänhet att personen vårdades på ett frivilligt behandlingshem eller i ett familjehem som socialförvaltningen förordnat. Sedan dess har socialtjänsten allmänt strävat efter en övergång till öppenvård, delvis av ekonomiska skäl. I vårt material med totalt 17 personer som fått någon § 27-placering hade endast tre placerats i behandlingshem, varav två hade klarat sig utan återkallelse. Alla de övriga 14 hade placerats i det egna hemmet. Detsamma gäller dem som skrivits ut före LVM-tidens utgång.

Det finns inget åliggande för LVM-institutionen att kontrollera att den planerade frivilliga vården verkligen kommer till stånd. Det ansvaret åvilar socialtjänsten. Det finns inte ens någon lagstadgad rätt för LVM-institutionen att begära uppgift från socialtjänsten om detta. För att undersöka de fortsatta insatserna får vi därför gå till socialtjänstakterna. Det visade sig då att av de 27 LVM-patienter som fått sina domar fastslagna, och som var i livet, fortsatte fem (19 %) direkt i frivillig vård, jämfört med fem av 19 (26 %) som endast var omedelbart omhändertagna. Bland de med fastställd dom jämfördes de som bedömts motiverade med övriga. Det fanns i det fallet ingen skillnad mellan de som bedömts som motiverade, dvs. fått lyckad § 27 eller tidigare utskrivning (20 %), och de övriga (17 %). ”Motiverad på LVM-hemmet” är tydligen ingen indikation på att man verkligen fortsätter i frivillig vård. Eftervården är därmed lika fördelad bland dessa tre grupper – oberoende av fastställd dom och oberoende av motivationsinsatserna.

Endast 10 av samtliga 46 överlevande LVM-intagna (22 %) har alltså övergått i någon slags frivillig eftervård⁹. Vårdtiderna för dessa 10 var korta, i genomsnitt 88 dagar (sd = 53). Till dessa 10 kan vi lägga sju som visserligen inte gått i eftervård, men som fått andra insatser efter LVM i form av kontaktperson, sysselsättningsverksamhet, insatser enligt LSS etc. Men resterande 29 av de 46 (63 %) har inte haft några som helst fortsatta insatser direkt efter LVM. Socialtjänstakterna antyder inte heller att de skulle ha erbjudits sådana vård- eller stödinsatser. Bland de 29 finns visserligen 7 som har haft *nya* vårdinsatser vilka inletts senare under samma år, men dessa insatser har alltså inte följt direkt på LVM-vården utan har istället motiverats av att personen snabbt har återfallit i destruktivt missbruk. Det kan därför inte ses som eftervård till LVM-perioden, utan snarare som nya insatser som krävts kanske just för att eftervård saknats.

Jämförelse med insatser för kontrollgrupp

I kontrollgruppen har 8 av 33 (24 %) fått frivillig vård under motsvarande period. Två personer for till familjehem, en till behandlingshem och fem började i öppenvårdsprogram under motsvarande tid. Det är därmed samma andel som fått frivillig vård bland kontrollerna som de som fått eftervård bland de LVM-vårdade. Kontrollgruppen har dock i snitt fått nästan dubbelt så långa vårdinsatser jämfört med LVM-gruppen (genomsnitt antal dagar, $m = 157$ [sd = 126]).

Vilka LVM-vårdade tar emot fortsatt vård och stöd?

I en multivariat modell undersöktes vilka variabler som predicerar deltagande i direkta vård- och stödinsatser efter LVM. En mängd variabler prövades: ålder, kön, samboende, barn, utbildning, sysselsättning, boende, drogmissbruk, kriminalitet, psykiska problem, tidigare LVM, vårdtyngd året före, fastställt LVM, negativa vårdhändelser, indikation på motiverad under LVM, kommun (Östersund/övriga). Den senare lades till för att vårdutbudet är större i

⁹ Av dessa åkte fyra på behandlingshem (varav två till tolvstegsbehandling, en till psykiatriskt vårdhem och en till annat behandlingshem för missbruk); två for till familjehem, medan fyra började i öppenvårdsprogram (två i lösningsfokuserad, en i tolvstegsorienterad och en i kognitiv terapi).

Östersund. I en stegvis reducerande process (Stepwise Backward) togs 12 variabler som inte bidrog till förklaringen bort. Den optimala modellen är klart signifikant, förklarar 49 % av variansen och kan rätt predicera 76 % av fallen. Den visas i tabell 5.

Oddsquoten kan förstås som chansen att händelsen (dvs. deltagande i eftervård och stöd direkt efter LVM) inträffar då den förklarande variabeln ökar ett steg, vilket vid dikotom variabel är det samma som förändring från ”nej” till ”ja”.

Tabell 5. Prediktion av deltagande i vård/stödinsatser direkt efter LVM (logistisk regression). Modellens $p = 0,001$. Nagelkerke $R^2 = 0,49$. $N = 45$.

	B	S.E.	Oddsquot	P-värde
Boende (eget el. socialt övergångskontrakt)	2,22	1,02	9,20	0,03
Samboende	-2,63	1,22	0,07	0,03
Psykiska problem	2,64	1,35	13,95	0,05
Drogmissbruk	1,89	0,99	6,61	0,06
(Konstant)	5,02	1,97	0,007	0,01)

Modellen ger förslag på möjliga förklarande faktorer som kan predicera deltagande i fortsatt vård/stöd. Vi finner, ordnat efter graden av säkerhet (lågt p-värde):

- *Att ha en egen lägenhet eller socialt övergångskontrakt.* Det ökar oddset mer än 9 gånger för att personen skall delta i fortsatt vård. Man skulle kunna tänka sig att bostadslöshet tvärtom skulle öka oddset för deltagande, eftersom man då kan få boendeproblemen lösta samtidigt. Men tvärtom tycks boende här öka förutsättningen för att gå vidare i fortsatt vård.
- *Att inte vara samboende.* Att ha en sambo minskar oddset nära 14 gånger för deltagande ($1/0,072 = 13,89$). Man kan tänka sig att den som har en sambo i högre utsträckning försöker få sitt stöd genom den primära relationen. Dessutom kan vistelse på behandlingshem upplevas som en påfrestning för relationen.
- *Att ha psykiska problem.* Det ökar oddset för deltagande nära 14 gånger. Detta kan ha att göra med att större ansträngningar görs för att de med psykiska problem skall få fortsatt hjälp jämfört med andra.
- *Att missbruka droger vid sidan om alkohol.* Denna faktor är inte lika klar då den endast tangerar signifikans. Oddset för att

drogmissbrukare skall delta är mellan 6 och 7 gånger större än att rena alkoholister skall delta. Om drogmissbrukare är mer hågade för fortsatt vård än alkoholister vet vi inte.

Dessa faktorer behöver inte enbart handla om vilka som *kan motiveras till* fortsatt hjälp. Det kan lika gärna vara fråga om att socialtjänsten *prioriterar* ensamstående drogmissbrukare med psykiska problem till olika insatser i högre utsträckning än samboende alkoholister utan psykiska problem. Bostadsfaktorn bryter mönstret. Den negativa faktorn att sakna bostad är relaterad till *mindre* eftervård. Det kan ha att göra med att mycket av den vård som erbjuds när det gäller missbruk är öppenvård. Boendeinsats för hemlösa i form av kategoriboende sker ofta utan fortsatta insatser för att hantera missbruket i sig. Det finns en föreställning – visserligen felaktig – att boendeinsatsen isolerat skulle hjälpa även mot missbruket (Blid & Gerdner 2002).

Lika intressant är vilka faktorer som inte predicerar deltagande. Vårdbehovet mätt med vårdtyngd under föregående år ökade inte deltagandet. Inte heller motivation under LVM så som den visades i institutionens hantering, eller negativa vårdhändelser.

4. Vårdens utfall

Överlevnad

Fram till 1 december 2002 hade åtta personer i LVM-gruppen och två bland kontrollerna avlidit. För samtliga avlidna kunde vi genom dödsintyg klassificera dödsorsakerna. Direkt missbruksrelaterade orsaker är akut levercirrhos, somnat kraftigt berusad utomhus och dött av nedkylning, förgiftning som enligt certifikatet ”sannolikt skett i berusningssyfte” samt skallskada till följd av fall under kraftig fylla. Samtliga misstänkta självmord har skett våldsamt: hängning, lagt sig framför tåg, hoppat (?) från färja. Två fall var misstänkta mord i samband med missbruk och en dog av hjärtinfarkt. Tre var 20-25 år gamla och övriga var 41-57 år gamla när de avled.

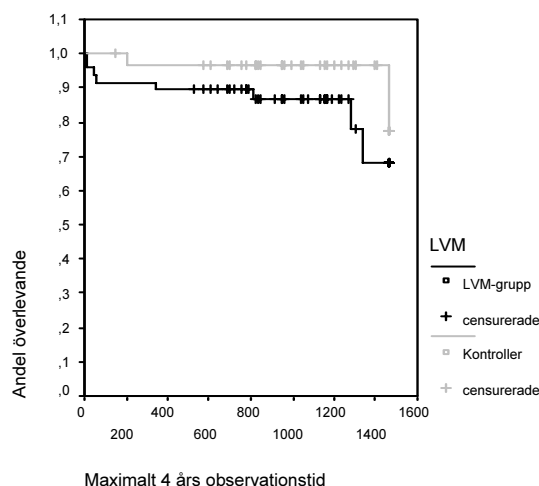
Tabell 6. Andel döda och antal dödsorsaker i LVM-grupp och kontroller.

	LVM	Kontroller	p
	N = 47	33	
Total andel döda, %	17,0	6,1	0,14
Dödsorsak, antal:			
Direkt relaterad till missbruk	3	1	
Suicid, eller misstänkt suicid	3	-	
Annan våldsam död	2	-	
Annan dödsorsak	-	1	
Andel döda inom ett år från utskrivning, %	10,6	3,0	0,20

Andelen döda i LVM-gruppen är alltså nära tre gånger så hög som i kontrollgruppen, men skillnaderna ryms trots detta inom vad som kan vara slumpvis fördelning. Dödsfallen har inträffat olika lång tid efter den aktuella LVM-perioden.

Ser vi till antalet döda på relativt kort sikt – inom ett år från utskrivning – så var det drygt tre gånger så många döda i LVM-gruppen, vilket skulle tala för sämre överlevnad i LVM-gruppen. Överlevnad över tid studeras bättre med Kaplan-Meier-kurvor, som visar andelen överlevande vid olika tidpunkter. Figur 1 visar överlevnaden upp till 4 år. Efterhand som observationen upphör "censureras" individen från kurvan, vilket innebär att andelen beräknas på kvarvarande observationer. LVM-gruppen låg något under kontroller. Skillnaderna visar en tendens ($p = 0,12$) men uppnår inte statistisk säkerhet.

Figur 1. Jämförelse mellan LVM-grupp och kontroller vad gäller överlevnad under 2–4 år (n = 47 + 33).



Man kan också undersöka vilka bakgrundskaraktäristika som predicerar kortare överlevnad i en multivariat modell. Den multivariata motsvarigheten till Kaplan-Meier-kurvorna för tid till första tillnyktring är Cox regression. Den analysmetod som använts kallas Backward Stepwise och innebär att de faktorer som inte ökar modellens samlade förklaringsförmåga stegvis plockas bort till dess att den optimala modellen framträder. De bakgrundsfaktorer som prövats är ålder, kön, LVM, drogmissbruk (utom alkohol), psykiatriska problem, kriminell bakgrund, sakna arbete/sysselsättning, sakna bostad (egen eller övergångskontrakt/ej sådan), leva ensam samt vårdtyngd året före. Modellen reducerades stegvis genom att insignifikanta faktorer togs bort. I den optimala modellen, som inte nådde full signifikans ($p = 0,075$), återstod endast kön och ålder. Män och äldre dör tidigare även i denna grupp, precis som fallet är bland andra.

Sammanfattningsvis kan vi säga att vi har en mycket hög dödlighet, som är direkt relaterad till missbruk, våld och självmord. Denna dödlighet är högre i LVM-gruppen, men tvångsomhändertagandet bidrar inte till att förklara dödsfallen då andra faktorer inkluderas i analysen.

Tid till första tillnyktring eller avgiftning efter LVM-perioden

Av de 34 LVM-omhändertagna som tidigare nyttjat TNE (dvs. sedan bortfallsgruppen exkluderats) återkom 24 personer någon gång efter LVM-perioden till TNE för ny tillnyktring eller avgiftning, och en återföll och hann avlida innan han återkom till TNE. De övriga 9 personerna behövde inte ny tillnyktring så länge vår observation sträckte sig. Ytterligare två personer klarade sig minst ett år innan de behövde en ny vistelse på TNE. För dessa elva personer (32 %) finns alltså en stark indikation på förbättrad situation, även om vi inte kan påstå att alla dessa varit helt missbruksfria.

På samma sätt som överlevnad ovan mättes i observerad tid till eventuellt dödsfall har *tiden som personerna klarat sig utan ny tillnyktring eller avgiftning*¹⁰ använts som mått på förbättring. Tiden har då räknats från det att utskrivning eller "lyckad" § 27-placering gjordes fram till tidpunkt för första TNE-vistelse¹¹. Observationstiderna var i genomsnitt 981 dagar för LVM-gruppen, dvs. drygt 2 år och 7 månader (sd = 409). För kontrollgruppen var den 1 028 dagar (sd = 365), dvs. 2 år och närmare 10 månader.

LVM-vårdade och kontroller

Först jämförs tid till första tillnyktring mellan 34 i LVM-gruppen och 33 i kontrollgruppen. Nio i LVM-gruppen (26,5 %) och nio av kontrollerna (37,5 %) har, efter LVM-perioden eller motsvarande, *inte* återfallit i missbruk som fordrat hjälp vid TNE¹². Dessa förefaller alltså ha en klart förbättrad situation och det finns ingen klar skillnad mellan de LVM-dömda och kontrollerna härvidlag. För de övriga har tiden fram till tillnyktring varierat kraftigt. Nedan visas (figur 2) Kaplan-Meier-kurvor, där x-axeln liksom tidigare beskriver observationstid medan y-axeln här beskriver andel av personerna som ännu vid aktuell tidpunkt inte behövt vård på TNE.

Som synes följer kurvorna varandra mycket väl. I båda grupperna kommer återfallen snabbt för relativt stora grupper. Men efter sex-sju månader börjar kurvorna plana ut, vilket tyder på att de

¹⁰ Fortsättningsvis skrivs "tillnyktring", men inkluderar då även avgiftningarna.

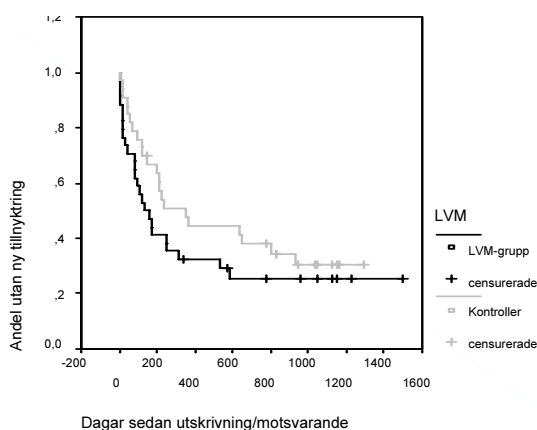
¹¹ Därtill läggs tidpunkten för ett missbruksrelaterat dödsfall som inträffade utan ny vård på TNE. De som har dött och de som flyttat från länet kan endast studeras fram till dödsdatum respektive flyttdatum. Övriga har studerats till 1 december 2002.

¹² Bland dem som återfallit finns en LVM-person som visserligen aldrig återkom till TNE, men som dog under återfall.

som klarat sig så länge har god chans att klara sig i fortsättningen också.

Kontrollerna klarar sig något längre men skillnaderna når inte statistisk signifikans (Breslows statistika: $p = 0,10$). I det följande skall vi undersöka LVM-gruppen närmare.

Figur 2. Jämförelse mellan LVM-grupp och kontroller vad gäller tid till första tillnyktring ($n = 34 + 33$).



De omedelbart omhändertagna och de med fastställd dom

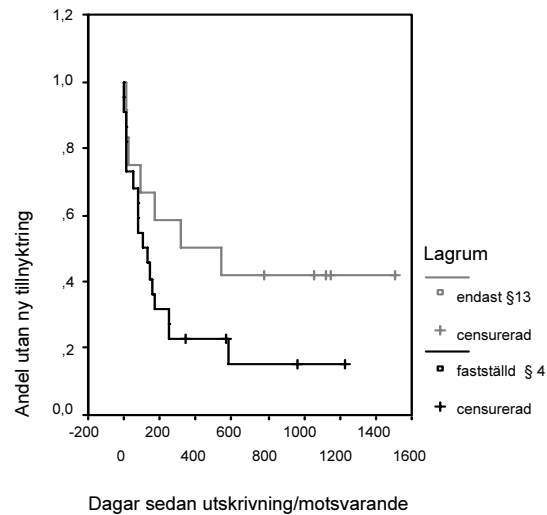
Hur går det för 22 personer som fått sin dom fastställd i länsrätt jämfört med 12 som endast blivit omedelbart omhändertagna? Den förra gruppen har, som vi sett, betydligt svårare missbruk, och de stannar upp till sex månader inom tvångsvård i någon form, medan den andra gruppen har relativt sett lindrigare missbruk och vårdas i allmänhet endast akut 1-2 veckor.

I figur 3 visas att vissa i båda grupperna återfaller lika snabbt allra första tiden, men av de som fått fastställd LVM-dom fortsätter fler att återfalla månaderna efteråt. Prövningen har gjorts med Breslows statistika, som beaktar observationernas antal vid varje tidpunkt. Skillnader mellan kurvorna når inte riktigt signifikans ($p = 0,11$).

Talar detta i sig för att en kortare vårdtid är önskvärd? Det kan inte besvaras med denna jämförelse. För det behövs jämförelse med likvärdiga grupper eller att lagrum för LVM kontrolleras som fak-

tor bland andra i multivariat analys. I det följande skall vi titta på vårdfaktorer för de 22 som hade fastställd dom.

Figur 3. Jämförelse mellan intagna enligt 4 § LVM (som fastställts) och omedelbart omhändertagna (endast § 13), vad gäller tid till första tillnyktring (n = 22 + 12)

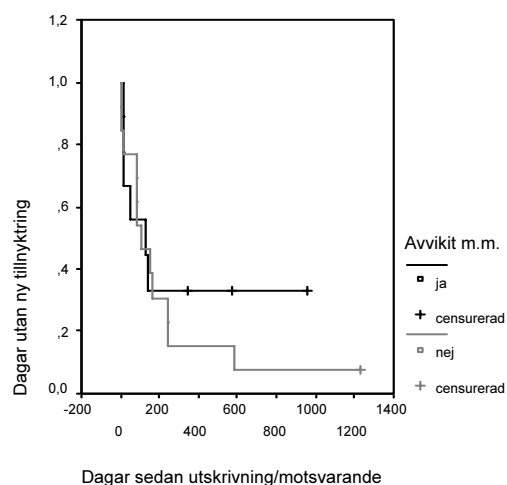


Personer med och utan negativa vårdhändelser

Nästa frågeställning handlar om betydelsen av negativa vårdhändelser såsom återfall och avvikningar under LVM-perioden. Är det så att negativa vårdhändelser förvärrar prognosen för de intagna? Här studeras bara de 22 som har fastställd dom.

I figuren intill jämförs 9 som haft negativa vårdhändelser under LVM, såsom avvikning eller återkallande från § 27-placering med 13 andra som hade fastställd dom men som inte hade negativa vårdhändelser. Det finns inga skillnader - framför allt inte de första månaderna - som man nog kunde ha väntat sig.

Figur 4. Jämförelse bland LVM-vårdade med fastställd dom som haft respektive inte haft negativa vårdhändelser, vad gäller tid till första tillnyktring. (n = 9 +13)



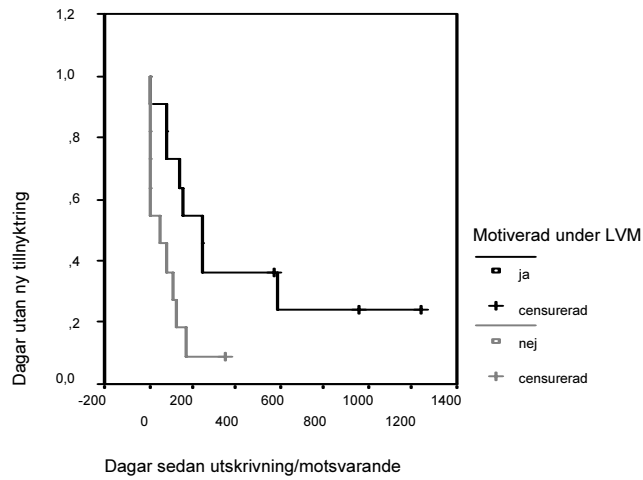
De som bedömts ”motiverade” respektive ”omotiverade”

Hur visar sig LVM-institutionernas motivationsarbete i återfallskurvorna? Indikationer på framgångsrikt motivationsarbete är, som tidigare nämnts, en ”lyckad § 27-placering” eller utskrivning före sex månader på grund av att vårdens syfte uppnåtts. I figur 6 jämförs 11 motiverade med 11 som inte motiverats, men som också fått sina LVM-domar fastställda.

Kurvorna skiljer sig här relativt tidigt och delar sig sedan alltmer. Breslows statistika visar klart signifikanta skillnader mellan kurvorna ($p = 0,012$).

De som LVM-institutionen anser ha motiverats tycks klara sig längre tid innan de återfaller. Beror då detta positiva utfall hos de ”motiverade” på att fortsatt frivillig vård verkligen kommit till stånd? Nej, som vi tidigare såg fick de inte eftervård mer än de omotiverade. Därmed övergår vi till den fortsatta vårdens betydelse.

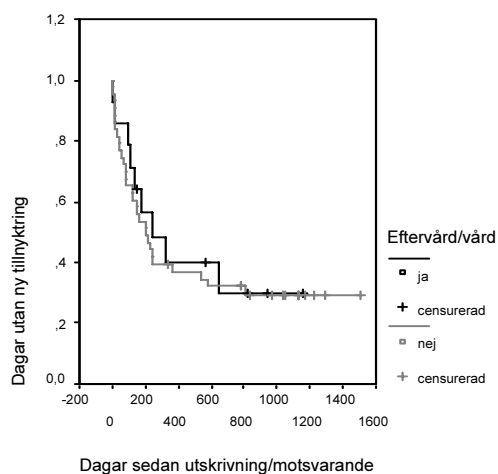
Figur 5. Jämförelse mellan 11 som har motiverats till fortsatt frivillig vård (§ 27 eller tidigare utskrivna) och 11 som inte motiverats vad gäller tid till första tillnyktring.



De som fortsatt i frivillig vård och de som inte gjort så

Frågan om den frivilliga vården belyses i tre figurer. Först (i figur 6) ges en allmän bild av dem som haft respektive inte haft frivillig eftervård eller annan stödinsats. Bilden inkluderar både LVM-intagna och kontroller, men inte bortfallsgruppen och inte den person som avled under avvikning från § 27-vistelse.

Figur 6. Jämförelse bland LVM-vårdade (oavsett fastställd dom) samt kontroller mellan de 14 som fått eftervård/stöd (eller motsvarande) och de 43 som ej fått det vad gäller tid till första tillnyktring.



Märkligt nog kan vi inte se någon skillnad i utfall. Som båda figurerna visar följs kurvorna åt mycket tätt mellan de 14 som fått eftervård/stöd och de 43 som inte fått det. Detta är förvånande till exempel mot bakgrund av vad jag och andra funnit i tidigare studier. Vi återkommer till detta.

Multivariat analys av tid till återfall och ny tillnyktring

Tidigare har vi sett i de bivariata modellerna att LVM-vården har svårt att förklara hur det går efteråt. Vi hade inga skillnader jämfört med kontroller ifråga om tid till första återfall som lett till TNE-vistelse. Negativa vårdhändelser har ingen betydelse för utfallet. Om man "motiverats" tycktes visserligen spela roll, men det skedde inte, som man kunde ha förväntat, genom deltagande i fortsatt vård. Frågan är då om det finns andra faktorer, till exempel individfaktorer, som bättre förklarar utvecklingen? I multivariata modeller kan vi pröva olika faktorer relativa förklaringsförmåga - både bakgrundsfaktorer och behandlingsfaktorer tillsammans.

Den multivariata motsvarigheten till Kaplan-Meier-kurvorna för tid till första tillnyktring är Cox regression. Den analysmetod som

använts kallas ”backward stepwise” och innebär att de faktorer som inte ökar modellens samlade förklaringsförmåga stegvis plockas bort till dess att den optimala modellen framträder. Då jag önskar pröva betydelsen av eftervård/stöd kan inte den person ingå som dog innan eftervård var möjlig. Tre analyser prövas.

Analys nr 1: Hela studiepopulationen med kontroller undersöks. Analysen prövar följande oberoende (potentiellt förklarande) faktorer: kön, ålder (kontinuerlig), vårdtyngd under året före (kontinuerlig), drogmissbruk (någon drog utöver alkohol/ej), sambo, sysselsättning (någon regelbunden/ej), bostad (egen eller övergångskontrakt/ej), dömd för brott, fängelse under föregående år, psykisk vård, LVM, eftervård.

Analys nr 2: Denna begränsas till LVM-gruppen, och prövar samma oberoende variabler som den föregående men istället för LVM tar vi här med typ av lagrum, dvs. fastställd dom eller ej.

Analys nr 3: Utgår från hela studiepopulationen men antalet har begränsats av att variabeln ”har barn” ingår som oberoende variabel. Här används inte vårdtyngd som oberoende variabel (förklaras nedan).

De optimala modellerna är signifikanta och visas i tabell 7, som ger regressionskoefficienter (B) med standardfel (SE). Koefficienterna är associerade med händelsen ny TNE-vård, vilket innebär att *positiva koefficienter beskriver förkortad tid* (= sämre prognos), medan *negativa koefficienter beskriver förlängd tid* till dess händelsen inträffar (= bättre prognos). Exp(B) kan tolkas som relativ risk för återfall då respektive faktor föreligger. P-värdena beskriver sannolikheten att nollhypotesen kan avvisas, och värden på och under 0,05 tolkas som statistiskt signifikanta.

Tabell 7. Tre multivariata modeller (nr 1 hela studiepopulationen med tillgängliga data; nr 2 begränsat till LVM, nr 3 med tillgängliga data även på variabeln ”har barn”) över faktorer som förklarar kort tid till eventuell ny vård på TNE (Cox regression).

	n	Modellens p-värde	Oberoende variabler	B	SE	Exp(B)	p
Analys nr 1: LVM-grupp + kontroller	67	< 0,001	Vårdtyngd före	0,04	0,01	1,04	< 0,001
Analys nr 2: Endast LVM-grupp	33	< 0,001	Vårdtyngd före	0,04	0,01	1,04	< 0,001
Analys nr 3: LVM-grupp + kontroller	58	0,03	Har bostad	-0,71	0,33	0,49	0,03
			Har barn	-0,64	0,33	0,53	0,06

De två första modellerna är som synes mycket lika och påverkas inte av huruvida kontrollerna är med. Båda visar att den tidigare vårdtyngden har den helt avgörande betydelsen för vilka som snabbt återgår till svårt missbruk som kräver ny tillnyktring. De som tidigare hade svåraste problemen återgår snabbt i gamla mönster. Detta slår ut alla andra faktorer. Tvång eller ej och fastställd dom eller ej tycks inte spela någon roll har i detta fall ingen roll.

Men den vårdtyngd man hade föregående år kan ju i sin tur ha hängt samman med hur individen hade det i en mängd sociala och hälsomässiga faktorer då. Det bör alltså finnas olika interaktioner mellan vårdtyngd och dessa faktorer som gör att deras betydelse döljs av att vårdtyngd föregående år fungerar som samlande mått på de då aktuella problemens svårighetsgrad¹³. Om vi tar bort denna faktor från analysen och istället har med den relevanta nätverksfaktorn "har barn" (då vi tvingas acceptera att antalet observationer minskar till 58 pga. internt bortfall) så blir modellen ändå signifikant ($p = 0,033$). Både bostad och att ha barn (även om man inte lever ihop med dem) framträder som skyddande faktorer. Ingen annan faktor bidrog nämnvärt.

Förändrad vårdtyngd på TNE jämfört med tidigare

Det tredje sättet att mäta utfall är att studera hur det fortsatta behovet av TNE-vård utvecklats under hela året efter utskrivningsdatum jämfört med året före. Då begränsar vi oss inte, som i den föregående analysen, endast till det första missbrukstillfället efter utskrivning som krävt vård på TNE.

Här har som tidigare bortfallsgruppen exkluderats. Dessutom bortfaller den som avled under § 27-vistelsen. Av de resterande 33 har nio personer (28 %) minskat till noll tillnyktringar; ytterligare fem personer (15 %) har minskat sin vårdtyngd med minst 12 dagar, medan ytterligare fem personer minskat sin vårdtyngd mer marginellt (högst en vecka). Detta visar att totalt 58 procent har

¹³ Det visar sig också i en stegvis multivariat linjär regression där "vårdtyngd föregående år" är beroende variabel medan följande demografiska och sociala faktorer är oberoende: kön, ålder, sambo, har barn, har bostad, har arbete/sysselsättning, drogmissbruk, haft psykisk vård och dömd för brott. Optimal modell förklarar 18 % av variationen, är signifikant ($p = 0,01$) och ger följande förklarande faktorer: Har bostad (egen eller socialövergångsbostad, $B = -8,6$; $sd = 3,9$; $p = 0,03$), har barn ($B = -8,0$; $sd = 3,8$; $p = 0,04$), samt dömd för brott ($B = -7,4$; $sd = 3,8$; $p = 0,06$).

minskat sin vårdtyngd överhuvudtaget, varav 42 procent substantiellt.

Vårdtyngd för LVM-vårdade och kontroller

Uppgifterna för 33 LVM-omhändertagna och 33 kontroller visas i tabell 8. Skillnaderna mellan perioderna före och efter prövades med t-test (paired samples) i respektive grupp. Skillnad mellan grupperna prövades med t-test för oberoende grupper. Tabellen innehåller även inomgruppskorrelationer för att undersöka om de som tidigare hade problemen i huvudsak är desamma som hade dem även tidigare.

Tabell 8. Jämförelser i vårdtyngd på TNE mellan LVM-grupp och kontroller, jämförelser inom grupperna över till, samt inomgruppskorrelationer.

	LVM-grupp	Kontrollgrupp	Sign. (a)
N =	33	33	
Vårdtyngd året före, m (sd)	13,05 (18,80)	6,11 (5,91)	0,05
Vårdtyngd året efter, m (sd)	10,30 (14,01)	5,44 (9,83)	0,11
Förändring, m (sd)	-2,76 (16,14)	-0,68 (9,82)	0,53
Signifikant förändring inom respektive grupp (b)	0,33	0,70	
Inomgruppskorrelation (c)	0,55	0,30	
Signifikans för inomgruppskorrelation	0,001	0,09	

(a) P-värden avser jämförelsen mellan LVM-grupp och kontroller för respektive variabel med t-test för oberoende grupper (b) P-värden avser jämförelse före-efter med t-test för matchade par (c) Korrelation för mätningar vid olika tidpunkter inom respektive par.

LVM-gruppen hade, som vi tidigare sett, betydligt större vårdtyngd än kontrollerna året före. Skillnaderna under året efter fanns kvar men hade krymt. Storleken på minskningen skiljde dock inte signifikant mellan grupperna, inte heller inom grupperna.

Inom LVM-gruppen fanns en mycket hög inomgruppskorrelation. De LVM-omhändertagna som hade hög vårdtyngd tidigare hade så även senare. I kontrollgruppen var denna korrelation något lägre. De LVM-omhändertagna är alltså något mer cementerade i sina mönster än kontrollgruppen. I ett par analyser studeras nu LVM-gruppen närmare.

Vårdtyngd för de med och utan fastställd dom

Vårdtyngden på TNE före respektive efter samt förändringen där- emellan jämfördes mellan 21 personer som fått fastställd LVM- dom (4 § LVM) och 12 personer som enbart varit omedelbart omhändertagna (13 § LVM).

Tabell 9. Jämförelser i vårdtyngd på TNE mellan de med fastställd LVM-dom och de som endast varit omedelbart omhändertagna

	Fastställd dom	Endast §13	Sign. (a)
N =	21	12	
Vårdtyngd året före, m (sd)	17,43 (22,11)	5,39 (6,23)	0,03
Vårdtyngd året efter, m (sd)	12,14 (15,34)	7,06 (11,21)	0,32
Förändring, m (sd)	-5,29 (17,15)	+ 1,67 (13,74)	0,21
Signifikant förändring inom respektive grupp (b)	0,17	0,68	
Inomgruppskorrelation	0,63	-0,17	
Signifikans för inomgruppskorrelation (c)	0,002	0,59	

(a) P-värden avser jämförelsen mellan LVM-grupp och kontroller för respektive variabel med t-test för oberoende grupper (b) P-värden avser jämförelse före-efter med t-test för matchade par (c) Korrelation för mätningar vid olika tidpunkter inom respektive par.

Under *perioden före* fanns, som väntat, mycket klara skillnader. De med fastställd dom hade då ungefär tre gånger så stor vårdtyngd (17,43 jämfört med 5,39). Under *perioden efter* tycktes skillnaderna i viss mån ha utjämnats (12,14 jämfört med 7,06). Jämför man de båda gruppernas *förändring mellan perioderna* så har de med fastställd dom tenderat att minska sin vårdtyngd något, medan de omedelbart omhändertagna istället har ökat något.

Fortfarande finns en hög inomgruppskorrelation bland de med fastställd dom. De som tidigare hade svåraste problemen har svårast problem efteråt också. Bland de som endast var omedelbart omhändertagna saknas inomgruppskorrelation. I denna grupp har större förändringar skett i olika riktningar.

Vårdtyngd efter LVM i förhållande till motivation och vårdhändelser

I tabell 10 undersöks olika undergrupper bland de 21 med fastställd LVM-dom med avseende på negativa vårdhändelser och indikationer på motivation.

Tabell 10. Skillnader i vårdtyngd på TNE mellan perioden före och efter för olika grupper som alla hade fastställd LVM-dom, uppdelat beroende på vårdförlopp. N = 21

	N	Före	Efter	Differens
Motiverade	10	5,83 (4,62)	7,53 (9,96)	+ 1,69 (7,97)
Ej motiverade	11	27,98 (26,48)	16,35 (18,45)	-11,63 (20,93)
Negativa incidenter	8	18,63 (26,31)	12,84 (14,30)	-5,79 (21,85)
Inga negativa incidenter	13	16,69 (20,24)	11,72 (16,50)	-4,98 (14,55)

De motiverade (med eller utan negativa incidenter) har lägre vårdtyngd året efter jämfört med de omotiverade. I absoluta termer har de motiverade alltså bättre utfall, precis som vi tidigare såg i Kaplan-Meier-kurvorna. Men ser vi också till deras utgångsläge och hur utvecklingen varit sedan dess blir bilden en annan. Denna grupp har trots allt försämrats relativt sitt tidigare läge, medan de "omotiverade" istället inte obetydligt har förbättrats.

Personer med negativa vårdhändelser hade ungefär samma vårdtyngd som de utan sådana händelser, och detta gällde både året före och året efter. De som "strular" har alltså förbättrats i ungefär samma utsträckning som övriga.

Det mest förvånande i denna tabell är alltså att SiS indikation på "motivation" inte framstår som en positiv faktor, utan som en negativ, när det gäller förändring av vårdtyngd. Det förhåller sig t.o.m. så att de sju personer som *både* bedömts som "motiverade" och som inte heller "strulat" i själva verket hade den allra sämsta utvecklingen vad gäller förändrad vårdtyngd (från 5,79 till 10,17, dvs. med en ökning av vårdtyngden på 4,38), och var den enda av de fyra - visserligen små - grupperna som ökat sin vårdtyngd. De ur institutionens perspektiv bäst anpassade patienterna har därmed de sämsta relativa utfallen. Det innebär att vi måste ställa oss frågan vad som ligger bakom att vissa bedöms motiverade och andra inte.

Vårdtyngd för de med och utan fortsatta stödinsatser

I tabell 11 presenteras det samlade utfallet för tvångsomhändertagna och kontroller, samt - för båda grupperna - fördelat på dem som fått respektive inte fått stöd och vård direkt efter utskrivningen.

Tabell 11. Skillnader i vårdtyngd på TNE mellan perioden före och efter för LVM-vårdade och kontroller, uppdelat beroende på förekomst av vård och stödinsatser (utöver LVM). T-test för "paired samples".

	N	Före	Efter	Differens	p
Samtliga LVM och kontroller	66	9,58 (14,26)	7,87 (12,26)	-1,72 (13,30)	e.s
Dito, utan fortsatt vård/stöd	48	9,64 (15,61)	7,34 (12,27)	-2,30 (12,27)	0,20
med fortsatt vård/stöd	18	9,44 (10,19)	9,28 (12,46)	-0,15 (19,97)	e.s.

Förändringarna är som synes små, och faktiskt särskilt små inom den grupp som ändå fått fortsatt vård/stöd! Detta förefaller märkligt, men överensstämmer med Kaplan-Meier-analyserna av tid till första tillnyktring.

Multivariat analys av faktorer som förutsäger vårdtyngden året efter

Ovan har vi sett att vårdtyngden minskade något både i LVM-grupp och kontrollgrupp, men mest hos dem som hade största problemen tidigare och därmed fick fastställd dom. Fortsatta vård och stödinsatser tycks inte ha bidragit. Motivation och negativa vårdhändelser verkar inte vara relaterade till utvecklingen på det sätt som kunde förväntas. Möjligen därför att det sker en allmän utjämning av extremer från det ena året till det andra - ett fenomen som brukar kallas *regression to the mean* och därmed lämnas lika oförklarad som förut.

Frågan är dock om det finns andra, till exempel sociala individfaktorer, som bättre förklarar utvecklingen. I några multivariata analyser kan vi pröva olika faktorer relativa förklaringskraft för den beroende variabeln "vårdtyngd året efter". Som oberoende variabler används: kön, ålder, LVM-vård, drogmissbruk utöver alkohol, vårdad för psykiska problem, dömd för brott, fängelse året före, vårdtyngd året före, samboende, har arbete/sysselsättning, eftervård. Precis som tidigare - då vi studerade tid till första tillnyktring - skall analys 1 inkludera både LVM-grupp och kontroller, medan analys 2 enbart studerar LVM-gruppen och därmed kan ta med variabeln "fastställd dom". I analys 3 ersätter vi variabeln

”vårdtyngd året före” med ”har barn” enligt samma logik som i tidigare multivariata analyser.

Analysmetoden är multipel linjär regression som genomförs ”Backward Stepwise”. Koefficienten B är relaterad till storleken på ”vårdtyngd efter”. Eftersom en stor vårdtyngd året efter är ett *negativt utfall*, så innebär positiva koefficienter en negativ prognos för utfall, medan negativ koefficient visar positiv prognos. Beta är en koefficient som standardiserats för att bli oberoende av skalans längd. Därmed lämpar sig den bäst när man vill jämföra faktorernas styrka med varandra

Tabell 12. Tre multivariata modeller över faktorer som förklarar vårdtyngd året efter (nr 1 hela studiepopulationen, LVM plus kontroller, med tillgängliga data; nr 2 begränsat till LVM, nr 3 med tillgängliga data även på variabeln ”har barn”).

	n	Adj. R ²	Modellens p-värde	Oberoende variabler	B	SE	Beta	p
<i>Analys nr 1:</i> LVM-grupp + kontroller	65	0,31	< 0,001	Vårdtyngd före	0,40	0,09	0,47	< 0,001
				Har bostad	-5,81	2,61	-0,24	0,03
				Drogmissbruk (Konstant)	5,47 4,60	2,55 2,40	0,23 -	0,04 0,06
<i>Analys nr 2:</i> Endast LVM- grupp	33	0,38	0,001	Vårdtyngd före	0,46	0,11	0,62	< 0,001
				Drogmissbruk	5,47	2,55	0,23	0,04
				Haft psykisk vård (Konstant)	-9,90 7,63	5,48 5,30	-0,26 -	0,08 0,16
<i>Analys nr 3:</i> LVM-grupp + kontroller	58	0,15	0,01	Har bostad	-8,33	3,10	-0,33	0,01
				Drogmissbruk	5,43	3,04	0,23	0,08
				Har barn (Konstant)	-5,50 13,84	3,13 3,23	0,22 -	0,09 < 0,001

- De två första analyserna visar samfällt att tidigare vårdtyngd är utslagsgivande också för vårdtyngden efteråt. De som tidigare hade hög vårdtyngd har alltså större risk för fortsatt hög vårdtyngd. Detta är stabilt även när vi begränsar oss till LVM-gruppen.
- Här finns nu två modererande faktorer: drogmissbrukare har något sämre prognos i alla tre modellerna, medan de med psykiska problem har något bättre prognos. Den senare hittar vi enbart då LVM-gruppen studeras ensam.

- Bostad (egen bostad eller social övergångsbostad) var en skyddande faktor i den första analysen, och återkommer än starkare då vårdtyngd inte ingår i modellen.
- Att ha barn förefaller möjligen också vara en skyddande faktor då vårdtyngd inte ingår i modellen. Denna tendens fann vi också vid studiet av tid till första tillnyktring.
- Eventuellt tvångsomhändertagande eller fastställd dom tycks inte ha någon påtaglig betydelse för den fortsatta utvecklingen.

5. Diskussion

Studien går igenom de LVM-vårdade i Jämtland 1998-2000, både de omedelbart omhändertagna och de med fastställd dom. Deras sociala situation, missbruk, psykiska hälsa och tidigare vårderfarenheter presenteras. Utfall av LVM-vårdens genomförande undersöks vad gäller motivationsarbete och negativa vårdhändelser. Vidare studeras övergång i eftervård och andra stödinsatser, samt olika utfall efter vården på kort sikt (tid till första återfall), medellång sikt (vårdtyngd året efter) samt lång sikt (överlevnad).

Metodologiska erfarenheter och begränsningar

Den ursprungliga strävan i denna studie var att pröva precisa mått på utfall utifrån register och tillämpa dessa i parvis matchning mellan LVM-vårdade och kontroller. Matchningen tycktes initialt ha lyckats för närmare hälften av de LVM-intagna, men efterkontroller i sjukhusregister och socialtjänstakter avslöjade viktiga skillnader mellan LVM-grupp och kontroller. Detta medförde att den parvisa designen måste överges. Istället har LVM-grupp och kontroller hanterats som oberoende grupper. Kontroll av de olika faktorernas betydelse för utfallet har därför gjorts genom multivariata analyser. De faktorer som ursprungligen skiljde mellan LVM-grupp och kontroller hanteras i modellerna. De faktorer som kvarstod i dessa kan inte avisas, utan bör ses som relaterade till utfallet. Studien har givit tre viktiga metodologiska erfarenheter:

1. Det var möjligt att generera precisa mått som visat sig fungera väl för huvuddelen av de studerade: dels antalet dagar till första tillnyktring/avgiftning och dels förändring av vårdtyngd. Dock fungerade dessa mått inte för den grupp om 13 personer som

- inte tidigare nyttjat TNE trots gravt missbruk som lett till LVM.
2. En annan erfarenhet av denna studie är att den kan bidra till att peka ut faktorer som bör kontrolleras i ett eventuellt nytt försök till matchad kontrollstudie. Det räcker alltså inte med att ålder, kön, boendeort, drogtyp och svårighetsgrad i missbruk (vårdtyngd före) stämmer överens. Därtill behövs även kontroll av hälsoläge och tidigare stödinsatser.
 3. Genom uppgifter från denna studie har en s.k. powerberäkning gjorts¹⁴. Det var inte möjligt tidigare då det saknades uppgifter om utfall för dem som inte tvångsvårdats. Beräkningen visar att det vore önskvärt att i en framtida studie ha omkring 75 personer i vardera gruppen för att nå en power på drygt 80 procent.

Därmed har också några av de viktigaste metodproblemen antytts.

- a) Den grupp för vilken utfallsdata inte var valida skiljde sig i att den i något högre utsträckning än övriga liknade normalbefolkning. Normalt har dessa en något bättre prognos.
- b) Utfallsmåtten är visserligen precisa, men därigenom också svårare att jämföra med andra utfallsstudier som använder trubbigare mått. Det är lättare att påvisa förbättring med en fingradig skala.
- c) Det fanns systematiska skillnader mellan LVM-omhändertagna och kontroller som alla gick i den riktningen att LVM-omhändertagna borde få sämre prognos.
- d) Som det nu är har vi för litet antal observationer för att med tillräcklig grad av säkerhet kunna avvisa gruppskillnader.
- e) Därtill kommer att det fanns visst internt bortfall på vissa variabler.

Punkterna får lite olika betydelse i olika situationer. Vill vi jämföra *med andra utfallsstudier* kan punkt a) leda till att vi underskattar förbättringen här jämfört med i andra studier, medan punkt b) snarare innebär att vi lättare kan påvisa förbättring, vilket leder till risk för att vi överskattar hur bra det går för Jämtlandspatienterna jämfört med på andra håll. Min bedömning är att risken för överskattning är större än risken för underskattning.

Ingen av punkterna a) eller b) är något hinder för jämförelserna *inom detta material*, till exempel mellan LVM-grupp och kontroller.

¹⁴ Med benäget bistånd av professorn i statistik Lennart Bodin.

Det är däremot punkt c) som riskerar att systematiskt underskatta effekten av insatserna för de LVM-vårdade. Men denna risk hantearas genom de multivariata analyserna och bör därför inte vara något stort problem.

Punkterna d) och e) innebär att vi *inte kommer att kunna hitta alla samband* som finns i verkligheten. Det är exempelvis möjligt att en större studie bättre skulle ha kunnat förklara vilka faktorer som medverkar till den höga överdödligheten. Fynden redovisas med denna reservation, men också i förhoppningen att fler och kanske större motsvarande studier skall göras och att fynd i sådana studier kan adderas till fynden i denna studie i kommande meta-analyser.

Därmed över till diskussion om studiens fynd.

Praktiskt taget all LVM-vård i JSämtland aktualiseras som akutärenden

Omedelbara omhändertaganden i Jämtland uppgår idag till 95 procent av alla LVM-ärenden. Utvecklingen mot större andel akuta omhändertaganden finns i hela landet även om detta tycks ha gått betydligt längre i Jämtland. Å ena sidan kan det tolkas som att det finns ett stort behov av ett livräddande akuttvång. Å andra sidan kan det också tolkas som socialtjänsten idag brister i uppsökande verksamhet som i tid försöker aktualisera vård, såväl frivilligt som, där så är nödvändigt, med tvång. Arbetet med att motivera den enskilde i en vårdplanering får nu istället starta med ett akut omhändertagande. Erfarenheter från studier där LVM-vårdade intervjuats om upplevelser av kränkningar i samband med tvångsvården har just pekat på att själva omhändertagandet varit speciellt svårt att acceptera (Bergmark 1994, Sallmén 1999, Gerdner 2000, Ekendahl 2001). Vården i sig har i allmänhet skett med respekt, men att oförberedd bli omhändertagen med polisens hjälp och forslad till en låst institution, har av många beskrivits som traumatiskt. Det betyder rimligen också en extra påfrestning för det motivationsarbete som skall ske på LVM-institutionen. Man kan förvänta sig att en sådan inledning gör många avogt inställda till samhällets auktoriteter och att de utifrån detta ifrågasätter LVM-lagens motiv.

Domarna urskiljer de med störst akut vårdbehov och mest utsatta läge

Andelen omedelbara omhändertaganden som genomförs utan att socialtjänsten fullföljer ärendet till länsrätten har kraftigt ökat. I debatten har framkommit att kommunernas ekonomi och vårdideologiska ställningstaganden kan ha bidragit till detta. Mot den bakgrunden är det intressant att undersöka vad som skiljer de som får fastställda LVM-domar jämfört med de omhändertagna som inte får detta. Studien visar att *de som får sina domar fastställda har större vårdbehov för sitt destruktiva missbruk*, vilket visat sig i fler tillnyktringar och, framför allt, fler avgiftningar, jämfört med dem vars omhändertagande inte fastställs. Den förra gruppen har också en mer utsatt situation genom att de oftare saknar egen bostad. Det tycks alltså finnas reella skillnader mellan dem som enbart omhändertas akut och de som dessutom får en fastställd dom. Även om de som endast har varit omedelbart omhändertagna också har ett svårt missbruk och betydande sociala problem, så skiljer de sig alltså systematiskt från dem vars domar fastställs¹⁵.

De flesta får ingen eftervård

När LVM förlängdes från två till sex månader var det utifrån ambitionen att mer långsiktig vård skulle hinna initieras. Ett stort problem, som betonas i Riksdagsrevisorernas granskning (2002/03) och diskuteras i Ekendahls avhandling (2001), är att det inte finns någon samlad statistik över i vilken mån LVM-vården faktiskt leder till övergång i frivillig vård. Statens institutionsstyrelse (SiS) har varken lagstadgat åliggande eller rätt att fordra in uppgifter om detta. Genom att denna studie gavs tillgång till socialtjänstens akter har vi nu kunnat visa att *endast en av fem går vidare i frivillig vård, och totalt en av tre får antingen vård eller något stöd i annan form*. Det fanns i det fallet ingen skillnad mellan de omedelbart omhändertagna, de med fastställd dom eller kontrollerna.

Är denna låga andel representativ för LVM-vården generellt? En indikation på att det i vart fall finns problem på detta område får vi från SiS årliga statistik 2002 (Knutsdotter 2003). I tabell 18 beskrivs "Vad klienterna skrevs ut till efter LVM-vårdens upphö-

¹⁵ Det innebär bl.a. att man inte bör sätta någon tilltro till sådana kontrollstudier där dessa två grupper jämförs i antagandet att de haft ungefär likartade problem.

rande” för 1 047 utskrivningar. Räknar vi bort överflyttningar till annat LVM-hem, häkte och kriminalvårdsanstalt har vi kvar 1 018 utskrivningar. Av dessa skedde 199 till HVB-hem och 37 till familjehem, medan 5 överflyttades till psykiatrisk klinik. Totalt summerar dessa till 241, dvs. 24 procent. Möjligen kan vi lägga till 146 som stannade kvar frivilligt på institutionen, även om vi inte vet hur lång tid detta gällde. Då kommer vi upp till 387, dvs. 38 procent. Det är rimligt att SiS anger hur lång tid olika grupper stannat kvar. Om det bara gäller enstaka dagar till dess att lämpliga transporter eller annat ges, kan man knappast se det som att målet nåtts. Å andra sidan saknas uppgifter om öppenvård i detta material. Där kan man begära att andelen anges för vilka eftervårdskontrakt om sådan öppenvård finns. Samtidigt kan vi räkna med att en sådan siffra över ”vad klienterna skrevs ut till” eller planerad eftervård inte motsvarar den eftervård som faktiskt ges, eller ens påbörjas. För att kontrollera det behövs till exempel fler aktstudier.

Det är knappast rimligt att LVM-vården ensam står till svars för att eftervården inte kommer till stånd, med tanke på att det är en kommunal angelägenhet. Men då detta inte fungerar hamnar hela LVM-vården i legitimitetsproblem. En förändring av LVM-lagen måste skapa bättre förutsättningar för att följa upp och garantera att eftervård verkligen erbjuds och har realistiska förutsättningar att komma till stånd.

Återfall tycks inte begränsa benägenheten till fortsatt frivillig vård

Denna studie handlar inte om LVM-vårdens genomförande utan hanterar vården som ”the black box”. Inga observationer eller enkäter har försökt beskriva vården eller olika gruppers upplevelser av den. Därför säger studien inte något om hur LVM-vårdens vårdtid används. Flera tidigare studier har riktat skarp kritik för att LVM-vården i så liten utsträckning använder strukturerade metoder i vård eller motivationsarbete, och kritik har även riktats mot långa vårdtider som så småningom riskerar att rent av försämra den motivation som ev. kan uppstå (Ekendahl 2001; Gerdner 1998; Svensson 2001).

Som redovisas i min andra studie (Gerdner 2004), vilken publiceras i denna forskningsbilaga, har LVM-vården kraftigt ökat sin andel låsta platser, och på många institutioner tvingas de intagna

stanna lång tid på låst avdelning utan strukturerade behandlingsinslag. En orsak till denna utveckling är att införandet av längre LVM-tid 1988 (från 2 till 6 månader) omedelbart ledde till fler avvikelser (Gerdner m.fl. 1991, Möller m.fl. 1998). Slutenvårdsplatser var då ett sätt att förhindra avvikning. Sådana händelser behöver i och för sig *inte* vara katastrofala för den fortsatta vårdtiden. *Denna studie visar att återfall och avvikning i allmänhet varken medförde att dessa personer deltar i eftervård i mindre utsträckning, eller till att deras utfall på sikt försämrades.* Förhindrande av rymning kan därför vara en starkt överdriven farhåga. Detta understryker att tiden inom låsta dörrar troligen kan kortas och att övergång till vård på olåst avdelning bör ske tidigare¹⁶.

LVM-vården tycks idag inte klara av att bedöma motivation

LVM-vården har till syfte att motivera till fortsatt vård i frivillig form. Om detta arbete är framgångsrikt kan personen placeras i sådan vård enligt 27 § LVM, eller också skrivas ut i förtid på grund av att vårdens syfte är uppnått. I avsaknad av möjlighet att redovisa eftervård, har SiS istället redovisat dessa uppgifter som indikation på framgångsrikt motivationsarbete. Men denna studie visar att LVM-vårdens mått på sitt motivationsarbete saknar relevans. De flesta § 27-placeringar och tidiga utskrivningar sker till det egna hemmet utan att någon fortsatt vård kommer till stånd. Eftervården kommer inte ens till stånd oftare för dem som av LVM-institutionen bedömts som motiverade, dvs. fått lyckad § 27- eller tidigare utskrivning, än för de övriga.

Frågan är då vad dessa indikationer visar? De personer som haft lyckad § 27 eller tidiga utskrivning har i denna studie kallats för "de motiverade". Men var det verkligen en motivation till "fortsatt vård i frivilliga former för att komma ifrån sitt missbruk" som det står i LVM? De har ju faktiskt inte fortsatt i eftervård i större utsträckning. Det uttalade syftet med LVM att det skall gälla motivation till fortsatt vård i frivilliga former uppnås inte alls. Eller var det möjligen en motivation att komma från sitt missbruk på egen hand? Eftersom de också klarat sig längre innan första återfall är det möjligt att det ligger något i det. Men de har inte klarat sig på längre

¹⁶ Som också redovisas i den andra studien (Gerdner 2004) kan införande av strukturerat motivationsprogram på låst avdelning bidra till snabbare utflyttning till vård i öppnare former utan att avvikelser för den skull ökar.

sikt i större utsträckning. Tvärtom har deras vårdtyngd året efteråt ökat. Istället kan det handla om någon form av anpassning som LVM-vården noterar och belönar med utskrivning eller § 27-placering. Trots eventuella positiva egna ambitioner tycks detta alltså inte ha någon bärkraft på längre sikt.

I en mer ytlig mening finns det säkert en viss motivation att komma från sitt missbruk hos flertalet LVM-intagna, även om det också finns hindrande faktorer, såsom låg självtillit efter årtal av svårt missbruk. DOK-intervjuerna visar varje år att omkring 60 procent av de LVM-intagna svarar att de önskar hjälp för att komma från sitt missbruk. Och detta redan i intervjuer som görs första veckan. Om det nu fanns en sådan viljeyttring i ett tidigt skede, varför togs den då inte tillvara? Uteblev den fortsatta vården pga. bristande vårdplanering i samarbetet med socialtjänsten? Var ligger felet, hos LVM-institutionen eller hos socialtjänsten, eller hos båda? I en annan tidigare studie (Gerdner 1998b) visade jag att socialtjänsten i allmänhet var relativt nöjd med LVM-vårdens akut omhändertagande insatser, och två av tre var nöjda med motivationsarbetet. Men i mer konkret mening var man missnöjd med LVM-institutionens förmåga att använda tiden till ordentlig utredning och vårdplanering. Det är hur som helst tydligt att det idag inte finns någon stark koppling mellan det arbete som läggs ned inom LVM-vården och det stöd som ges efteråt. Det är märkligt att de investeringar som på detta sätt görs för utsatta människor så snabbt tillåts förslösas.

Eller var det man såg som motivation över huvud taget inte en sådan motivation? En fråga är då hur LVM-institutionen *bedömer* motivationsnivå. Såvitt bekant används i de flesta fall inte några systematiska instrument för denna bedömning (trots att flera sådana existerar). Det finns intressanta undantag. På Karlsvik och Rällsögården prövas idag en systematisk skattning av motivation på olika områden. En komplikation är givetvis att respondenter som vet att deras möjligheter att slippa ut från låst institution inte alltid kan förväntas svara sanningsenligt på sådana testbatterier. Men denna komplikation får inte användas till försvar för att underlåta att utveckla och pröva sådana bedömningsinstrument. I brist på systematiska valida instrument kan det man kallar motivation i själva verket visa sig vara ”ytanpassning”.

Ändå förbättras fyra av tio

Andelen förbättrade tycks totalt sett ändå vara relativt god. En av tre i den grupp där utfallsmåttet kan förväntas vara giltigt har klarat sig minst ett år utan att behöva ny vård på TNE. Om de klarar sig ett år så har de goda utsikter att klara sig bättre även på längre sikt. Hela 55 procent har minskat sin vårdtyngd i relation till året före LVM, varav 42 procent substantiellt (dvs. till noll eller med minst tolv vårddygn jämfört med tidigare).

Hur är det möjligt att 42 procent förbättrats påtagligt i sin vårdtyngd samtidigt som den genomsnittliga vårdtyngden endast minskat marginellt? Förklaringen är att andra har förvärrats jämfört med tidigare och därmed ökat sin vårdtyngd.

En maning till försiktighet är också befogad. Det är som nämnts lättare att hitta förbättring med mer precisa mått. Därför är jämförelser med andra studier inte helt rättvisande.

Men två av tio har dött

Missbruket tenderar alltså att antingen förbättras påtagligt eller förvärras påtagligt. De är få som har oförändrat läge. Därför är dessa personer i ett så riskabelt läge. *Studien visar att 17 procent av de LVM-vårdade har dött, varav 11 procent inom ett år.* Dödsfallen har huvudsakligen varit direkt relaterade till missbruket, eller handlat om misstänkta självmord eller mord, också i nära samband med fortsatt destruktivt missbruk. I ett par studier (Gerdner m.fl. 1997; Möller m.fl. 1998) har medarbetare och jag pekat ut den mycket höga överdödlighet som finns bland de som vårdas på LVM-institutionerna – 7-9 gånger högre än vad som kan förväntas utifrån kön och ålder. Eftersom dessa studier också innehöll frivilligt vårdade kunde vi där konstatera att tvångsinslaget inte i sig ökade dödsrisken, inte heller drogtyp. Snarare tyder allt på att det här är fråga om personer med mycket svårt missbruk och mycket svåra problem i övrigt, där vården inte i sig har kunnat hejda deras destruktiva bana. Det allvarliga är att vi har pekat ut dessa fakta i ett flertal studier utan att effektiva åtgärder satts in för att förbättra läget.

LVM-vården tycks inte ha påverkat utfallet

Samtidigt är andelen förbättrade inte högre än hos kontrollerna som inte utsatts för LVM-vård. Ett rimligt etiskt krav på tvångsvården är givetvis att insatsen skall förbättra läget för de tvångsintagna jämfört med om denna insats inte skett. Här fanns systematiska skillnader i bakgrund mellan grupperna. Men dessa skillnader kontrollerades i multivariata modeller. Ingen av modellerna har visat att LVM-åtgärden i sig har haft denna positiva inverkan när övriga skiljande faktorer inkluderats i modellen. Inte heller fanns någon tendens därtill.

Detta fynd skiljer sig delvis från tidigare internationella effektstudier av tvångsvård. I studierna med den bästa metodologiska kvaliteten fanns en positiv effekt, ett bättre utfall hos de tvångsvårdade än hos kontrollerna, medan i studierna med tveksamma kontrollgrupper (och utan multivariat design) kunde sådan effekt inte påvisas. Varför hittar vi då inte sådana fynd här?

Troliga förklaringar till detta kan dels vara att det inte bedrivits någon strukturerad vård på LVM-hemmet, dels att LVM i allmänhet inte heller har lett vidare till eftervård som syftar till frihet från missbruk. De terapeutiska insatser som beskrevs i Gallants studier var visserligen inte omfattande, men de hade ändå komponenter av gruppterapi och individuell terapi som saknats här, och flera studier visade betydelsen av långvarig uppföljning och/eller eftervård, som också saknades här. Huruvida LVM-vård med annan utformning och med annan eftervård leder till annan effekt återstår att studera i fler studier med kontrollgruppsdesign.

Faktorer som påverkar utfallet

Det finns vissa påtagliga likheter mellan de olika multivariata analyserna av utfallet i missbruk, dvs. av tid till första tillnyktring och av vårdtyngd året efter. Huvudfaktorn i båda dessa är föregående års vårdtyngd. Det svåra destruktiva missbruket representerar alltså en stark negativ spiral. Motivet för lagen är att bryta denna spiral, men trycket av denna faktor kvarstår för båda utfallsmåtten.

Sedan denna faktor lyfts från analysen - pga. att den i sin tur beror av andra faktorer i modellen som på detta sätt riskerar att döljas - visade sig "att ha bostad" och "att ha barn" vara skyddande faktorer mot missbruk. Även detta bekräftades för båda utfalls-

måtten. Bostad inkluderade här såväl egen bostad som socialt övergångskontrakt genom socialförvaltningen. Båda dessa är bostäder inom ramen för normalt bostadsbestånd. Däremot inkluderades inte till exempel kategorihus för hemlösa missbrukare.

Att ha barn var den enda tydligt skyddande nätverksfaktorn här. Nätverk brukar påvisas som skyddande faktorer (Bergmark 1994, Gerdner m.fl. 1996, Möller m.fl. 1998). I andra studier har dessa nätverksfaktorer istället handlat om samboende och självhjälsgrupp¹⁷, vilka båda kan tolkas som stödfunktioner. ”Att ha barn” är en något annorlunda faktor, eftersom dessa personer i huvudsak inte lever tillsammans med sina barn. En möjlighet är att egna barn även utan den direkta närheten har en så positiv känslomässig betydelse att det påverkar utfallet. Det skulle med andra ord handla mer om relationen som ideal än som stödfunktion. Det om något visar betydelsen av att arbeta för att stärka relationer och nätverk. Eftersom det här handlar om personer som i stor utsträckning lever ensamma är det en rimlig strategi att understödja de positiva nätverksfaktorerna. Fungerande familjedagar eller nätverksprogram till stöd för anhöriga finns endast vid ett fåtal av LVM-institutionerna. Ändå är det belagt att dessa faktorer bidrar starkt till att öka motivationen hos missbrukare för att fullfölja stöd och behandling (Daley 1998). Samtidigt saknar många LVM-intagna personer tillgång till nätverk. För dessa är insatser för att ge tillträde till friska nya nätverk centrala. Det kan ske genom att medvetet introducera till frivilliga stöd- och självhjälsgrupper.

Drogmissbruk visade sig vara relaterat till större vårdtyngd, och psykiska problem till mindre vårdtyngd året efter. Både drogmissbruk och psykiska problem medverkade till ökat deltagande i eftervård (se tabell 5), men detta spelade mindre roll, eftersom deltagande i eftervård i denna studie visade sig vara utan effekt på utfallet. Drogtyp har i flertalet tidigare studier saknat betydelse för utfallet (för en sammanställning, se Gerdner 2004) utom i en studie från Rällsögården, där drogmissbrukare tvärtom hade bättre utfall än alkoholister (Möller m.fl. 1998)¹⁸. Möjligen kan dessa skillnader bero på olika förhållningssätt till de olika problemen vid institutionerna. Rällsögården hade vid denna tid ett särskilt narkomanvårdsprogram. Frösö Behandlinghem saknar som vi sett strukturerat program för att hantera drogproblem, men hade redan vid denna

¹⁷ Vi saknade valida data på deltagande i självhjälsgrupp.

¹⁸ Sambandet var dock svagare i multivariat analys då hänsyn togs till skillnader i bakgrund och social situation.

tid egen psykiater. För antagandet att tillgång till psykiater spelat roll talar också att psykiska problem endast var skyddande faktor i den analysmodell som uteslutande gällde LVM-vårdade - inte den där kontrollerna ingick.

Alla faktorer som direkt hör samman med tvångsomhändertagandet och vårdhändelser under LVM-vården (avviken från LVM-vård, motiverad under LVM och fastställd dom), visade sig vara orelaterade till utfall. Och detta gällde förvånande nog även eftervården.

Den eftervård som har givits är otillräcklig

Eftervården hade ingen effekt för de LVM-vårdade i detta material. Detta fynd strider helt mot tidigare studier som tvärtom i flera fall pekat på att deltagande i eftervård eller frivilliga stödgrupper är de entydigt starkaste faktorerna för den fortsatta utvecklingen (Gerdner 1998, Möller et al. 1998, Gerdner 2000). Det finns dock två viktiga skillnader i denna studie jämfört med dessa studier:

1. Då vi saknar intervjudata kan vi inte på tillfredsställande sätt mäta deltagande i självhjälps- och stödgrupper (typ AA, NA, länkarna och kyrkliga grupper) som var centrala positiva faktorer i två av studierna (Gerdner 1998, Möller et al. 1998). Vi har därför ingen kontroll av huruvida deltagande i frivilliga stödgrupper svarar för en del av den positiva utvecklingen bland de som ej deltagit i samhällets eftervård.
2. I denna studie har en stor del av den av samhället erbjudna eftervården till de LVM-intagna varat mycket kort tid (oftast kortare än 3 månader) och bedrevs oftast i öppenvård, medan eftervården i en tidigare studie (Gerdner 2000) handlade om behandlingshemsvistelser under lång tid, 1-2 år. Bland kontrollerna i denna studie varade den frivilliga vården däremot under relativt sett något längre tid (oftast mellan 6 månader och ett år).

Den första av de båda punkterna skall inte underskattas. Socialtjänsten hade, enligt akterna, sällan kännedom om deltagande i dessa grupper. Tidigare studie har visat att det troligen finns en viss tendens att olika grupper av missbrukare söker sig till självhjälpsgrupperna respektive till professionell eftervård. Personer som har en historia av problem med myndigheter föredrar ofta självhjälps-

grupper, medan personer som har mer ångest- och depressionsproblem föredrar professionell eftervård (Gerdner 2000). Det är därför lämpligt att introducera till och uppmuntra deltagande i båda dessa typer av stödkontakter.

Den andra av punkterna talar för att den eftervård som givits de LVM-vårdade i denna studie har varit otillräcklig. Möjligen handlar bristen inte så mycket om själva innehållet/metodiken i eftervården. Ofta har det handlat om program med behandlingsmetoder som i SBU:s genomgång visat sig ha vanligtvis goda effekter (2001). Ändå har dessa program här inte räckt till. Det är möjligt att denna grupp har för svåra problem för att kortvariga program i öppenvård skall vara tillräckliga. Mycket talar för att just själva tiden som man levt fri från missbruk är en central faktor för fortsatt missbruksfrihet. Det är också möjligt att många dessutom behöver ett mer kontinuerligt stöd för sin drogfrihet under stor del av dygnet även efter LVM-tiden. Den kan antingen ske i form av vistelser på behandlingshem, på s.k. halvvägshem i kombination med öppenvårdsprogram och andra öppenvårdsinsatser, eller i form av kontinuerligt stöd i CRA-modell¹⁹.

Till slut

Denna studie begränsar sig till ett län. I detta fall genomfördes LVM-vården i huvudsak på Frösö behandlingshem med en hög omhändertagandenivå, men utan strukturerade behandlingsinsatser. Tillgång finns till psykiater och leg. psykolog, men strukturerade utredningar görs endast på en mindre andel av de intagna. Eftervården visade sig vara obefintlig eller bristfällig. Ytterligare studier av motsvarande slag behöver göras för att undersöka om resultaten står sig i andra delar av landet och med andra behandlings- och eftervårdsinsatser.

¹⁹ CRA betyder Community Reinforcement Approach och betecknar en typ av långvarig öppenvårdsinsats som bl.a. bygger på att missbrukaren har tillgång till en aktiv kontaktperson, s.k. case manager.

Referenser

- Anglin, M. Douglas (1988). The efficacy of civil commitment in treating narcotic addiction. In: Leukefeld, Carl G & Tims, Frank. M (eds.): *Compulsory treatment of drug abuse: research and clinical practice*. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research monograph series, 86:35-56. Washington DC: US Government Printing Office.
- Bergmark, Åke (1994a). Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Socialmedicinsk tidskrift*, 10:474-479.
- Bergmark, Åke (1994b). *Institutionsvård av missbrukare - En studie av Älvgårdens behandlingshem*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms Universitet.
- Blid, Mats & Gerdner, Arne (2002). Outcome of housing support to severely dependent homeless alcoholics and effects on their substance abuse. I antologin: *Bostadslöshet som problem och politik, Aktuell Nordisk forskning*. Nordiska ministerrådet, Bygg och Bolig. Tema Nord 2002:558.
- Christophs, Irja (2002). *Tvångsvård på gott och ont*. FoU-Rapport 2002:5. Stockholms Stad, Socialtjänstförvaltningen, FoU-byrån samt Statens Institutionsstyrelse.
- Daley, Dennis C. (1998). *Strategier för att öka dubbeldiagnospatienternas förmåga att fullfölja behandlingen*. I: Gerdner, Arne och Sundin, Örjan (red.), *Dubbel trubbel - Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Runnagården och Statens institutionsstyrelse.
- Donovan, JE & Jessor, R (1983). Problem drinking and the dimension of involvement with drugs: a Guttman scalogram analysis of adolescent drug use. *American Journal of Public Health* 73(5):543-52.
- Ekendahl, Mats (2001). *Tvingad till vård - missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms Universitet. (Akademisk avhandling).
- Gallant, Donald M; Faulkner, Mary Ann; Stoy, D; Bishop, Melvin D & Langdon, D (1968a). Enforced clinic treatment of paroled criminal alcoholics: A pilot evaluation. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 25:77-83.
- Gallant, Donald M; Bishop, Melvin D; Faulkner, Mary Ann; Simpson, L; Cooper, A & Lathrop, D (1968b). A comparative evaluation of compulsory (group therapy and/or Antabuse) and

- voluntary treatment of the chronic alcoholic municipal court offender. *Psychosomatics* 9:306-310.
- Gallant, Donald M (1971). Evaluation of compulsory treatment of the alcoholic municipal court offender. In: Mello, NK & Mendelson, JH (eds.): *Recent advances in studies of alcoholism*, pp. 806-823. Washington DC: US Government Printing Office.
- Gallant, Donald M; Bishop, MD; Mouledoux, A; Faulkner, Mary Ann; Brisolara, Ashton & Swanson, William A. (1973). The revolving-door alcoholic: An impasse in the treatment of the chronic alcoholic. *Archives of General Psychiatry* 28:633-635.
- Gerdner, Arne (1998). *Compulsory treatment for alcohol use disorders: Clinical and methodological studies of treatment outcome*. Department of Clinical Alcohol Research, Malmö University Hospital, Lund University. (Akademisk avhandling).
- 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). *Utfall av LVM-vård - översikt och syntes av hittillsvarande studier*. I: Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande (SOU 2004:3).
- 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 program and the law. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6:310-316.
- Gerdner, Arne; Bodin, Lennart; Söderfeldt, Björn & Furuholm, Per-Eric (1991). *Fullföljare och avhoppare i behandling för alkoholism*. Örebro: Socialförvaltningen, Örebro Läns Landsting, Rapport nr 13.
- Gerdner, Arne & Holmberg, Anders (2000). Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 61(4):548-560.
- Gierts, Anders (1991). *LVM i praktiken, En uppföljning av tvångs-åtgärder vid missbruk, Malmöhus län 1989*. Malmö: Länsstyrelsen i Malmöhus län, Sociala enheten.

- Gierts, Anders (1994a). *Anmäld enligt LVM, Del 1. Missbrukare som vårdats enligt LVM*. Rapport 1994:4. Malmö: Länsstyrelsen i Malmöhus Län, Sociala enheten.
- Gierts, Anders (1994b). *Anmäld enligt LVM, Del 2. Missbrukare som vårdats enligt SoL*. Rapport 1994:5. Malmö: Länsstyrelsen i Malmöhus Län, Sociala enheten.
- Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1995). *Missbruk - Tvångsvård. Tillämpning av LVM andra halvåret 1994*. Malmö: Malmöhus län i utveckling, rapport 1995:31, Sociala enheten.
- Länsstyrelsen i Malmöhus Län (1996:4). *Anmäld enligt LVM - andra halvåret, en uppföljning*. Malmö: Länsstyrelsen i Malmöhus län, Sociala enheten.
- Länsstyrelsen i Jämtlands län (1998). *En grupp tunga missbrukare i Östersunds kommun - Signaler, behov och insatser*. Östersund: Social omvårdnad. Länsstyrelsen, Jämtlands län.
- Länsstyrelsen i Jämtlands län (2002). *Hur används omedelbart omhändertagande enligt § 13 LVM i Östersunds kommun?* Östersund: Social tillsyn, december 2002. Länsstyrelsen, Jämtlands län.
- Kronberg, Marianne; Berglund, Mats & Thornqvist, K (2001). *LVM-vårdens effektivitet. En studie av 4 socialdistrikt med hög respektive låg frekvens av LVM-vård efter lagändringen 1994*. Malmö: Avdelningen för klinisk alkoholforskning, Lunds Universitet, Universitetssjukhuset MAS.
- Knudsdotter, Linda (2003). *SiS årliga statistik 2002*. Allmän SiS-rapport 2003:5. Stockholm: Statens institutionsstyrelse,
- Möller, Kerstin; Gerdner, Arne & Oscarsson, Anita (1998). *40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare - Rällsögården*. SiS följer upp och utvecklar 1/98. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse:
- Riksdagens revisorer (2002/03:RR9). *Med tvång och god vilja - vad gör statens institutionsstyrelse?* Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Sallmén, Björn (1999). *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. Departments of Clinical Alcohol Research and Psychology, University of Lund.
- Svensson, Bengt (2001). *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1, 2001. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse

- SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem - En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym 1*. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk utvärdering.
- Walsh, DC; Hingson, RW; Merrigan, DM, Levenson, SM; Cupples, LA; Heeren, T (1991). A randomized trial of options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine* 325:775-782.
- Wild, TC; Roberts, AB & Cooper, EL (2002). Compulsory Substance Abuse Treatment: An overview of recent findings and issues. *European Addiction Research* 8:84-93.
- Yamaguchi, K & Kandel, DB (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progression. *American Journal of Public Health* 74(7):668-72.

Tvångsvårdens utfall – en uppföljning av missbrukare vårdade med stöd av LVM

Av Anders Bergmark

Inledning

Tvångsvården av vuxna missbrukare har under de senaste tre decennierna utgjort ett av de mest kontroversiella inslagen inom det samlade utbudet av socialpolitiskt inriktade interventioner. Debatten i frågan kan i komprimerad form sammanfattas i termer av två grundläggande positioner; en som hävdar att tvångsvård i grunden är ett uttryck för ett förtyck av resurssvaga och socialt utsatta individer och en annan som hävdar en diametralt motsatt ståndpunkt – att tvångsvård är ett uttryck för samhällets engagemang och solidaritet med de mest utsatta.

Båda dessa positioner kan sägas ha ett visst stöd i faktiska omständigheter. De individer som får del av vård med stöd av LVM är i hög grad rekryterade från samhällets utmarker i den meningen att de generellt sett är fattiga, bostadslösa, sjuka och lågutbildade. Samtidigt finns det också ett visst fog för att hävda att den nuvarande lagstiftningen – med sin paternalistiska grundstruktur – kan betraktas som ett uttryck för solidaritet med socialt marginaliserade individer, åtminstone så länge uttolkningen tar sin utgångspunkt i de politiska intentioner som har artikulerats. Ett gemensamt drag för båda dessa positioner utgörs av ett relativt ointresse för den empiriska frågan om huruvida LVM-vården de facto medför några förbättringar för de individer som omhändertas för vård.

Detta ointresse – eller blinda fläck – beträffande tvångsvårdens måluppfyllelse finns i hög grad närvarande också beträffande de i dagsläget mer aktuella diskussionerna kring och problematiseringen av den ökade frekvensen av omedelbara omhändertaganden (enligt 13 §) som inte övergår i reguljär vård enligt LVM (Kommittédirektiv 2002). Tyngdpunkten i de problematiseringar som förts fram har i huvudsak varit inriktade på faran för att vårdbe-

hövande individer enbart får del av korta akuta insatser. Den i detta sammanhang mer grundläggande frågan om den reguljära LVM-vårdens möjligheter att bidra till en förbättring hos de individer som får del av densamma, lyser i det stora hela med sin frånvaro. Att prioritera frågan om den individuella rättsäkerheten när det gäller möjligheterna att få tillgång till reguljär tvångsvård före frågan om individens rättssäkerhet beträffande denna vårds mer grundläggande kapacitet att bidra till individens förbättring, framstår som en ordning med tveksam legitimitet.

Tendensen inom socialtjänsten att i ökande utsträckning inte fullfölja omhändertaganden enligt 13 §, via ansökningar om vård enligt 4 §, som etablerades under den första hälften av 1990-talet, kan mycket väl betraktas som en realitetsanpassning mot bakgrund av en frånvaron av indikationer beträffande LVM-vårdens effekter och ett legitimt behov av åtgärder för att bryta ett akut missbruk.

Det är mot denna bakgrund föreliggande studie skall förstås. Den utgör ett försök att bidra till en empirisk belysning av följderna av LVM-vård, med en utgångspunkt i en differentiering mellan de individer som enbart erhållit vård enligt 13 § och de som enbart, eller också, fått vård enligt 4 §. Utfallet belyses dels via indikationer beträffande fortsatt missbruk (innefattande alkohol- och narkotikarelaterad mortalitet) och dels via omfattningen av och karaktären hos den interaktion som kan identifieras mellan individerna och det socialtjänstbaserade vårdssystemet.

Material och metod

Studiens empiriska underlag utgörs av tre årskohorter av individer från Stockholms kommun vilka under tidsperioden januari 1996 t.o.m. december 1998 omhändertagits respektive vårdats enligt 13 eller §§ 4 LVM. Uppgifterna kring individens bakgrund, socioekonomiska förhållanden, missbrukshistoria och vårdanknutna uppgifter härrör från den databas som Statens institutionsstyrelse (SiS) byggt upp sedan 1996. De SiS-baserade uppgifterna har ett omfattande internt bortfall för ett stort antal variabler, en omständighet som i många stycken förklaras av att många individer vårdats under alltför kort tid för att intervjuas med SiS fullständiga enkät för LVM-klienter. Bortfallet omfattning har med nödvändighet medfört en påtaglig begränsning; i huvudsak har endast en uppsättning

mer grundläggande variabler kommit till användning. I vissa fall har data inhämtats utan intervju från de dokument SiS har haft tillgång till. Uppgifterna omfattar 518 vårdtillfällen fördelade på 370 individer.

De 370 individerna har därefter följts upp i slutet av år 2000 (och början av 2001) med hjälp av de uppgifter som har gått att identifiera i individuella akter som upprättats på de olika socialdistrikten inom kommunen (samt Enheten för hemlösa vid socialtjänstförvaltningen). De insamlade uppgifterna berör huruvida individen övergått till frivillig vård i samband med att LVM-vården upphörde, i de fall där detta skett registrerades också vilken typ av frivillig vård som var aktuell. Utöver detta inhämtades också uppgifter beträffande ytterligare vård för missbruksproblem under uppföljningstiden (öppenvård, frivillig institutionsvård, samt ytterligare LVM-vård). Slutligen identifierades närvaro och intensitet av fortsatta missbruksproblem under uppföljningsperioden.

Från dödsorsaksregistret vid Epidemiologiskt Centrum (EpC) har uppgifter om dödlighet och dödsorsaker inhämtats för den undersökta gruppen till och med år 2000. Totalt 56 individer (15 procent – avseende total dödlighet inte enbart den missbruksrelaterade – ligger i linje med andra publicerade studier; Bergmark, 1994) har avlidit under observationstiden. För den grupp individer som inte kunde återfinnas i socialtjänstens register och som inte avlidit under observationstiden gjordes sökningar i kriminalvårdsregistret.

Resultat

Studiens uppläggning, med en primär datainsamling beträffande vilka socialtjänstbaserade insatser som kommit undersökningsgruppen till del under och en registrering av alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall under uppföljningstiden, medför att bortfallet också till stora delar sammanfaller med den grupp individer som uppvisar en möjlig positiv utveckling efter LVM-insatsen.

Av de totalt 367 individer (ett bortfall på tre personer på grund av felaktiga personnummer) som ingår i studien återfanns knappt 80 procent (292) i aktmaterial avseende insatser efter den första registrerade insatsen enligt LVM. Av dessa var det enbart i två fall som det inte fanns uppgifter om något ytterligare missbruk efter LVM-insatsen och den vård som initierats i direkt anslutning till LVM. I den grupp på drygt 20 procent som inte återfanns i social-

tjänstens akter identifierades dock 11 alkohol- eller narkotikarelaterade dödsfall och 25 individer med missbruksrelaterade rättsingripanden, vilket medför att totalt 41 individer inte uppvisade indikationer på ett fortsatt missbruk efter LVM-insatsen. Det torde dock vara uppenbart att detta utgör en överskattning av andelen missbruksfria individer. Det är sannolikt att en del individer inte har upphört att missbruka trots att det inte finns några missbruksrelaterade insatser dokumenterade inom socialtjänsten i Stockholm. Att så är fallet indikeras av att mortaliteten i den "förbättrade" gruppen (avser förbättring innan någon reduktion har gjorts för alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall) ligger på ungefär samma nivå som mortaliteten i undersökningsgruppen som helhet. Det finns också en betydande sannolikhet för att ett antal av de individer som inte har registrerats av socialtjänsten i Stockholm har fått vård eller omhändertagande på annat sätt (via sjukvården, via socialtjänsten i andra kommuner och via frivilligorganisationer).

Av tabell 1 framgår att distributionen av ett antal centrala klientkarakteristika mellan de som finns registrerade för ett fortsatt missbruk (antingen hos socialtjänsten, kriminalvården eller via alkohol- eller narkotikarelaterad död i dödsregistret) och de som saknar dylika indikationer uppvisar statistiskt signifikanta skillnader på fyra punkter. Den negativa utfallsgruppen tenderar att i högre utsträckning bestå av – relativt sett – yngre män som missbrukar narkotika och som saknar egen bostad än de som saknar indikationer om ett fortsatt missbruk efter LVM-insatsen.

Tabell 1. Klientkaraktistika hos klienter med (n=326) och utan (n=41) indikationer på fortsatt missbruk, i procent (för de olika lagrum som är aktuella anges procent och n avseende rader inom parentes)

	Fortsatt missbruk	Ej fortsatt missbruk	Totalt
Män**	73	45	70
Ålder (medelvärde)***	38	44	38
Narkotikamissbruk *	69	45	66
Ensamstående	59	62	60
Egen bostad*	38	62	41
Gymnasieutb. el. mer	31	44	33
Enbart 4 § LVM	56 (91)	44 (9)	54 (n=199)
Enbart 13 § LVM	26 (87)	29 (13)	26 (n=95)
13 § kompletteras med ansökan (4 §)	19 (85)	27 (15)	20 (n=73)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 (chi-2, med undantag för ålder, där t-test har använts)

En kontroll via en logistisk regression med indikationer på fortsatt missbruk eller ej som beroende variabel, resulterar i att endast kön kvarstår med ett signifikant ($p<0.001$) inflytande på den beroende variabeln.

Fördelningen mellan individer som erhållit vård med stöd av § 4 i LVM och de som enbart varit omhändertagna enligt 13 § enligt samma lag utgör en central utgångspunkt för en analys av LVM-vårdens utfall. Av tabell 2 framgår att grupperna avviker från varandra på ett flertal variabler. I huvudsak torde detta avspegla en selektionseffekt som i första hand har samband med den skillnad som föreligger mellan individer som blir omedelbart omhändertagna enligt 13 § och de som enbart får vård enligt 4 §.

Tabell 2. Karakteristika hos individer vårdade enligt 13 § enbart (n=95), enligt 13 och 4 §§ (n=73), och enbart enligt 4 § (n= 199), i procent.

	Enbart 13 §	13 § till 4 §	Enbart 4 §	Totalt
Män	77	66	68	70
Ålder (medelvärde)	40	38	37	38
Ny LVM*	25	21	13	18
Narkotikamissbruk***	53	60	74	66
Ensamstående	67	51	59	60
Egen bostad**	55	43	35	41
Missbruksdöd*	20	14	9	13
Gymnasieutb. eller mer	33	29	34	32

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 (chi-2)

Individer som omhändertas enligt 13 § utgör sannolikt en grupp med en mer akut och riskfylld problematik än de som enbart får vård enligt 4 §. Fördelningen av de variabler som ingår i tabell 2 hos de individer som enbart omhändertagits enligt 13 § eller som omhändertagits enligt 13 § med påföljande vård enligt 4 § uppvisar endast signifikanta skillnader när det gäller kön och familjesituation (ensamstående vs sammanboende).

Även om den signifikanta skillnaden i missbruksrelaterad dödlighet försvinner vid en jämförelse mellan de individer som enbart omhändertagits enligt 13 § och de som utöver detta också får vård enligt 4 § finns det skäl att granska den missbruksrelaterade mortaliteten i undersökningsgruppen i ytterliggare ett steg. I tabell 3 nedan redovisas utfallet av en logistisk regression med alkohol- eller narkotikarelaterade dödsfall som beroende variabel.

Tabell 3. Logistisk regression med alkohol- eller narkotikarelaterad död som beroende variabel mot 8 oberoende variabler (n=350).

	B	S.E.	Sig	Exp(B)
Gymnasieutbildning	-.546	.450	.230	.579
Ensamstående	.200	.397	.614	1.222
Egen bostad	-.260	.422	.539	.771
Kön (män)	.782	.485	.107	2.186
Ålder	.041	0.20	.037	1.042
Narkotikamissbruk	.551	.515	.285	1.734
Lagrum (4 § ref)			.180	
Lagrum (13 §)	.741	.454	.103	2.098
Lagrum (13-4 §§)	.689	.465	.138	1.991
Ny LVM-vård	.967	.414	.019	2.629
Konstant	4.200	1.524	.006	.015

Det framgår att ålder och ny LVM-vård efter det först registrerade vårdtillfället (som utgör baslinjeobservationen) är de variabler som har ett statistiskt signifikant inflytande på den beroende variabeln. Det torde vara sannolikt att det positiva sambandet mellan nya insatser enligt LVM och mortaliteten i alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall under uppföljningstiden, i huvudsak har sin bakgrund i en selektionsprocess som leder till att individer med särskilt svåra problem får förnyade insatser enligt LVM i högre utsträckning än den genomsnittlige LVM-klienten. Samtidigt utgör dock sambandet mellan nya LVM-insatser och missbruksrelaterad dödlighet ett möjligt korrektiv till den tankefigur som kan sägas utgöra LVM-vårdens kanske viktigaste legitimitetsgrund – att LVM tillgrips i syfte att rädda livet på de allra mest utsatta. Om det däremot inte föreligger någon selektion av särskilt svåra fall (vilket är fallet utifrån de data som är för handen i denna undersökning) framstår det som möjligt att LVM-vården i sig medför en negativ påverkan på överlevanden, något som har antytts i tidigare forskning.

Ett av huvudmålen med insatser med stöd av LVM är att vården skall motivera individen att frivilligt söka vård. Av detta skäl är det av betydande intresse att erhålla information kring huruvida LVM-klienterna gått vidare till frivillig vård i direkt anslutning till LVM-vårdens upphörande. De data som har insamlats av SiS har på denna punkt ett så omfattande bortfall att de inte kan användas som

referenspunkt för de data som insamlats via aktmaterial på socialdistrikten. De senare ger för handen att en förhållandevis hög andel, 60 procent, får del av frivilliga vårdinsatser efter LVM-vårdens avslutning, andelen är densamma oavsett om insatser enbart enligt 13 § inkluderas eller ej. Det finns emellertid anledning att påpeka att en betydande del av dessa placeringar torde utgöras av fortsatt vård vid samma institution där LVM-vården avslutades och att stabiliteten i dessa placeringar är okänd.

Av tabell 4 framgår att gruppen som erhållit öppenvård avviker påtagligt genom att inte omfatta några alkohol- eller narkotikarelaterade dödsfall, att innefatta en mindre andel män och en hög andel med egen bostad. Relativt iögonfallande är också den tydligt låga andelen individer med egen bostad hos de som efter LVM-vården får del av frivillig institutionsvård.

Tabell 4. Klientkaraktistika hos individer som ej erhållit vård i samband med avslutning av insats enligt LVM (n=111), individer som erhållit öppenvård (n=36) och individer som erhållit institutionsvård (n=130), i procent.

	Ej vård	Öppenvård	Institutionsvård	Totalt
Missbruksdöd**	14	0	9	12
Ensamstående	55	53	67	60
Män	72	58	78	72
Gymnasiumutb. eller mer	37	43	27	31
Egen bostad***	40	64	26	36
Narkotikamissbruk	69	61	70	69
Ålder (medelvärde)	37	38	39	38
Ny LVM-vård*	23	25	17	21

* p<0.05, *** p<0.001 (chi-2)

Sammantaget framstår den undersökta gruppen som storkonsumenter av socialtjänstbaserad missbrukarvård. Knappt 20 procent har under uppföljningstiden genomgått en eller flera nya vårdepisoder med stöd av LVM, ytterligare 15 procent har fått förnyade LVM-anmälningar. Av de knappt 300 individer som har återfunnits i socialtjänstregistren på de olika distrikten är det endast 12 individer (4 procent) som inte erhållit öppenvård under uppföljningstiden. Nästan 70 procent har fått del av institutionsvård en eller flera

gångar (samtliga angivelser gäller utöver den vård som initierades i samband med avslutningen av den LVM-vård som utgör baslinje för den här aktuella studien)

Diskussion

Att den tvångsbaserade missbrukarvården – i en samtid karakteriserad av starka krav på en evidensbaserad av liknande typer av interventioner – inte har utsatts för en mer direkt kritik och detaljerad granskning,¹ sammanhänger möjligen med de principiella hindren för att fullt ut kunna etablera ett vetenskapligt underlag för att besvara frågan om LVM-vårdens effekter. Den legala regleringen omöjliggör ett randomiseringsförfarande, vilket i sig medför att alla identifierade skillnader alltid löper risken av att vara en följd av selektionseffekter.

Det är mot denna bakgrund som resultaten från föreliggande studie bör bedömas – givet frånvaron av randomiseringsmöjligheter torde en jämförelse mellan individer som enbart omhändertagits enligt 13 § och de som erhållit vård enligt 4 § utgöra det mest betydelsefulla underlaget som kan erhållas för att bedöma verkningarna av LVM-vården. Som påpekats i resultatredovisningen, framstår en jämförelse mellan de individer som enbart omhändertagits enligt 13 § och de som såväl omhändertagits enligt 13 § som erhållit vård enligt 4 § som den mest rättvisande jämförelsen. Skälet är att det omedelbara omhändertagandet signalerar ett akut behov som inte nödvändigtvis är för handen för individer som erhåller vård utan ackompanjemang av ett omedelbart omhändertagande.

Frånvaron av en statistiskt signifikant skillnad mellan individer som omhändertagits enligt 13 § och de som erhållit mer omfattande vårdinsatser enligt 4 § gör att det finns anledning att sätta frågetecken inför den instrumentella rationaliteten hos åtgärder enligt LVM, varken missbruksfrekvens eller missbruksrelaterad mortalitet uppvisar något påtagligt samband med LVM-baserade vårdinsatser.

Den omfattande vårdkonsumtionen i den undersökta gruppen – i allt väsentligt är det ju inte så att LVM-insatsen utgör ett enstaka undantag, utan ingår som regel i ett omfattande nät av insatser som

¹ På denna punkt utgör den senaste utvecklingen ett undantag, en offentlig utredning har tillsatts och riksdagens revisorer har levererat en omfattande och i många stycken kritisk rapport (Riksdagens revisorer 2002).

innefattar såväl olika typer av öppenvårdsinsatser som långvariga institutionsvistelser – pekar knappast på att den aktuella gruppen riskerar att inte få del av de behandlingsresurser som finns att tillgå. I allt väsentligt är förhållandet det motsatta. Den undersökta gruppen får del av utomordentligt omfattande insatser och framstår därmed snarast som "kroniker" mot bakgrund av att flertalet inte uppvisar några påtagliga förändringar av sitt missbruk.

Föreliggande studie kan fördjupas och preciseras med avseende på informationen kring den grupp av individer som inte återfanns inom de olika socialregistren i Stockholms kommun. Ytterligare sökningar i databaser med uppgifter angående vårdepisoder inom psykiatrin, åtgärder inom socialtjänsten i andra kommuner och insatser av frivilligorganisationer bör kunna förbättra identifieringen av den grupp av individer som i en mer påtaglig bemärkelse har förändrat sina livsbetingelser efter LVM-insatsen.

Referenser

- Bergmark, Åke (1994). Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Socialmedicinsk tidskrift*, 10:474–479.
- Ekendahl, Mats (2001). *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Kommittédirektiv (2002). *Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. Dir. 2002:10. Socialdepartementet, Stockholm.
- Riksdagens revisorer (2002). *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* Förslag till riksdagen, 2002/03:RR9.

Författarpresentation

ANDERS BERGMARK, professor i socialt arbete, och verksam vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

MATS EKENDAHL, fil dr i socialt arbete. Tjänstgör vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

ARNE GERDNER, doktor i medicinsk vetenskap. Tjänstgör som universitetslektor vid institutionen för socialt arbete vid Mitthögskolan i Östersund.

MAGNUS ISRAELSSON, socionom, Mitthögskolan i Östersund.

MARITHA JACOBSSON, doktorand, institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

ANETTE SKÅRNER, fil dr i socialt arbete. Tjänstgör som universitetslektor vid institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

ANNIKA STAAF, doktorand, avdelningen för rättssociologi vid sociologiska institutionen, Lunds universitet.