

Allmän SiS-rapport  
2004:11

# Aktuell forskning om verksam missbrukarvård

En konferens anordnad av SiS  
i september 2004

Av Jessica Rydén

## Förord

Statens institutionsstyrelse (SiS) har funnits i tio år. När SiS övertog ansvaret för tvångsvården av missbrukare, fanns få forskningsresultat om de mest utsatta missbrukarna, vårdformen och dess effekter. I dag är kunskapsläget helt annat. Genom metaanalyser och forskningsöversikter, framför allt baserade på amerikansk forskning, har vi en bättre överblick över vilka metoder som fungerar vid behandling av olika typer av missbruk. 2001 publicerades en SBU-rapport om evidensbaserad behandling för alkohol- och narkotikaproblem. Vårvintern 2004 kom den statliga LVM-utredningen, som innehåller en gedigen forskningsbilaga. Det amerikanska forskningsrådet NIDA:s principer för verksam missbruksbehandling har översatts av SiS.

Kunskap om LVM-klienterna har samlats in via intervjuer och registrerats i dokumentationssystemet DOK. Statistik från DOK publiceras i årsrapporter som går att ladda ner från SiS webbplats. Där ges en bild av klienternas bakgrund, vårdbehov och önskemål om hjälp.

Att den svenska tvångsvården 1994 fick en central ledning och helt andra resurser gjorde det också möjligt att satsa på forskning och utveckling inom detta område. Sedan SiS bildades har vi delat ut drygt 80 miljoner kronor till forskningsprojekt, något som genererat ny kunskap om bland annat behandlingsplanering på institution, sambandet mellan arbetsmiljö och behandlingsutfall, förekomsten av psykiska störningar hos LVM-klienterna med mera. En viktig uppgift för SiS är att omsätta kunskap från forskning i behandlingen vid LVM-hemmen. SiS vill också sprida kunskap, såväl internt som externt om evidensbaserad vård på institution och om LVM-klienternas livssituation och vårdbehov.

En hållbar och långsiktig vård förutsätter ett nära samarbete med socialtjänsten. När SiS i mitten av september 2004 anordnade en konferens om vad aktuell forskning säger om verksam missbrukarvård, var det just för att förmedla kunskap och stärka kontakten med socialtjänsten. Inbjudna var institutionschefer, personer som arbetar med utredning och behandling på institution samt personer verksamma inom de kommuner som deltar i det så kallade vårdkedjeprojektet. Vårdkedjeprojektet, som inleddes under våren 2004, är i sig ett exempel på den utveckling som skett inom LVM-vården mot alltmer evidensbaserad vård. I vårdkedjeprojektet kommer man att arbeta med evidensbaserade metoder i nära samarbete med kommunerna.

Under konferensens första dag behandlades evidensbaserad vård, vad det är och vilka metoder som finns. Under följande dag berördes olika aspekter på utrednings- och behandlingsarbete på institution. Även remissinstansernas svar på LVM-utredningen diskuterades. Till syvende och sist handlar det om LVM-vårdens framtid. Avveckling eller utveckling?

Nils Åkesson  
FoU-direktör

## **Innehållsförteckning**

### **Förord**

<b>Evidensbaserad vård av tunga missbrukare</b>	<b>3</b>
<b>Psykosociala behandlingsmetoder vid drogberoende</b>	<b>7</b>
<b>Introduktion av CRA (Community Reinforcement Approach)</b>	<b>10</b>
<b>ESS – samverkan i eftervård mellan SiS och kommuner</b>	<b>13</b>
<b>Aktuella rön beträffande missbruk och graviditet</b>	<b>17</b>
<b>Implementering av evidensbaserade metoder på institution. Möjligheter och hinder.</b>	<b>20</b>
<b>Behandlingshemsstudier – resultat från studier kopplade till behandlingshemsprojektet vid Umeå universitet</b>	<b>22</b>
<b>Kvinnor och missbruk</b>	<b>25</b>
<b>Utredning/diagnostik/uppföljning</b>	<b>28</b>
<b>Behandlingsplanering på Karlsvik LVM-hem</b>	<b>30</b>
<b>Utfall av LVM-vård – en översikt av svenska studier under 20 år</b>	<b>34</b>
<b>Remissinstansernas reaktioner på LVM-utredningen</b>	<b>37</b>
<b>LVM-vårdens framtid</b>	<b>40</b>

## Evidensbaserad vård av tunga missbrukare

Mats Berglund är professor i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet och verksam vid Beroendecentrum i Malmö. Han var ordförande i den expertgrupp som för SBUs räkning utvärderade behandlingsmetoder för alkohol- och narkotikamissbruk.

Evidensbaserad behandling bygger på resultat från randomiserade kontrollerade studier, där man genom att jämföra en experimentgrupp och en kontrollgrupp kan sluta sig till vilken behandling som är mest effektiv. USA är världsledande när det gäller forskning på alkohol- och narkotikaområdet, och stödjer kraftigt utvecklingen mot alltmer evidensbaserad vård. Flera psykosociala behandlingsmetoder har god evidens för behandling av missbrukare i frivillig vård. Randomiserade studier i slutenvård (inklusive tvångsvård) är mer sällsynta, men enskilda studier visar exempelvis att miljöterapi i kombination med eftervård ger bättre resultat än sedvanlig fängelsevistelse. Medicinering med Antabus, Campral och Revia för alkoholmissbrukare samt metadon för narkotikamissbrukare är farmakologisk behandling som har evidens.

Mats Berglund underströk i sitt anförande att Sverige bör finansiera studier som kan ge evidensbaserat stöd för vår restriktiva alkohol- och narkotikapolitik. Den svenska modellen är framgångsrik, men utsatt för attack. Evidensbaserat stöd behövs både för att Sverige ska kunna hävda sin linje i ett internationellt sammanhang och för att vi på nationell basis ska kunna ta ställning till olika drogpolitiska frågor, som till exempel om vilka konsekvenser en sänkt alkoholskatt kan få. Till syvende och sist är det politikerna som avgör om det är värt att satsa på att ta fram evidensbaserad kunskap. Vad innebär då evidens och evidensbaserad behandling?

– Evidensbaserad behandling grundas på resultat från randomiserade kliniska studier, berättar Mats Berglund. Med det menas studier där man slumpvis delat in försöksgruppen i en experimentgrupp, som får en viss behandling, och en kontrollgrupp som får ”gångse behandling”. På så sätt kan man påvisa vilken behandling som är mest effektiv.

Evidens är inte ett statiskt begrepp utan kan ha olika nivå, beroende på med vilken kraft en vetenskaplig metodik kan bevisa att en behandling är verkningsfullare än en annan. Högsta evidensnivå har så kallade *metaanalyser*, som bygger på sammanställningar av resultat från flera randomiserade studier. Därefter följer *enstaka randomiserade studier*. Lägre evidensnivå, det vill säga lägre beviskraft, har andra typer av studier, såsom *case-control*. Lägst evidensnivå har studier som baseras enbart på *klinisk erfarenhet*. När man talar om att en behandlingsmetod är evidensbaserad menar man vanligen att den har stöd i *metaanalyser*.

– Även om evidensbaserad behandling slagit igenom för gott, bör man inte glömma att den vetenskapliga metodik som den bygger på är förenad med en del tolkningsproblem, säger Mats Berglund och ger några exempel.

I randomiserade studier måste man få godkännande från deltagarna. Man riskerar då att de personer som tackar nej till att delta i viktiga hänseenden skiljer sig från dem som är med i studien. Ett annat dilemma är att man måste renodla bakgrundsfaktorerna för att få studier där resultaten blir hanterliga att tolka. Ska man till exempel undersöka effekter på alkoholberoende kanske man sorterar bort personer som samtidigt har en psykisk sjukdom. Genom uteslutningskriterier kan det då bli så att resultatet endast gäller den grupp man studerar.

Ett känt faktum är också att behandlingspersonal som deltar i utprovandet av en ny metod ofta är oehört engagerade, vilket kan påverka resultatet i positiv riktning. Frågan är vad som

händer när metoden införs i den gängse organisationen. Negativa effekter kan däremot uppstå då personer som vill testa en ny behandling till sin besvikelse hamnar i kontrollgruppen.

– Man kan vidare fråga sig om man över huvud taget kan studera beroendetillstånd med denna typ av metodik, förklarar Mats Berglund. Svaret beror på hur man ser på beroende.

För femton år sedan fanns det många i Sverige som ansåg att tunga missbrukare själva skulle ” mogna ” ur sitt missbruk och att behandlarens viktigaste uppgift var att understödja narkomanens egen tillfrisknandeprocess. Ingen skulle orka missbruka mer än åtta, nio år. Detta synsätt är dock numera kraftigt motbevisat genom amerikansk forskning. Majoriteten av de tunga missbrukarna är i stället kvar i missbruk efter 20–30 år.

Ett annat synsätt är att beroende är en progredierande dödlig sjukdom, där man måste nå botten. Då antingen dör man eller kommer tillbaka till livet. Själv stödjer Mats Berglund synen på beroende som ett kroniskt tillstånd, där man lätt återfaller i kriser och däremellan kan ha drogfria perioder. Vilket synsätt man än har bör man dock ha ett långtidsperspektiv när man bedömer utfall av behandling av missbrukare. Det kan handla om att se 10–20 år framåt.

USA:s dominans är total när det gäller forskning om droger och missbruksbehandling. Det amerikanska forskningsrådet NIDA kontrollerar minst 75 procent av narkotikaforskningen i världen. NIDA ger ett kraftigt stöd till randomiserade studier, men man genomför även andra typer av studier, såsom gigantiska kartläggningar av hur vanligt olika typer av missbruk är i det amerikanska samhället.

– De amerikanska studierna bedrivs med ett underlag och i en omfattning som vi bara kan drömma om, säger Mats Berglund. Som exempel kan ges den studie där man intervjuade 40 000 människor. Bara kostnaden för att utbilda 1400 intervjuare uppgick till 40–50 miljoner, en summa som motsvarar ungefär de sammanlagda medlen till narkotikaforskning de senaste tio åren i Sverige.

I Sverige har vi endast genomfört enstaka studier eller studier på enskilda grupper, såsom skolelever. Konsekvensen är att vi inte har den kunskapsnivån i Sverige. Vi vet inte hur våra missbrukare har det, hur vanligt det är med olika typer av droger och så vidare. Och när man inte har en adekvat lägesbeskrivning, är det svårt att förebygga och utveckla effektiva samhällsbaserade preventionsprogram mot alkohol- och narkotikaproblem, konstaterar Mats Berglund.

I Europa finns exempel på hur man genom evidensbaserad forskning velat motivera en viss narkotikapolitik. I Holland gav man heroin till heroinberoende, något som kritiserades internationellt. Den holländska staten satsade då 600 miljoner på en studie för att undersöka utfallet. Ett annat exempel är Tyskland där 1000 heroinberoende narkomaner nu följs upp i en studie för att utvärdera effekterna av psykosocial behandling.

Mats Berglund förespråkar att svenska politiker ska satsa på att försvara den svenska modellen genom evidensbaserade studier, något som kan kosta så mycket som 200 miljoner. Tills vidare får vi förlita oss på den evidensbaserade kunskap som tagits fram i framför allt USA. Vad säger då forskningen om behandlingen av missbrukare? Mats Berglund refererar till resultat från den stora kartläggning som han deltog i för SBU:s räkning.

– Först kan man konstatera att behandling är bättre än ingen behandling, säger han. Inte heller är det så att man ska välja rätt behandling till rätt person, utan avgörande är att man verkligen får behandling för sitt beroende. Är man alkoholist ska man ha alkoholbehandling. Är man narkoman ska man få insatser specifikt mot missbruket.

Studerar man sedan olika behandlingsmetoder går det inte att finna en metod som är mest effektiv. Istället finns det flera psykosociala behandlingsmetoder som är evidensbaserade; kognitiv beteendeterapi, CRA, motivationshöjande insatser, anhöriginsatser, tolvstegsbehandling, modern terapi med psykodynamisk referensram samt parterapi, alla gav lika gott utfall. Vid tyngre missbruk behövs längre behandling och vid psykiatrisk samsjuklighet ska man behandla båda tillstånden.

– Problemet för den som vill utveckla evidensbaserad behandling inom tvångsvården är att huvudparten av de randomiserade kontrollerade studierna är genomförda på personer i frivillig vård, påpekar Mats Berglund. Är effekten densamma om behandlingen ges i tvångsvård? Ett annat problem är att det i tvångsvård kan vara svårt att särskilja organisatoriska faktorer från andra faktorer som påverkar behandlingsresultatet.

Sammantaget finns inte många randomiserade studier av tvångsvård. De studier som finns kommer huvudsakligen från USA och gäller antingen missbrukande kriminella eller psykiatripatienter. I USA finns det tvångsvård av missbrukare i fängelse och där är det vanligt med terapeutiska samhällen inom fängelserna. I några studier har man slumpvis fördelat en försöksgrupp att antingen gå till ett terapeutiskt samhälle eller vanlig fängelsevistelse.

Det finns också några studier där man jämfört grupper som får respektive inte får eftervård. Ett resultat är att det går mycket bättre för dem som fått miljöterapi samt eftervård jämfört med dem som fått sedvanlig fängelsevård. I ett tiotal studier har man också påvisat att det går att öka motivationen hos tvångsvårdade med en kognitivt orienterad stödjande intervention kallad Node-Link Technique, och att det går att träna kognitiv skicklighet.

– Vid sidan av utvecklingen av evidensbaserade psykosociala behandlingsmetoder har man också gjort stora framsteg när det gäller den medicinska behandlingen, säger Mats Berglund. Antabus med övervakning, Campral samt Revia med kognitiv beteendeterapi är evidensbaserade farmakologiska behandlingar av alkoholister.

Annan medicinsk behandling inom missbrukarvården är metadon och subutex för opiatberoende personer. Enligt nya regler får en person i tvångsvård och på anstalt fortsätta med preparaten om denne redan står på dem, men man får inte sätta in dem. Något som kan diskuteras, menar Mats Berglund, med tanke på att det finns forskning som visar att metadon i fängelser reducerade illegala droger och medförde en minskning av riskbeteende bland de intagna, som att dela kanyler.

Själv har Mats Berglund lett en randomiserad studie vid Karlsvik LVM-hem, där man lät en grupp tvångsvårdade alkoholister utvärdera effekter av Campral. Tanken var att utnyttja effekten av Campral vid det kritiska tillfället som den första permissionen innebär. Målet var att reducera återfall. I studien gick varje klient på placebo respektive Campral under vardera tre veckor, utan att känna till vilket preparat de fick. Forskarna mätte alkoholsuget och kontrollerade för eventuella återfall vid upprepade tillfällen.

Forskarna fann då att Campral hade en gynnsam effekt för dem som ätit preparatet före den första permissionen (efter tre veckor på LVM-hemmet). Dessa upplevde ett minskat sug och 87 procent i den gruppen klarade att hålla sig nyktra under permissionen. I gruppen som fått sockerpiller fick majoriteten däremot ett ökat sug och närmare hälften, eller 42 procent, drack alkohol under permissionen.

– Jag tolkar resultatet så att Campral stabiliserade nervsystemet och gav möjlighet att klara en nykter permission, vilket i sin tur ledde till en fortsatt harmonisk nykterhet, säger Mats Berglund. Medan de som fått placebo före permissionen upplevde de ”knutna nävarnas nykterhet” och fick kämpa hela tiden för att inte trilla dit, vilket i sin tur ledde till att suget blev ännu värre framöver.

## Psykosociala behandlingsmetoder vid drogberoende

Mats Fridell är docent i psykologi vid Lunds universitet. Han har lång erfarenhet av forskning om institutionsbehandling av narkomaner och ingick i SBU:s expertgrupp för evidensbaserad missbruksbehandling. Där ansvarade han för studier av effekter av psykosociala interventionsmetoder för behandling av drogmissbrukare.

Genomförandet av randomiserade kontrollerade studier och metaanalyser och tolkandet av resultat från dessa, är förknippade med en rad problem. Trots detta ger dessa studier en tydlig men inte alltid nyanserad bild av vilka metoder som ger effekt för olika typer av drogberoende. En genomgång av vilka psykosociala interventionsmetoder för behandling av drogmissbrukare som har effekt, visar att omlärande behandlingsmetoder och tolvstegsbehandling, liksom psykoterapi, har effekt såtillvida att de minskar återfall. Kritiskt för om en evidensbaserad metod ska fungera i praktiken är att organisationen är välfungerande och att behandlarna verkligen gör det som de är satta att göra, det vill säga att behandlingsintegriteten är hög.

I samband med SBU:s utvärdering av behandling för alkohol- och narkotikaproblem studerade Mats Fridell vilka psykosociala behandlingsmetoder som ger effekter på drogmissbruk och benägenhet att stanna kvar i behandling. Sammantaget har han gått igenom cirka 200 kontrollerade randomiserade studier. Med få undantag gäller de jämförelser med olika typer av metadonbehandling. Nya studier tillkommer ständigt.

– De senaste åren visar en markant ökning av randomiserade kontrollerade studier, berättar Mats Fridell. Mitt nuvarande arbete handlar till stor del om att revidera och modifiera slutsatserna i SBU-rapporten.

I randomiserade kontrollerade studier undersöker man om en metod har effekt (*placebokontroll*) eller om en viss metod är effektivare än en annan. I metaanalyser undersöker man om en viss metodik eller grupp av metoder är mer effektiv än en annan grupp av metoder. Man studerar också hur länge effekterna varar samt om effekterna är desamma för olika problem.

– I metaanalyser grupperar vi alltså metoderna, gärna utifrån något gemensamt utfallsmått, förklarar Mats Fridell. Effekten kan sedan beskrivas matematiskt utifrån en mängd olika variabler. Jämför man med en review-genomgång får vi en tydligare, men lite mindre nyanserad bild av effekten.

Om en viss metod har effekt (*efficacy*) studeras i så kallade effektstudier. Själva utformandet av sådana studier är förbundna med en rad svårigheter. Många faktorer spelar in och påverkar kvaliteten på studien. Det kan exempelvis handla om hur väl urvalet av testgruppen gjorts.

För att få en hög kvalitet på studien försöker man kontrollera för självselektion och använda manualbaserade interventioner (så att olika behandlare agerar så lika som möjligt). Man kan ”blinda” utvärderaren, så att denne inte vet vilken typ av behandling patienten fått, men det är däremot svårt att låta patienten vara ovetande om vilken behandling han eller hon fått.

Det finns få långtidsstudier, eftersom randomiserade studier ofta innehåller relativt få behandlingstillfällen. Det är svårt att veta när och hur man ska mäta effekten av behandlingen, eftersom det är vanligt att patienterna faller ifrån. Hur ska man kontrollera för i vilken omfattning någon fått en viss behandling?



Det finns vidare omständigheter som kan förhindra att effekterna blir desamma när man i praktiken ska tillämpa en metod med goda resultat i randomiserade studier. (Så kallade efficiencystudier kan ibland vara mer kliniskt relevanta.) Det som utmärker en kliniker är att denna hela tiden anpassar insatserna utifrån hur patienten svarar på behandlingen. Om en person inte tål en viss psykoterapi, kommer terapeuten att modifiera den. Det gör man inte i en randomiserad studie.

Andra företeelser som skiljer den kliniska vardagen från en randomiserad studie är att patienten själv väljer vilken behandling han eller hon vill ha, att man ofta har fokus på flera problem och att man som regel arbetar tills ett problem lösts.

Även med metaanalyser finns det problem. Tolkningen av data i metaanalyser kan kompliceras av att det finns olika typer av studier och/eller olika symtom i samma analys. Utfallsmåtten kan vara svåra att jämföra. Randomiserade studier har generellt sett lägre effekter än icke-randomiserade studier.

– Jag anser att många randomiserade studier saknar det kliniska perspektivet och inte tar hänsyn till hur personlighetsstörningar hos klienterna kan påverka utfallet på lång sikt, säger Mats Fridell. Dessutom beaktas sällan könsskillnader, trots att man vet att kvinnor generellt når en högre förbättringsgrad.

Den viktigaste lärdomen från SBU-studien är kanske hur viktigt det är att man håller fast vid att fokusera missbruket i behandlingen, enligt Mats Fridell, även om man vidtar åtgärder också för andra problem. Annat som bör beaktas är att patientens egen känsla av tillfredsställelse ofta är viktigare för patienten än en oberoende, objektiv skattning av förbättring av symtom.

I arbetet med SBU-rapporten studerade Mats Fridell vilken typ av behandling som har effekt vid missbruk av *olika typer* av droger. Resultaten visar att stödjande behandling utan manualbaserade insatser inte har någon effekt på opiat- och kokainmissbruk, medan omlärande behandling (beteendeterapeutiska metoder samt manualbaserad tolvstegs-behandling) liksom psykoterapi (familjeterapi, kognitiv terapi, insatser mot missbruk) minskade antalet återfall.

– När vi presenterade resultaten sade kritikerna att det kunde vara sammedicineringen med metadon som ledde till de positiva effekterna, berättar Mats Fridell. Efter en närmare studie kan jag konstatera att de psykosociala insatserna är viktiga och ger effekter i sig.

För kokainmissbruk har framför allt de beteendeterapeutiska metoderna gynnsamma effekter. Familjeterapi har effekt på tonåriga cannabismissbrukare med intakt familjesituation. När det gäller metoder som påverkar att patienten stannar kvar i behandling, är det enbart psykoterapi som har effekt. Kompetensen hos behandlaren tycks också ha betydelse för möjligheten att hålla kvar patienten i behandling.

Mats Fridell drar tre slutsatser utifrån de olika metaanalyserna: Effekterna kanske blir olika beroende på om det är högutbildade terapeuter eller andra grupper som utför behandlingen. Olika typer av drogmissbruk behöver olika typ av behandling. Kvarstannande i behandling kanske inte är så relaterat till drogfrihet som många trott.

– Ofta hör man att kognitiv terapi och beteendeterapi är effektivare än dynamisk terapi, säger Mats Fridell. Faktum är dock att de stora metaanalyser som finns inte pekar på några större skillnader i effekt mellan dessa olika terapier.

Mats Fridell understryker att man måste tänka sig noga för vid implementeringen av evidensbaserade metoder. Just *hur* man inför en ny metod har väldigt stor betydelse för utfallet.

– Att skapa en fungerande struktur är en förutsättning för behandling, och en god struktur handlar inte i första hand om manualer och regler utan om att det finns en öppen kommunikation inom organisationen där man bedriver behandling.

En behandling kan vara bra även om den inte är vetenskapligt underbyggd, men man kommer inte ifrån ansvaret att utvärdera sin verksamhet, menar Mats Fridell. Metoder som lösningsfokuserad terapi och transaktionsanalys har inte studerats, trots att de används inom missbrukarvården. Handlar det om institutionsvård räcker det inte med att utvärdera metoden, då måste också själva institutionen utvärderas.

Lästips:

SBU (2004) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: en evidensbaserad kunskapssammanställning*. Sammanfattning och slutsatser. Stockholm: SBU.

Fridell, M. (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.

## Introduktion av CRA (Community Reinforcement Approach)

Lars Forsberg är med dr och psykolog vid Karolinska Institutet och Beroendecentrum Stockholm. Sedan fem år tillbaka är han kursledare för en steg-1-utbildning i kognitiv beteendeterapi med tillägg av missbruksbehandling. Han är även forskningsledare för en randomiserad studie inom kriminalvården, där man undersöker om motiverande samtal har behandlingseffekt på droganvändning och kriminalitet.

CRA är en behandlingsmetod som bygger på principer i klassisk inlärningspsykologi. Viktiga komponenter i CRA är positiv förstärkning, motiverande samtal, färdighetsträning och att involvera för klienten betydelsefulla närstående. Metoden har stöd i forskning. I ett projekt vid Beroendecentrum Stockholm och socialtjänsten prövades metoden för alkoholister. Utifrån en manual genomfördes olika sejourer med identifiering av inre och yttre faktorer som styrde klientens drickande (funktionell analys), avtal om nykterhetsprövning och framtagande av förbättringsmål utifrån klientens önskemål inom viktiga livsområden med flera sessioner.

CRA, Community Reinforcement Approach, är en metod som lanserades i början av 70-talet och som bygger på inlärningspsykologiska teorier. Metoden har därefter utvecklats av framför allt de amerikanska psykologerna Robert Meyers och Jane Smith. Centralt är begreppet förstärkning (reinforcement), som kan vara negativ eller positiv.

I CRA koncentrerar man sig nästan uteslutande på den positiva förstärkningen, det vill säga att man får något som man upplever som positivt. Det kan vara att få mat och dryck, att mötas av ett leende, att få sin nyfikenhet stillad, att få uppmuntran och stimulans med mera.

I behandlingsmetoden CRA fokuserar man inte på misslyckanden, utan bygger på det goda och välfungerande hos klienten. I små steg och genom förstärkning av sunda beteenden kan man på sikt nå stora förändringar. Metoden har med framgång använts för bland annat alkoholister.

– Robert Meyers brukar säga att man inom CRA arbetar efter tre principer, säger Lars Forsberg. Det är förstärkning, det är förstärkning och det är förstärkning.

Positiv förstärkning ökar sannolikheten för att ett beteende ska upprepas. Förutom själva tillfredsställelsen i att få den positiva förstärkaren, får klienten dessutom ofta positiva känslor på köpet, såsom att bli glad och lugn. Liksom i klassisk betingning kan man koppla positiva känslor till behandlingssammanhanget och terapeuten.

Negativ förstärkning innebär att man slipper något obehagligt, såsom oro, smärta eller kritik.

– I behandlingen av missbrukare finns hela tiden en potentiell negativ situation i det att patienten påminns om sina egna tillkortakommanden, säger Lars Forsberg. Eftersom problembeteendet ofta är kopplat till känslor av misslyckande, och man inom CRA vill skapa ett maximalt positivt sammanhang försöker man att inte upprätthålla sig vid diskussioner om problembeteendet.

Inom inlärningspsykologi talar man även om andra begrepp än förstärkning som påverkar beteendet. *Utsläckning* inträffar när någon upplever att det inte spelar någon roll vad man gör, att ens ansträngningar inte får några konsekvenser. Inom CRA använder man hellre utsläckning än bestraffning när en klient har ett oönskat beteende, såsom att utebli från möten eller att börja dricka igen. Detta eftersom utsläckning trots allt skapar mindre negativa biverkningar än bestraffning.

Om man måste ge kritik, ta bort en positiv förstärkare eller utdela någon form av sanktion ska det alltid göras tillsammans med positiv förstärkning och med förslag på alternativa handlingsätt. Sanktionen ska vara under så kort tid som möjligt, och det ska vara möjligt för klienten att åter nå den positiva förstärkningen.

– Effektiv och snabb inläring sker om den positiva förstärkningen kommer varje gång i samband med att ett nytt beteende ska läras in, förklarar Lars Forsberg. Vill man att beteendet ska vidmakthållas över tid ska belöningen efterhand utdelas mer slumpvist, för att till sist tunnas ut.

Förutom att arbeta med positiv förstärkning finns det andra viktiga komponenter i CRA. Klienten får *lära sig nya färdigheter*, vilket i sin tur hjälper denne att nå nya förstärkare. Om en person tar körkort öppnas till exempel nya möjligheter att få jobb.

*Motiverande samtal* ingår också i CRA. Terapeuten ska ha en respektfull och accepterande inställning till klienten. Han eller hon ska vara neutralt intresserad, samtidigt som konflikten mellan att fortsätta som nu respektive att välja ett bättre alternativ ska tydliggöras. I behandlingen involverar man också, om möjligt, gärna anhöriga eller andra personer som betyder mycket för klienten ("*significant others*"). De ska vara personer som har inflytande över många för klienten viktiga förstärkare.

Lars Forsberg har varit med om att pröva CRA för behandling av alkoholister. Studien utfördes vid Beroendecentrum Stockholm och socialtjänsten i Hässelby-Vällingby samt Huddinge kommun. Klienterna som deltog i studien hade varit intagna för avgiftning minst en gång tidigare under de tolv senaste månaderna. Behandlingen var manualbaserad, och sammanlagt träffade terapeuten varje klient tolv gånger under tre månader. Lars Forsberg beskriver hur en CRA-behandling går till:

– Vid det första mötet berättar terapeuten för klienten att han kommer att få lära sig nya färdigheter, få verktyg för bättre självkontroll och – inte minst viktigt – att behandlingen är tidsbegränsad, säger Lars Forsberg. Att metoden har bevisad effekt påpekas också.

Den viktigaste uppgiften blir sedan att *identifiera förstärkare*. Terapeuten måste veta vad som förstärker beteendet att ta droger och vad som kan förstärka ett nyktert beteende. Det går inte att på förhand förutsäga vilka förstärkare en enskild klient har. Det är till exempel inte säkert att pengar alltid fungerar som en förstärkning.

Nästa steg är att göra en *funktionsanalys*. Vid en funktionsanalys undersöker terapeuten och klienten gemensamt hur klientens förstärkningssystem fungerar. Först tar man fram en situation då klienten nyligen drack och undersöker vilka tankar och känslor som fanns före och efter drickandet. Man går igenom vad det var som hände, vilka positiva och negativa konsekvenser beteendet får på kort och lång sikt och studerar vad som föregick drickandet. Sedan väljer man ut ett nyktert beteende, något som klienten tycker om, och ser vilka förstärkare som är inblandade i det beteendet.

Nästa steg är *nykterhetsprövning*. Terapeuten förhandlar då med klienten om en helnykter period. Förhandlingen ska utmynna i ett avtal där terapeuten accepterar klientens bud. När tidsperioden är fastställd diskuterar man hur klienten ska klara av det och identifierar risksituationer för återfall.

I en viktig sejour går klienten igenom och skattar hur tillfredsställd han eller hon är med sin situation inom tio viktiga livsområden, *tillfredsställelseskala*. Exempel på sådana områden är ekonomi, fritid och relationer. Klienten går sedan igenom resultatet med sin terapeut och väljer tillsammans med denne ut ett område som klienten kan arbeta med att förbättra. Eftersom man vill uppnå en snabb positiv utveckling ska man inte börja med det område där klienten har de svåraste problemen. När man valt ut ett område formulerar terapeuten och klienten gemensamt delmål. Målen ska vara konkreta, positivt formulerade och mätbara.

– Det är terapeutens uppgift att formulera uppgifterna, så att det blir möjligt att ta små steg, ett steg i taget för att uppnå en förändring, säger Lars Forsberg. En förebild för terapeuten kan vara en riktigt bra skollärare. Inläring karakteriseras för det mesta av de små stegens framgång. Det är mycket sällan vi lär oss något genom att göra ett plötsligt hopp.

I projektet i Stockholm utbildade Lars Forsberg och hans kollega Eva Magoulias socialsekreterare och sjuksköterskor till CRA-terapeuter. Alla klientsamtalen spelades in. Det tog ett år av handledning och studier innan de uppnått en godtagbar standard. Vissa hoppade av, eftersom de inte klarade av en viktig princip i CRA, nämligen att ta fasta på det positiva hos klienten.

Studien fullföljdes aldrig. Detta berodde dels på att det var svårt att få till stånd ett samarbete mellan de olika aktörer som var involverade i klientens behandling, dels på att ledningen inom Beroendecentrum Stockholm och förvaltningarna efter hand prioriterade ner forskningsåtagandet. Efter att cirka 50 klienter randomiserats till sedvanlig behandling respektive CRA avbröts studien.

Lästips:

Meyers, R. & Smith, J. (1995) *Community reinforcement approach. A clinical guide to alcohol treatment*. New York: Guilford Press.

Meyers, R. & Miller, W. (2001) *A community reinforcement approach to addiction treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.

Meyers, R. J. & Wolfe, B. L. (2004) *Get your loved one sober: Alternatives to nagging, pleading, and threatening*. Center City, MN: Hazelden.

## ESS – samverkan i eftervård mellan SiS och kommuner

Marianne Kronberg är socionom med tjugo års erfarenhet av psykiatri och beroendemedicin. Vid sidan av sin tjänst som kurator på Beroendecentrum i Malmö har hon under de senaste åren bedrivit flera forskningsprojekt. Just nu är hon projektledare inom ESS, Eftervård i SiS södra region.

I ESS (Eftervård i SiS södra region) prövas en evidensbaserad metod med intensiv eftervård. I projektet, som följs upp genom en randomiserad kontrollerad studie, ingår elva Skåne-kommuner/stadsdelsförvaltningar samt tre LVM-hem. Projektet är uppbyggt kring metodiken case management, vilket innebär att en eftervårdssamordnare ser till att en klient verkligen får de samhällsinsatser han eller hon har rätt till samt stöttar och motiverar klienten. En uppföljning efter ett år visar att klienter samt personal i socialtjänst och på LVM-hem är nöjda. Ingen som tilldelats eftervård i ESS-projektet har fått ett nytt LVM.

Marianne Kronberg berättade om goda erfarenheter från projektet ESS, Eftervård i SiS södra region. Projektet är uppbyggt kring en amerikansk metodik som kallas case management. En case manager, eller på svenska eftervårdssamordnare, ska för klientens räkning koordinera och hålla fast vid de samhällsresurser som han eller hon har rätt till.

– Vid utformandet av ESS-projektet hämtade vi inspiration från amerikanska randomiserade kontrollerade studier som har eftervård i sitt program, berättar Marianne Kronberg. De studier vi fann gällde framför allt två grupper, personer som fått missbruksvård i fängelse respektive personer som genomgått psykiatrisk tvångsvård.

Studierna visade att intensiv eftervård under relativt kort tid, i cirka sex månader, gav mycket goda resultat. Vid en treårsuppföljning av dem som fått missbruksvård i fängelse, visade det sig att av dem som fått eftervård återfanns cirka tjugofem procent inom kriminalvården, jämfört med hela sjuttiofem procent bland dem som inte fått några särskilda eftervårdsinsatser. Om man fått eftervård eller inte hade inte lika stor betydelse för behandlingsutfallet när det gällde psykiatripatienterna, men fortfarande fanns en tydlig skillnad.

Inför starten av ESS-projektet studerade man också effekten av tvångsvård. Under 1994 övertog socialnämnderna ansvaret att ansöka om tvångsvård, något som tidigare låg på länsstyrelserna. En rapport från länsstyrelsen i dåvarande Malmöhus län visade att det uppstått stora skillnader mellan socialdistrikten med avseende på antalet LVM-ansökningar jämfört med åren innan. Detta intresserade Marianne Kronberg som valde att studera 106 LVM-anmälda personer i fyra socialdistrikt i två kommuner. Kommunerna hade under 1994–1995 gjort få respektive många ansökningar om LVM.

– Vi lät socialkonsulenter på länsstyrelsen bedöma samtliga ärenden. Det framkom då att kommunerna med låg andel LVM-ansökningar borde gått vidare med en ansökan om LVM-vård i betydligt fler ärenden om man uppfyllt lagen.

Marianne Kronberg fick på så sätt två grupper av LVM-mässiga klienter med liknande social situation och missbruk att jämföra: en grupp som fått tvångsvård och en som inte fått det. Hon följde upp samtliga 106 personer efter två år. 25 procent hade fått en förbättrad situation vad gällde missbruk och social situation, vilket ungefär motsvarar spontanläkning inom psykiatri.

Vad var det då som gjorde att det faktiskt gått riktigt bra för några i gruppen? Jo, det mest frapperande var att dessa hade fått intensiv eftervård. Marianne Kronberg ger ett talande

exempel med en äldre kvinna som varit hemlös i många år och som åkte in och ut på LVM-hem:

– Varje gång hon kom in på LVM-hemmet fungerade allt jättebra och man ordnade lägenhet när hon skrevs ut. Några veckor senare var det kört igen. Missbrukande kompisar, bråk, klagomål från grannar, vräkning, hemlös igen, nytt LVM och så en ny runda.

Detta pågick om och om igen, tills socialtjänsten tillsatte en ”hemma-hos-are” som kvinnan hade tät kontakt med i början efter utskrivningen. Vid en uppföljning tre år senare hade kvinnan ingen kontakt med socialtjänsten, utan fungerade väl i sitt eget boende och skötte sin ekonomi.

Idén om ESS-projektet föddes också ur Marianne Kronbergs besök på LVM-institutioner och i socialtjänsten. Där möttes hon ofta av frustration kring hur övergången mellan institutionsvård och öppenvård fungerade. Hon tog då initiativ till samverkan, och ett nätverk bildades med kommuner i Skåne och LVM-hemmen Karlsvik, Lunden och Hessleby.

Elva kommuner/stadsdelsförvaltningar i Skåne och tre LVM-hem deltar i ESS. Projektet finansieras med medel från Mobilisering mot narkotika, länsstyrelsen i Skåne, SiS och Lunds universitet. Medverkande kommuner betalar dessutom för de klienter som får del av interventionen. Behandlingsutfall för de klienter som deltar i projektet följs upp genom en randomiserad kontrollerad studie. Den manual som används i ESS är en översättning av ett ”State of the Art-dokument” utgivet av Hälsodepartementet i USA, där man samlat de viktigaste erfarenheterna där det gäller case management i USA.

– Projektet är upplagt så att om en person i någon av de deltagande kommunerna eller stadsförvaltningarna får ett LVM och hamnar på någon av de deltagande LVM-hemmen, så informerar vi klienten om projektet, förklarar Marianne Kronberg.

Om klienten tackar ja till att delta, görs intervjuer enligt olika intervjuformulär och klienten tillfrågas också om han vill ha med en anhörig eller vän i projektet. I sådana fall genomförs en intervju om klientens behov även med den personen samt med socialsekreteraren. Sedan görs randomiseringen, det vill säga klienten går antingen till insatser med eftervårdssamordnaren, eller till insatser enligt gängse samarbete mellan socialtjänsten och LVM-hemmet. Behandlingen på LVM-hemmet fortgår sedan enligt vanliga rutiner tills det är dags för eftervårdsplanering. Då kommer eftervårdssamordnaren och är med på mötet med kontaktperson och socialsekreterare.

Vid mötet görs en strukturerad eftervårdsplanering. Planeringen måste få ta lång tid, understryker Marianne Kronberg. Tillsammans med klienten går man igenom vilka förändringar man kan åstadkomma på tio olika livsområden, exempelvis hälsa och ekonomi. Planeringen gäller de sex månader som eftervårdssamordnaren finns till hands. Under perioden som eftervården pågår enas man dessutom om en planering per månad som klient, socialsekreterare och eventuell kontaktperson skriver under på.

– Detta för att alla ska vara skriftligen överens om vad som ska ske under de sex månaderna, säger Marianne Kronberg. Det blir sedan eftervårdssamordnarens uppgift att samordna, strukturera och se till att de planerade insatserna genomförs. Dessutom gör eftervårdssamordnaren en veckoplanering tillsammans med sin klient.

Enligt manualen ska målen vara konkret formulerade och kunna genomföras i små steg. Vaga begrepp som "ett bättre boende" accepteras inte. Genom att ta ett litet steg i taget i rätt riktning blir man stärkt, och klarar att gå vidare till nästa mål. Varje vecka sammanfattar eftervårdssamordnaren de insatser som genomförts och skickar en rapport till Marianne Kronberg. Hon kontrollerar då att eftervårdssamordnaren verkligen följer manualen och ger feedback.

När de sex månaderna av eftervård genomförts får klienten möjlighet att utvärdera eftervårdssamordnarens insats. På samma sätt ger övriga inblandade feedback till klienten om hur denne utvecklats. Anhöriga, vänner och klienter intervjuas när klienten accepterar deltagande, sex månader efteråt samt efter ett år. Alla klienter följs upp. När ärendet avslutas görs även en omfattande fallbeskrivning, där information som inte fångas upp genom intervjuer beaktas.

Eftervårdssamordnarna arbetar manualbaserat, är ute i klientens miljö och är tillgängliga tjugofyra timmar om dygnet. Enligt manualen ska de ha relevant högskoleutbildning och flerårig erfarenhet av socialt arbete. Viktigt är att de arbetar på uppdrag av klienten och ska stötta och motivera honom eller henne att försätta behandlingen.

– Detta kräver väldigt tät kontakt, påpekar Marianne Kronberg, och de ska kunna gå in och arbeta KBT-baserat med återfallsprevention. Lämpligt är att ha ungefär fem, sex klienter samtidigt. Eftersom eftervårdssamordnaren endast är tillgänglig i sex månader ska denne stötta klientens självständighet och se till att han eller hon får tillgång till externa stödstrukturer.

Sammanfattningsvis kan man säga att en "case manager" ska göra en omfattande bedömning, en tydlig planering, länka till de stödåtgärder klienten har rätt till och följa upp att de genomförs. Han eller hon ska också hålla tillbaka klientens vilja att göra för stora förändringar på en gång och uppmuntra till små framsteg.

Efter ett år har 30 klienter tackat ja till att delta i projektet, och tretton fått eftervård. En enkät till socialtjänst och LVM-institutioner visar på mycket positiv respons. Alla uppskattar nätverksmötena, som lett till att man kunnat utbyta erfarenheter och förstå varandra bättre. Inom socialtjänsten har det satt igång en process där man funderar över hur man arbetar med institutionsvård överlag. Eftervårdssamordnaren har underlättat arbetet för socialtjänsten betydligt, eftersom denne har mycket tätare kontakt med klienten än vad man normalt kan erbjuda inom socialtjänsten.

– Klienterna är mycket positiva, säger Marianne Kronberg. Flera som aldrig tidigare accepterat stöd i eftervård har tackat ja. Antagligen för att eftervårdssamordnaren uppfattas som en från myndigheter neutral person.

Ingen av dem som fått eftervård har kommit in på ett nytt LVM. Flera har haft längre drogfria perioder. Anhöriga upplever ett förstärkt stöd och har mycket kontakt med eftervårdssamordnaren. Glädjande är att vi sett hur klienten blir aktiv och gradvis tar över ansvaret för sin situation, avrundar Marianne Kronberg.



Lästips:

- Martin, S. S. & Inciardi, J. A. (1997) Case management outcomes for drug-involved offenders, *The Prison Journal*, June.
- Brown, B. S., O'Grady, K. E., Battjes, R. J., Farrell, E. E., Smith, N. P. & Nurco, D. N. (2001) Effectiveness of a stand-alone aftercare program for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, December, 21(4): 185–92.
- Butzin, C. A., Martin, S. S. & Inciardi, J. A. (2002) Evaluating component effects of a prison-based treatment continuum, *Journal of Substance Abuse Treatment*. March, 22(2):63–9.
- Swartz, M. S. Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., Hiday, V. A. & Borum, R. (1999) Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals, *American Journal of Psychiatry*, December; 156(12):1968–75.
- Wexler, H. K. & Melnick, G. (1999) Three-year incarceration outcomes for amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *The Prison Journal*, September.

## Aktuella rön beträffande missbruk och graviditet

Mona Göransson är barnmorska och disputerade under hösten 2004 på en avhandling om alkohol och graviditet (*Alcohol consumption during pregnancy: How do we separate myth from reality?*). Åsa Magnusson är psykiater och doktorand i psykiatri. De har båda tidigare arbetat med kvinnliga beroendepatienter.

Att dricka alkohol under graviditeten – även i små mängder – är förenat med risker för barnet och en kvinna bör därför avstå från alkohol under hela graviditeten. Ett glas vin om dagen under de tre första månaderna av graviditeten ökar risken för spontanabort och dödföddhet samt för intellektuell hämning och dålig fysisk tillväxt hos barnet. Att dricka sig berusad är förenat med särskilda risker, och kan medföra kognitiva brister och beteenderubbningar hos barnet. En kraftig alkoholkonsumtion under graviditeten kan göra att barnet utvecklar fetalt alkoholsyndrom, ett livslångt allvarligt handikapp. En studie av kvinnor som sökte mödravård 1999 respektive 2003, visade att andelen som drack under graviditeten halverats. Däremot var normalkonsumtionen hos kvinnorna högre 2003 än 1999. Många kvinnor hade haft ett för barnet riskfyllt drickande innan de gjort graviditetstestet.

Mona Göransson och Åsa Magnusson visade med utgångspunkt i aktuell forskning varför det är självklart att en kvinna ska vara helnykter under hela graviditeten. Det handlar om att inte utsätta det ofödda barnet för risker. Även små mängder alkohol kan medföra skador.

– Jag har svårt att förstå frågan ”När kan jag dricka?”, säger Mona Göransson. Ja, det beror på var skadan ska hamna, brukar jag svara, eftersom det centrala nervsystemet hos barnet utvecklas under hela graviditeten. Varför chansa? Alla som dricker under graviditeten föder inte skadade barn men vilket barn som skadas kan vi inte förutse. Om man tycker att det är så extremt svårt att avstå under en begränsad period av sitt liv, ska man nog snarare fråga sig vad det är som gör det så svårt att avstå.

Mona Göransson och Åsa Magnusson har båda arbetat på familjesociala avdelningen vid Huddinge sjukhus, en mottagning för gravida missbrukare. Mona Göransson reagerade på att majoriteten av de inskrivna var narkomaner trots att antalet alkoholmissbrukande personer i samhället procentuellt sett är betydligt fler. Erfarenheten sade också att barnmorskor ofta blundar för alkoholproblem.

Hon genomförde en studie 1995, där hon tillfrågade samtliga cirka 210 barnmorskor som arbetade inom mödravården i Stockholm om de hade tagit emot en alkoholberoende kvinna. Alla svarade att de trodde det, men att samtliga av deras patienter varit helnyktra under hela graviditeten, utom vid festliga tillfällen. Alla hade intentionen att skicka en kvinna vidare till familjesociala avdelningen om det fanns behov.

– Resultatet visar tydligt att barnmorskorna inte kunde skilja på missbruk och beroende, säger Mona Göransson. De trodde att en kvinna slutar att dricka bara hon får adekvat information. Det framkom också att många valde att själv behandla en kvinna med alkoholproblem trots att de angivit att deras intention var att skicka sådana patienter vidare till familjesociala enheten. En förklaring är att barnmorskan blir den som ”delar hemligheten” med kvinnan.

När en gravid kvinna dricker alkohol får barnet samma alkoholnivå i blodet som mamman. Någonstans kring fem glas vin i veckan, eller knappt ett glas vin om dagen, under tidig graviditet (de första tre månader) ökar risken för spontanabort, intellektuell hämning hos barnet samt dödföddhet. Även dålig tillväxt hos barnet före och efter födseln kan härledas till

detta. Så kallad "binge", att man dricker sig berusad (en flaska vin eller 60 gram alkohol), är förenat med särskilda risker, framför allt kognitiva brister och beteenderubbningar hos barnet.

Skador orsakade av alkoholförtäring under graviditet delas in i "lindrigare" skador, *fetala alkoholeffekter* (FAE), och svårare, *fetalt alkoholsyndrom* (FAS). En samlingsbeteckning på FAE och FAS är *alkoholspektrumdisorder* (FASD), ett begrepp som man använder alltmer eftersom det handlar om ett spektrum av skador.

Fetala alkoholeffekter kan vara att barnet föds med hämmad tillväxt, men sedan växer ikapp sina jämnåriga, eller att barnet har ett normalt IQ, men ändå får svårigheter med inläring och koncentration. Man kan spekulera i om barn med bokstavsdiagnoser har mammor som druckit under graviditeten, säger Åsa Magnusson och Mona Göransson.

Fetalt alkoholsyndrom orsakas av kraftig alkoholförtäring under graviditeten, då den normala processen där celler ska tillbakabildas och nya komma till, har satts ur spel. Resultatet blir allvarliga skador på centrala nervsystemet, som visar sig i beteende- och utvecklingsstörningar. Barnen är handikappade för livet och hamnar ofta i missbruk själva. Utseendet är karakteristiskt med litet huvud med tunn överläpp och barnen är både korta och lätta för sin ålder. Barnen växer aldrig i kapp sina kamrater och en tonåring kan väga 40 kilo.

– Sedan får man inte glömma att känslighet för alkohol är individuellt betingat, säger Åsa Magnusson. Det är därför svårt att veta vilka mängder som ger exakt vilka skador för ett enskilt foster.

För att hitta barn och mammor i riskzonen, måste både mamman och barnet screenas, enligt Åsa Magnusson och Mona Göransson. I en studie av kvinnor som sökte mödravård 1999 respektive 2003 undersökte de blivande mammors alkoholkonsumtion med hjälp av frågeformuläret AUDIT. Ett riskfyllt drickande definierades som en konsumtion som medför risker för barnet, men inte nödvändigtvis för mamman.

Resultaten visar på flera intressanta trender. 2003 hade fler kvinnor generellt sett en skadlig konsumtion *före* graviditeten: 21 procent jämfört med 17 procent 1999. Fler hade också druckit sig berusade, 61 procent mot 56 procent, och andelen helnykterister hade minskat från 5 procent till 3 procent. Siffror som bekräftar andra undersökningar som visar en ökad alkoholkonsumtion i samhället.

En radikal förändring hade däremot skett när det gällde drickande under själva graviditeten. Mellan 2003 och 1999 hade andelen som drack alkohol regelbundet under graviditeten halverats till 16 procent 2003, jämfört med 30 procent 1999. Samma mönster gick igen i högkonsumtionsgruppen: 1999 drack 15 procent varje vecka, 2003 var det 7 procent.

– Eftersom resultatet visar en så markant sänkning, drar vi slutsatsen att de massiva informationsinsatser som genomförts gällande risker med alkoholdrickande under graviditet haft effekt, säger Åsa Magnusson. Även barnmorskorna har ändrat sitt beteende. De frågar inte längre *om* någon dricker, utan utgår ifrån *att* någon dricker och informerar utifrån det.

70 procent av kvinnorna uppgav att de varit helnyktra under hela graviditeten, ett påstående som inte höll för närmare granskning. 300 kvinnor fick utifrån en så kallad timeliner ange vad de druckit dag för dag under de senaste månaderna. Utöver det screenades fostren. Då visade

det sig att 95 procent av kvinnorna druckit som vanligt fram tills dess att de gjort graviditetstestet. Däremot slutade de flesta helt när de skrev in sig på mödravården.

– Många hade varit på semester när de blivit gravida, vilket betyder att de druckit ganska mycket, säger Åsa Magnusson. Femton procent hade druckit på ett för barnet riskfyllt sätt i början av graviditeten, vilket motsvarar sjuttio gram i veckan eller att dricka sig berusad två gånger.

En högriskgrupp utkristalliserades också. De screenade positivt på AUDIT, timeliner och drack mycket innan och under graviditeten. I den gruppen hade nästan hälften varit i kontakt med psykiatrin. Här förelåg stora risker för både barnet och mamman.

– Det kan vara svårt att konfrontera en blivande mamma med missbruksproblem, men tänker man att det är barnet som är ens uppdragsgivare, så blir det betydligt enklare att vara obekvä, säger Mona Göransson. Man hjälper henne att skydda sig själv och sitt barn när hon inte själv har förmåga. Det finns också forskning som visar att mödrar som gravt skadat sina barn genom att dricka under graviditeten får leva med enorma skuld känslor och självmord är inte ovanligt.

Lästips:

Alkoholkommittén (2003) *Ett glas vin kan väl inte skada?*

Göransson, M. (2004) *Alcohol consumption during pregnancy: How do we separate myth from reality?*, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge. (Akademisk avhandling).

## **Implementering av evidensbaserade metoder på institution. Möjligheter och hinder**

Diskussionen om risker och möjligheter med att implementera evidensbaserade metoder på SiS institutioner utmynnade i några ståndpunkter som exemplifieras med citat nedan:

*Trots de brister som finns i metaanalyser och i andra evidensstudier, är det det bästa som finns att utgå ifrån och det är angeläget att satsa på evidensbaserad vård.*

– Evidensbaserad vård i praktiken handlar mer om en metodik eller en hållning än att man använder en metod som är bra eller dålig, påpekade Mats Berglund. I sökandet efter evidensbaserad kunskap inleds en process vid institutionen, där man öppnar sig mot omvärlden, tar kontakt med forskare och gör studiebesök där framgångsrik behandling anordnas, något som tillsammans borgar för nödvändig förnyelse.

*För att upprätthålla en evidensbaserad institutionsvård behövs inte enbart evidensbaserade metoder utan även strukturella former och principer med evidens.*

– Det finns mycket man kan göra för att höja kvaliteten i behandlingen utan att införa nya metoder, sade Mats Fridell. Bara genom att fokusera missbruket, ha en god struktur för behandlingen, och se till att insatserna pågår konsistent under en tillräckligt lång period, kan man öka chanserna för ett gott utfall. Relativt ”enkla” insatser som rådgivning har god evidens om den utförs på rätt sätt och kan utgöra en kostnadseffektiv vård.

Flera av föreläsarna problematiserade valet av metod. Det går lätt trender i metoder och risken är att alla springer åt samma håll istället för att fråga sig vad man behöver på sin egen institution, sade exempelvis Marianne Kronberg. Man ska börja med en analys utifrån behoven i den egna verksamheten och sedan söka efter de bästa metoderna för ändamålet.

En annan risk är att man väljer metoder utifrån att de är lätta att utvärdera istället för utifrån de verkliga behoven.

– Ibland finns kanske metoder som är bra men inte har stöd i forskning, sade Arne Gerdner. Så var det med tolvstegsbehandlingen, som tidigare inte rankades som evidensbaserad men som nu har stöd i forskning. Vilka metoder riskerar vi att missa idag, bara för att det inte finns några studier, frågade han.

*Kompetent personal och professionalism är en nödvändighet för att kunna implementera nya evidensbaserade metoder.*

En förutsättning för att en metod ska fungera i praktiken är att personalen har god kompetens, påpekade flera föreläsare och underströk också vikten av kontinuerlig kompetensutveckling. En ny metod har större chans att överleva om personalen är delaktig vid införandet än om den läggs på uppifrån, sade Marianne Kronberg, och berättade om hur sektoriseringen av psykiatrin i Malmö aldrig fungerat, just på grund av att den inte var förankrad hos folket på golvet.

Lars Forsberg vittnade om svårigheterna att implementera den evidensbaserade metoden CRA i praktiken. Som utbildare för blivande CRA-terapeuter mötte han flera personer som trots intresse inte kunde ta till sig det nya sättet att tänka.

Mats Fridell underströk vikten av en bra ledning vid implementering av nya metoder i en organisation. Han hänvisade till forskning som visar att femtio procent av beslut som tas på

högre nivå i en organisation aldrig genomförs. Det gäller att påbörja implementeringsarbetet i en demokratisk dialog mellan bra chefer och motiverade medarbetare.

*Forskning om evidensbaserade metoder bör i högre grad bedrivas i Sverige.*

I dag kommer majoriteten av forskningen om evidensbaserade metoder från utlandet. Vår specifikt svenska modell fungerar sannolikt, men det blir svårt att försvara den i längden om vi inte kan hänvisa till studier som visar att den har evidens, sade Mats Berglund.

## Behandlingshemsstudier – resultat från studier kopplade till behandlingshemsprojektet vid Umeå universitet

Bengt-Åke Armelius är professor i psykologi vid Umeå universitet. Sedan 1982 har han lett det så kallade behandlingshemsprojektet med syfte att utvärdera effekter av vård på behandlingshem.

En uppföljning av 146 patienter i psykiatri som vårdats på olika typer av behandlingshem visar på ett måttligt utfall av behandlingen. Kvinnor och yngre personer hade generellt sett bättre behandlingsutfall än män och äldre personer. Hur personalen upplevde sin arbetsmiljö hade betydligt större inverkan på behandlingsresultatet än val av metod. Vid en jämförelse med andra grupper visade det sig att LVM-klienter hade bättre behandlingsresultat jämfört med psykiatripatienter och missbrukare i privat vård, om man ser till forskarnas bedömning av klientens psykiska hälsa och sociala situation. LVM-klienternas negativa självbild hade dock förändrats i mycket liten omfattning.

Bengt-Åke Armelius har i sin forskning följt upp nästan 150 personer som vårdats på olika behandlingshem i psykiatri, men även en grupp om 49 missbrukare som vårdats vid LVM-hem och ett 30-tal missbrukare som vårdats vid enskilda behandlingshem ingår i studien.

– Resultaten väcker frågor om vad det är man ska satsa på för att förbättra resultaten av vård på behandlingshem, säger Bengt-Åke Armelius. Hur personalen upplevde sin arbetsmiljö visade sig exempelvis ha större betydelse för utfallet än vilken behandlingsmetod man valde. Är det då personalen eller metodutvecklingen man ska satsa på?

Behandlingshemsprojektet startade 1982. När vården på mentalsjukhus skulle ersättas av korta insatser på psykiatrisk avdelning, befارades en grupp unga svårt psykiskt sjuka människor bli kroniskt sjuka i avsaknad av långsiktig vård. För att tillgodose vårdbehovet hos denna grupp öppnade man ett behandlingshem i Umeå. Redan från start fanns nära kontakter mellan forskare på universitetet och chefer inom psykiatri, och man utvecklade en arsenal metoder för att studera både patienternas problem och vårdresultaten.

– Efterhand startade liknande behandlingshem runt om i landet, och forskarna vid Umeå universitet blev involverade i att utvärdera vårdresultat vid små behandlingshem, berättar Bengt-Åke Armelius. Behandlingshemsprojektet var igång.

Sammantaget ingår 38 enheter i studien: 24 psykiatriska behandlingshem, 2 privata behandlingshem för missbrukare med psykiska problem, ett hem för mammor och förskolebarn, 2 LVM-hem för psykiskt störda missbrukare samt 4 särskilda ungdomshem med inriktning på ungdomar med psykiska problem.

I projektet har man undersökt både patienter och personal. Patienternas problem och livssituation har beskrivits vid inskrivning och efter fem år, med hjälp av självskattningsskalor, psykiatrisk diagnostik, observationer och intervjuer. För personalen har man undersökt bland annat självbild, uppfattning av arbetsmiljön och vårdideologi. Det känslomässiga klimatet mellan behandlare och patient har studerats genom att personalen fått lista adjektiv som beskriver deras känslor för patienten.

Totalt ingår 205 patienter i psykiatridelen av studien, varav 109 män och 96 kvinnor. 146 personer har följts upp, medan 59 personer har fallit ifrån. Endast fem personer har dött, vilket enligt Bengt-Åke Armelius tyder på att behandlingshemsvård har en skyddande effekt. Patienterna har delats in utifrån tre huvuddiagnoser: neurotisk personlighetsorganisation (17

personer), borderline personlighetsorganisation (37 personer) och psykotisk personlighetsorganisation (90 personer).

Behandlingsutfallet har mätts med hjälp av så kallade ES-värden. Inom forskning betyder värden under 0.20 ingen effekt, 0.30–0.50 liten effekt, 0.50–0.80 måttlig effekt samt högre än 0.80 stor effekt. I studien jämför man två index: patientens självbild och symptom (subjektiv ES) och bedömd ES (forskarnas bedömning av funktionsnivå utifrån olika tester och mätningar).

– När vi studerade utfall av behandlingen var det två variabler som påverkade utfallet i hög grad, berättar Bengt-Åke Armelius, nämligen kön och ålder. För hela gruppen var behandlingseffekten måttlig, 0,5 i bedömd ES. Kvinnor fick generellt sett högre bedömd ES, 0.65, jämfört med 0.4 för män. Yngre personer (under 26 år) hade också en bättre prognos, med en effekt på 0.7 i bedömd ES. Cirka 30 procent i hela gruppen hade blivit sämre.

Ett annat huvudresultat är att behandlingen inte påverkade det subjektiva lidandet i någon större omfattning. Detta framgår genom att bedömd ES varierar betydligt mer än patienternas självskattning, som varierar lite.

Även de olika diagnosgrupperna uppvisar skillnader. Bäst går det för borderlinepatienterna, lite sämre för dem med neuroser och allra sämst för psykopatienterna. Det finns dock individuella variationer. Allra sämst går det för patienterna med diagnosen schizofreni. Personer med kortvariga psykoser har en nästan positiv indikation för behandlingshemsvård och för personer med personlighetsstörning går det också relativt bra.

När det gäller samband mellan vårdinsatser och behandlingsresultat, är antalet timmar i individualpsykoterapi den enda signifikanta variabeln, enligt bedömd ES (0.17). Ju mer psykoterapi någon får, ju bättre går det. Detta gäller framför allt de yngre patienterna.

Negativt för vårdutfallet är om personalen har symptom (somatiska eller psykosomatiska), upplever höga krav eller stimulerar självständighet hos patienten. Positivt för vårdutfallet är om personalen upplever att de har inflytande över sin arbetsplats och får handledning. Den starkaste korrelationen för ett bra vårdutfall är att behandlaren tror på patienten och på ett gott resultat.

– Det här är ett fynd som kommer tillbaka i många andra studier, säger Bengt-Åke Armelius. Övertygelsen hos personalen att det kommer att gå bra är en förutsättning för ett gott utfall.

Ett annat intressant fynd gäller hur personalens känslor i mötet med patienten påverkade utfallet. För de behandlare som arbetade med borderline- och neurospatienter fanns ett starkt samband mellan positivt behandlingsutfall och att personalen inledningsvis upplevde sig som kontrollerade, distanserade, avvisade och ohjälpsamma. Det vill säga, de tog emot och svarade på patienternas känslor, förklarar Bengt-Åke Armelius.

Med hjälp av en statistisk modell har man räknat ut hur många procent av utfallet som förklaras av olika variabler. Resultatet blev följande: ålder och kön (34%), diagnos (16%), interventioner som tid på behandlingshem, psykoterapi (9%) samt hur personalen upplever sin arbetsmiljö (19%).



– De interventioner man satsat på har således relativt begränsad förklaringskraft för utfallet, konstaterar Bengt-Åke Armelius.

Resultatet får stöd i metaanalyser av psykoterapiforskning. Där framgår att faktorer utanför terapisituationen förklarar 40 procent av behandlingsutfallet, behandlingsfaktorer som empati, respekt, värme samt relationen terapeut–patient 30 procent, och val av metod endast 15 procent.

Resultaten kring behandlingsutfall för de personer som vårdats vid LVM-hem har ännu inte bearbetats färdigt. Bengt-Åke Armelius har dock några färskare resultat för 49 LVM-klienter.

– Jämför man med övriga behandlingsenheter i studien, ser man att LVM-hemmen har de bästa resultaten vad gäller bedömd ES (0.8), medan upplevelsen av förändring hos klienterna är mycket liten, säger Bengt-Åke Armelius. LVM-klienternas självbild är alltså väldigt negativ och har endast förbättrats något.

Lästips:

Armelius, B-Å. (2002) *Effekten av vård på psykiatriska behandlingshem*. Slutrapport nr 25 från Behandlingshemsprojektet, Institutionen för psykologi, Umeå universitet, <http://www.psy.umu.se/forskning/publikationer/ovriga-publika/Behandlingshem.html> .

## Kvinnor och missbruk

Karin Trulsson är fil dr i socialt arbete och forskare vid Kvinnoforum i Stockholm, en nationell FoU-enhet som verkar för att synliggöra missbrukande kvinnor och utveckla kunskap om kvinnor och missbruk. Tidigare har hon vid Sofia behandlingshem i Malmö varit med om att bygga upp en missbruksbehandling som riktar sig specifikt till kvinnor. Inom SiS är hon vetenskaplig handledare för två utvecklingsprojekt inom ungdomsvården som syftar till att utveckla behandlingen för missbrukande flickor.

Missbrukande kvinnor är generellt sett utsatta både som individer och sett ur samhällets perspektiv. De känner skuld och skam, eftersom de bryter mot idealbilden av kvinnan. Rädslan att barnen ska bli omhändertagna gör att de ofta inte vågar söka hjälp. Kvinnobehandling kan erbjuda kvinnorna möjlighet att ta igen brister i socialisationen och ska bedrivas med enbart kvinnlig personal och klienter. Hörnstenar i kvinnobehandling är individuella samtal, gemenskap med väninnor, symtomtolerans samt eftervård.

Utgångspunkt för Karin Trulssons föreläsning är hennes artikel ”Manligt och kvinnligt i smältdegeln – om könets betydelse för missbruk”, som publicerats i *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift*. I artikeln sammanfattar Karin Trulsson resultat från forskning som berör könets betydelse för hur missbruket gestaltar sig hos män respektive kvinnor.

Karin Trulsson tar avstamp från historikern Yvonne Hirdmans tankar om genuskontraktet, det vill säga att varje samhälle och varje tid har ett kontrakt om samspelet mellan könen. Viktiga ingredienser i Hirdmans teori är *idealbilden* av kvinnan och mannen, hur flickor och pojkar *socialiserar* och hur *arbetsdelningen* mellan könen ser ut. Hur påverkar dessa tre företeelser den missbrukande kvinnan och hennes roll i samhället?

– Om vi börjar med idealbilden, så har den missbrukande kvinnan genom historien närmast varit en motbild till idealkvinnan, en nykter och kontrollerad kvinna som håller hemmet samman, säger Karin Trulsson. Begrepp som ”fyllekärring” och ”hora” talar sitt tydliga språk.

Idealbilden ställer olika krav på kvinnor och män. Samhällets tolerans för män som dricker är betydligt större än för kvinnor, som fördöms. Kvinnan förväntas inte bara kontrollera sin egen konsumtion utan även mannens. I missbrukarkretsar dominerar männen, även om vissa kvinnor kan kompensera underläget genom att bli skickliga på att till exempel ”dealat” med narkotika.

Även modersidealet är i högsta grad närvarande i de missbrukande kvinnornas liv. De känner skam och skuld över att de inte klarar av att ta hand om sina barn, som kan ha blivit omhändertagna.

– För kvinnor som föder barn som omhändertas vid förlossningen, blir följderna ofta dramatiska, berättar Karin Trulsson. Kvinnorna lämnas med ett öppet sår som de inte får bearbeta utan riskerar att dränka i droger.

Nästa område som Karin Trulsson tar upp är socialisationen. Genom socialisationen blir flickan kvinna i relation till modern och andra kvinnor, och pojken man i relation till fadern. Yvonne Hirdman talar om att längtan finns parallellt efter frihet och symbios. Kvinnan söker självständighet och frihet hos mannen, i förhållande till vilken hon genom moderskapet och sexualiteten kan få makt. Mannen söker närhet och kontroll i symbios med kvinnan. Dessa strävanden efter frihet respektive kontroll kan leda till motsättningar. I värsta fall försöker mannen kontrollera situationen genom att misshandla sin kvinna. På grund av erfarenheter av

sexuella övergrepp och misslyckanden som mödrar hamnar också missbrukande kvinnor ofta i vanmakt, snarare än i maktposition, i förhållande till män.

Socialisationen inleds redan under de första barndomsåren, då missbrukande kvinnor och män inte sällan upplevt separationer, fysiskt och psykiskt utnyttjande samt socialt utsatta förhållanden. När nästa viktiga fas i socialisationen kommer, nämligen tonårskrisen, söker man sig gärna till kamratgänget för att få en identitet. I detta sammanhang är det intressant att referera till forskning om flickors och pojkars olika sätt att närma sig sexualiteten och tillägna sig en könsidentitet, menar Karin Trulsson. Missbruk i tidiga tonår riskerar nämligen att störa den vanliga tonårsutvecklingen. Pojkar tar droger för att känslomässigt våga närma sig flickor, och flickor för att klara av en vuxen sexualitet som de inte är mogna för.

Det traditionella mönstret för arbetsdelning mellan könen återspeglas även i familjer med missbrukande kvinnor. Liksom andra kvinnor tar de huvudansvaret för hemmet tills missbruket tar över. Ofta försöker kvinnorna att kontrollera sitt missbruk i det längsta av hänsyn till barnen. Men att missbruka kan även vara ett sätt att slippa undan ett ansvar för hem och barn som man inte klarar av.

Karin Trulsson påpekar också att man inte får glömma pappornas kapacitet. I intervjuer med tolv missbrukande kvinnor framkom exempelvis att när deras missbruk tog över, gick samtliga drogfria män in och axlade ansvaret för barn och hem.

Den kvinnobehandling som Karin Trulsson utvecklat bygger på traditionell miljöterapi där man lagt till specifika moment som passar för kvinnor, såsom behandling av gravida missbrukare. Andra inslag är kroppsvård, avslappning och massage samt kostråd, kroppskunskap och information om kvinnans roll i samhället. I kvinnobehandling måste man vidare acceptera att kvinnorna behöver tid att ta hand om relationer som de värnar om, som till man och barn, poängterar hon. Att få kvinnorna att tänka på och ta hand om sig själva, något man betonar i traditionell missbruksbehandling, får snarare bli ett slutmål än en start.

– Behandlingen vid Sofia behandlingshem är psykodynamiskt inriktad och vilar på kvinno-teoretisk grund, förklarar Karin Trulsson. Orsaken till det är internationell forskning om terapeutiska samhällen som visar att missbrukande kvinnor är överrepresenterade när det gäller erfarenhet av sexuella övergrepp, fysiskt våld, suicidförsök samt medicinering för psykologiska och emotionella problem. Kvinnorna behöver därför individuella samtal för att bearbeta de övergrepp som de utsatts för.

När Karin Trulsson intervjuade kvinnor som genomgick behandling vid Sofia behandlingshem i Malmö fann hon det hon kallar för hörnstenar, grundelement i en fungerande behandling för missbrukande kvinnor. Hörnstenarna är individuella samtal med en kontaktperson, gemenskap med andra väninnor (andra kvinnor i kollektivet), symtomtolerans (att man inte överger kvinnorna vid återfall) samt eftervård.

– Kvinnornas betoning av vikten av individuella samtal och gemenskap med de andra kvinnorna i kollektivet stämmer väl överens med den socialisationsforskning som visar att kvinnor utvecklar ett relationsjag i nära samspel med sin moder och sina väninnor, förklarar Karin Trulsson.

Missbrukande kvinnor har ofta brister i kontakten med sin mamma, ofta på grund av moderns missbruk eller psykiska problem. Ofta får de heller inga väninnor, eftersom de ses som udda. Istället tillfredsställer de behovet av närhet i relationer till män.

På grund av detta är det oehört viktigt att de kan ta igen brister i socialisationen genom behandlingen, understryker Karin Trulsson. Behandlingen kan ha den ”goda familjen” som förebild. Genom personalen får de kvinnliga förebilder och genom kvinnorna i kollektivet väninnor. Symtomatiskt är att kvinnorna inte sällan kallar behandlare för morsor. Och liksom en förälder inte släpper sitt tonårsbarn vind för våg, så ger behandlarna kvinnorna fortsatt stöd via eftervården.

De fyra hörnstenarna prövas nu i behandlingen av flickor på SiS ungdomshem Hammargården utanför Stockholm. Målet är att flickorna ska få möjlighet att bearbeta sina missbruks- och psykosociala problem för att klara ett framtida drogfritt och socialt självständigt liv. Flickorna, som ofta har trassliga hemförhållanden, ska ges stöd att hitta sin kvinnoidentitet och att utveckla relationer med familj och nätverk. Målen ska uppnås genom miljöterapi, genom att integrera behandling och skola, samt via samtal (individuellt och i grupper), familje- och nätverksarbete, specifika insatser mot missbruket, eftervård och utslussning. Implementationen ska följas upp genom forskning.

Överlag finns det väldigt lite forskning om implementering av kvinnobehandling, berättar Karin Trulsson. Inte heller mäns specifika behov har behandlats inom forskningen mer än undantagsvis, men en uppföljning av SWEDATE-undersökningen visar att vissa män efterfrågar inslag som finns i traditionell kvinnobehandling, nämligen individuella samtal och relationsarbete med familj och närstående.

– Med andra ord får man inte glömma att det finns män som brutit mönstret och som efterlyser inslag lika dem i kvinnobehandling, säger Karin Trulsson. Alla kvinnor passar heller inte att gå så tätt som man gör i kvinnobehandling.

Lästips:

Berglund, G. et al. (1991) The SWEDATE projekt Interaction between Treatment Client, Background and Outcome in a One-Year Follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment* vol 8, 161–169.

Bjerrum-Nielsen, H. och Rudberg, M. (1991) Jenters vej til rusmidler, et socialiseringsperspektiv. I: *Kön, rus och disciplin*. Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning: NAD publikation nr. 20.

Dahlgren, L. (1992) Behandling av kvinnliga alkoholmissbrukare. *Socialmedicinsk Tidskrift* 8, 390–394.

De Wilde, J. (2004) Problem severity profiles of substance abusing women in European Therapeutic Communities: Influence of psychiatric problems., *Journal of Substance Abuse Treatment*. nr 26, 243–251.

Trulsson, K. (1998) *Det är i alla fall mitt barn – En studie om att vara missbrukare och mamma*. Stockholm: Carlssons Bokförlag. Licentiatavhandling.

Trulsson, K. (2003) *Konturer av ett kvinnligt fält Om missbrukande kvinnors möten i familjeliv och behandling*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan, Avhandling  
Dissertations in Social Work 12

## Utredning/diagnostik/uppföljning

Iréne Jansson är psykolog vid Lunden i Lund som är dels ett särskilt ungdomshem, dels ett LVM-hem, båda för enbart kvinnliga klienter. Parallellt med sin kliniska verksamhet skriver hon på en doktorsavhandling om problembild och behandlingsutfall hos tvångsvårdade kvinnliga missbrukare.

Psykologiska utredningar och psykiatrisk diagnostik är nödvändiga inslag för att kunna slussa klienten till rätt behandling. Tiden i tvångsvård kan vara en unik möjlighet att göra en kvalificerad utredning, eftersom det kanske är första gången på många år som klienten är drogfri under en längre sammanhängande period. En utredning består av tester utifrån olika psykologiska instrument, intervjuer och observationer. Om nödvändigt görs en fördjupad utredning, exempelvis om man misstänker en neuropsykiatrisk diagnos. En uppföljning av 94 kvinnor som vårdats vid Lunden 1997–2000 visar att hälften varit drogfria under det senaste året.

Iréne Jansson har sedan 1997 utrett 237 klienter på Lunden. Under åren har hon samlat på sig en gedigen kunskap om vilka problem tvångsvårdade flickor och kvinnor har. För att beskriva hur en utredning går till berättar Iréne Jansson om arbetet med Kajsa, en 26-årig heroinist som 1999 skrevs in på Lunden. Kajsa hade haft en traumatisk barndom med alkoholiserade föräldrar. De behandlade henne som något som katten släpat in och hon kände sig dum, ful, ensam och avskydde sig själv.

– När hon anlände var hon mager, uttorkad, sliten och hade stickmärken överallt, berättar Iréne Jansson. Hon var i psykiskt mycket dåligt skick och gick runt i ett autismliknande tillstånd med kapuschongen ständigt nerdragen över huvudet.

Iréne Jansson hade svårt att få kontakt med henne, men en dag när Kajsa satt ensam i rökrummet började de att talas vid. Kajsa gick med på att delta i en utredning om hon fick rätt att läsa den först av alla och om hon fick bestämma huruvida socialtjänsten skulle få ta del av den.

Liksom övriga personer som utreds vid Lunden fick Kajsa genomgå en rad psykologiska tester. Det kan till exempel handla om personlighetstest som SSP (Swedish Universities Scales of Personality) och BCT (Basic Character Trait Test) eller om SCL 90 (Symptom Checklist), ett symtomskattningstest om psykiskt mående. Hur personen agerar i testsituationen ger ytterligare information, såsom om någon har språk- eller koncentrationssvårigheter. I Kajsas fall framkom det att hon läste bra men hade svårt att sitta stilla. Hon bekräftade att tankarna flög iväg och att det alltid varit så. Hon berättade också att när hon tagit amfetamin föll allt på plats och hon blev lugn.

– Eftersom man kunde misstänka att Kajsa hade ADHD, använde jag ett särskilt screening-instrument, kallat WURS (Wender Utha Rating Scale), för att undersöka detta, berättar Iréne Jansson. Det visade sig då att Kajsa skattade extremt högt, dubbelt så högt som normalvärdet. Vi gick då vidare till det neuropsykiatriska teamet vid Lunds universitetssjukhus som bekräftade diagnosen.

Kajsa blev glad och lättad över diagnosen och lät också socialtjänsten ta del av utredningen. Utredningen ledde till att hon placerades i ett familjehem, där de hade ett biologiskt barn som också hade ADHD. Familjen var således väl bevandrad i problematiken. Kajsa trivdes i familjen, där hon för första gången i sitt liv blev sedd i positiv bemärkelse. Hon läste på Komvux och är i dag undersköterska i en liten stad i Skåne. Hon lever med en drogfri man

och mår hyfsat, även om hon funderar över att gå i terapi för att bearbeta en del psykiska besvär som hon fortfarande lider av.

– När man talar om diagnostikens vara eller icke vara, vill jag betona att det är viktigt att den sker inom etiska ramar och att klienten är avgiftad, säger Iréne Jansson. Diagnostik kan vara en viktig vägledning till fortsatt behandling, som i Kajsas fall och dessutom underlätta kommunikationen mellan myndigheter.

Iréne Jansson arbetar med en uppföljningsstudie om 132 kvinnor som utretts vid Lunden under perioden 1997– 2000. Uppföljningen sker mellan ett halvår till fem år efter utskrivning. Hittills har Iréne Jansson träffat 94 kvinnor och de preliminära resultaten ser mycket hoppfulla ut. Hälften har varit drogfria under det senaste året, och mer än en tredjedel (36%) under de två senaste åren.

En tredjedel försörjer sig genom arbete eller studier, medan en fjärdedel får socialbidrag och 22 procent någon typ av pension. Endast drygt en procent försörjer sig genom kriminalitet, medan 8 procent prostituerar sig. Fler än hälften har en egen bostad. 26 procent bor med sin partner och 13 procent även med barn. 16 procent bor ensamma med sitt barn. Endast drygt 10 procent bor på institution eller liknande.

– Det här ger bra feedback till personalen och avlivar en del myter om slutenvård, säger Iréne Jansson. Det är lätt att se allt i svart eftersom vi möter kvinnorna i en tuff period, men vi får inte glömma att vi är del i en längre process.

## Behandlingsplanering på Karlsvik LVM-hem

Psykolog Björn Sallmén är verksam i utrednings- och behandlingsarbetet vid Karlsvik LVM-hem. 1988 anställdes han som forskningsassistent för att samla in psykometriska data om klientgruppen vid Karlsvik. Han disputerade på dessa data 1999. Han har även tjänstgjort som forskningsledare inom kriminalvården.

Vid Karlsvik LVM-hem görs en strukturerad behandlingsplanering för varje klient utifrån internationellt validerade och accepterade instrument, bland andra ASI och MAPS, vid behov med ett stort antal kompletterande instrument. ASI används för att identifiera klientens problembild, matcha klient till enhet, som underlag för fördjupad utredning och för att prioritera vilka områden man ska arbeta med. MAPS används för att anpassa insatserna till var i förändringsprocessen den enskilde klienten befinner sig. Instrumenten används även för insamling av data på gruppnivå. Dessa kan användas för att följa förändringar i målgruppen och anpassa organisationen till nya behov.

Björn Sallmén framhöll nödvändigheten i att ställa diagnoser. Innan man sätter in en insats bör man veta varför man sätter in den, och i det sammanhanget är kvalificerade utredningar ett viktigt instrument. Inom den medicinska världen har det varit legio i 2000 år att ställa diagnos innan man opererar, påpekade han, medan man i socialt arbete fortfarande arbetar enligt "blindtarmsmetoden" på ett ställe och "mjältmetoden" på ett annat.

– Ett vårdtillfälle vid Karlsvik bygger på en strukturerad behandlingsplanering som genomförs i flera steg, berättar Björn Sallmén: bedömning utifrån ASI, återföring till klienten samt matchning med klientens problemmedvetenhet utifrån MAPS, genomförande av planerade behandlingsinsatser samt slutligen en utskrivningsintervju. Har klienten fått det som utlovades i behandlingsplanen? Vad har vi lyckats uppnå? Vad misslyckades och varför?

Det första steget i att upprätta en behandlingsplan är att genomföra en strukturerad klientbedömning utifrån ASI (Addiction Severity Index). ASI är ett etablerat bedömningsinstrument som används inom kriminalvård, missbruksvård, psykiatri samt i Sverige även inom socialtjänsten. Inom forskning och utvecklingsarbete utgör instrumentet internationell standard. Det är översatt till cirka trettio språk.

Genom ASI fastställer man med hjälp av cirka 190 frågor, vilken typ av insatser någon behöver inom sex olika livsområden. Klienten skattar sitt behov av hjälp den senaste månaden. Intervjuaren skattar problemtyngd och behandlingsbehov. En fördel med ASI, påpekar Björn Sallmén, är att klientens uppfattning vägs in i den slutliga bedömningen.

Intervjuarskattningen används för att matcha klienten till rätt vårdenhet, som underlag till en fördjupad utredning och/eller för prioritering kring vilka områden man ska arbeta med först. Kanske måste man ta itu med relationsproblematik innan man kan fokusera på missbruket. Skattaren ska inte "tänka själv", utan slaviskt följa instrumentets regler. Detta för att säkra en hög reliabilitet.

– Det handlar inte om att ta ställning till om någon ska ha behandling eller inte, utan om vilken intensitet som krävs i behandlingen, förklarar Björn Sallmén. 0– 1 poäng betyder att inga eller mycket små insatser behövs och 9 betyder att behovet är extremt.

Björn Sallmén exemplifierar hur behovet av olika typer av insatser kan skattas:

Poäng

- |      |  |
|------|--|
| 0– 1 | Information till någon som röker och kan få problem på sikt.   |
| 2– 3 | Från något enstaka kurativt samtal, till exempel ett läkarsamtal för någon som har för höga levervärden, till regelbunden samtalskontakt.  |
| 4– 5 | Insatser med regelbundenhet och varaktighet, till exempel att gå i samtalsterapi två gånger i veckan under en längre period eller dagvård. |
| 6– 7 | Massiva insatser för någon med mycket allvarliga problem, exempelvis placering på LVM-hem.   |
| 8– 9 | Från extrema fall inom LVM-vården till terminalvård. Poäng så höga bör användas med stor försiktighet.                                     |

När intervjuaren sammanställt alla data från ASI-intervjun bearbetas informationen och återförs till klienten. Återföringen behövs av två skäl:

– Dels blir det en kvalitetssäkring av data. Klienten har chans att reagera på ens slutsatser och man kan rätta till om något missuppfattats. Dels sätter intervjun igång processer hos klienten som det är viktigt att fånga upp i behandlingen.

Under återföringen lämnar den som har gjort ASI-utredningen över materialet till kontaktpersonen. Denna ska då fastställa var i förändringsprocessen klienten är, något som är oerhört viktigt för upplägget av behandlingen. Klientens inställning till ett problem har sannolikt det största prediktiva värdet för hur behandlingen kommer att falla ut, menar Björn Sallmén. Två personer kan ha exakt samma problemprofil, men medan en är beredd att arbeta med sina problem, struntar kanske den andra fullständigt i dem.

Vid Karlsvik använder man instrumentet MAPS (Monitoring Area and Phase System). Detta bygger på livsområdena i ASI och de amerikanska forskarna Proschaskas och DiClementes transteoretiska modell för förändring, ”Stages of Change”. För att beskriva var i processen att ändra ett beteende någon befinner sig och hur någon förhåller sig till sitt problem, talar man om olika stadier:

- Omedveten/uppgiven
- Fundera/överväga
- Beslut/förberedelse
- Handling/förändring
- Hantering/upprätthållande

I MAPS ser man inte missbruket som ett isolerat problem utan i ljuset av klientens hela livssituation. Med hjälp av MAPS kan man göra en så kallad fasindelad diagnostik och planera fasspecifika insatser. Med det menas att man kartlägger var i förändringsprocessen någon befinner sig inom samtliga ASI-områden och utifrån det kan sätta in rätt insatser inom ett område vid rätt tidpunkt. Målen blir realistiska. Om Kalle inte är medveten om att han dricker för mycket, är medvetandehöjande och motivationsinsatser relevanta. Har Kalle däremot tagit ett välgrundat beslut att sluta dricka är det idé att starta en kvalificerad behandling.

– SiS arbetar primärt med klienter som är i stadiet ”omedveten/uppgiven”, säger Björn Sallmén. Ambitionen måste i första hand vara att få någon att fatta ett välgrundat beslut om att



sluta med drogerna. Längre än så kan vi inte nå. Och det går inte att hoppa över något steg om man ska nå förändring på sikt. De första stadierna är nödvändiga att gå igenom.

Ibland måste man också göra en fördjupad utredning för att kunna sätta upp realistiska mål. Det kan röra sig om att fastställa en psykiatrisk diagnos, närmare undersöka socialt nätverk, utföra begåvningsstest med mera. När man upprättar mål måste man också – vid sidan av klientens inställning till sina problem och en eventuell fördjupad utredning – beakta enhetens resurser, tiden man har till förfogande och hur allvarliga problemen är.

I MAPS kan man också få information om variationer som finns inom varje specifik fas. Den första fasen delas exempelvis upp i faserna ”omedveten” respektive ”uppgiven”. I omedvetenfasen bagatelliserar man problemet, men har hög tilltro till sin egen förmåga att hantera det: ”Jag tar partydroger ibland, men jag kan sluta om jag vill.” Sedan, när man har provat att sluta ett antal gånger utan att lyckas, har man en tendens att bli uppgiven, men probleminsikten är god.

Beroende på i vilken fas klienten befinner sig sätter man in olika insatser. Är man omedveten arbetar behandlaren för att höja probleminsikten. Är någon uppgiven ska behandlaren vara jagstödande och sätta upp små delmål, så att klienten får tillbaka känslan att han eller hon klarar något.

På Karlsvik befinner sig ungefär 40 procent av klienterna i fasen omedveten/uppgiven vid inskrivningen. Ungefär 46 procent är i stadium nummer två: ”fundera/överväga”. Då har man kommit så långt att man är ambivalent till problemet och funderar: ”Har jag ett problem eller inte?”, eller överväger: ”Jag vet att jag har ett problem men jag vet inte hur jag ska lösa det.”.

Vilken fas man är i när man lämnar LVM-hemmet har stor betydelse för behandlingsresultatet på lite längre sikt. En uppföljning av 50 alkoholister som vårdats på Karlsvik visade att de som var i ”fundera/överväga”-fasen när de skrevs ut, hade en gynnsam utveckling, medan de som var omedvetna eller uppgivna i regel var det även vid uppföljningen. Uppföljningen gjordes efter sex månader respektive två år.

– Vi lyckas bäst med dem som lagen inte är skriven för, det vill säga de som vill något, konstaterar Björn Sallmén. Kriminalvården däremot är paradoxalt nog sämst för den grupp som vid inskrivningen redan beslutat sig för att lägga av.

Under tiden som behandlingen pågår gäller det att vara sensitiv och att följa processen. Ibland måste man revidera målen. Ett exempel är den uppgivna och deprimerade klienten som får SSRI-preparat och plötsligt blir väldigt motiverad att sluta dricka.

Björn Sallmén har sedan femton år tillbaka samlat in data som gör att man kan följa förändringar i klientgruppen på Karlsvik över tid. Uppgifterna kan utnyttjas för att anpassa verksamheten samt för forskning och utvecklingsarbete. Genom att använda ASI och MAPS och genom uppföljningar får man också ett kvalitetssäkringssystem för att kontrollera att man genomför de insatser man erbjuder.

Hittills har Björn Sallmén samlat in uppgifter från cirka 400 utredningar som ingått i olika studier. Resultatet visar att från en målgrupp som huvudsakligen bestod av uteliggare från Malmö tar Karlsvik idag emot en heterogen samling människor, från höginkomsttagare med ordnad social situation till uteliggare. Den psykiatriska samsjukligheten och missbruks-

mönstren har dock varit liknande genom åren. Vid självrapportering med ASI dominerar depressioner och ångest hos klienterna, men under de senaste åren har det skett en ökning av personer med bokstavsdiagnoser, framför allt bland de yngre klienterna.

Lästips:

- Segraeus, V., Broekart, E., Öberg, D., Sallmén., B., Soyez, V., Haack, M-J. & Wilson, J. (2003). Implementing ASI and other instruments to professionalize treatment across national borders. Experiences from the IPTRP project. *J of substance abuse*. Volume 9, Numbers 3–4/June 2004, s.132–140.
- Sallmén, B. & Öberg, D. (2001) Gemensam utredningsmetodik som metod för förbättrad kommunikation mellan sektorer och ökad professionalism. *RFMA (Riksförbundet mot Alkohol och Narkotika) Debatt*, 2:2001
- Sallmén, B., Schlyter, F. & Öberg, D. (2003) *ASI/MAPS-projektet – Forskningsresultat, slutsatser och framtida riktlinjer*. Rapport, Kriminalvårdsstyrelsen, Norrköping.
- Sallmén. B. (2004) *Institutionsbaserad LVM-forskning – 12 år av forskning, utveckling och utvärdering på Karlsvik*. SiS följer upp och utvecklar, 04/04.
- Öberg, D. (2004) *MAPS: en metodik för att göra dokumentation användbar i behandling*. SiS följer upp och utvecklar, 05/04.

## Utfall av LVM-vård – en översikt av svenska studier under 20 år

Arne Gerdner är lektor i socialt arbete vid Mittuniversitetet i Östersund. Han har i ett flertal rapporter och artiklar samt i en avhandling behandlat utfall av LVM-vård, senast i två bidrag i forskningsbilagan till den statliga utredningen *Tvång och förändring SOU 2004:3*.

Svenska och amerikanska studier där tvångsvårdade jämförts med en kontrollgrupp visar att tvångsvård ökar benägenheten att delta i och fullfölja vårdinsatsen. Medan ett antal amerikanska studier visar att tvångsvårdade har bättre utfall än frivilligt vårdade, visar svenska studier att tvångsvårdade idag som bäst har samma utfall som frivilligt vårdade. En genomgång av svenska utfallsstudier av tvångsvårdade visar att i genomsnitt 30 procent missbrukar mindre efter fullföljd tvångsvård. Andelen förbättrade har ökat sedan SiS tog över huvudmannskapet, till strax under 40 procent. Faktorer som bidrar till ett positivt behandlingsresultat är att patienten har ett fungerande socialt nätverk, att patienten får genomgå strukturerad bedömning, strukturerad psykiatrisk diagnostik samt strukturerad behandling fokuserad på missbruket och relaterade problem. Ett bra behandlingsinnehåll vid § 27-placeringar samt en långvarig eftervård bidrar starkt till ett gott utfall.

Om tvångsvården ska överleva måste LVM-hemmen genomgående använda strukturerade metoder för utredning och behandling, är Arne Gerdners slutsats efter mångårig forskning av LVM-vårdens resultat. Satsningar på långsiktig eftervård med allsidigt innehåll och att slussa till självhjälps- och stödgrupper är också nödvändiga ingredienser i en effektiv tvångsvård, enligt Arne Gerdner. I sin föreläsning gick han igenom resultat från både utländska och svenska studier.

– Påtagligt är att amerikansk tvångsvård som visat positiv effekt innehöll kvalificerad behandling, som psykoterapi eller gruppterapi. Det handlade alltså inte om att vänta på en framtida insats som ibland är fallet inom den svenska LVM-vården, säger Arne Gerdner. Flera amerikanska studier betonar också vikten av långvarig eftervård, ofta understödd av övervakning.

Studier där man undersöker resultat av en viss behandling kan vara av olika slag. *Utfallsstudier* beskriver hur det går efter avslutad behandling utan kontroll för vad som ger effekt. Man vet således inte säkert om det är insatsen eller spontana processer som inverkat på resultatet. *Effektstudier* klagör vilken effekt en specifik insats ger. Ofta handlar det om randomiserade kontrollerade studier. Där detta är svårt att genomföra, kan det handla om kvasiexperiment eller observationsstudier där man på andra sätt i möjligaste mån kontrollerat för störande faktorer och spontana processer.

Arne Gerdner har gått igenom svenska studier som studerat utfall med hjälp av olika slags kontrollgrupper och även jämfört dessa med amerikanska studier. I nio svenska studier jämfördes tvångsvårdade med frivilligt vårdade på samma institution eller inom samma geografiska område, i fyra studier jämfördes personer som fått fastställd LVM-dom med sådana där LVM avskrivits. Dessutom finns två studier där LVM-omhändertagna jämförts med LVM-mässiga personer som inte aktualiserats för LVM och där kontroll gjorts för problemnivå.

– Huvudresultatet är att det inte är någon större skillnad i utfall mellan dem som fått respektive inte fått tvångsvård, säger Arne Gerdner. Tvångsvård ökar dock benägenheten att delta i och fullfölja erbjudna strukturerade behandlingsinsatser. Flera amerikanska – men inte svenska studier – visar att tvångsvårdade hade bättre utfall än vare sig frivilligt vårdade eller motsvarande som inte fått tvångsvård. Vi kommer som bäst upp i lika utfall. Detta beror

troligen på skillnader mellan Sverige och USA i tvångsvårdens innehåll samt skillnader i eftervårdens utformning. Påtagligt är att långvarig eftervård spelade stor roll för ett gott utfall.

Arne Gerdner har även gjort en översikt av samtliga vid tillfället kända svenska utfallsstudier som gäller tvångsvård. Totalt ingår 3026 personer, varav 2085 vårdades med tvång. I genomsnitt följdes de upp ett år efter utskrivning. Utfallet mättes huvudsakligen genom att missbrukaren själv och/eller socialsekreteraren och/eller anhöriga fick skatta eventuella förändringar i missbruksbeteendet, och det finns god överensstämmelse mellan dessa olika skattningar.

– Andelen förbättrade var i genomsnitt 30 procent, berättar Arne Gerdner. Helt drogfria var 9 procent, medan 7 procent avlidit. Faktorer som kön, typ av drog eller tvång påverkade inte något av dessa utfall. Däremot fanns en tydlig skillnad när det gäller studier från olika tidsperioder.

Arne Gerdner fann en statistiskt säkerställd ökning i andelen förbättrade, från 26 procent i studierna från perioden 1982–1994 till 38 procent i de studier som gällde vårdade efter 1994. Med andra ord har det skett en klar förändring till det bättre sedan SiS tog över huvudmannskapet för tvångsvård.

Samma trend går igen när det gäller andelen helnyktra och drogfria, som ökat från 5 procent i studier från 1982–1987, till 14 procent i studier som genomförts efter 1994. Däremot syns ingen påtaglig skillnad i antalet döda per år, något som Arne Gerdner tolkar som att man inte lyckas förbättra påverkan på den grupp som har den mest destruktiva utvecklingen.

Arne Gerdner har även sammanställt vilka faktorer hos klienten som har betydelse för utfallet. Tydligt är att det sociala nätverket har stor betydelse för både män och kvinnor. Att ha familj, sambo, att delta i självhjälpsgrupp eller att ha barn (även om man inte lever ihop med dem) ökar chanserna för ett positivt utfall. Bakgrundsfaktorer som kön, ålder, drogtyp, tvång eller arbete och utbildning spelar inte samma roll.

Positivt för behandlingsresultatet är också om klienten vårdats på en institution där man kunnat erbjuda strukturerad behovsbedömning (till exempel DOK eller ASI), strukturerad psykiatrisk diagnostik och strukturerad behandling, individuellt eller i grupp.

– Det faktum att SiS infört bedömningsinstrument, såsom DOK, ASI och MAPS, samt i vissa fall satsat på strukturerade psykiatriska diagnostiska program, är säkert relaterat till den allmänna förbättringen av utfallet som vi ser över tid, kommenterar Arne Gerdner.

Det kan dels bero på att dessa insatserna bidrar till att starta processer hos patienten, dels på att samarbetet mellan patient och personal styrs upp och fokuseras. Däremot återstår mycket att göra vad gäller strukturerad behandling, menar Arne Gerdner, vilket är den enda insats under LVM som tycks påverka sannolikheten för att patienten ska överleva.

– De personer som ser sig som mest hopplösa påverkar vi inte genom enbart behovsbedömning eller diagnostik, säger han. Där krävs starkare insatser och engagemang. Strukturerad behandling bidrar troligen till att stärka tilltron både hos personalen och patienterna.

Ett fenomen som upprört Arne Gerdner är hur eftervården fungerar. Kortvariga öppenvårdsprogram har ingen mätbar effekt på dem som varit intagna för tvångsvård. Istället krävs långvariga eftervårdsprogram som sträcker sig över åtminstone ett par år, antingen på

behandlingshem eller i öppenvård. I verkligheten är det dock få missbrukare som ges sådan möjlighet till en nystart i livet. På förfrågan av tidskriften *Alkohol & Narkotika* sökte han svar på frågorna: Hur används paragraf 27? Hur många fortsätter i organiserad eftervård? Hur många fortsätter i självhjälps- och stödgrupper?

– Jag fann då det häpnadsväckande att § 27 inte leder till fortsatt vård, säger Arne Gerdner. Förklaringen är att flertalet av § 27-placeringarna är placeringar i det egna hemmet, utan några vårdinsatser, en slags förtäckt försöksutskrivning. Och andelen som får verkligt vårdinnehåll – vare sig det gäller behandlingshem eller olika slags öppenvård – har inte förbättrats över tid.

Ser man däremot till den andel som trots allt fick vård under sin § 27-placering (i genomsnitt 23%), ledde dessa placeringar i hög utsträckning till fortsatt vård, även efter utskrivning. Det lönar sig alltså att inte acceptera innehållslösa § 27-placeringar, konstaterar Arne Gerdner. Andelen som fick eftervård efter utskrivningen varierade mellan 7 och 58 procent i de 15 studier han gick igenom, i genomsnitt 27 procent.

Bland dem som fick professionell eftervård fanns en viss övervikt av personer med ångest och depression. I självhjälpsgrupperna däremot fanns en övervikt av personer med utagerande problematik och stor institutionsvana. Olika personlighetstyper tycks således passa i olika sorters eftervård, menar Arne Gerdner. Andelen tvångsomhändertagna personer som fortsätter i självhjälpsgrupper ökar över tid, troligtvis inte en effekt av socialtjänstens och LVM-vårdens insatser, utan snarare på grund av gruppernas egen attraktionskraft, enligt Arne Gerdner. Alla typer av eftervård och stödgrupper har starka samband med ett positivt utfall i termer av överlevnad, förbättring av missbruk och drogfrihet/nykterhet.

Lästips:

Gerdner, A. (2004) Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande *Tvång och förändring SOU 2004:3*, Socialdepartementet, s. 303– 414.

Gerdner, A. (2004) LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – en kontrollerad registerstudie i Jämtland. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande *Tvång och förändring*, SOU 2004:3, Socialdepartementet, s. 415– 476.

Gerdner, A. (2004) Tvångsvårdens utfall och effekt. I: Jan Arlebrink & Marianne Kronberg (red.) *Tvångsvård av missbrukare – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Gerdner, A. (2004) Eftervården eftersatt! En genomgång av studier om fortsatt vård efter LVM. *Alkohol & Narkotika*, 98 (45), s. 17–20.

## Remissinstansernas reaktioner på LVM-utredningen

Weddig Runquist är doktorand vid Malmö högskola. Hans avhandlingstema är beslutsprocessen inom socialtjänsten i handläggningen av missbruksärenden, bland annat när det gäller beslut om insatser efter genomförd LVM-vård. Han var huvudsekreterare i den statliga LVM-utredningen, och har tidigare haft samma position i en statlig utredning om hemlöshet.

Majoriteten av de inkomna remissyttranden som kommenterat helheten i LVM-utredningen är positiva till utredningens förslag. Flertalet stödjer idén om en sammanhållen vårdkedja med reducering av § 27-avgiften om kommunerna förbinder sig att erbjuda eftervård. Många efterlyser en ny förutsättningslös utredning om LVM-vården och vill också ha en särskild indikation i lagen för gravida missbrukare.

Weddig Runquist gav en bild av vad som framkommer i remissyttrandena till den statliga LVM-utredningens betänkande (SOU 2004:3). Flertalet av dem som kommenterat helheten är positiva, konstaterar han. Sammanlagt lämnades ett 60-tal svar från 65 instanser som ombetts att kommentera utredningen; bland andra ett urval kommuner, ett fåtal länsstyrelser och lands- tings, rättsliga instanser, universitetsinstitutioner och frivilligorganisationer.

– Ett typsvar kommer från Luleå kommun, som säger att förslagen i utredningen ökar kvaliteten på vården och förstärker rättssäkerheten för klienten, säger Weddig Runquist. Åtskilliga remissinstanser tycker dock att utredningens förslag inte är tillräckligt långtgående. Man önskar att LVM-utredningen skulle tagit ställning till frågor som vi inte hade i uppdrag att utreda. En del remissinstanser föreslår också att man ska tillsätta en förutsättningslös parlamentarisk utredning om tvångsvården, bland andra SoRAD vid Stockholms universitet, Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet.

I betänkandet presenteras en gedigen statistik om utvecklingen av kommunernas kostnader för missbrukarvård. En analys baserad på samma index som Socialstyrelsen använder, visar en minskning med fyra procent av kommunernas nettokostnader för missbrukarvård från 1998. Bilden är dock inte enhetlig. Insatserna varierar mellan olika kommuner, och det finns de som satsat mer resurser.

I storstäderna har kostnaderna för missbrukarvård minskat radikalt. Detta trots att de snarare borde ha stigit, med tanke på att antalet personer med tungt missbruk har ökat under de senaste åren. LVM-vårdens nedgång handlar, enligt utredningens analys, om både förväntningar på vården och ekonomiska avvägningar.

Flera av remissinstanserna, bland andra SiS, Göteborgs universitet och Socialstyrelsen, instämmer i utredningens bedömning om att omedelbara omhändertaganden utgör en alldeles för hög andel av insatserna enligt LVM (drygt 75%). Växjö kommun däremot anser att detta är en logisk utveckling, eftersom resurser flyttats från slutet till öppen vård.

– En annan fråga som har väckt mycket diskussioner gäller vårdens syfte och innehåll, berättar Weddig Runquist. I utredningen betonas att man inom ramen för LVM kan genomföra insatser av både motiverande och behandlande karaktär. Det är bara två sidor av samma mynt. Detta ville vi fånga genom att föreslå en ny skrivning i lagen.

I detta instämmer Justitieombudsmannen (JO) Kerstin André som anser det självklart att en vistelse på ett LVM-hem ska kunna förenas med ett strukturerat vårdinnehåll av hög kvalitet och att detta ska uttryckas i lagen. Utredningens formulering är dock för vag enligt JO.

Länsrätten i Stockholm föreslår att det i lagen ska stå: LVM-vården ”genom behövliga insatser ska motivera och behandla den enskilde”.

Ett omdiskuterat förslag i utredningen är att införa en tidsfrist för underställande när det gäller omedelbart omhändertagande. En genomgång av samtliga beslut om omedelbara omhändertaganden under 2002 visade att det fanns stora skillnader i hur lång tid det gick innan beslutet underställdes länsrätten även om den absoluta majoriteten skedde ”genast” som stadgas i lagen. För att stärka rättssäkerheten föreslår utredningen att underställandet ska ske utan dröjsmål och senast klockan tolv första arbetsdagen efter ingripandet. Dessutom föreslår man att underställning – liksom häktesframställning – ska kunna göras muntligt.

– I denna fråga är remissinstanserna splittrade, säger Weddig Runquist. Några tycker att tidsfristen är för kort, andra tycker att den är bra. JO påpekar att tidsfristen bör harmonisera med bestämmelser i LVU och anser att den kan motiveras utifrån att man undviker att omedelbara omhändertaganden upphör i onödan på grund av brist på tid eller tekniska missöden.

Många remissinstanser är positiva till tanken på en sammanhållen vårdkedja, där klienten, SiS och socialtjänsten på ett så tidigt stadium som möjligt träffar en överenskommelse om vårdinsatser under pågående LVM-vistelse samt tiden därefter. Den enda remissinstans som tar kategoriskt avstånd från detta förslag är Stockholms stad. Där menar man att det finns principiella tveksamheter att – som man säger – utöka SiS ansvar, en tankegång som Weddig Runquist finner något märklig. Flertalet remissinstanser ställer sig bakom förslaget om en avgiftsreducering på minst 50 procent vid paragraf 27-placeringar i de fall kommunerna och SiS träffat ett eftervårdsavtal.

Begreppsförvirringen är stor kring definitionen av uppföljning respektive utvärdering. SiS ska inte ägna sig åt utvärdering men däremot göra verksamhetsuppföljning. Utredningen föreslår att en del av SiS forskningsmedel öronmärks för oberoende utvärdering av LVM-vården. Man framhåller också att SiS möjligheter att följa upp vården skulle underlättas om SiS genom LVM fick tillgång till sekretessbelagda uppgifter från kommunerna, något som dock Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet sätter sig emot.

En möjlighet som utredningen vill ta bort är polisens rätt att besluta om omedelbara omhändertaganden. Istället ska polislagen kompletteras, så att polisen har rätt att ingripa om en person bedöms uppfylla kriterierna för omedelbart omhändertagande. En polisman ska då kunna föra en person – om denne inte går med på det frivilligt – till närmaste sjukhus. Vid ankomsten till sjukhuset upphör dock tvångsbefogenheten från polisens sida.

– Flera remissinsatser ifrågasätter detta förslag, säger Weddig Runquist. Man undrar vad som händer efter att personen anlänt till sjukhuset. Är det inte bara att traska iväg? Utredningens förslag att en läkare ska ha rätt att hålla kvar personen i väntan på transport till LVM-hem, menar Svenska Psykiatriska Föreningen inte är genomförbart i praktiken.

Frågan om det ska finnas en specialindikation för tvångsvård av gravida missbrukare väckte en känslostorm, berättar Weddig Runquist. Många efterfrågar ett bättre skydd i lagen för det ofödda barnet. Utredningen valde dock att inte föreslå något sådant, bland annat utifrån norska erfarenheter. Flertalet som yttrar sig i frågan anser dock att ämnet gravida missbrukare bör bli föremål för en ny statlig utredning.

Lästips:

LVM-utredningens betänkande *Tvång och förändring*, SOU 2004:3, Socialdepartementet.



## LVM-vårdens framtid

Om LVM-vården ska överleva måste SiS satsa på kvalificerade utredningar och en strukturerad behandling tillsammans med eftervård. Dessutom bör man fortsätta investera i forsknings- och utvecklingsarbete. Detta var deltagarna i den avslutande paneldebatten eniga om.

– LVM-vården är fortsatt ifrågasatt, konstaterade Arne Gerdner. I många av remissvaren till LVM-utredningen efterlyses ett kortvarigt LVM utifrån många omedelbara omhändertaganden, något som knappast har stöd i forskning. Ett omedelbart omhändertagande är en uppslitande upplevelse, ett trauma som kan försvåra motivationsarbetet. I stället borde man upplysa om att behandling, om sådan kommer till stånd, har effekt.

Också Weddig Runquist framhöll att LVM-vårdens legitimitet hänger på att man erbjuder en ordentlig behandlingsprocess, från akutvård till planerade eftervårdsinsatser. Han fick medhåll av Arne Gerdner, som betonade att SiS måste utveckla innehållet i behandlingen:

– Det som gör det svårt att etiskt motivera nuvarande LVM är att kvalificerad behandling ges i sådan liten utsträckning. De institutioner som tror att det går att fortsätta som vanligt kommer att läggas ner. SiS bör utveckla specialiserade insatser och måste kunna möta nya behov hos socialtjänsten utifrån att målgruppen ständigt förändras.

Flera av deltagarna påpekade att SiS fyller en viktig funktion genom att erbjuda kvalificerade utredningar. Tiden på LVM-institutionen är kanske den första längre sammanhängande perioden av drogfrihet, en förutsättning för att kunna ställa en diagnos, framhöll Arne Gerdner. Han berättade om en studie som visade att av en grupp patienter inom psykiatrin hade över åttiofem procent någon form av psykiatriskt problem, men endast en av dem hade blivit utredd. För att kunna bemöta socialtjänstens behov av kvalificerade utredningar behövs dock regionala centrum inom LVM-vården, menade Björn Sallmén. Varje enskilt LVM-hem kan inte hysa den kompetens som behövs.

Vid sidan av internt utvecklingsarbete underströk deltagarna på olika sätt vikten av att SiS samarbetar med olika aktörer i omvärlden. Tiden efter LVM-vården är mycket viktig, underströk Weddig Runquist. Fungerar inte eftervården har man kanske slängt ut en halv miljon i onödan. Mats Berglund poängterade att man bör utveckla samverkansformer på regional nivå mellan sjukvård, LVM-vård och socialtjänst.

Om LVM-vården ska överleva gäller det också att SiS i högre grad marknadsför vården gentemot socialtjänsten. SiS måste informera om att behandling faktiskt har effekt och att det lönar sig, sade bland andra Mats Fridell:

– I framtiden behövs fler studier om kostnadseffektivitet. Socialtjänsten måste få veta vad de får tillbaka om de satsar så och så mycket pengar. Min erfarenhet är att socialarbetare inte gillar att läsa och därför behövs det informationsinsatser av annat slag, i stil med det här seminariet.

Om SiS ska hävda LVM-vårdens framtida existens räcker det dock inte med att informera om innehållet i behandlingen. Till syvende och sist måste man noggrant dokumentera insatserna och genomföra empiriska studier som ger svart på vitt att vården har effekt. För detta krävs att samtliga LVM-hem har en god uppföljning, sade Arne Gerdner:

– Vissa LVM-hem har genomfört flera utfallsstudier, andra har funnits i tjugofem år utan att ta initiativ till en enda uppföljning. Det håller inte i längden. Östfora har exempelvis genomfört 100 neurologiska utredningar, vilket är en bragd. Men eftersom man inte har dokumenterat det man gjort är det svårt att visa upp detta externt.

På detta område har det dock hänt mycket sedan SiS tog över, påpekade Bengt-Åke Armelius:

– Det är bra med SiS. Sedan vi fick en nationell myndighet har det blivit en bättre och jämnare kvalitet på vården och man har satsat mycket på kompetensutveckling.

Det behövs fler och nya former för kontakter mellan forskare och praktiker tycktes alla vara eniga om. En idé är att ordna så kallade forskningscirklar, där socialarbetare kan möta forskare och diskutera olika ämnen. Det fungerar dels som ett sätt för forskarna att fånga upp intressanta områden att forska kring, dels som ett sätt för de kliniskt verksamma att få ta del av aktuell forskning.